



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
A UNA PACIENTE MADURA CON ALTERACIONES
EN LA PERFUSIÓN HÍSTICA GASTROINTESTINAL
A TRAVÉS DE LA APLICACIÓN DEL MODELO
DE VIRGINIA HENDERSON**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA
MARÍA DE LOS ANGELES CASTILLO JIMÉNEZ

DIRECTORA DEL TRABAJO



M.C.E. ARACELI JIMÉNEZ MENDOZA



Escuela Nacional de
Enfermería y Obstetricia
Coordinación de
Servicio Social

MÉXICO, D.F. AÑO 2002

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA
Y OBSTETRICIA



DEDICATORIA

A ti mujer que me diste el ser; que gracias a tu enseñanza y actitud sobre la vida me ayudaste a desarrollarme física y emocionalmente, a tu lado. Porque me has dado la fuerza del espíritu de continuar siempre adelante, porque eres la mujer que más admiro, respeto y amo; con todo mi cariño para **ti madre**.

A ti padre; que siempre estas a mi lado cuando más te necesito, te agradezco por guiarme por el buen camino.

A mis hermanos; por el apoyo incondicional que me han brindado, y por una vez más he reafirmado que siempre contaré con ellos; como el gran equipo que hemos formado gracias a la familia que integraron mis padres.

AGRADECIMIENTOS

A la **UNAM**; por tener dentro de su infraestructura académica a la **Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia**.

El más sincero agradecimiento a la **Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia**; en la que recibí mi formación profesional.

A mis **pacientes**; que bajo mis cuidados me permitieron identificar sus necesidades físicas y humanas para poderles ayudar en su recuperación o en su agonía.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



LOS IDEALES SON COMO LAS ESTRELLAS:
NUNCA LAS PODEMOS TOCAR CON LAS MANOS,
PERO AL IGUAL QUE LOS MARINOS EN ALTA MAR,
LAS TENEMOS COMO NUESTRA GUÍA Y, SIGUIÉNDOLAS,
LLEGAMOS A NUESTRO DESTINO.

Carl Schurz

ÍNDICE

Página

Introducción
Justificación
Objetivos

1.- Metodología del trabajo.....	1
2.- Marco teórico.....	3
2.1 Antecedentes y marco conceptual de enfermería.....	3
2.2 Modelo conceptual de Virginia Henderson.....	5
2.2.1 Modelo de enfermería.....	5
2.2.2 Conceptos básicos dentro del Modelo de Virginia Henderson.....	5
2.3 Catorce necesidades básicas del paciente según Virginia Henderson.....	6
2.4 Jerarquización de las necesidades por Abraham Maslow.....	6
2.4.1 Necesidades físico biológicas.....	6
2.4.2 Necesidad de protección y seguridad.....	6
2.4.3 Necesidades sociales.....	6
2.4.4 Necesidades de ego.....	6
2.4.5 Necesidad de logro.....	6
2.5 Etapa de la edad adulta madura.....	7
2.5.1 Estado fisiológico.....	7
2.5.2 Aspectos del desarrollo.....	7
2.5.3 Relación con el cónyuge como persona.....	8
2.5.4 Desarrollo psicosocial.....	8
2.5.5 Estado fisiológico y cognoscitivo en la edad madura.....	9
2.6 Anatomía y fisiología del aparato digestivo.....	10
2.6.1 Boca.....	11
2.6.2 Los labios.....	11
2.6.3 El vestíbulo.....	11
2.6.4 El paladar duro.....	11
2.6.5 La lengua.....	12
2.6.6 Glándulas salivales.....	12
2.6.7 Composición de la saliva.....	12
2.6.8 Dientes.....	13
2.6.9 Dentición.....	13
2.6.10 Faringe.....	14
2.6.11 Esófago.....	14
2.6.12 Estómago.....	15
2.6.13 Intestino delgado.....	16
2.6.14 Intestino grueso o colon.....	17
2.6.15 Hígado.....	18
2.6.16 Páncreas.....	20
2.7 Usos del proceso atención enfermería.....	23
2.7.1 Concepto.....	23
2.7.2 Valoración.....	23
2.7.3 Diagnóstico de enfermería.....	23
2.7.4 Planificación.....	23
2.7.5 Ejecución.....	23
2.7.6 Evaluación.....	23
2.7.7 Objetivo.....	23

Página

2.8 Ventajas.....	24
2.8.1 Ventajas para el paciente.....	24
2.8.2 Ventajas para la enfermera.....	24
2.8.3 Características.....	24
2.9 Participación de enfermería.....	25
2.9.1 Necesidades reales.....	25
2.9.2 Clasificación.....	26
2.9.3 Etiología.....	26
2.9.4 Tratamiento.....	27
2.9.5 Estabilidad cardiovascular.....	27
2.9.6 Tratamiento médico.....	27
2.9.7 Endoscopia.....	28
2.9.8 Actividad del sangrado.....	29
2.9.9 Laboratorio y productos de reemplazo para el volumen.....	29
2.9.10 Pronóstico.....	29
2.9.11 Profilaxis.....	30
2.9.12 Conclusiones.....	31
2.10 Diagnóstico de enfermería.....	32
2.10.1 Conceptos básicos.....	32
2.10.2 Componentes de un diagnóstico de enfermería.....	32
2.10.3 Tipos de diagnósticos.....	33
2.10.4 Directrices para la formulación de un diagnóstico de enfermería.....	33
2.10.5 Beneficios de una taxonomía diagnóstica.....	33
3.- Aplicación del proceso atención enfermería.....	35
3.1 Presentación del caso.....	35
3.1.2 Hoja de valoración de enfermería.....	36
3.1.3 Conclusión diagnóstica de enfermería.....	42
3.1.4 Sistemas de apoyo.....	43
3.1.5 Antecedentes personales y familiares relacionados con el paciente.....	43
3.1.6 Estado físico.....	43
3.1.7 Datos biológicos.....	43
3.1.8 Resultados de pruebas disponibles.....	44
3.1.9 Datos psicosociales.....	45
3.2 Atención de necesidades reales a una paciente madura con alteraciones en la..... perfusión hística gastrointestinal.....	46
3.2.1 Necesidad de oxigenación.....	46
3.2.2 Necesidad de nutrición e hidratación.....	47
3.2.3 Necesidad de eliminación.....	48
3.2.4 Necesidad de conservar la temperatura corporal.....	49
3.2.5 Necesidad de sueño y descanso.....	50
3.2.6 Necesidad de higiene y protección de la piel y mucosas.....	52
3.2.7 Plan de intervención de enfermería y evaluación en las necesidades reales.....	54
4.- Ejecución del plan de atención de enfermería.....	60
4.1 Evaluación del plan de atención de enfermería.....	60
4.2 Objetivos de la evaluación.....	60
4.2.1 Plan de alta.....	61
4.3 Necesidades potenciales.....	62

Página

4.3.1 Necesidad de comunicarse.....	62
4.3.2 Necesidad de aprendizaje.....	63
4.3.3 Necesidad de seguridad para mantener la salud y la vida.....	63
4.3.4 Necesidad de participar en actividades recreativas.....	64
4.3.5 Vivir según valores y creencias.....	65
4.3.6 Plan de intervención de enfermería y evaluación en las necesidades..... potenciales.....	66
5.- Plan del médico tratante.....	74
5.1 Plan de trabajo social.....	74
5.1.1 Plan de salud mental.....	74
5.1.2 Plan de dietología.....	74
6.- Evaluación del proceso atención enfermería.....	76
7.- Conclusiones	77
8.- Sugerencias.....	78

Glosario

Bibliografía

Sitios electrónicos

Anexos

INTRODUCCIÓN

El rol de la enfermera profesional tiene impacto en todas las áreas de la salud relacionadas con el ser humano sano y/o enfermo. Siendo indispensable la polivalencia, la flexibilidad de un espíritu analítico sin perder de vista los avances científicos y tecnológicos en los que ella se ve comprometida diariamente a ampliar la capacidad de respuesta ante todas sus actividades laborales.

Constantemente la enfermera tiene que tomar decisiones por sí misma para resolver problemas relacionados con el cuidado de sus pacientes, con su propia seguridad y la de los demás con relaciones interpersonales.

La enfermera es el factor primordial en el cuidado de los pacientes, coordinando esfuerzos con el enfermo, familia y los suyos; para resolver los problemas que pudieran obstaculizar la recuperación total de su paciente.

La formación de las enfermeras en la actualidad exige procesos de modernización constante esto último debido a la globalización y autoregulación del ejercicio profesional. Por ello es importante el no sacrificar las potencialidades totales de éstas en forma individual o colectiva.

La alternativa es la consolidación del proceso de profesionalización de la enfermería a partir del cual se busca la formación de profesionales comprometidos y que requieren de herramientas metodológicas para diversificar y ampliar su rol profesional.

La elaboración del proceso atención de enfermería basado en el Modelo de Virginia Henderson. Se aplico a una paciente madura con alteraciones en la perfusión hística gastrointestinal relacionado con un estado en el que la persona experimenta una disminución en la nutrición y oxigenación a nivel celular, debido a un déficit en el aporte sanguíneo capilar el cual es una consecuencia del sangrado de tubo digestivo y se sustenta en los diagnósticos de enfermería de la taxonomía NANDA.

JUSTIFICACIÓN

Para la presentación de un trabajo profesional de enfermería, es esencial la adopción de un marco conceptual que guíe el desarrollo del plan de atención de enfermería, a partir del cual se puedan estructurar de manera eficaz y científica todas las intervenciones desde el primer contacto con el paciente y familia hasta el fin del proceso de atención; esto en respuesta a las exigencias políticas, sociales, culturales y económicas de la actualidad.

La estructura del presente trabajo, esta basado en el modelo conceptual de Virginia Henderson, quien conceptualiza a la persona **"Un ser biológico, psicológico y social que tiende hacia la independencia en la satisfacción de sus catorce necesidades fundamentales"** para lograr su independencia o una muerte tranquila Virginia Henderson considera a la persona y a su familia como una unidad, que requiere de ayuda para **"satisfacer las catorce necesidades básicas a través de la formación de una relación enfermera-paciente; Henderson identifica tres niveles de función enfermera; sustituta (compensa lo que le falta al paciente), ayudante (establece las intervenciones clínicas) o compañera (fomenta una relación terapéutica con el paciente y actúa como un miembro del equipo de salud.)"**

La elaboración del proceso de enfermería a una paciente adulta con alteración de la perfusión hística gastrointestinal relacionada con sangrado de tubo digestivo alto se llevo acabo porque la pérdida masiva de sangre implica riesgo de complicaciones secundarias a la pobre perfusión tisular y disminución en la capacidad de transportar oxígeno resultante explican este fenómeno, por ello, es posible que el síntoma de presentación sea un cuadro de angina ante la pérdida de sangre.

Se considera que hematemesis abundante o la salida de grandes coágulos frescos por recto son indicadores de sangrado activo, al contrario de la melena, que no necesariamente indica sangrado activo (tampoco lo descarta).

Incidencia: 45-150/100 000 (1, 8)

Mortalidad: 8,8% - 13,9 % (1, 8)

Resangrado: 16% (8), 10-30% (3)

El presente trabajo se aplicó a una paciente madura del hospital general de zona No. 71 Chalco, Edo. De México. A quien se le aplico el proceso atención enfermería detectando necesidades físico biológicas con alto déficit del volumen sanguíneo por lo que se aplico una metodología de tratamiento de carácter urgente.

OBJETIVOS

OBJETIVOS GENERALES

1. Aplicar el proceso atención de enfermería para obtener el título de en la Licenciatura en enfermería y Obstetricia en la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia.
2. Instrumentar un modelo conceptual que guíe la elaboración y aplicación del proceso atención de enfermería; involucrando a las enfermeras técnicas y auxiliares.
3. Que las futuras enfermeras; apliquen el proceso de atención de enfermería, guiándose en el modelo de Virginia Henderson.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Aplicar el proceso atención de enfermería; basado en el modelo conceptual de Virginia Henderson, a una paciente madura con alteraciones en la perfusión hística gastrointestinal.
2. Identificar oportunamente las necesidades básicas del paciente, con sangrado de tubo digestivo alto.
3. Disminuir las complicaciones más frecuentes en este padecimiento.
4. Integrar la documentación necesaria para cubrir la evolución de las intervenciones efectuadas a la paciente.
5. Lograr que la paciente se involucre directa e indirectamente en su proceso de atención, con el fin de reincorporarla a su vida cotidiana, propiciando el aprendizaje y su autocuidado.

1. METODOLOGÍA DEL TRABAJO

Se sustenta el siguiente proceso de atención de enfermería el cual se basa en el Modelo Conceptual de Virginia Henderson " Cada individuo lucha por mantener la salud o por recuperarla y desea ser independiente en cuestiones de salud".

El modelo en el que se sustenta este proceso será el modelo de Virginia Henderson y sus 14 componentes de los cuidados de enfermería y poner en práctica un plan de cuidados.

El proceso de Enfermería se basa en la idea de que el éxito de los cuidados se mide por el grado de eficiencia y el grado de satisfacción en el progreso del paciente.

Basándonos en el Modelo de Virginia Henderson se orientarán las cinco etapas del proceso, y se utilizo el método inductivo.

Consta de cinco etapas:

- 1.- Valoración
- 2.- Diagnóstico
- 3.- Planificación
- 4.- Ejecución
- 5.- Evaluación

1.- Etapa de Valoración (recolección de datos).

Se llevo acabo por medio de la historia clínica de enfermería, mediante la estancia hospitalaria y en el domicilio de la paciente.

2.- Etapa de Diagnóstico (necesidades y capacidades).

Basaremos el estudio en los diagnósticos de la NANDA detectando el grado de dependencia e independencia de la paciente.

3.- Etapa de Planificación.

Se lleva a cabo en una paciente femenina de 39 años de edad para desarrollar un plan de acción jerarquizando las necesidades del paciente.

La planeación incluirá las siguientes acciones:

- Determinar prioridades basada en las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson.
- Se abordará el Plan de cuidados

4.- Etapa de ejecución.

Se pondrá en práctica el plan de cuidados a través de:

- Valoración actual de la paciente, observar si existen algunos cambios.
- Se realizarán las intervenciones necesarias jerarquizando sus necesidades.

5.- Etapa de Evaluación.

En esta etapa se decide si el plan ha sido efectivo o si es necesario hacer algún cambio.

Se espera alcanzar los objetivos durante la fase de planificación.

La metodología para la valoración de los datos básicos se registraran en base a los problemas presentados por el paciente.

Actividades:

- Recolección de datos
- Validación de datos
- Organización de datos
- Comunicación y anotación de datos

Fuentes de obtención de datos:

- Paciente
- Expediente
- Familia (esposo)

Medios:

- Observación
- Entrevista
- Valoración física
- Registros de enfermería
- Bibliografía referente al problema

Límites:

- Investigación bibliográfica actualizado

Espacio:

- Hospital General de zona # 71 IMSS servicio de urgencias.
- Bibliotecas.

Recursos Humanos:

- Pasante de la carrera de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia.

Universo de trabajo:

- Paciente y familia.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES Y MARCO CONCEPTUAL DE ENFERMERÍA

La práctica de la enfermería se inició con la aparición del ser humano, como un gesto de humanidad ejercida por mujeres de buena voluntad con el solo deseo de ayudar al desvalido. Sin embargo la enfermería se ha basado en una idea de arte y no de ciencia, pero la impotencia de los cuidados llevó a Florence Nighttingale a rechazar las orientaciones que durante siglos habían paralizado a la disciplina, y a desear y propugnar su integración en un sistema interdependiente que le permitiese elaborar en el futuro y dentro de los límites de la ciencia, una síntesis doctrinal. F. Nighttingale es considerada la primer investigadora en el campo de la enfermería, no obstante la técnica será la que dotará a la enfermería de espíritu de la "Filosofía Nighttingale", que la hará ser dependiente durante más de un siglo, de la enfermedad a la medicina.

Desde los momentos históricos la enfermería prevee el método del análisis y de un trabajo riguroso que la acercase a ser más disciplinada y con ello realizar un enfoque más científico a la enfermería del hoy.

Durante el siglo XIX a través de la reflexión y la institución Nighttingale, reconoce la necesidad de llevar a cabo la investigación en el campo de la disciplina, mismos que se comprometieron con el método científico para generar nuevos conocimientos tendientes a mejorar los cuidados de enfermería a partir de entonces se ha pugnado para identificar la base de los conocimientos científicos de la enfermería sobre todo los que definen las funciones de la profesión como tal.

Virginia Henderson fue una de las primeras enfermeras "modernas" que definieron la profesión al igual que Nighttingale, Henderson es una enfermera Norteamericana, nació en 1897, desarrollo su interés por la enfermería durante la 1er. Guerra mundial en 1918 ingreso a la Escuela de Enfermería de la Armada en Washington D.C. graduándose tres años más tarde.

A diferencia de Nighttingale, Henderson vio a la enfermera en relación con los individuos enfermos y sanos. En la década de los setenta surgieron varias teorías y esquemas conceptuales (Callistas Roy, Martha E. Rogers, Imogene. M. King, Dorothea Orem y Margaret A. Newman etc.), los cuales tratan de encontrar puntos similares en los valores y patrones funcionales de la salud y al mismo tiempo dan su punto de vista sobre enfermería y su desarrollo en la sociedad.

Esta generación de conocimientos y de apertura a los medios de comunicación al mundo contribuyo a que en la década de los ochenta se establecieran diversos factores para el cuidado de la salud, como resultado de estas tendencias se han efectuado cambios fundamentales en la manera de proporcionar cuidados de enfermería con el fin de precisar las características de la disciplina enfermera.

El modelo de enfermería de Virginia Henderson fue clasificado dentro de la profesión de enfermería como un arte y una ciencia.

Virginia Henderson da un concepto de enfermería en el cual dice *"Que la enfermera su principal función es asistir al individuo sano o enfermo; en la realización de las actividades que contribuyan a la conservación de su salud o a la recuperación (ó a una muerte pacífica) y que el paciente llevaría a cabo sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario. De tal manera que este pueda adquirir independencia lo más rápidamente posible¹ "*

¹ Ma. De Jesús García González. El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson página 11

DESARROLLO CONCEPTUAL DE ENFERMERÍA

El V informe de la OMS "Organización Mundial de la Salud"; define al profesional de enfermería como "La persona que ha terminado los estudios básicos de enfermería y está capacitada y autorizada para asumir en su país la responsabilidad de los servicios de enfermería que exigen el fomento de salud, la prevención de la enfermedad y la prestación de la asistencia a los enfermos".

La enfermería se puede definir **"Como la ciencia y el arte que tiene por objeto principal dar cuidados directos al individuo sano o enfermo, familia o comunidad que, por si solos no puedan darse, por falta de conocimientos o incapacidad de todas o incapacidad de todas las etapas de su vida: Niño, adulto, anciano y enfermo"**²

² <http://www.enfermeria.org/info/manual/contenidos/enfermeriaprofesion.htm>

2.2 MODELO CONCEPTUAL DE VIRGINIA HENDERSON

"En las últimas décadas existe un gran interés por el estudio, la comprensión y la aplicación de modelos conceptuales de la enfermería." Esto significa un avance muy importante ya que tiene experiencia en la comprensión y aplicación de procesos-enfermería."

Las funciones de enfermería se clasifican en tres áreas: Independientes, Interdependientes y Dependientes.

Independientes: En las que la enfermera esta capacitada para atender y esta incluidos en el campo de diagnóstico y tratamiento de enfermería.

Interdependientes: Son las que se desarrollan en una labor de equipo, trabajo social y nutrición.

Dependientes: Son las actividades en las que la enfermería desarrolla, de acuerdo a las ordenes médicas.

2.2.1 MODELO DE ENFERMERÍA

Es el conjunto de conceptos, ideas, enunciados y supuestos que han generado en enfermería para explicar su identidad y el objetivo de su práctica, por ello la enfermera docente y clínica debe de saber que el modelo de enfermería es una guía para la práctica, además de que se clarifica la meta de nuestra profesión y da pautas para la investigación.

2.2.2 CONCEPTOS BÁSICOS DENTRO DEL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

1. **Supuestos:** Cada individuo es una totalidad compleja (Un ser bio-psicosocial) que requiere satisfacer necesidades fundamentales.

Abraham Maslow ubica las necesidades biológicas en un primer plano y afirma que el individuo debe satisfacer en primer lugar estas, para poder ascender a las demás áreas.

2. **Valores:** La función propia de la enfermera, aunque unas funciones comparta con otros profesionales son:
 - Orienta su práctica según las directrices de un modelo conceptual.
 - Identidad profesional más concreta. De no existir esta identidad delegara su función primaria en personal preparado en forma inadecuada.
 - La sociedad busca y espera este servicio de la enfermera ya que ningún otro trabajador es tan capaz de ofrecerlo como la propia enfermera.
3. **Persona:** El paciente y su familia conforman una unidad, el paciente debe mantener un equilibrio fisiológico y emocional, la mente y el cuerpo de la persona son inseparables.
4. **Salud:** Se considera un estado de independencia o satisfacción adecuadas de las necesidades. La salud es una cualidad de la vida y es básica para el correcto funcionamiento del organismo humano. Es la habilidad del paciente para realizar sin ayuda los quince componentes del cuidado de enfermería.

5. **Entorno:** Es el medio ambiente en el que el individuo desarrolla su actividad: Trabajo, hogar, escuela, hospital.
6. **Independencia:** Significa que el individuo tiene los conocimientos, la fuerza y la voluntad que son necesarios para ejecutar las acciones que se requieren para conservar o recuperar la salud.
7. **Dependiente:** Cuando una necesidad no se satisface el individuo no esta completo en su integridad ni es independiente.

2.3 CATORCE NECESIDADES BÁSICAS DEL PACIENTE SEGÚN VIRGINIA HENDERSON.

Virginia Henderson ubica los cuidados de enfermería en forma independiente las cuales abarcan catorce componentes o necesidades básicas del paciente.

1. Respirar normalmente.
2. Comer y beber adecuadamente.
3. Eliminar los desechos corporales por todas las vías.
4. Mover y mantener una buena postura.
5. Dormir y descansar, evitar el dolor y la ansiedad.
6. Poder seleccionar ropas apropiadas, vestirse y desvestirse.
7. Mantener la temperatura corporal dentro de límites normales.
8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.
9. Evitar peligros ambientales e impedir que perjudique a otros.
10. Comunicarse con otros para expresar emociones, necesidades, temores u opiniones
11. Vivir según valores y creencias.
12. Trabajar de manera que exista un sentido de logro.
13. Jugar y participar en actividades recreativas.
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce el desarrollo normal y la salud y hacer uso de las instalaciones sanitarias disponibles.
15. Sexualidad y reproducción. (Henderson no lo contemplo pero se considero necesario añadirlo.)

2.4 JERARQUIZACIÓN DE LAS NECESIDADES POR ABRAHAM MASLOW

Basadas en Abraham Maslow, Psicólogo humanista, llamadas también teoría de la motivación.

- 2.4.1 Necesidades físico biológicas:** Alimento, abrigo, descanso, como requisitos indispensables para mantener la vida.
- 2.4.2 Necesidad de protección y seguridad:** Cuando las necesidades fisiológicas están satisfechas el hombre desea mantener lo que tiene; busca la seguridad reacciona ante el peligro que lo amenaza o ante la privación.
- 2.4.3 Necesidades sociales:** Cuando su medio ambiente es más estable, el hombre siente la necesidad social de pertenecer de compartir de asociarse para dar amistad y amor, busca amigos, familia e hijos.
- 2.4.4 Necesidades de ego:** Están relacionados con el autoestima, confianza en sí mismo, independencia, logro, conocimiento. La estima y respeto de los demás basados en una capacidad real.
- 2.4.5 Necesidad del logro:** Denominado autorrealización, crecimiento, desarrollo, actualización. El hombre desea realizar en toda plenitud sus potenciales como ser humano³

³ IBIDEN PAG. 13,14-29.

2.5 ETAPA DE LA EDAD ADULTA MADURA

2.5.1 ESTADO FISIOLÓGICO

Entre los 30 y los 40 años de edad la persona se establece y asume compromisos. Es un periodo que entraña dificultades, al menos para algunas parejas, a raíz de sentimientos de inquietud.

Las mujeres han empezado a preguntarse si sus funciones como madres y amas de casa les impiden desarrollarse al máximo como seres humanos, mientras se plantean si sacan partido de la vida. Es usual que los adultos jóvenes se preparen para el futuro mediante un proceso de integración.

Los cambios biológicos que acompañan al envejecimiento, mismos que se inician ya en la segunda y la tercera décadas de vida, resultan evidentes en la edad madura. Ocurren cambios trascendentales, en particular las mujeres, a los cuales debe ajustarse fisiológica y psicológicamente la persona para lograr un desarrollo personal adecuado. Empiezan a desaparecer las aptitudes físicas de años previos, al tiempo que hace acto de presencia la realidad del envejecimiento. Este es el periodo en que la mayoría de las personas necesitan tomar precauciones para promover su propia salud en un nivel máximo, lo cual les resulta de utilidad en años posteriores.

2.5.2 ASPECTOS DEL DESARROLLO

Es frecuente el uso de la expresión "flor de la vida" para hacer referencia a la cuarta y a la quinta décadas de vida. La primera de estas últimas es una etapa intermedia particularmente importante. Havighurst describe los aspectos del desarrollo característicos de la edad madura.

AYUDAR A LOS HIJOS ADOLESCENTES A CONVERTIRSE EN ADULTOS RESPONSABLES Y FELICES

Este es un periodo significativo para que los progenitores funjan como modelos para sus hijos en tanto que padres, cónyuges y ciudadanos de su comunidad y su país. Los adolescentes, si bien necesitan un modelo de conducta, también requieren de libertad para lograr su desarrollo personal.

EJERCICIO DE RESPONSABILIDADES CÍVICAS Y SOCIALES

Los adultos por lo común alcanzan el máximo de su influencia y su productividad durante esta etapa, en lo que se refiere a sus actividades cívicas y sociales. En las mujeres, al acercarse a su fin los años de crianza de los hijos y de fecundidad, es saludable la participación en diversas actividades para evitar que se sientan inútiles. La democracia se basa en la participación, de un modo que el asumir responsabilidades cívicas es un aspecto de importancia primordial del desarrollo de los adultos.

LOGRO Y MANTENIMIENTO DE UN DESEMPEÑO SATISFACTORIO EN EL TRABAJO

Lo usual es que los logros profesionales de varones y mujeres lleguen a su máximo durante la edad madura. Son numerosas las señoras que, habiendo interrumpido sus actividades laborales a raíz de la crianza de los hijos, las reanudan en este punto.

ELECCIÓN DE ACTIVIDADES RECREATIVAS PROPIAS DE LA EDAD MADURA

Continúa siendo necesario dedicar bastante tiempo al trabajo, pero se estabiliza este último y disminuyen las responsabilidades familiares en el hogar. Las actividades recreativas, generalmente se vuelven más conservadoras al disminuir las aptitudes físicas y en general, la vida se vuelve más sedentaria.

2.5.3 RELACIÓN CON EL CÓNYUGE COMO PERSONA

La terminación de la crianza de los hijos y la satisfacción de las exigencias laborales previas hacen que en esta etapa de la vida los esposos se necesiten uno al otro más que nunca. El marido necesita el aliento y la atención de su mujer, y esta, el apoyo moral de aquél, en los difíciles años de la menopausia. Este aspecto del desarrollo adquiere importancia especial cuando se independizan los hijos.

ACEPTACIÓN DE LOS CAMBIOS FISIOLÓGICOS DE LA EDAD MADURA Y AJUSTE A LOS MISMOS

El organismo, además de las modificaciones propias de la decadencia del aparato genital, experimenta una disminución fisiológica notable que influye en la capacidad para el ejercicio.

Físico y para hacer frente a las crisis, así como en las necesidades del reposo. Los cónyuges deben aprender a ajustarse a estos cambios en su compañero y en ellos mismos.

AJUSTE A LA SITUACIÓN DE PADRES ANCIANOS

La gente vive más años en la actualidad, y el modo tradicional de vida de los padres ancianos, que en el pasado por lo general fue en casa de alguno de sus hijos, con frecuencia no se considera satisfactorio. A las jóvenes parejas les resulta problemático que sus padres no tengan un sustento y que aumenten sus problemas de salud, al igual que la situación que surge cuando queda uno solo de los progenitores tras la muerte del otro.

2.5.4 DESARROLLO PSICOSOCIAL

Erikson considera que el desarrollo en la edad madura se relaciona principalmente con el conflicto de creatividad *versus* estancamiento. Este periodo se caracteriza por varias actividades.

- Una necesidad básica durante la edad madura es la de guiar y educar a la siguiente generación.
- La edad madura es un periodo para cosechar frutos, valorar y disfrutar la plenitud personal, regocijarse en la satisfacción del deber cumplido (o reconocer las tareas que están pendientes) y empezar la preparación para los años subsiguientes a la interrupción de las actividades laborales.
- Se tiene la preocupación de crear algo valioso y duradero para las generaciones venideras. Es común que se asuman responsabilidades cívicas y sociales, y reviste importancia alimentar la necesidad de creatividad.
- El estancamiento da por resultado que el individuo se vuelva introvertido y aburrido, este aburrido o sufra una decadencia personal a falta de resultados de su propia creatividad. En tal situación, le resulta difícil aceptar la vida en general.

Es frecuente encontrar una dicotomía en la conducta, durante la edad madura. Algunas personas no pueden enfrentar con facilidad el envejecimiento, particularmente en lo relativo a la sexualidad, y sufren un conjunto de crisis en esta etapa, mientras que otras alcanzan altos niveles de creatividad y capacidad cognoscitiva, de modo que la vida les resulta plena y satisfactoria.⁴

2.5.5 ESTADO FISIOLÓGICO Y COGNOSCITIVO EN LA EDAD MADURA

ESTRUCTURA	CARACTERÍSTICAS
Estado fisiológico general	<input type="checkbox"/> Comienza decayendo poco a poco el funcionamiento corporal.
Sistema nervioso, muscular y óseo	<input type="checkbox"/> Tiende a disminuir el metabolismo basal, al tiempo que se estabiliza la secreción de hormonas. <input type="checkbox"/> Empieza a disminuir la agudeza de los sentidos en especial la visión. <input type="checkbox"/> El estado de los músculos depende principalmente de la cantidad de ejercicio físico que se practique. <input type="checkbox"/> Los músculos pierden elasticidad y se vuelven laxos, si se lleva una vida sedentaria. La aparición de la "barriga" es característica de este periodo. <input type="checkbox"/> Comienza la disminución de masa ósea hacia los cuarenta años de edad. <input type="checkbox"/> Se inicia la pérdida de calcio y suelen resultar evidentes una disminución de la estatura y la aparición de una joroba.
Cambios en la piel	<input type="checkbox"/> Continúa secándose y arrugándose la piel, y se reduce la elasticidad. <input type="checkbox"/> Son comunes las canas y la calvicie.
Sistema cardiopulmonar	<input type="checkbox"/> Empieza la hipertrofia ventricular, en algunas personas, con el endurecimiento de las paredes arteriales. <input type="checkbox"/> Disminuye el tono del miocardio al reducirse la intensidad de las actividades físicas en comparación con años previos. <input type="checkbox"/> No se modifica la capacidad respiratoria vital, a menos que haya enfermedades respiratorias. La capacidad respiratoria empieza a disminuir hacia los 55 años con la pérdida de elasticidad de los tejidos pulmonares.
Aparto digestivo	<input type="checkbox"/> Decaen constantemente las secreciones gástricas. <input type="checkbox"/> Se reduce la producción de ciertas enzimas importantes para la digestión, como la ptilina y los jugos pancreáticos hacia el término de este periodo, lo cual hace que las personas sientan que determinados alimentos no les "caen bien". <input type="checkbox"/> Se vuelve más lenta la actividad gastrointestinal general con la pérdida de tono muscular y la disminución del peristaltismo, lo cual frecuentemente origina estreñimiento.
Aparto urinario	<input type="checkbox"/> En general, no se modifica la filtración renal normal y la eliminación de desechos. <input type="checkbox"/> La disminución en la función renal se inicia hacia fines de este periodo.
Aparto genital	<input type="checkbox"/> Tiene lugar el <i>climaterio</i> , o sea la disminución y subsiguiente interrupción de la función reproductiva en la mujer. <input type="checkbox"/> Decae la producción de testosterona pero continua la espermatogénesis. Los varones no experimentan los cambios notables que se advierten en las mujeres. Hay quienes describen un <i>climaterio</i> masculino pero en sentido estricto este término se refiere a la disminución en la función reproductiva femenina.
Dentición	<input type="checkbox"/> Es común la caída de dientes, por lo común debida a enfermedades periodontales. <input type="checkbox"/> La mayoría de las personas de 55 años han perdido algunos dientes.
Actitudes cognoscitivas	<input type="checkbox"/> Es usual que las aptitudes cognoscitivas alcancen su nivel máximo. Muchos expertos concuerdan en que esto ocurre en la cuarta y quinta décadas de vida, en que es frecuente que las personas hagan sus mayores contribuciones en la sociedad gracias a la experiencia que han adquirido en la vida. <input type="checkbox"/> Se pulen en alto grado las aptitudes cognoscitivas y es común que la creatividad alcance su nivel óptimo.

* Lorraine Bradt Dennis, Joan Hassol, Psicología Evolutiva. Ed. Interamericana, México. D.F. 1977. Pág. 107-109.

2.6 ANATOMÍA Y FISIOLÓGÍA DEL APARATO DIGESTIVO

El aparato digestivo es un conjunto de órganos cuya misión primordial consiste en promover la progresión ordenada del alimento, la digestión y la absorción del mismo. Para ello, tienen que ocurrir una serie de fenómenos a lo largo de las diferentes partes que lo constituyen.

El tubo digestivo está constituido por la boca, la faringe, el esófago, el estómago, el intestino delgado y el grueso o colon. En cada una de estas partes del tubo digestivo tienen lugar los diferentes eventos que van a permitir la absorción de los diferentes alimentos ingeridos.

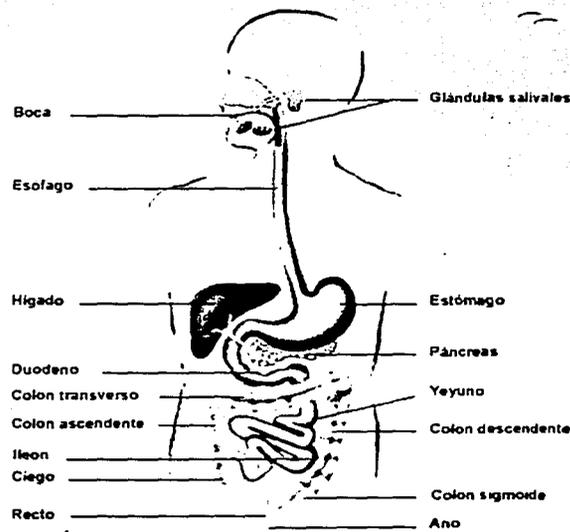


Fig. 1 Aparato Digestivo

2.6.1 Boca

Cavidad que se abre en la parte anterior e inferior de la cara, y que está limitada por los labios, los carrillos, la bóveda del paladar, el suelo de la boca y en la parte posterior por los pilares del paladar y la úvula o campanilla. En ella se alojan la lengua y los dientes, vierten su contenido las glándulas salivares, y tiene lugar la masticación y salivación de los alimentos, formándose el bolo alimenticio que facilita su deglución

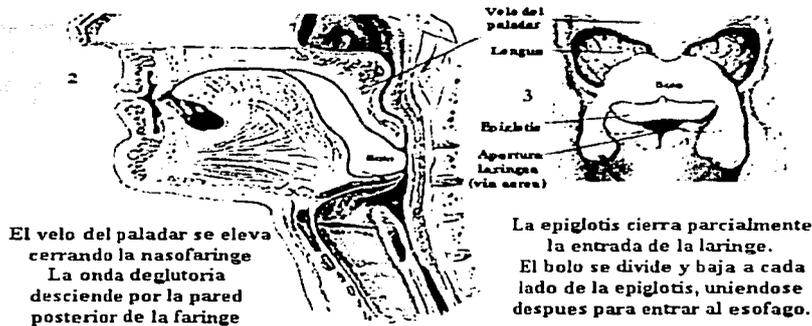


Fig. 2 Anatomía de la Faringe y Epiglotis

2.6.2 LOS LABIOS

Pliegues suaves que rodean el orificio de la boca, están cubiertos por fuera de piel y por dentro mucosa, la zona de transición el color de los labios sanguíneos es visible, la superficie interna de cada labio está unida a su correspondiente encía por un pliegue medio de la membrana mucosa llamada frenillo labra.

El músculo orbicular de la boca es de externa cubierta, al masticar las mejillas y labios ayudan a mantener el alimento entre los dientes superiores e inferiores, así mismo ayudan al habla.

2.6.3 EL VESTÍBULO

Esta unido a labios y mejillas y por dentro encías y dientes, la cavidad bucal se extiende del vestíbulo a las fajas (vías), la abertura entre la cavidad bucal y la faringe o garganta.

2.6.4 EL PALADAR DURO

Porción anterior del techo de la boca, está formado por el hueso maxilar y palatino y cubierto por mucosa. El paladar blando está formado por la porción posterior del techo de la boca colocando por el borde libre del paladar blanco se encuentra en proceso muscular cónico que se denomina úvula. Esta situada por delante del arco palatoglosó pilar anterior por atrás, el arco palatofaríngeo pilar posterior.

2.6.5 LA LENGUA

La lengua junto con sus músculos asociados, forma el piso de la cavidad oral; es una estructura accesoria del aparato digestivo compuesta del músculo esquelético cubierta con mucosa. Se divide en dos mitades cada mitad de la lengua consiste en un músculo extrínseco e intrínseco; los extrínsecos son hipogloso, genigloso y estiloso estos mueven la lengua hacia fuera aplicándolos al movimiento de la comida para masticar dar forma al alimento para construir una masa redonda. La musculosa altera el tamaño de la misma, para hablar deglutir son los siguientes: Longitudinal superior e inferior, lingual transversal e inferior. El frenillo de la lengua es el pliegue de la mucosa en la línea media y ayuda en la limitación de movimientos de la lengua posterior.

La superficie de la lengua esta formada y cubierta con papilas, proyecciones de lámina propia cubierta de epitelio. Las papilas filiformes son blanquizcas y no contienen llemas gustativas, las papilas circulares, 10 a 12 están dispuestas en forma invertida y contienen llemas gustativas.

2.6.6 GLÁNDULAS SALIVALES

La saliva es un líquido que se secreta continuamente por parte de las glándulas e la boca; son estructuras, accesorios que se encuentran fuera de la boca; son tres pares de glándulas salivales parótidas, submandibulares y sublinguales.

Las glándulas parótidas están localizados por debajo y delante de los oídos, están compuestas tubuloacinare, secreta hacia el vestíbulo por medio del conducto de la práctica (Stensen). Las glándulas submandibulares, están compuestas por glándulas acinares localizadas más allá de la base de la lengua en la parte posterior del piso de la boca por medio de los conductos submandibulares (Wharton). Las glándulas acinares compuestas se encuentran en posición anterior de las glándulas submandibulares (Rivinus) que abren al piso de la boca en la cavidad bucal propiamente dicha.

En condiciones normales secretan suficiente saliva para mantener húmeda la mucosa bucal y la faringe, pero cuando los alimentos entran a la boca la secreción aumenta de tal forma que la saliva pueda lubricar, disolver a iniciar la degradación química del alimento.

2.6.7 COMPOSICIÓN DE LA SALIVA

Los líquidos secretados por las glándulas salivales y bucales constituyen la cantidad aproximada que varia de 1000 a 1500 ml. desde el punto de vista químico, la saliva es 99.5% agua y 0.5 % solutos entre los solutos se encuentran cloro, bicarbonatos, fosfatos de sodio, potasio algunos gases disueltos y varias sustancias orgánicas urea, ácido úrico albúmina sérica y globina, mucina y la enzima y la enzima bacteriolítica lisozima, así como la enzima digestiva amilasa salival.

Cada glándula secreta una sustancia en especial, las parótidas contienen células que secretan un líquido acuoso seroso que tiene una enzima denominada amilasa salival; las submandibulas secretan un líquido más grueso con moco pero contienen un poco de enzimas. Las glándulas sublinguales contienen células mucosas; por lo tanto secretan un líquido más grueso.

El agua que se encuentra en la saliva brinda un medio para disolver el alimento, el cloro de la saliva activa a la amilasa salival los bicarbonatos y los fosfatos amortiguan reacciones químicas, los cuales mantienen la saliva en un PH ligeramente ácido de 6.35 a 6.85 %. La mucina es una proteína que forma el moco cuando se encuentra disuelta en agua. La enzima lisozima destruye bacterias, protegiendo así a la mucosa de infección a los dientes.

2.6.8 DIENTES

Estructuras accesorias del aparato digestivo localizadas en huecos de los procesos alveolares del maxilar superior e inferior. Los procesos alveolares están cubiertos por la gingival o encía, los cuales se extienden ligeramente hacia cada alvéolo formando el surco gingival. Los alvéolos están revestidos por ligamento periodontal, el cual consiste de tejido conectivo fibroso denso y está unido a la pared del alvéolo. Así mantienen al diente en su posición y actúa como amortiguador de choque para disipar la fuerza de la masticación.

Un diente típico tiene tres partes de porciones que son la raíz, el cuello y la corona. Los dientes están compuestos sobre todo de dentina tejido conectivo calcificado que le da al diente su forma básica y su rigidez.

A través del agujero apical entran los vasos sanguíneos que se encargan de la nutrición, protección de los linfáticos y brindan sensaciones a través de los nervios. Los dientes están compuestos principalmente de dentina están cubiertos y esmalte, la sustancia más dura del cuerpo.

2.6.9 DENTICIÓN

Hay dos denticiones o conjunto de dientes. El primero de ellos; los dientes deciduos o de leche, empieza a hacer erupción hacia los seis meses de edad, aparecen un par de dientes cada mes hasta que han hecho erupción los 30 que forman la dentición, los incisivos, son los más cercanos a la línea media, tiene forma de cincel y están adaptados para cortar alimentos. Por detrás de ellos, se sitúan el primero y segundo molares, superiores e inferiores.

Todos los dientes deciduos se caen generalmente entre los seis y doce años de edad y son sustituidos por dentición permanente (secundarios); la dentición permanente contiene 32 dientes que aparecen entre los seis años y la vida adulta. Los molares deciduos son reemplazados por el primer y segundo premolar bicúspide; sirven para aplastar y moler los alimentos. Los dientes residuos molares permanentes hacen erupción por detrás de los premolar. Nos sustituyen a ningún y brotan conforme el maxilar inferior y el superior crecen, de modo tal que el espacio sea suficiente para ellos. Los primeros molares brotan conforme al maxilar inferior y el superior. Brotan a los seis años, los segundos molares a los doce años y los terceros molares después de los 18 años. Los terceros, en este caso, estos últimos permanecen incluidos en el hueso alveolar y se dicen que están impactados por lo general causan presión y dolor lo que precisa su extirpación quirúrgica.⁵

¹TORTORA, ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA, ED. Harja 5ª. Ed. México 1991, Pag. 758

Vasos y nervios del paladar: Este se encuentra irrigado por arterias profundas. La principal fuente en cada lado. Es la arteria palatina mayor, rama de la palatina descendente, procedente a su vez de la maxilar, los nervios sensitivos; rama de la palatina descendente

2.6.10 Faringe

Se comunica por la parte anterior con la boca, y por la parte posterior con la laringe de la cual la separa la epiglotis y el esófago, al cual vierte el bolo alimenticio.

2.6.11 Esófago

Tubo de aproximadamente de unos 30-35 centímetros de longitud, que recoge el bolo alimenticio tras la fase bucofaringea de la deglución. Gracias a una serie de movimientos peristálticos, el bolo alimenticio progresa hacia el estómago, por tanto, el esófago sólo participa en la progresión ordenada del alimento.

COMO FUNCIONA: FISIOLÓGIA DEL ESÓFAGO

Es el esófago donde mejor se ejemplifica la función motora en el Aparato Digestivo. La deglución comprende una acción coordinada de las fases orales, faríngeas y esofágicas. La primer fase produce el movimiento de líquidos o sólidos de la orofaringe al esófago, depende de la voluntad y tiene una duración de aproximadamente 2 segundos, estando regulado por influencias de la corteza cerebral, como sucede con el sentido del gusto, la sensación de hambre y la motivación. El Sistema Nervioso Central le envía impulsos sensoriales a través de los nervios craneales V, IX y X, y de las vías motoras V, VI, IX y XII. Los centros cerebrales superiores también influyen en la deglución normal.

En la fase de la deglución orofaríngea participan 30 músculos estriados que son: músculos de la mandíbula, de la cara, intrínsecos de la lengua, extrínsecos de la lengua, del paladar blando, de la faringe y cricofaringe, intrínsecos de la laringe y supra e infrahioides.

Para que durante la deglución no penetre líquido o alimento a la vía aérea se eleva la faringe, el esfínter esofágico superior y la laringe y se cierran tres de las cuatro rutas que conectan la faringe, es decir: la cavidad nasal, la cavidad oral y la laringe mientras que la cuarta ruta, el esfínter esofágico superior se abre y el bolo alimentario es transportado al esófago por rápidos y fuertes movimientos de la parte posterior de la lengua.

Cualquier desorden en esta secuencia de eventos puede llevar a un trastorno de la deglución o a la aspiración dentro de la vía aérea.

Luego de la contracción de la faringe comienza el peristaltismo del cuerpo del esófago, Esta onda peristáltica (contracción secuencial y propulsiva) se moviliza desde la musculatura estriada del esófago proximal a la musculatura lisa del esófago distal a una velocidad de 2 a 4 cm por segundo. El músculo longitudinal del esófago también se contrae al comienzo de la peristalsis.

El peristaltismo primario se inicia mediante la deglución, mientras el secundario puede ser iniciado en respuesta a la distensión de la luz (lumen) a cualquier nivel del esófago el peristaltismo en los segmentos de musculatura lisa del cuerpo del esófago esta bajo control directo del Sistema Nervioso Entérico.

Las neuronas colinérgicas son las responsables de la amplitud de la contracción. Las neuronas de ácido nítrico son las responsables de la fase inhibitoria que precede a la contracción en el cuerpo del esófago.

El EEI es un segmento de músculo liso contraído a nivel de la parte distal del esófago con una longitud de 2 a 4 cm. Este tono en reposo varía de 10 a 30 mm de mercurio. Las presiones del EEI son más bajas luego de la comida y más altas durante la noche. Cuando la onda peristáltica del cuerpo del esófago llega al EEI, éste se relaja en forma transitoria para permitir el paso de los líquidos y alimentos ingeridos.

Luego que pasaron al estómago el esfínter vuelve a la presión aumentada que tiene en reposo, constituyendo la principal barrera al reflujo del contenido gástrico al esófago. La presión intraabdominal, la distensión del estómago, la acción de los péptidos, hormonas, varias clases de alimentos y muchos medicamentos afectan la presión de este esfínter que, al perder su tono elevado en reposo, facilita el reflujo del contenido del estómago.

En condiciones normales, el esófago efectúa movimientos peristálticos (contracciones coordinadas y propulsivas) para retornar el ácido al estómago. En las personas sanas casi todos los episodios de reflujo son consecuencia de relajaciones espontáneas. El mecanismo de la contracción tónica del EEI, parece ser una propiedad del mismo músculo. También esta sujeta a influencias tanto vagales como adrenérgicas (adrenalina). Se ha demostrado actualmente que en condiciones normales, existen relajaciones transitorias de este esfínter durante el día que producirían reflujo (líquidos y alimentos del estómago que vuelven a subir al esófago) pero que no se acompaña de síntomas como ser quemazón o pirosis retroesternal. La frecuencia de estas relajaciones del EEI aumenta cuando el estómago esta distendido por gas o comidas copiosas.

2.6.12 Estómago

Dilatación del tubo digestivo que se comunica con el esófago a través de un esfínter llamado cardias, y con el duodeno a través del piloro que funciona como una válvula que regula el paso del alimento al intestino delgado.

En el estómago existen diferentes tipos de células que participan en la secreción del jugo gástrico constituido principalmente por agua, mucina, ácido clorhídrico y pepsina, responsables de la primera degradación del bolo alimenticio. También en esta parte del tubo digestivo y, gracias a la motilidad del mismo, se facilita la trituración de los alimentos sólidos y el vaciamiento hacia el duodeno.

Funciones:

Reservorio de alimentos, secreta jugo gástrico las contracciones disgregan los alimentos en pequeñas partículas, las mezclan con el jugo gástrico y las pasan al duodeno.

Secretan el factor intrínseco antianémico.

Efectúa en medida limitada absorción de agua, alcohol y algunos fármacos.

Secreta la hormona gastrina.

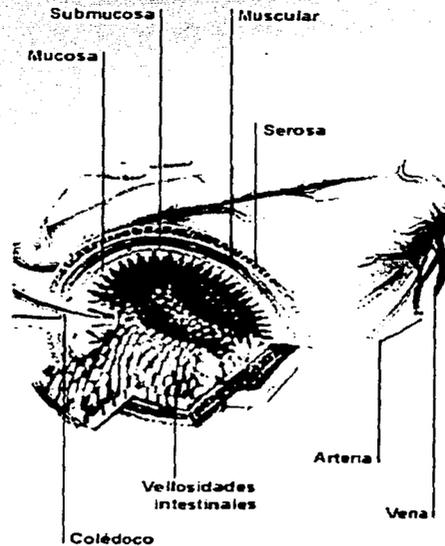


Fig. 3 Anatomía del Estómago

2.6.13 Intestino Delgado

Conducto de 6 a 8 metros de largo, constituido por tres tramos:

Duodeno, separado del estómago por el píloro y que recibe la bilis procedente del hígado y el jugo pancreático del páncreas, **Yeyuno**, y la parte final llamada **Ileon**. El **Ileon** se comunica con el intestino grueso o colon a través de la **válvula ileocecal**.

En el intestino delgado tiene lugar la verdadera digestión de los alimentos en componentes elementales aptos para su absorción, y para ello es fundamental la participación de la bilis, el jugo pancreático (que contiene la amilasa, lipasa y tripsina) y el propio jugo intestinal secretado por las células intestinales.

Una vez que los alimentos se han escindido en sus componentes elementales, van a ser absorbidos principalmente en el yeyuno, ya que en el ileon tiene lugar la absorción de sales biliares y de vitamina B-12. Además, sólo una pequeña parte de agua y

electrolitos va a ser absorbida en el intestino grueso. Por tanto, es en el intestino delgado donde tiene lugar la verdadera digestión y absorción de los alimentos, hecho fundamental para la nutrición del individuo.

INTESTINO DELGADO: COMO FUNCIONA

La misión principal del sistema gastrointestinal es la de servir de órgano que aporta al cuerpo las sustancias adecuadas para satisfacer sus necesidades calóricas y los materiales fundamentales para la vida.

La mayor parte de los nutrientes se absorben con notables eficiencia. Menos del 5% de los hidratos de carbono, grasas y proteínas ingeridas son excretado por la materia fecal en adultos que consumen una dieta balanceada. Aún en los casos de la fibra dietética indigerible, gran parte de ella es absorbida en el colon como ácidos grasos de cadena corta que son liberados por degradación bacteriana de las fibras.

2.6 14 Intestino grueso o colon

Conducto de unos 2 metros de largo que está constituido por:

El Ciego, depósito a modo de saco situado debajo de la válvula ileocecal y donde se aloja el apéndice; el Colon Ascendente, Transverso y Descendente; el Sigma y finalmente el Recto de unos 8-10 centímetros de tamaño, que termina en el orificio denominado Ano, por el que tiene lugar la expulsión al exterior de las heces fecales.

El colon está destinado fundamentalmente al depósito de sustancias no útiles, si bien una pequeña parte de agua y electrolitos van a ser absorbidos en este tramo del aparato digestivo

La pared del tubo digestivo está constituida por diferentes capas. De dentro afuera, tenemos la capa mucosa que está en contacto directo con el bolo alimenticio, submucosa, muscular y serosa, exceptuando el esófago donde no está presente esta última capa.

COLON COMO FUNCIONA MOVIMIENTOS INTESTINALES

El colon funciona como un reservorio para contener el material fecal y a su vez debe dar tiempo para la máxima absorción de agua, electrolitos, ácidos grasos de cadena corta y metabolitos bacterianos.

Teniendo en cuenta que recibe contenido intestinal líquido desde el intestino delgado en forma constante, tanto en el estado de actividad como mediante los Complejos Motores Migratorios durante la etapa de ayuno, debe ser capaz de retener las heces hasta un momento socialmente aceptable.

A pesar de que los alimentos en vías de digestión demoran menos de dos horas en alcanzar el colon, pueden tardar de dos a cinco días hasta ser evacuados en forma de heces.

La motilidad proximal del colon, al igual que la del estómago y la del intestino delgado, está bajo el control autónomo o involuntario del Sistema Nervioso. La evacuación del intestino en sí misma está, generalmente, bajo control voluntario; Por lo tanto, los movimientos del intestino grueso pueden ser divididos en los que se relacionan con la función del colon y los que se vinculan con el ano-recto.

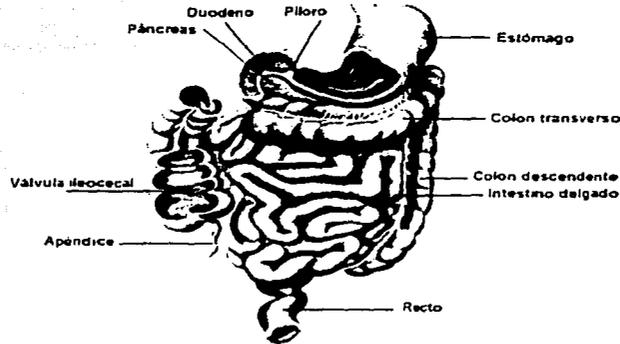


Fig. 4 Anatomía del Intestino Delgado y Grueso

2.6.15 Hígado

El hígado normal pesa alrededor de 1500 gr. y en los humanos consiste en una masa continua de células, dividida en forma incompleta por separaciones de tejido conectivo. Dentro de esta masa de células continua, las subdivisiones de los conductos biliares y de los vasos hepáticos tienen numerosas conexiones. A pesar de la estructura monolítica del hígado arbitrariamente se lo considera compuesto por lóbulos.

Hígado, sus relaciones anatómicas

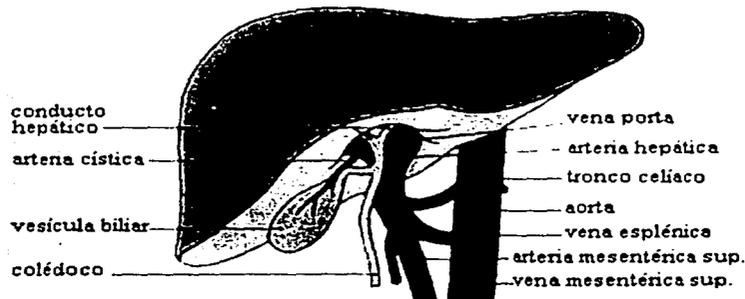


Fig. 5 Anatomía del Hígado

Macroscopía

(visible a simple vista)

El lóbulo derecho y el izquierdo están divididos por un ligamento, llamado falsiforme, comprendiendo el lóbulo derecho cinco sextos y el lóbulo izquierdo un sexto de la masa hepática. (esquema de cara anterior y cara posterior del hígado),

Los segmentos del hígado se definen como las regiones servidas por una subdivisión de la vena porta, de la arteria hepática y del conducto hepático común, que viajan juntos a través de toda la masa hepática. Por lo tanto, el lóbulo derecho puede dividirse en segmento anterior y posterior y el lóbulo izquierdo, en medial y lateral. Este último, a su vez, pueden subdividirse en superior e inferior. Aunque existen numerosas conexiones entre las pequeñas ramas de los canales biliares y los vasos sanguíneos en un segmento hepático con sus estructuras correspondientes en los segmentos adyacentes, los conductos biliares y los vasos sanguíneos, en cada segmento del hígado, no pasa sus propios límites. Este concepto de segmentos hepáticos es de utilidad cuando el cirujano planea la cirugía hepática.

MICROSCOPIA (sólo visible con microscopio)

El parénquima (tejido) hepático está compuesto por células epiteliales (hepatocitos) dispuestas en láminas que se interconectan formando una estructura tridimensional. Malpighi en el año 1666 había propuesto la clásica estructura hexagonal con una rama de la vena central, donde convergen una lámina de células.

En el año 1954 se revisó este concepto, llamándose acino a la unidad funcional más pequeña. El acino del hígado es un conjunto de células que rodean un ductulo y pequeñas ramas terminales de la vena porta y de la arteria hepática. El acino hepático es la base para diferenciar las distintas zonas dentro del hígado. La zona uno, representa el área de tejido hepático que rodea en forma inmediata al ductulo biliar y a las ramas terminales de la vena porta y la arteria hepática. La zona tres, comprende el parénquima más alejado de estas estructuras, la región que rodea a la vena central. La zona dos, está formada por el tejido hepático ubicado en las dos zonas anteriores. El área portal o (espacio portal) contiene las pequeñas ramas de la arteria hepática y de la vena porta, un pequeño ductulo biliar interlobular y delgados linfáticos. El parénquima hepático que rodea al espacio portal es llamado área periportal. El sinusoides hepático: La sangre de las ramas terminales de la vasculatura que sale del área portal a través de la placa limitante irriga una red compleja de espacios vasculares llamados los sinusoides hepáticos que se encuentran como un sandwich entre las placas adyacentes de las células hepáticas. El sinusoides hepático está compuesto de cuatro tipos celulares (la célula endotelial, la célula de Kupffer, la célula en estrella y células granulares).

Hepatocito: El 60% de las células que constituyen el hígado humano son hepatocitos. Son células polihédricas, de 20 a 30 micrones con núcleos redondos centrales o excéntricos.

Los hepatocitos tienen heterogeneidad estructural, que refleja su diversidad funcional. Por lo tanto los hepatocitos en la zona uno difieren de aquellos en la zona tres. Vena central: La sangre de los sinusoides fluye a la vena central localizada en la periferia del acino hepático. Estos vasos fueron originalmente llamados vena central, debido a que eran el centro del lóbulo hepático que describió Malpighi.

2.6.16 Páncreas

El páncreas está alojado profundamente en la cavidad abdominal y en el adulto, mide alrededor de 12 a 20 cm de largo y pesa de 70 a 120 gramos. La cabeza de la glándula está opuesta a la curvatura menor del duodeno con el cuerpo y la cola extendiéndose oblicuamente posterior al estómago hacia el hilio del bazo, muestra el páncreas y sus relaciones con los órganos vecinos, la es un esquema de las estructuras vasculares y su relación con el páncreas).

En su parte posterior el conducto principal de la vía biliar (colédoco) entra en la cabeza del páncreas y pasa a través del tejido pancreático para alcanzar la ampulla duodenal. El páncreas está dividido en lóbulos, rodeados por el tejido conectivo que contienen vasos sanguíneos, linfáticos, nervios y canales secretores exócrinos. Al examen microscópico el tejido de los lóbulos está formado por acinos, que participan en la secreción exócrina. Dispersos dentro de los acinos están los islotes de Langerhans (1% 2% de la glándula), que son responsables de la secreción endocrina del páncreas (insulina).

Las células acinosas están especializadas en la síntesis, almacenamiento, y secreción de grandes cantidades de proteínas, en la forma de enzimas digestivas. Durante el reposo, la parte superior de la célula acinosa está llena con gránulos de zimogeno (formas inactivas de las enzimas). Luego de la ingesta de una comida la secreción de las proteínas por parte de las células acinosas se acompaña de una rápida disminución, tanto en el número como en el tamaño de los gránulos de zimogeno. El páncreas endocrino consiste en alrededor de un millón de islotes de Langerhans de aproximadamente 0,2 mm de diámetro, típicamente redondos u ovales y separados del tejido exócrino por finas fibras de tejido conectivo. Los tipos de células más comunes son las células beta (en la mitad del islote) que secretan insulina y las células alfa (en la periferia) que secretan glucagon. Las otras células son las células delta que secretan somatostatina y un polipéptido pancreático.

Pancreas su relación con los vasos sanguíneos

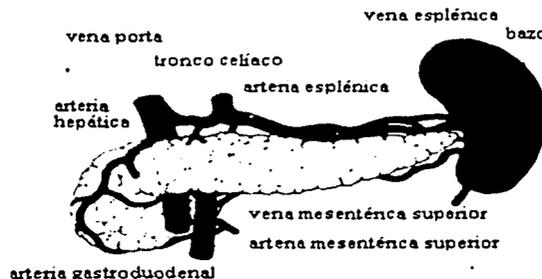


Fig. 6 Anatomía del Páncreas

El páncreas exócrino es la principal glándula digestiva del organismo, secreta alrededor de un litro de un líquido claro rico en bicarbonato cada día al intestino delgado. Este líquido, el jugo pancreático, contiene las enzimas digestivas necesarias para la hidrólisis intraluminal (dentro de la luz del intestino) de los macronutrientes de la dieta (proteínas, almidón, grasas, y ácidos nucleicos) y de las vitaminas liposolubles a moléculas más pequeñas que pueden absorberse directamente en los enterocitos (células del intestino delgado) o seguir actuando formando parte de enzimas presentes en la bilis para permitir su posterior absorción.

En los humanos el jugo pancreático tiene una concentración de proteínas del 1 al 10 %. La mayor parte de estas proteínas son enzimas digestivas o cofactores, que incluyen 20 isozimas de 12 diferentes enzimas. El resto está formado por la secreción de un inhibidor de tripsina (que tiene una función protectora para evitar el daño al páncreas debido a una activación prematura de la tripsina en el tejido o en el jugo pancreático) y otras enzimas similares a la tripsina que no tienen una función primaria en la digestión, proteínas plasmáticas y glicoproteínas.

Las cuatro principales categorías de las enzimas digestivas son las proteasas (digieren proteínas y péptidos) amilasa (digiere almidón), lipasas (digieren triglicéridos y fosfolípidos) y nucleasas (digieren ácidos nucleicos). Todas las proteasas como también la fosfolipasa son secretadas por el páncreas como proenzimas (zimógenos) inactivas. Luego de llegar al lumen intestinal, el tripsinógeno es convertido a tripsina por las enteropeptidasas, enzima que se encuentra en el ribete de la célula del intestino. La tripsina puede activar a otras proenzimas como así también al tripsinógeno.

De manera diferente a las otras enzimas digestivas, la amilasa, la lipasa y la ribonucleasa se secretan en su forma activa. El páncreas exócrino tiene una reserva de enzimas mucho mayor de las necesarias para la digestión de los alimentos. La mayor reserva es de las enzimas necesarias para digerir los azúcares (carbohidratos) y las proteínas. Las reservas para la digestión de las grasas (lípidos) particularmente para la hidrólisis de triglicéridos es más limitada. Los estudios realizados en personas sometidas a una resección parcial del páncreas demostraron que la insuficiencia digestiva para las grasas no se produce hasta que se pierde la capacidad del órgano en un 80 % al 90%. Esta observación tiene implicancia clínica pues indica que la costumbre de ingerir tabletas rotuladas como "digestivos" que contienen enzimas pancreáticas no tiene racionalidad terapéutica.

Una vez que el jugo pancreático entra en el intestino, el tripsinógeno es activado a tripsina por la enterokinasa en forma tan rápida y completa que la relativa pequeña cantidad del inhibidor de tripsina presente no interfiere con el proceso digestivo normal. Otro mecanismo protector adicional contra el efecto potencialmente perjudicial de la activación prematura de tripsina dentro del páncreas, es la habilidad de diversas moléculas similares a la tripsina sintetizadas por la célula acinosa y de la misma tripsina para destruir las moléculas nocivas de tripsina y tripsinógeno.

REGULACIÓN DE LA SECRECIÓN PANCREÁTICA

Durante el estado basal o sea en ayuno, el volumen del jugo pancreático secretado al duodeno es bajo, con una secreción de enzimas de alrededor del 10 % de su nivel máximo y de bicarbonato solo un 2% del máximo. Existen breves períodos en el que aumenta la secreción de enzimas y bicarbonato cada 60-120 minutos asociados con una actividad motora del estómago y el intestino entre las comidas. Los nervios colinérgicos (parasimpático) son los que regulan el aumento de la actividad secretora. Los nervios adrenérgicos (simpático) actúan como inhibidor de la secreción pancreática en ayunas.

Luego de una ingestión de una comida el páncreas exócrino segrega bicarbonato y enzimas a un nivel del 60-75% del que podría obtenerse luego de una administración endovenosa máxima de una dosis de secretina y CCK (colecistokinina) principales estimulantes de la secreción del páncreas.

La secreción estimulada por la comida, al igual que en el estómago también puede dividirse en fases cefálicas, gástricas e intestinal aunque pueden sobreponerse en parte.

La fase cefálica es estimulada por el pensamiento, la visualización, la degustación o el olfato a comida. Puede producir una respuesta secretora del 25 al 50 % del máximo y está regulada primordialmente por una inervación vagal colinérgica.

La fase gástrica no ha sido muy estudiada, pero la distensión del estómago produce un pequeño aumento en la secreción del páncreas también mediada por reflejos vagales colinérgicos.

Durante la fase intestinal se libera secretina a la sangre desde el duodeno en respuesta a la presencia de ácido en el mismo. Los ácidos grasos y la bilis también pueden estimular la liberación de secretina.

Es interesante tener presente que solo se necesita un 10 % de acción de la lipasa (encargada de digerir sustancias grasas de nuestra dieta). Esto significa la natural sobreabundancia de enzimas digestivas por lo que es poco razonable la automedicación con "así llamados digestivos" para intentar favorecer el proceso de la digestión.⁶

⁶ <http://www.spache.com.mx/acordeon/materias/anatomia/sangrado.htm>

2.7 USOS DEL PROCESO ATENCIÓN ENFERMERÍA

La aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, es el método conocido como proceso de atención enfermería (PAE). Este método permite a las enfermeras prestar cuidados de forma lógica racional y sistemática.

2.7.1 CONCEPTO

Es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: Valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

2.7.2 VALORACIÓN

Es la primera fase del proceso de enfermería; consiste en la recopilación y organización de los datos que concierne en la persona familia y entorno.

2.7.3 DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de enfermería.

2.7.4 PLANIFICACIÓN

Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como proporcionar la salud.

2.7.5 EJECUCIÓN

Es la relación o puesta en práctica de los cuidados programados.

2.7.6 EVALUACIÓN

Comparar la respuesta de la persona, determinar si se han conseguido los objetivos establecidos.

2.7.7 OBJETIVO

El objetivo principal del proceso atención enfermería es constituir una estructura que pueda cubrir individualizando las necesidades del paciente, familia y comunidad.

2.8 VENTAJAS

La aplicación del proceso de enfermería tiene repercusiones sobre la profesión, el cliente y sobre todo la enfermera: Profesionalmente, el proceso enfermero define el campo del ejercicio profesional y contiene las normas de calidad; el cliente es beneficiado ya que mediante este proceso se garantiza la calidad de los cuidados de enfermería; para el profesional enfermero se produce un aumento de la satisfacción así como la profesionalidad.

2.8.1 VENTAJAS PARA EL PACIENTE

- Participación en su propio cuidado.
- Continuidad en la atención.
- Mejorar la calidad de la atención.

2.8.2 VENTAJAS PARA LA ENFERMERA

- Se convierte en experta.
- Satisfacción en el trabajo.
- Crecimiento profesional.

2.8.3 CARACTERÍSTICAS

- Tiene una finalidad: Se dirige a un objetivo.
- Es sistemático: Implica partir de un planteamiento organizado para alcanzar un objetivo.
- Es dinámico: Responde a un cambio continuo.
- Es interactivo: Basado en las relaciones recíprocas que se establecen entre la enfermera y el paciente, su familia y los demás profesionales de la salud.
- Es flexible: Se puede adaptar el ejercicio de la enfermería en cualquier lugar o área especializada que trate con individuos grupos o comunidades. Sus fases pueden utilizarse sucesiva o conjuntamente.
- Tiene una fase teórica: El proceso a sido concebido a partir de numerosos conocimientos que incluyen ciencias y humanidades y se puede aplicar a cualquier modelo teórico de enfermería.⁷

2.9 PARTICIPACIÓN DE ENFERMERÍA

La intervención de enfermería en la atención de una paciente adulta madura con alteración en la perfusión hística gastrointestinal, causado por sangrado de tubo digestivo alto, inicia con la detección de las necesidades que pueden poner en peligro su vida y se sustentan a continuación.

2.9.1 NECESIDADES REALES

Necesidad de mantener y controlar el déficit de líquidos

□ Definiciones:

- **Sangrado digestivo alto:** SDA es el que se origina en algún punto del tracto digestivo por arriba del ligamento de Treitz. Se manifiesta como hematemesis, melena o rectorragia en caso de sangrado abundante.
- **Sangrado digestivo bajo:** SDB es el que se origina distal al ligamento de Treitz.
- **Ligamento de Treitz:**
- El ligamento de Treitz, conocido también como "músculo suspensorio del duodeno", es el que posiciona la parte terminal del duodeno y la flexura duodeno-yeyunal de modo que aumenta dicha flexura y actúa como una válvula. El ligamento de Treitz está formado por dos partes:

- • Una funda de músculo estriado que se deriva del diafragma cerca de la apertura esofágica y que termina en tejido conectivo cerca de la arteria celíaca.

Una banda fibromuscular de músculo no estriado que pasa desde el duodeno (partes tercera, cuarta y flexura duodeno-yeyunal) para luego unirse con el mismo tejido conectivo pericelíaco.

- **Hematemesis:** vómito de sangre
- **Hematoquezia:** Sangrado severo por recto que consiste en sangre o coágulos (del griego hemato = sangre, y chezein = "to go to stool")
- **Melena:** Es el resultado de la degradación de la sangre por bacterias colónicas con la consecuente salida de heces negras o alquitranadas ("como betún")
- **Resangrado:** Recurrencia de hematemesis, melena o hematoquezia tras la estabilización inicial, que por lo general se asocia con una caída del hematocrito.

2.9.2 CLASIFICACIÓN

□ SANGRADO DIGESTIVO DE ORIGEN OSCURO

Para el caso de sangrado digestivo crónico de origen indeterminado (oscuro) se refiere que la combinación de una terapia hormonal ha demostrado cesar el resangrado. Entre las causas más frecuentes de este tipo de sangrado se tiene las malformaciones arterio-venosas también conocidas como angiodisplasias, ectasias vasculareso telangiectasias, que contribuyen con un total de 5% de los sangrados digestivos altos y un 30% de los sangrados digestivos bajos.

La terapia hormonal referida consiste en la aplicación durante un tiempo prolongado de terapia hormonal combinada (estrógenos y progesterona), de modo que se obtiene un cese del sangrado y de su recurrencia en los casos de sangrado digestivo de origen oscuro durante el tiempo en que el paciente continúe su uso.

□ SANGRADO DIGESTIVO ALTO

La pérdida masiva de sangre implica riesgo de complicaciones secundarias a la pobre perfusión tisular y disminución en la capacidad de transportar oxígeno resultante explican este fenómeno, por ello, es posible que el síntoma de presentación sea un cuadro de angina ante la pérdida de sangre.

Se considera que hematemesis abundante o la salida de grandes coágulos frescos por recto son indicadores de sangrado activo, al contrario de la melena, que no necesariamente indica sangrado activo (tampoco lo descarta).

Incidencia: 45-150/100 000 (1, 8)

Mortalidad: 8,8% - 13,9 % (1, 8)

Resangrado: 16% (8), 10-30% (3)

□ □ La terapia endoscópica disminuye la frecuencia de resangrado, transfusiones y cirugías.

2.9.3 ETIOLOGÍA:

Úlcera duodenal, úlcera gástrica, lesiones agudas de la mucosa gástrica, várices esofágicas, desgarros de Mallory-Weiss, úlcera prepilórica, esofagitis, úlcera del canal pilórico, duodenitis, tumores gástricos, angiodisplasia, úlcera anastomótica, hernia hiatal complicada, gastropatía hipertensiva portal, úlcera de Barret, postocolangiopacreatografía, endoscopia normal, sin diagnóstico, otros (orden de más a menos frecuente) (1, 16).

Anteriormente se creía que la gastropatía alcohólica era una causa importante asociada con sangrado digestivo alto, no obstante, se ha visto que incluso entre los etilistas, esta constituye una causa rara de sangrado.

2.9.4 TRATAMIENTO

Antecedentes: En el pasado se utilizó la vagotomía en combinación con procedimientos de drenaje así como piloroplastias, gastrectomías parciales (Polya o Billroth I).

- Actualmente se considera que la prioridad en el manejo del sangrado digestivo consiste en:
 1. Conseguir la estabilidad cardiovascular
 2. Buscar identificar la fuente de la hemorragia
 3. Terapia dirigida a la fuente específica.

- El manejo del sangrado digestivo alto inicial es médico e incluye:
 1. Colocación de sonda nasogástrica y lavado nasogástrico
 2. Utilización de bloqueadores H₂.
 3. Endoscopia.

2.9.5 ESTABILIDAD CARDIOVASCULAR

Para asesorar la estabilidad hemodinámica se emplea la presión arterial y el pulso en la posición supina y de pie. Si el paciente está en shock, se puede suponer una pérdida de hasta 50% del volumen sanguíneo. Se debe recurrir a posición de Trendelenburg para maximizar el flujo sanguíneo cerebral. La infusión de soluciones isotónicas (salina o Ringer) puede instaurarse en el manejo inicial para mejorar rápidamente la presión arterial. Los presores no se utilizan en el manejo inicial ya que se trata un problema de depleción de volumen predominantemente.

Si el paciente no está en shock, una caída de la presión sistólica a menos de 90 mmHg al cambiar de la posición supina a la de pie se asocia con pérdidas de volumen de 25 a 50%. Los cambios posturales de 10 mmHg o más y/o cambios en la frecuencia cardíaca por encima de 120 sugieren pérdidas de volumen de 20 a 25%. En los pacientes ancianos, estos cambios pueden suscitarse ante pérdidas mucho menores de volumen, mientras que los pacientes más jóvenes pueden mantener preservadas las cifras de presión arterial y frecuencia cardíaca aún ante pérdidas mayores de volumen. Una pérdida crónica de sangre también puede favorecer cambios ortostáticos. Ante un cambio de la presión arterial que se suscite con la sola postura de pie, se considera que existe compromiso de la perfusión cerebral sea cual sea la pérdida de volumen.

2.9.6 Tratamiento médico

Infusión de antagonistas del receptor H₂ reduce la tasa de sangrado continuado, cirugía y muerte. Puede reducir la mortalidad en 20%, lo cual es un efecto clínicamente importante. Se recomienda una infusión continua de modo que se propicie un nivel constante de supresión del ácido gástrico (4,8).

La eficacia de vasopresina es incierta. Esta sustancia reduce la presión venosa portal a través de vasoconstricción. En combinación con nitroglicerina, se mejora la reducción de la presión portal y se aminora la presencia de efectos hemodinámicos adversos. Por otra parte, esta combinación resulta más efectiva que la vasopresina sola para controlar el sangrado proveniente de várices y se ha asociado con menor tasa de complicaciones.

El uso de antiácidos no se recomienda si se contempla el uso de endoscopia ya que puede oscurecer el campo de visión.

2.9.7 ENDOSCOPIA

La endoscopia es la base para el diagnóstico de sangrado digestivo alto agudo ya que no sólo brinda datos sobre el origen del sangrado, además, contribuye con la predicción de aquellos casos en los que hay mayor riesgo de resangrado y puede servir como medio para instaurar tratamientos específicos. Se trata por tanto, de un método diagnóstico-terapéutico muy sensitivo ya que en el 90-95% de los casos se identifica el origen del sangrado, y se trata también de un método seguro con una morbilidad menor de 0,01%.

Este método no debe ser empleado hasta que se haya conseguido primero corrección de los fenómenos de la ortostasis y un electrocardiograma que excluya isquemia miocárdica aguda o arritmias cardíacas pues el 50% de los casos de morbilidad y mortalidad asociadas con procedimientos endoscópicos se relaciona con problemas cardiopulmonares. Idealmente un lavado nasogástrico meticuloso debe preceder la endoscopia.

La cirugía endoscópica reduce el dolor, la necesidad de rehabilitación, la morbilidad y la mortalidad asociadas, no obstante, la cirugía abierta puede ser requerida cuando la excisión o la hemostasis no pueden ser realizadas de otro modo, ya que retrasar la cirugía abierta a partir de reiteradas intervenciones endoscópicas puede prolongar la hipotensión y la insuficiencia renal con un resultando de mayor mortalidad. La mortalidad asociada con cirugía abierta en el tratamiento de sangrado digestivo alto llega hasta un 20%.

Entre los métodos para conseguir hemostasis se tienen la electrocoagulación monopolar y bipolar, termocoagulación por sonda de calor (*heat probe*) y fotocoagulación por láser. Se ha visto que la sonda de calor (*heat probe*) y la inyección de etanol brindan similar eficacia y seguridad como tratamientos opcionales en el manejo de sangrado digestivo alto de origen no varicoso. La diferencia entre estos dos métodos es que el primero cauteriza a través de procesos termales mientras que el segundo se vale de procesos químicos para cauterizar.

Se ha descrito una técnica laparoscópica transgástrica de esclerosar y suturar para detener el sangrado de úlceras pépticas experimentales, de modo que se ha podido suturar 80% de las úlceras aunque la escleroterapia ha sido efectiva sólo en un 25% de ellas cuando la tasa de sangrado fue mayor o igual a 2 ml/min. Otra técnica descrita se aplica a sangrados duodenales a través de ligar las tributarias de la arteria gastroduodenal. También se ha reportado que se puede establecer hemostasis en cualquier punto sangrante del estómago a través de cirugía endoluminal. No obstante las técnicas que se utilizan actualmente tanto a nivel experimental como clínico, aún se requiere más investigación para determinar una técnica definitiva de compresión o ligación.

Otras técnicas de intervención endoscópica incluyen :

- Inyección de adrenalina (1:10 000) y/o polidocanol al 1% (escleroterapia)
- Taponamiento con balón seguido de escleroterapia.

2.9.8 ACTIVIDAD DEL SANGRADO

Si se encuentra presencia de sangrado activo, la intervención terapéutica se hace urgente. La admisión en la unidad de cuidados intensivos para estos pacientes es obligatoria. El lavado nasogástrico es una pista útil para determinar la actividad de un sangrado alto. Un 53% de los pacientes con lavado positivo presentan sangrado activo si se realiza endoscopia. Ante una úlcera duodenal sangrante, un lavado nasogástrico puede resultar negativo como consecuencia de falla en el reflujo de la sangre al estómago, ya sea debido a edema o a espasmo pilórico.

2.9.9 LABORATORIO/ PRODUCTOS DE REEMPLAZO PARA VOLUMEN

Al mismo tiempo que se ejecuta la reanimación inicial se debe obtener datos de laboratorio. Al colocar el catéter intravenoso se puede obtener una muestra de sangre, antes de iniciar la infusión de líquidos. Los datos necesarios incluyen hemograma completo, tiempos de coagulación, electrolitos, nitrógeno ureico, pruebas de compatibilidad sanguínea. El valor del hematocrito, no obstante, se aprecia transcurridas unas 24 a 72 horas, tiempo durante el cual se logra el equilibrio con el líquido extravascular y los líquidos suministrados intravenosamente.

Si se tiene plaquetopenia menor a 70 000, se debe transfundir plaquetas debido a que en este punto, se presenta un aumento del tiempo de sangrado. Independientemente del conteo plaquetario, si el paciente se encuentra tomando aspirina o se encuentra urémico, las plaquetas existentes pueden ser disfuncionales por lo que se debe considerar transfusión de plaquetas si no se consigue controlar al sangrado activo.

La alteración más común es la prolongación del tiempo de protrombina, lo cual puede reflejar hepatopatía, pérdida de factores de coagulación, y/o desnutrición. En estos pacientes debe usarse plasma fresco congelado. Ante déficit específicos de factores de coagulación, se reemplazará dicho factor tan pronto como sea posible.

Para transfundir glóbulos rojos empacados u otros hemoderivados, se utiliza el criterio de que ante hematocritos menores de 30 % es necesaria la transfusión. Se ha propuesto que se debe transfundir una unidad de plasma fresco congelado cada 4 unidades de glóbulos rojos empacados.

2.9.10 PRONÓSTICO

Entre los factores que empeoran el pronóstico se encuentran edad mayor de 60 años, resangrado, sangre en el estómago durante la endoscopia, shock al momento de la admisión. La edad por sí sola no es el motivo de empeorar el pronóstico sino, que conlleva la presencia de enfermedades concomitantes, complicaciones quirúrgicas y ausencia de historia de dispepsia .

Se han creado medidas como el sistema de puntaje de riesgo de Rockall para clasificar los pacientes con sangrado digestivo alto agudo en alto y bajo riesgo de mortalidad. Este sistema se basa en tres variables clínicas (edad, shock, comorbilidad) y dos variables endoscópicas (diagnóstico y estigmas de sangrado reciente), si se obtiene puntaje determinado, existe bajo riesgo y puntajes mayores de cierto valor, se

consideran de alto riesgo. No obstante otros estudios han demostrado que los factores determinantes para predecir resangrado son los aspectos clínicos puesto que la terapia endoscópica resta valor a los factores endoscópicos. La intensidad y velocidad del sangrado también son importantes para predecir el resultado final.

A pesar de que la terapia endoscópica es efectiva para controlar la hemorragia inicial, 10 a 30% de los pacientes sangran de nuevo y constituyen el grupo de pacientes con peor pronóstico. Algunos autores han sugerido que una segunda endoscopia a las 24 horas con más terapia, si se requiere, puede disminuir la frecuencia de resangrado.

Si al momento de la valoración el paciente presenta sangrado activo, existe un riesgo de mortalidad dos o tres veces mayor que si se encuentra inactivo.

Se han determinado seis factores que indican buen pronóstico, es decir, pacientes de bajo riesgo para el caso del sangrado digestivo alto. Estos factores consisten en edad menor de 75 años, ausencia de enfermedades concomitantes descompensadas, ausencia de ascitis, tiempo de protrombina normal y presión sistólica mayor o igual a 100 mmHg tras una hora de presentación.

Las úlceras mayores o iguales a 2 centímetros presentan un mayor riesgo de resangrado. El aspecto relativo a la edad no coincide con lo anteriormente mencionado en cuanto a que se describe peor pronóstico para aquellos sujetos de 60 años o más de edad.

Se ha establecido un vínculo muy fuerte entre el uso de anti-inflamatorios no esteroideos y daño gastrointestinal, especialmente entre aquellos pacientes como los portadores de artritis reumatoide y otros problemas musculoesqueléticos.

Otro grupo de alto riesgo para sangrado digestivo alto lo constituyen los pacientes añosos con historia de sangrado digestivo previo o enfermedad ácido-péptica previa, lo mismo sucede con aquellos pacientes que utilizan terapias con corticosteroides o anticoagulantes.

2.9. 11 PROFILAXIS

Algunos fármacos se pueden prescribir para prevenir la aparición de úlceras asociadas con el uso de anti-inflamatorios no esteroideos. Entre ellos, el misoprostol (un análogo de las prostaglandinas) y el omeprazol (un inhibidor de la bomba de protones) son particularmente útiles para dicho efecto.

Existen otros fármacos como el sucralfato y el bismuto que se han sugerido para el mismo fin, sin embargo no han demostrado ser efectivos. No obstante, el bismuto en combinaciones elaboradas para erradicar el *Helicobacter pylori*, podría, de este modo, contribuir con la disminución de úlceras pépticas asociadas con esta bacteria.

Entre los factores de riesgo para sangrado digestivo alto, se ha visto que los pacientes con artritis reumatoide, quienes utilizan grandes cantidades de anti-inflamatorios no esteroideos de modo crónico, presentan un riesgo de sangrado digestivo dos veces mayor que la población general. Este es un ejemplo del tipo de pacientes que sería más beneficiado de una terapia profiláctica conjunta.

2.9.12 CONCLUSIONES

La úlcera péptica y la diverticulosis son las causas más comunes de sangrado digestivo alto y bajo respectivamente.

Una segunda mirada endoscópica, aunque no es posible para todos los pacientes, es útil principalmente en aquellos con mayor riesgo de resangrado.

El mayor beneficio potencial proveniente de la cirugía endo-orgánica surge de su aplicación al problema del sangrado digestivo alto, particularmente el tratamiento hemostático de las úlceras duodenales sangrantes de modo que se reduzca la mortalidad por cirugía abierta para estos casos.

Es probable que en el futuro sea posible controlar el sangrado procedente del lumen gástrico a través de suturas intraluminales.

La colonoscopia es el procedimiento de elección para estudiar los sangrados digestivos bajos tanto por su precisión para el diagnóstico como por su capacidad terapéutica. El primer objetivo del manejo del sangrado digestivo es el equilibrio cardiovascular.

Para distinguir entre un sangrado alto y otro bajo:

1. Sangrado de la nariz u orofaringe puede ser ingerido y resultar en un lavado nasogástrico (LNG) positivo.
2. El LNG puede ser negativo hasta en un 10% de los sangrados provenientes de úlceras duodenales.
3. La melena puede ser vista en ambos: sangrado digestivo alto y bajo.
4. Un aumento de la peristalsis refleja aumento de la motilidad intestinal estimulada por sangre y puede ser vista en ambos tipos de sangrado digestivo (alto/bajo).⁸

⁸ <http://www.spache.com.mx/acordeon/materias/anatomia/sangrado.htm>.

2.10 DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

2.10.1 CONCEPTOS BÁSICOS

Es un problema de salud real o potencial el cual se centra en la respuesta humana de un individuo o grupo, y que las enfermeras son responsables de identificar y tratar de forma independientes (Rosalinda Alfaro).

Son los problemas expresados por un paciente el cual llega a sus deducciones mediante los datos recogidos (Mundiger y Jauron, 1975).

2.10.2 COMPONENTES DE UN DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Cada categoría diagnóstica tiene cuatro componentes:

- Etiqueta descriptiva o título: Describe en forma concisa el problema (real potencial).
- Definición: Expresa un significado claro y preciso de la categoría.
- Características definatorias: Contiene un título o una definición específica.
- Las características que definan los diagnósticos reales: Son los signos y síntomas principales en un 80 a 100 % de los casos.
- Factores etiológicos o factores de riesgo: Factores fisiopatológicos relacionados con el tratamiento, la situación y la maduración que influyan en el estado de salud o contribuir al desarrollo del problema.

Los diagnósticos de enfermería de alto riesgo incluyen factores de riesgo por ejemplo:

- Factores fisiopatológicos: (*Biológicos y psicológicos*) Shock, anorexia nerviosa.
- Factores de tratamiento: (Terapias, pruebas diagnósticas, medicación diálisis, etc.)
 - a) *De medio ambiente como estar en un centro de cuidados crónicos, residuos tóxicos, etc.*
 - b) *Personales, como encontrarnos en el proceso de muerte, divorcio, etc.*
- Factores de maduración: Paternidad/maternidad, adolescencia, etc.

2.10.3 TIPOS DE DIAGNÓSTICOS

Existen cuatro tipos de diagnósticos que son: Reales, de alto riesgo (designados hasta 1992 como potenciales), de bienestar ó posibles.

- **Diagnóstico de enfermería real.**
 - Problema (P) + Etiología, factores causales (E) + Signos y síntomas (S).
- **Diagnóstico de enfermería de alto riesgo.**
 - Problema (P) + Etiología/ factores contribuyentes (E).

2.10.4 DIRECTRICES PARA LA FORMULACIÓN DE UN DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

- Unir la primera parte (problema) con la segunda parte etiología utilizando "Relacionado con" mejor que "debido a " ó "causado por ". Sin embargo no necesariamente tiene que haber una relación causa-efecto directa.
- La primera parte del diagnóstico identifica la respuesta de la persona, y no una actividad de enfermería.
- Redactar en términos convenientes y aconsejables desde el punto de vista legal.
- Escribir el diagnóstico sin emitir juicios de valor, si no basarse en datos objetivos y subjetivos que se hayan recogido y validado con el usuario.
- Evitar invertir el orden de las partes del diagnóstico, puede llevar a un enunciado confuso.
- No mencionar signos y síntomas en la primera parte del diagnóstico.
- No indique el diagnóstico de enfermería como si fuera un diagnóstico médico.
- No escriba un diagnóstico de enfermería que repita una orden médica.

2.10.5 BENEFICIOS DE UNA TAXONOMÍA DIAGNÓSTICA

1.- DENTRO DEL QUE HACER PROFESIONAL.

- INVESTIGACIÓN
 - Determinar la compatibilidad de una taxonomía con cada uno de los modelos conceptuales.
 - Validar en distintos ámbitos culturales las características definitorias y los factores relacionados de los diagnósticos de enfermería aceptados.
 - Realizar el análisis epidemiológico de los diagnósticos que presenta una población determinada.
 - Identificar nuevas áreas de competencia en enfermería o complementar las ya identificadas mediante el desarrollo y validación de nuevos diagnósticos.
- DOCENTES
 - Organizar de manera lógica, coherente y ordenada los conocimientos de enfermería.
 - Disponer de un lenguaje compartido con otros profesionales con los enfermeros docentes y con los propios alumnos lo cual facilita la transmisión de ideas y conceptos relacionados con los cuidados.
- ASISTENCIALES
 - Identificar las respuestas de las personas ante distintas situaciones de salud.

- Centrar los cuidados brindados en las repuestas humanas, identificadas a través de una valoración propia.
- Aumentar la efectividad de los cuidados al prescribir actuaciones de enfermería específicas orientadas a la resolución o control de los problemas identificados.
- Organizar, definir y desarrollar la dimensión propia del ejercicio profesional.
- Delimitar la responsabilidad profesional lo que como beneficio secundario crea la necesidad de planificar y registrar las necesidades de planificar y registrar las actividades realizadas.

Algunas de las ventajas que comportan la utilización de los diagnósticos de enfermería en este ámbito son:

- Ayudar a determinar los tiempos medios requeridos y por tanto, las cargas de trabajo de cada unidad o centro al facilitar la organización y sistematización de las actividades de cuidados.
- Permite como consecuencia, una mejor distribución de los recursos humanos y materiales.
- Favorece la definición de los puestos de trabajo ya que ésta podría incluir la habilidad para identificar y tratar los diagnósticos de enfermería que se dan con mayor frecuencia.
- Facilitar el establecimiento de criterios de evaluación de calidad de los servicios de enfermería brindados en un centro o institución.⁹

⁹ <http://teleline.terra.es/personal/duenas/pae.htm>

3 APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

La aplicación del proceso de atención de enfermería se llevó a partir del 7 de Noviembre del 2001, hasta su egreso el día 15 de Noviembre del 2001, se continuara con la evaluación del proceso atención enfermería en la consulta externa dentro del servicio de medicina interna.

Las intervenciones de enfermería mencionadas en el plan de alta se efectuaron en la última semana de su hospitalización con la colaboración de su esposo y continuación en su hogar.

3.1 PRESENTACIÓN DEL CASO

MOTIVO DE INGRESO (07 de Noviembre del 2001)

- Sangrado de tubo digestivo alto abundante.
- Estado físico: Paciente aparentemente a la edad cronológica de complejón delgada con signos y síntomas de choque hipovolemico, intranquila, deprimida, clínicamente con palidez muco tegumentaria, taquicardia discreta, cavidad oral con sangrado reciente, palpación: abdomen blando con ligera distensión y dolos a la palpación superficial, dolor en hipogastrio.
- Exploración General: Talla: 1.55 mts. Peso: 48 kgs. Pulso: 110 X'; respiraciones 24X', temperatura: 35.5 C°, T/A = 60 /40.
- Ojos: Conjuntivas pálidas, hiporeflexicas.
- Oídos: Pabellón auricular normal, conductos auditivos permeables.
- Nariz: Sin traumatismo permeables.
- Faringe: Normal sin alteraciones.
- Boca: Mucosas orales secas, con dentadura incompleta encontrándose rastros de sangre fresca.
- Cuello: Cilíndrico delgado sin adenopatías.
- Tórax: Forma y volumen delgado, caja tóraxica visible, sin alteraciones de deformidades o traumatismo.
- Abdomen: Blando, doloroso a la palpación en la región mesogastrica.
- Aparato respiratorio: Con dificultad respiratoria (disnea).
- Aparato circulatorio: Datos de choque hipovolemico.
- Aparato urogenital: Sexo femenino con implantación del bello de acuerdo a edad y sexo, sin datos patológicos.

Auscultación: Ruidos ventilatorios normales, ruidos cardiacos con presencia de taquicardia, ruidos intestinales con peristalsis presente aparentemente normales.

3.1.2 "HOJA DE VALORACIÓN DE ENFERMERÍA"

Nombre: O.P.A Edad 39 Años Peso: 45 Kg. Talla: 1.55 mts.
 Fecha de nacimiento: 13 de septiembre de 1962 Sexo: femenino Ocupación: hogar
 Escolaridad: secundaria Fecha de Admisión: 8 de noviembre del 2001 Hora: 11 hrs.
 Procedencia: San Rafael Estado de México Fuente de información: Esposo
 Fiabilidad:(1-4): 4 Miembro de la familia/persona significativa: 4 integrantes

VALORACIÓN DE NECESIDADES HUMANAS

1.- Necesidades básicas de.- Oxigenación, nutrición e hidratación, eliminación y termorregulación.

a) Oxigenación

Subjetivo:

Disnea debido a: disminuyó de aporte sanguíneo

Tos productiva/seca: No presenta Dolor asociado con la respiración No

Fumador: no fuma

Desde cuándo fuma/cuántos cigarros al día/varía la cantidad según su estado

Emocional: _____

Objetivo:

Registro de signos vitales y características

T/A: 60/40, frecuencia cardíaca 110 X', frecuencia respiratoria 28 X', temperatura 35.5 °C

Tos productiva/seca: No Estado de conciencia: conciente

Coloración de piel/lechos ungueales/peribucal: palidez de tegumentos, cavidad oral con huellas de sangrado reciente escaso.

Circulación: del retorno venoso: disminuida

Otros: Hipotensión, lipotimia, adinamia y dolor abdominal

b) Nutrición e Hidratación

Subjetivo:

Disnea habitual (tipo): de pequeños esfuerzos Número de comidas diarias: 3 de pequeñas cantidades.

Trastornos digestivos: estreñimiento

Intolerancia alimentaria/alergias: ninguna

Problemas de la masticación y deglución: _____ no _____

Patrón de ejercicio: _____

Objetivo:

Turgencia de la piel: seca, deshidratada.

Membranas mucosas hidratadas/seca: deshidratada.

Características de uñas/cabello: uñas delgadas.

Funcionamiento neuromuscular y Esqueletico: normal.
Aspectos de los dientes y encías: presenta problemas en los molares.
Heridas, tipo y tiempo de Cicatrización: queloides.
Otros: _____

c) Eliminación

Subjetivo:

Hábitos intestinales: evacua una vez por día **características de las heces, orina y menstruación:** normales, orina seis veces al día de aspecto normal y menstruación normal cada treinta días por cuatro días.

Historia de hemorragias/enfermedades renales/otros: hemorragia, sangrado de tubo digestivo alto.

Uso de laxantes: no **Hemorroides** no

Dolor al defecar/menstruar/orinar: en algunas ocasiones presenta dismenorrea

Como influye las emociones en sus patrones de eliminación:

Objetivo:

Abdomen/características: Abdomen doloroso, resistencia muscular voluntaria, peristalsis incementada, paciente muy quejumbrosa.

Ruidos intestinales: peristalsis aumentada.

Palpación de la vejiga urinaria: Existe presencia de globo vesical.

Otros: _____

d) Termorregulación

Subjetivo:

Adaptación a los cambios de temperatura: hipotermia

Ejercicio/tipo y frecuencia: no realiza

Temperatura ambiental que le es agradable: _____

Objetivo:

Características de la piel: Presenta diaforesis, piel fría, pálida

Transpiración: _____

Condiciones del enfermo físico: Presenta palidez mucotegumentaria, taquicardia discreta.

Otros: Datos de choque hipovolemico.

2.- Necesidades básicas de: Moverse y mantener una buena postura, usar prendas de vestir adecuadas, higiene y protección.

a) Moverse y mantener una buena postura

Subjetivo:

Capacidad física cotidiana: No puede realizar grandes esfuerzos.

Actividad en el tiempo libre: Ver televisión.

Hábitos de descanso: Debido a su diagnóstico ella descansa en promedio de 10 a 12 hrs.

Hábitos de trabajo: Ella no posee ningún hábito de trabajo por su enfermedad.

Objetivo:

Estado del sistema músculo esquelético/fuerza: Deficiente.

Capacidad muscular tono/resistencia/flexibilidad: Resistencia muscular voluntaria.

Postura: Arqueada.

Ayuda para la deambulaci3n: No.

Dolor con el movimiento: Presenta dolor muscular.

Presencia de temblores: No **Estado de conciencia:** Conciente

Estado emocional: Deprimida

Otros: Temores

b) Descanso y sueño

Subjetivo:

Horario de descanso: No tiene **Horario de sueño:** No tiene

Horas de descanso: No tiene **Horas de sueño:** 12 hrs.

Siesta: Generalmente despu3s de las comidas **Ayudas:** No tienes

¿Padece insomnio ?: Algunas veces

A que considera que se deba: No tiene hábitos descanso y/o horarios

¿Se siente descansado al levantarse ?: No siempre esta cansada y/o fastidiada

Objetivo:

Estado mental: Ansiedad/estr3s/lenguaje: Presenta ansiedad

Ojeras: Si **Atenci3n:** Si **Bostezos:** Si **Concentraci3n:** Si

Apatía: Algunas veces **Cefaleas:** No

Respuesta a

estímulos: Si

Otros: _____

c) Uso de prendas de vestir adecuadas

Subjetivo:

¿Influye su estado de ánimo para la selecci3n de sus prendas de vestir? Si

¿Su auto estima es determinante en su modo de vestir? Si

¿Su creencia le impide vestirse como usted le gustaría? No

¿Necesita ayuda para la selecci3n de su vestuario? No

Objetivo:

Viste de acuerdo a su edad: Si
 Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse: Es normal
 Vestido incompleto: Sucio: Inadecuado:
 Otros: Es completo, limpio y adecuado.

d) Necesidad de higiene y protección de la piel

Subjetivo:

Frecuencia de aseo: Diario
 Momento preferido para el baño: Noche
 Cuántas veces se lava los dientes al día: Una sola vez por día
 Aseo de manos antes y después de comer: Si Después de eliminar: Si
 ¿Tiene creencias personales o religiosas que limiten sus hábitos higiénicos?: No

Objetivo:

Aspecto general: Malo
 Color corporal: Normal
 Halitosis: Cuando existe presencia de sangrado por hemorragia
 Estado del cuero cabelludo: Normal
 Lesiones dérmicas, qué tipo: No existen
 (Anote su ubicación en el diagrama)
 Otros: _____



e) Necesidades de evitar peligro

Subjetivo:

Qué miembros componen su familia de pertenencia: Dos hijos y su esposo
 Como reacciona ante una situación de urgencia: Se altera y tiene miedo
 ¿Conoce las medidas de prevención de accidentes? Si
 En el hogar: Si
 En el trabajo: Solo en el hogar
 ¿Realiza controles periódicos de salud recomendados? Si
 Como canaliza las situaciones de tensión en su vida: No sabe controlarlas

Objetivo:

Deformidades congénitas: No
 Condiciones del ambiente en su hogar: Normales
 Trabajo: Solo en el hogar

3.- Necesidades básicas de: Comunicación, vivir según sus creencias y valores, trabajar y realizarse, jugar y participar en actividades recreativas o de aprendizaje.

a) Necesidades de comunicarse

Es civil: casada Años de relación: 15 años Vive con: con sus hijos y su esposo
 Preocupaciones/estrés: Normales
 Rol en la estructura familiar: Ama de casa
 Comunica sus problemas debido a la enfermedad/estado: Algunas veces
 Cuánto tiempo pasa sola: Un promedio de 8 horas
 Frecuencia de los diferentes contactos sociales en el trabajo: Ninguna

Objetivo:

Habla claro: Si Confusa: Algunas veces
 Dificultad en la visión: No Audición: No
 Comunicación verbal/no verbal con la familia/con otras personas significativas: Comunicación verbal con su familia solamente.
 Otros: _____

b) necesidad de vivir según sus creencias y valores

Subjetivo:

Creencias religiosas: Católica
 ¿Su creencia religiosa le genera conflictos personales?: No
 Principales valores en su familia: Mantener integrada a la familia
 Principales valores personales: Respeto, amor y cuidados a sus hijos
 ¿Es congruente su forma de pensar con su forma de vivir?: Si

Objetivo:

Hábito específicos de vestir (grupo social religioso): No
 ¿Permite el contacto físico?: Si
 ¿Tiene algún objeto indicativo de determinados valores o creencias? Si
 Otros: _____

3.1.3 CONCLUSIÓN DIAGNÓSTICA DE ENFERMERÍA

Necesidad	Grado de dependencia	Diagnóstico de enfermería
1.- Oxigenación.	Dependiente	Alto riesgo de aspiración. Disnea. Alteración de la perfusión.
2.- Nutrición e hidratación.	Dependiente.	Déficit del volumen circulante, causado por la hemorragia masiva.
3.- Eliminación.	Parcialmente dependiente.	Alteración de la evacuación intestinal, manifestada por evacuaciones melénicas.
4.- Termorregulación.	Parcialmente dependiente.	Hipotermia manifestada por la piel cianótica y agotamiento, relacionada por el bajo gasto cardiaco.
5.- Descanso y sueño.	Parcialmente dependiente.	Alteración del patrón del sueño relacionado con ansiedad y estrés.
6.- Higiene y protección de la piel.	Parcialmente dependiente.	Deterioro de la integridad tisular, manifestada por circulación alterada.
7.- Comunicarse.	Parcialmente dependiente.	Dificultad para externar problemas en la expresión verbal del pensamiento.
8.- Aprendizaje.	Parcialmente dependiente.	Déficit del conocimiento sobre su salud o enfermedad.
9.- Seguridad para mantener la salud y la vida.	Parcialmente dependiente.	Alteración de la protección, expresado por agotamiento físico y mental.
10.- Necesidades recreativas.	Parcialmente dependiente.	Déficit de actividades recreativas y ocupacionales relacionado con adinamia.
11.- Vivir según valores y creencias.	Parcialmente dependiente.	Desesperanza.
12.- Sentido del logro.	Parcialmente dependiente.	Alteraciones de la autoestima.

3.1.4 SISTEMAS DE APOYO

- Cuenta con el apoyo de su esposo e hijos y una cuñada.
- Comunitario: DIF, IMSS,

3.1.5 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES RELACIONADOS CON EL PACIENTE

- Antecedentes hereditarios los desconoce
- Enfermedades pasadas y actuales

Pasadas: Gastritis, Úlcera gástrica.

Actuales: Tiene sangrado en tubo alto por varices esofágicas

- Hospitalizaciones previas
 - 06 de Marzo del 2000.
 - 17 de Noviembre del 2000..

3.1.6 ESTADO FÍSICO

Constantes vitales.

Pulso: 110 X', Temperatura corporal: 35.5 °C, Presión arterial: 60/40 mmHg

Frecuencia respiratoria: 24 X', **Peso :** 48 Kgs. , **Talla:** 1.55 mts.

Funciones fisiológicas:

Estado de conciencia: *conciente*

Patrones de respiración: *campos limpios y ventilados*

Alimentación: *Se rehúsa a los alimentos*

Escreción : *Normales.*

Sueño movimiento: *Inquieta, somnolienta*

3.1.7 DATOS BIOLÓGICOS

Grupo sanguíneo: *O positivo*

Déficit sensorial o motrices: *Normales*

Alergias: *Ninguna*

Uso de prótesis: *Ninguna*

3.1.8 RESULTADOS DE PRUEBAS DISPONIBLES

TIPOS	RESULTADOS	
	NORMAL	PACIENTE
BIOMETRÍA HEMÁTICA		
LEUCOCITOS	5000 a 10000 ml/m ³	6700 ml/m ³
ERITROCITOS	4.7 a 6.1	3.4
HEMOGLOBINA	12 a 14 mg/dl	7.8 mg/dl
HEMATOCRITO	37 a 47	30.6
VGM: fl	80 a 94	75.5
PLAQUETAS X 10	130 a 400	39 R;
LINFOCITOS	24 a 38	36 %
EOSINOFILOS	1-4	5
SEGMENTADOS	45-65	64%
EN BANDA	0-7	2
PLAQUETAS	150. 000-400,000 mm ³	120, 000 mm ³
MONOCITOS	4 a 9	1
BASOFILOS	0-1	1
TIEMPO DE PROTOMBINA		
PARÁMETROS	NORMAL	PACIENTE
T/P	80-100 %	70 %
FIB	-	210 mg/dl
TPT		34 SEG
PQ		482000 ML/MM ³
QUÍMICA SANGUÍNEA		
PARÁMETROS	NORMAL	PACIENTE
GLUCOSA	80 a 120 ml/dl	116 ml/dl
UREA	16 a 35 mg	3.2
CREATININA	0.75 -1.2 mg	1.0
ÁCIDO ÚRICO	2.5 - 6 mg	4.3
COLESTEROL	170 - 285mg	65
TRIGLICÉRIDOS		52
PRUEBAS DE FUNCIONAMIENTO HEPÁTICO		
PARÁMETROS	NORMAL	PACIENTE
BILIRRUBINA DIRECTA	0 mg	0.4 mg
BILIRRUBINA INDIRECTA	0.8 mg	1.8 mg
BILIRRUBINAS TOTALES		2.3
TGO	8-40 U.I.	98 U.I.
TGP	5 - 35 U.I.	43 U.I.
DHL	200- 500 U.I.	107 U.I.
EXAMEN GENERAL DE ORINA		
PARÁMETROS	NORMAL	PACIENTE
PH	6 (ácido)	5.0 (ácido)
DENSIDAD	1,003 - 1,035	1,020
ALBUMINA	Negativa	+
HEMOGLOBINA	Negativa	+++
LEUCOCITOS	- 10 por Campo	8 - 10 X Campo
ERITROCITOS	0 a 1 X Campo	6 - 8 X Campo
CÉLULAS	Negativo	+++ BACTERIAS
CRUCE		
PARÁMETRO		PACIENTE
GRUPO y R.H		O POSITIVO

12 De Noviembre, de 2001 estudio: *Ultrasonido de Hígado*

Resultado: *Hígado de contornos irregulares definidos disminuido de tamaño de predominio del lóbulo derecho, por cirrosis hepática, vías biliares normales vascularidad conservada, vías biliares de 60 X 40 X 20 mm con lito en su interior el cual proyecta sombra acústica posterior colédoco permeable de 3 mm de espesor porta de 9 mm, espacio hepatorenal sin colecciones.*

14 de Noviembre de 2001 estudio: *Endoscopia*

Resultado: *Varices esofágicas grado V de Dagradi , varices fúndicas F1 de Hashisume, Gastropatía hipertensiva severa.*

Nota: Paciente no candidata para escleroterapia ó ligadura.

3.1.9 DATOS PSICOSOCIALES

- ❑ **BIOLÓGICO:** Hemorragia de tubo digestivo alto; manifestado por hematemesis, hipotensión, taquicardia, náuseas, distensión abdominal e hipotermia.
- ❑ **SOCIALES:** Incapacidad laboral, problemas económicos, riesgo de desintegración familiar.
- ❑ **PSICOLÓGICO:** Depresión, estrés, inestabilidad emocional, miedo, ansiedad, angustia y agresividad.
- ❑ **ESPIRITUAL:** Se dice tranquila con su dios, ya que el es quien decide su destino.
- ❑ **NECESIDAD REAL:** Déficit de líquidos.
- ❑ **GRADO DE AUTONOMÍA:** Es dependiente en algunas de sus necesidades.

3.2 ATENCIÓN DE NECESIDADES REALES A UNA PACIENTE MADURA CON ALTERACIONES EN LA PERFUSIÓN HÍSTICA GASTROINTESTINAL

Jerarquización de necesidades; son las observadas y sustentadas con datos objetivos y son la causa de ingreso actual a esta unidad para recibir tratamiento e intervenciones de enfermería en base a un plan de enfermería las cuales son de tipo dependiente de las indicaciones médicas.

3.2.1 NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

El aparato respiratorio se encarga del intercambio de oxígeno y bióxido de carbono entre la atmósfera y la sangre circulante. Las vías respiratorias incluyen la nariz, la boca, la faringe, la laringe, la traquea, los bronquios y los bronquiólos.

El centro respiratorio esta formado por un grupo bilateral de células situadas en el bulbo raquídeo, es un centro muy sensible a la estimulación refleja esta en conexión con las fibras sensitivas de todos los nervios craneales y raquídeos, así como los de las vías que van del cerebro a la médula.

Los centros nerviosos de la inspiración y la espiración se encuentran en el bulbo raquídeo; el centro neumotáxico se encuentra en la protuberancia.

El centro inspiratorio inicia la inspiración; el centro espiratorio produce la espiración y el centro neumotáxico actúa como un inhibidor de la inspiración.

Los centros respiratorios son muy sensibles al aumento en la concentración de bióxido de carbono, o de hidrógeno en los líquidos que llegan a ellos. Los quimiorreceptores periféricos (principalmente situados en el cayado aórtico y cuerpo carotídeo) son sensibles a la falta de oxígeno y su vez estimulan el centro respiratorio (cuando una hipercapnia prolongada deja estimular el centro respiratorio, la falta de oxígeno lo estimulara).

La falta de oxígeno deprime las células vitales del centro. La frecuencia respiratoria promedio de una persona en reposo promedio varía con la edad. La frecuencia respiratoria promedio para un adulto es de 16 a 20 por minuto.

La circulación pulmonar proviene de las arterias pulmonares que se originan directamente en el ventrículo derecho. La sangre oxigenada regresa a la aurícula izquierda a través de las venas pulmonares. Cualquier corto circuito patológico interferirá con la oxigenación adecuada de la sangre. En condiciones normales el oxígeno se difunde de los alvéolos a la sangre debido a que la presión parcial de oxígeno (PO_2) en los alvéolos es de 100 m.m de Hg. Mientras que la presión parcial en la sangre venosa es tan solo de 40 m.m de Hg.

Casi todo el oxígeno transportado a las células el organismo va unido a la hemoglobina, la cantidad de oxígeno que puede ser transportado por determinado volumen de sangre depende de la cantidad de hemoglobina que contengan los eritrocitos de ese volumen de sangre. En condiciones normales la presión y la temperatura solo pueden disolverse cantidades muy pequeñas de oxígeno en el plasma. La necesidad de oxigenación en la paciente esta dada por hipoxia causada por el transporte y el suministro insuficiente de oxígeno a las células debido a la perdida de sangre. Secundario a esto la anemia es dada por un estado en el que el número de eritrocitos maduros es anormalmente bajo y la concentración de hemoglobina en la sangre se encuentra disminuida causado por el sangrado (crónico)

Tratamiento Médico:

- Administración de sol. Hartman.
- Inicio de transfusiones sanguíneas.
- Oxigenoterapia con mascarilla.
- Colocación de sonda sengstaken-Blakemore.

3.2.2 NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

Manifestada por el déficit de volumen de la sangre circulante (hematemesis). La sangre transporta sustancias del interior al exterior de las células y viceversa y por ello la presión de la sangre circulante deben, conservarse dentro de límites para satisfacer las necesidades variables de los órganos. La sangre es un líquido viscoso compuesto por células y plasma el hematocrito sanguíneo es el porcentaje de células que componen la sangre su cifra normal aproximada es del 40 %. Más del 99 % de las células que componen la sangre son eritrocitos, a mayor cantidad de células, mayor viscosidad sanguínea.

El volumen sanguíneo varía de acuerdo con el peso y la superficie corporal. El adulto de estatura media posee de 5 a 6 litros de sangre, una pérdida rápida de más del 30% del volumen sanguíneo total a menudo produce la muerte.

La necesidad de nutrición e hidratación es detectada en la paciente adulta madura, ya que existe pérdida excesiva de sangre causada por el sangrado de tubo digestivo, manifestada por hipotensión, taquicardia, palidez generalizada, oliguria.

Cuando el funcionamiento tisular (celular) sufre un deterioro, el volumen y la presión sanguínea circulante no se mantiene dentro de ciertos límites los órganos vitales son afectados pueden causar la muerte al individuo.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

- Toma de signos vitales.
- Instalación de venoclisis periféricas con punzocath de grueso calibre (14 ó 16)
- Reposición de líquidos, con solución Hartman.
- Toma de laboratorios para cruce y determinar la hemoglobina.
- Administración de oxígeno.
- Vigilar estado de conciencia de la paciente.

3.2.3 NECESIDAD DE ELIMINACIÓN (DIURESIS)

Los riñones eliminan la mayor parte de los productos nitrogenados del mecanismo celular.

- Los productos nitrogenados provienen del metabolismo proteico y comprenden compuestos orgánicos e inorgánicos.

1.- Los compuestos orgánicos son la urea, el ácido úrico y la creatinina.

- a) El hígado desempeña un papel esencial en la formación de la urea.
- b) El sudor contiene pequeñas cantidades de urea.

2.- El compuesto inorgánico más abundante es el amoniaco.

- Normalmente la función renal mantiene el nivel de urea en la sangre por debajo de 20 mg. Por ciento.

Los riñones también eliminan el exceso de cuerpos ce tónicos que se forman en el organismo, (Los cuales están) relacionados con la oxidación de ácidos grasos para la producción de energía) y el exceso de electrolitos.

ELIMINACIÓN DE ORINA

1.- La orina que es producido continuamente por los riñones (de 30 a 50 ml por hora en el adulto).

El estímulo se transmite hasta el centro del reflejo de la micción que se encuentra en la medula espinal.

EQUILIBRIO HÍDRICO

Se pueden perder grandes cantidades de agua a través de otros mecanismos como la hemorragia, la pérdida de plasma y las heridas que drenan material.

Existe pérdida excesiva del agua de la sangre en problemas relacionados con alteraciones del volumen y de la presión de la sangre circulante.

La paciente presenta oliguria y orina con densidad baja en las primeras cuatro horas después de su ingreso (en el adulto un volumen urinario menor de 50 ml. en 24 hrs.)

MATERIAL FECAL

En estado normal el recto se vacía exactamente antes de la defecación diversos estímulos (que dependen de los hábitos individuales)

El colon realiza funciones como es el almacenamiento de las heces fecales que éstas se evacuan.

Normalmente entran alrededor de 450 ml. de quimo al ciego diariamente y todas, excepto 100 ml; reabsorben en los capilares del intestino grueso.

- A. Si hay deshidratación aumenta la absorción de agua a nivel del colon.
- B. Si hay deshidratación de las heces fecales permite una mayor absorción de agua.

El colon tiene dos tipos de movimientos: Movimientos de mezcla (que facilitan la absorción) y movimientos de propulsión (que conducen el contenido intestinal hacia el ano.)

- C. Normalmente se producen pocos movimientos de propulsión en 24 hrs. Tienden a ocurrir poco tiempo después de ingerir alimentos, después de que el estómago ha estado vacío durante un tiempo prolongado. Esto resulta de actos reflejos que se originan principalmente en el duodeno (reflejo duodenocólico) y en el estómago (reflejo gastrocólico.)

Normalmente las heces fecales contienen bacterias (la mayor parte muertas), células epiteliales descamadas, residuos alimenticios, pigmentos biliares, moco, y sales inorgánicas.

Normalmente las heces fecales son de consistencia blanda y adquieren la forma cilíndrica del recto. El olor de las heces se debe principalmente a los gases que se forman en el intestino grueso debido a la putrefacción de las proteínas.

El volumen de las heces fecales aumenta cuando se ingiere material no digerible, como la celulosa. El paso repentino de las heces hacia el recto (debido a los movimientos de propulsión inician el reflejo de la defecación.)

Los impulsos sensitivos viajan hasta la médula espinal y por medio de nervios motores, se estimulan movimientos peristálticos.

Para establecer los patrones de vaciamiento intestinal puede ser tomado en cuenta la hora de preferencia de la persona y familia así como un aporte suficiente de líquidos y una dieta equilibrada.

Tratamiento médico.- Dieta para Hepatopata e hiposódica enema evacuantes por turno. Abundantes líquidos.

3.2.4 NECESIDAD DE CONSERVAR LA TEMPERATURA CORPORAL

La temperatura óptima de la actividad enzimática normal está dentro de límites de la temperatura corporal, la cual fluctua entre 36 y 38 °C (97 a 100 °F), con un promedio de 37 °C equivalente a 98.6 °F.

La hipotermia deprime todos los procesos metabólicos.

1.- La depresión de la función circulatoria puede provocar arritmias cardíacas (incluso llegar a producir paro cardíaco).

2.- Una depresión grave ó prolongada de los procesos metabólicos conduce a la muerte celular.

3.- La temperatura corporal es un equilibrio entre el calor producido por los tejidos (más el adquirido del ambiente) y la pérdida de calor hacia el ambiente. La producción de calor se debe a reacciones químicas exotérmicas.

Durante el reposo el hígado es el que produce la mayor cantidad de calor. El calor se distribuye en el cuerpo por medio de:

- Conducción a través de los tejidos.
- La sangre circulante.

El grado total de calor es un área determinada está modificada por el flujo sanguíneo de esa área.

El calor que se desprende de la superficie corporal por irradiación y conducción varían según:

- 1.- El grado de aislamiento del cuerpo (por ejemplo; grasa subcutánea, ropas).
- 2.- La superficie cutánea expuesta.
- 3.- temperatura ambiental.
- 4.- El volumen sanguíneo que fluye por los capilares periféricos.

En la mujer existe una ligera elevación de la temperatura corporal (0.5 a 1.0 grados Fahrenheit) desde el momento de la ovulación hasta la menstruación. Esta elevación continua, por lo general, durante los primeros meses de embarazo.

Los mecanismos fisiológicos se regulan, la temperatura están controlados por el centro regulador de la temperatura, que se encuentra en el hipotálamo. Existen neuronas sensitivas para el calor en el centro termostático del hipotálamo anterior, las cuales controlan la temperatura corporal.

Si se calientan demasiado las neuronas sensitivas por el calor, se pierde más calor; los nervios simpáticos estimulan a las glándulas sudoríparas para que secreten sudor de esta manera se pierde calor por evaporación.

Los centros simpáticos del hipotálamo posterior se inhiben para permitir que aumente la circulación a nivel de la piel. De esta manera se pierde calor por conducción, irradiación y convección.

Fue detectada la necesidad por presencia de hipotermia en la paciente causada por vasodilatación.

Cuidados de enfermería

Se orientaron a ayudar al paciente a obtener, conservar o recuperar una temperatura corporal óptima.

3.2.5. NECESIDAD DE SUEÑO Y DESCANSO

Los seres humanos necesitan cierta cantidad de sueño durante un periodo prolongado para mantener el funcionamiento óptimo de su organismo (tanto físico como mental)

A. Las horas que se necesitan de sueño varían con cada individuo, los requerimientos de sueño están influidos por:

1. La edad.
 - a. Los adolescentes y adultos generalmente necesitan dormir de 7 a 9 horas diarias.
2. Las características fisiológicas individuales.
3. El estado de salud (por ejemplo ciertos padecimientos pueden aumentar las necesidades de sueño)
4. El nivel de tensión (durante los periodos de tensión puede aumentar las necesidades de sueño)

B. Cuando existen periodos de aumento ó disminución de la excitabilidad nerviosa todo el organismo se encuentra afectado durante el sueño:

1. Disminuye la actividad simpática
 - a. Baja la presión arterial
 - b. Disminuye la frecuencia cardíaca
 - c. Se produce vasodilatación al nivel de la piel

C. El sistema activador reticular, que controla el grado de actividad del sistema nervioso central, es el responsable del estado de alerta y el sueño.

1. El sistema activador reticular es una red formada por células y fibras nerviosas que se originan en el tallo cerebral, suben hacia el mesencéfalo y el tálamo y de ahí se distribuyen por toda la corteza cerebral.
2. Los patrones difásicos de sueño y del estado de alerta se desarrollan en una época temprana de la vida. Los individuos aprenden a mantenerse despiertos durante un periodo prolongado y a dormir mucho tiempo.
3. El adulto, mientras envejece más puede necesitar periodos más largos para dormir, ya que existe cierta tendencia a despertarse con mayor frecuencia y a permanecer despierto.

El patrón general del dormir, que varía de un individuo a otro y de una noche a otra en el individuo, está dividido en ciclos, el sueño tiene dos fases; El sueño REM (rapid eyes movements) movimientos oculares rápidos, el tono muscular en todo el cuerpo disminuye hasta casi desaparecer, la frecuencia puede estar hasta dos latidos por debajo de lo normal, y la presión arterial en 30 mm Hg inferior a la normal, este sueño profundo suele presentarse tres o cuatro veces cada noche, con intervalos de 80 a 120 minutos.

El sueño NREM (sueño de movimientos oculares lentos) proporciona el descanso y restablecimiento del organismo, la actividad física que se efectúa durante las horas de vigilia tiende a favorecer un periodo de sueño adecuado; sin embargo, la actividad física estimulante efectuada antes de acostarse tiende a interferir con el sueño.

DESCANSO

Las células del organismo necesitan periodos de disminución de las actividades durante los cuales puedan restablecerse para mantener el funcionamiento óptimo del organismo (tanto físico como mental)

"Cuando una persona se fatiga progresivamente algunas porciones del S.N.C. pierden la excitabilidad más que otras, por lo cual una parte puede preponderar sobre las demás" Mientras mayor sea el índice metabólico, mayor es la necesidad de que aumente la circulación, las respiraciones, la nutrición y la excreción.

Disminuyendo las demandas del organismo durante un estado de tensión, es posible obtener la mayor respuesta global del organismo al reposo y al sueño.

3.2.6 NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL Y MUCOSAS

PIEL

1. La piel es el mayor órgano del cuerpo, cubre toda la superficie del cuerpo y su epitelio guarda continuidad con el con el epitelio de los orificios externos de las vías digestiva, respiratoria y genitourinaria.

Desempeña un papel de suma importancia en la regulación de la temperatura. Es impermeable a la mayor parte de los microorganismos. Es resistente a varios agentes químicos nocivos, es resistente a traumas, frío, calor y radiaciones, aporta información acerca del ambiente externo.

2. La piel esta compuesta por dos capas:

- A. La epidermis o cutícula, es la capa delgada y externa la epidermis funciona como una barrera para mantener las sustancias fuera del organismo y a prevenir la pérdida del agua en este.
- B. La dermis o corion se localiza por debajo de la epidermis la dermis que a veces también se llama "piel verdadera" esta constituida por tejido conjuntivo denso que contiene: vasos sanguíneos y linfáticos, nervios sensitivos para la percepción de prurito, dolor, tacto y temperatura, glándulas sebáceas y glándulas sudoríparas, fibras elásticas.

El espesor de la dermis varia en las diferentes partes del cuerpo; es excesivamente delgada y delicada en los párpados y en los genitales masculinos, y es relativamente gruesa en las manos y en la planta de los pies.

La piel puede ser seca, áspera o delicada, según la naturaleza y la cantidad de epidermis queratinizada y la cantidad y naturaleza de las secreciones de las glándulas cutáneas, su resistencia hacia las lesiones varia dependiendo de la salud de las células, determinada por una circulación y nutrición adecuadas, la cantidad de tejido subcutáneo, la cantidad de melanina y el grado de seguridad.

Para conservar la integridad de la piel se debe tener una nutrición adecuada, higiene personal constante así como los cuidados necesarios para evitar accidentes.

MEMBRANAS MUCOSAS

- 1. Las vías respiratorias, gastrointestinales y genitourinarias están revestidas con mucosas.
- 2. Las membranas mucosas sanas e intactas.
 - A. Previenen la pérdida de agua
 - B. Son impermeables hacia varios microorganismos
 - C. Son resistentes hacia varias sustancias químicas, como los jugos digestivos
 - D. Contienen células que secretan mucosidad
- 3. Las mucosidades sirven para:
 - A. Mantener húmeda la membrana
 - B. Actuar como un lubricante
 - C. Actuar como un protector contra algunos agentes químicos e infecciosos
- 4. La membrana mucosa de la boca es mas o menos similar en su estructura a la piel.
 - A. Esta unida a las estructuras subyacentes por una submucosa laxa, con excepción de los sitios donde se trituran los alimentos (por ejemplo el paladar duro)
 - B. La membrana contiene gran cantidad de terminaciones nerviosas sensitivas y tiene gran sensibilidad

La paciente presenta lesión secundaria o nivel de piel caracterizada por escama: laminilla seca de epidermis muerta; otra cantidad presentada en piel y mucosas causada por deshidratación (poca o mucha humedad)

Resequedad de la piel excesiva, y lesión a nivel de mucosas causada por la hematemesis.

Las intervenciones de enfermería se orientaron a ayudar al paciente a obtener o recuperar una piel y unas mucosas sanas e intactas.¹⁰

¹⁰ Nordmark/ Rohweder Bases Científicas de la enfermería Ed. Manual Moderno, S.A. de C.V. México D.F. 1999 Pag. 87-593.



**3.2.7 PLAN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA Y EVALUACIÓN A UNA
PACIENTE ADULTA MADURA CON ALTERACIONES
EN LA PERFUSIÓN HÍSTICA GASTROINTESTINAL
NECESIDADES REALES**



Nombre: **Amada Rocío Olquín Pérez**----- Edad: **39 años** ----- Estado civil: -----**Casada..**-----
 Ocupación: --**Ama de casa** ----- Religión: ---**Católica** ----- Escolaridad: -----**Secundaria** -----
 Motivo de ingresos: **Sangrado tubo digestivo alto**-- Temp. -**35.5 °C**----- Pulso ---**110 x'**-----Respiración -**24 x**
 T.A -**60 / 40**-----Estado de conciencia -----**Conciente**----- Puede comer -----**AHNO** -----
 Caminar: -----**Si**-----Vestirse por si misma : -----**Si**-----

NECESIDADES REALES	DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVOS	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	EVALUACIÓN
1.- Oxigenación.	Alto riesgo de aspiración.	Mantener; vías aéreas permeables.	Aspiración del sangrado causado por varices, esofágicas.	La paciente se encuentra consciente sin cambios demuestra angustia y mucho miedo.
	Alto riesgo de asfixia.	Evitar broncoaspiración		
	Proceso de enfermedad o lesión.	Favorecer la ventilación respiratoria	Posición de semifouler para favorecer la caída del diafragma, el intercambio de gases y mejorar la respiración.	
	Disnea	Mejorar la angustia de la paciente. Mejorar la oxigenación tisular.	Administración de oxígeno por puntas nasales. Este método de administración de oxígeno nos proporciona concentraciones de un 22 al 30 % con un flujo de 2 a 5 litros por minuto.	
	Alteración de la perfusión tisular.	Corregir datos de Hipovolemia.	Canalizar dos venas periféricas y administración de líquidos parenterales.	Después de unas horas se corrige el choque hipovolémico .



**PLAN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA Y EVALUACIÓN A UNA
PACIENTE ADULTA MADURA CON ALTERACIONES
EN LA PERFUSIÓN HÍSTICA GASTROINTESTINAL**



NECESIDADES REALES	DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVOS	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	EVALUACIÓN
<p>Nutrición e hidratación.</p>	<p>Déficit del volumen de sangre circulante causado por la hemorragia masiva expresado por hematemesis. (vómito)</p> <p>Presenta signos de urgencia, agitación, hipotensión y taquicardia.</p>	<p>Evitar un estado de choque hipovolémico.</p> <p>Mantener el equilibrio hemodinámico.</p> <p>Disminuir el sangrado masivo de varices esofágicas por compresión esofagogástricas.</p>	<p>Reposición de volumen inmediato por medio de intracath No. 14 en venas periféricas; ya que este nos permite un acceso venoso de gran calibre.</p> <p>Toma de signos vitales cada media hora. El choque hipovolémico se presenta cuando la pérdida de sangre se aproxima al 40 % de la volémia</p> <p>Toma de muestras de laboratorio.</p> <p>Administración de líquidos con soluciones cristaloides (las más utilizadas, salina normal, mixtas o ringer con lactato)</p> <p>Vigilar el estado de conciencia de la paciente.</p> <p>Reposición de la sangre. (es de capital importancia para restablecer el volumen intravascular)</p> <p>Instalación de Sonda de Sengstaken-Blakemore.</p>	<p>Los cristaloides reponen el volumen y reducen el volumen de trasfusiones requeridas.</p> <p>Se realiza trasfusión sanguínea de dos paquetes globulares sin presentar ninguna complicación.</p> <p>Se infla el globo gástrico con 50 a 250 ml. de aire . Se insufla el globo esofágico a una presión de 30 a 45 mm de Hg.</p>



**PLAN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA Y EVALUACIÓN A UNA
PACIENTE ADULTA MADURA CON ALTERACIONES
EN LA PERFUSIÓN HÍSTICA GASTROINTESTINAL**



NECESIDADES REALES	DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVOS	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	EVALUACIÓN
<p>Nutrición e hidratación.</p>	<p>Déficit de líquidos.</p>	<p>Mantener estable a la paciente física y emocionalmente.</p> <p>Evaluar al paciente para detectar complicaciones.</p> <p>Mantener un adecuado control de líquidos por medio de egresos e ingresos de los mismos.</p>	<p>Monitoreo continuo del aparato cardiorrespiratorio.</p> <p>Vigilancia constante de los globos y la posición de la Sonda de Sengstaken-Blakemore.</p> <p>Vigilar la permeabilidad de la vía aérea.</p> <p>Realizar, lavado gástrico con solución fisiológica (fría). Produce vasoconstricción utilizando la hipotermia y así tratar de controlar la hemorragia gastrointestinal superior.</p> <p>Instalación de sonda de foley número 16.</p> <p>Contar con un drenaje vesical continuo .</p>	<p>Se observa poca atención del esposo hacia la enferma.</p> <p>Disminuye favorablemente el sangrado.</p> <p>Presenta una diuresis de 200 ml en una hora; después del tratamiento de urgencia.</p>



**PLAN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA Y EVALUACIÓN A UNA
PACIENTE ADULTA MADURA CON ALTERACIONES
EN LA PERFUSIÓN HÍSTICA GASTROINTESTINAL**



NECESIDADES REALES	DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVOS	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	EVALUACIÓN
Nutrición e hidratación.	Déficit de líquidos.	Mejorar el estado hemodinámico de la paciente.	Administración de plasma y albúmina (Su acción es corregir el déficit del volumen intersticial.) Normaliza los factores de coagulación específicamente el V y VII (plasma).	Mejorar satisfactoriamente el estado hemodinámico del paciente.
Eliminación	Alteración de la evacuación intestinal (manifestada por evacuaciones melénicas)	Estimular el peristaltismo y eliminar las materias fecales. Aplicar a través del enema evacuante.	Aplicación de enemas con lactosa una vez por turno. Su acción es aliviar la mucosa intestinal irritada o detener una hemorragia.	Su efecto es positivo con características de las evacuaciones café oscuras.
Conservación de la temperatura.	Hipotermia (manifestada por la piel cianótica y agotamiento). Relacionada por el bajo gasto cardíaco	Mantener la temperatura dentro de cifras normales. Prevenir lesiones a nivel de cerebro.	Identificar signos de hipotermia tempranamente. Toma de signos vitales (temperatura axilar) Cubrir adecuadamente a la paciente. Calor seco con apoyo de lámpara de chicote. Vigilar estado neurológico.	Mejora el estado de hipotermia, se mantiene su temperatura a 36.3 °C.



**PLAN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA Y EVALUACIÓN A UNA
PACIENTE ADULTA MADURA CON ALTERACIONES
EN LA PERFUSIÓN HÍSTICA GASTROINTESTINAL**



NECESIDADES REALES	DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVOS	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	EVALUACIÓN
<p><i>Descanso y sueño.</i></p>	<p><i>Alteración del patrón de sueño relacionado con ansiedad, estrés.</i></p>	<p><i>Ayudar al paciente hospitalizado a recuperar condiciones necesarias para tener sueño y descanso adecuados.</i></p> <p><i>Proporcionar un ambiente tranquilo que favorezca el sueño evitando ruidos y tratamientos innecesarios durante su estancia hospitalaria.</i></p> <p><i>Favorecer la relajación y el descanso corporal.</i></p>	<p><i>Enseñar a la paciente técnicas de relajación.</i></p> <p><i>Colocarla en una posición cómoda.</i></p> <p><i>Coloque sus manos sobre sus piernas y mantenga los ojos cerrados.</i></p> <p><i>Pídale a la paciente que respire profundo y expulse el aire repitiendo el número dos tres veces.</i></p> <p><i>Proporcione masaje en el cuero cabelludo, en la frente esto ayudara a mejorar la circulación y el descanso al mismo tiempo.</i></p> <p><i>Motivarla a una lectura cualquiera que ella desee leer.</i></p> <p><i>Mantener la unidad de la paciente limpia.</i></p> <p><i>Evitar ruidos y estímulos luminosos durante el sueño.</i></p>	<p><i>Se logra que su sueño sea más prolongado de seis a ocho horas diarias.</i></p>



**PLAN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA Y EVALUACIÓN A UNA
PACIENTE ADULTA MADURA CON ALTERACIONES
EN LA PERFUSIÓN HÍSTICA GASTROINTESTINAL**



NECESIDADES REALES	DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVOS	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	EVALUACIÓN
<p>Higiene y protección de la piel..</p>	<p>Deterioro de la integridad tisular (manifestada por circulación alterada)</p> <p>Déficit de líquidos.</p>	<p>Mejorar el estado hídrico de la paciente.</p> <p>Mantener limpia y lubricada la piel, sobre todo en el área nasofaríngea de la paciente.</p>	<p>Vigilar lesiones por contusiones hemorrágicas.</p> <p>Realizar limpieza en la nariz, boca las veces que sean necesarias.</p> <p>Realizar fijación de sondas con tela micropore.</p> <p>Realizar baño de esponja a la paciente.</p> <p>Lubricación de la piel.</p> <p>Realizar cuidados de las manos.</p> <p>Mantenerla en posición cómoda con sabanas limpias sin presencia de arrugas.</p> <p>Cambios frecuentes de posición cada cuatro horas.</p>	<p>Buena conservación de la integridad de la piel.</p> <p>La paciente no presento ninguna lesión dérmica.</p>

4. EJECUCIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

La instrumentación y ejecución consiste en llevar a cabo las actividades necesarias para alcanzar los objetivos definidos en la etapa de planeación de acuerdo con el marco conceptual de Virginia Henderson, estos objetivos deben conducir a la persona hacia la independencia de la satisfacción de sus necesidades, según la condición de esta el estado de dependencia puede ser variable por lo que primero se valora que puede hacer la persona por sí misma, de tal forma que conserve su autonomía posible, para la suplencia del cuidado de la enfermera.

Se debe de comunicar el plan a todos los que forman parte del cuidado del individuo ya que este se usa como guía por lo que es necesario darlo a conocer.

- ❑ Valorar el estado actual de la persona, para verificar que lo planeado sigue siendo apropiado o hacer los ajustes necesarios.
- ❑ Realizar las intervenciones de enfermería y sus actividades prescritas por el médico.
- ❑ Coordinar las actividades de la persona, sus familiares y otras personas importantes.
- ❑ Delegar acciones específicas a los integrantes del equipo de salud, persona o familiar, según procedan de acuerdo a las capacidades de cada cual.

4.1 EVALUACIÓN DEL PLAN ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

La evaluación es la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados, se determina hasta que punto se logro los objetivos y la enfermera valorara las efectividad de las actuaciones de enfermería.

La evaluación del logro o no logro de los objetivos es la clave para determinar la efectividad del plan. Esta evaluación o valoración se debe junto con el paciente.

En la aplicación del modelo de Henderson, la evaluación se dirige a determinar el grado de independencia alcanzado por el paciente y su familia respecto de los problemas identificados al poner en marcha el plan de cuidados.

Los elementos esenciales que deben ser considerados en la evaluación del plan de cuidado de enfermería en todas sus etapas son:

- ❑ *Esfuerzo*: Magnitud del recurso empleado con lo logrado.
- ❑ *Efectividad*: Grado de solución satisfactoria a los problemas o necesidades.
- ❑ *Eficiencia*: Calidad de las acciones en relación de gastos con los resultados.

4.2 OBJETIVOS DE LA EVALUACIÓN

- ❑ Determina las modificaciones que sean necesarias al hacer el plan de cuidados de enfermería.
- ❑ Identificar los datos objetivos que determinen los alcances o logros del plan, comparar los resultados finales de la conducta de la persona con los criterios del resultado final.
- ❑ Incluir en la evaluación a la persona, familia, otras personas significativas, al personal de enfermería y otros trabajadores de la salud.

4.2.1 PLAN DE ALTA

Fue coordinado con el equipo interdisciplinario que atendió a la paciente, cada profesional se encargo de proporcionar orientación correspondiente al área que le compete; incluyendo la unificación de criterios para que no existiese contradicciones entre el equipo de salud y la paciente.

PLAN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN LAS NECESIDADES POTENCIALES

En el plan de cuidado para la satisfacción de las necesidades potenciales, las acciones de enfermería son independientes para la prevención de complicaciones, en el hogar, y van encaminadas a satisfacer las necesidades de:

- Comunicación.
- Aprendizaje.
- Seguridad para mantener la salud y la vida.
- Participar en actividades recreativas.
- Vivir según valores y creencias.
- Sentido de logro.

Las cuales se llevan a cabo mediante la información educativa para prevenir complicaciones. Se evaluara de acuerdo a las condiciones observadas en la paciente durante la asistencia de la consulta externa.

PARTICIPACIÓN DE ENFERMERÍA

4.3 NECESIDADES POTENCIALES (Atención en el hogar)

Las acciones independientes de enfermería se planearon para ser iniciadas durante la estancia de la paciente con información y asesoramiento a su esposo y comprobación de su ejecución correcta para su continuidad en casa.

4.3.1 NECESIDAD DE COMUNICARSE

El equilibrio psicológico necesita que el individuo tenga un medio adecuado de comunicación con otros y para su expresión.

El proceso de comunicación va de la mano con la percepción que es el primer paso de la recepción de los mensajes al mismo tiempo el aprendizaje y el uso de los símbolos del lenguaje no pueden aprenderse separados de la función cognoscitiva.

El comportamiento no verbal es una parte esencial del proceso de la comunicación.

La comunicación entre los individuos esta influida por la relación que existe entre ellos (por ejemplo la comunicación esta influida por la percepción que tiene cada una de las personas, pues influye la que envía el mensaje como la que lo recibe)

Mientras mas confianza y prestigio inspira una persona, mas probable será que los demás acepten su comunicación como valida sin alteraciones.

El estado interno, las características de la personalidad y otros factores relativos a los individuos involucrados en la comunicación.

La preocupación por los asuntos personales o las ideas en cuanto a sujetos con problemas emocionales pueden interferir con la capacidad del individuo para recibir, interpretar, responder y mandar mensajes.

Es mas probable que se reciba un mensaje si su contenido se desea o es satisfactorio personalmente o si llena las actitudes, ideas y creencias ya existentes.

La comunicación se altera por el estado fisiológico o psicofisiológico del individuo (por ejemplo el estado de conciencia, la capacidad para oír o ver, la reacción hacia medicamentos como sedantes, estados tóxicos)

La comunicación esta influida por la capacidad de perceptiva y cognoscitiva del individuo (su estado emocional actual, sus capacidades de integración, etc.)

Intervenciones de enfermería

Dependerán en gran parte de las habilidades y los conocimientos para el uso de la comunicación que exista entre la enfermera y el paciente.

4.3.2 NECESIDAD DE APRENDIZAJE

El equilibrio psicológico requiere que el individuo tenga y sea capaz de utilizar la capacidad y la oportunidad para aprender

El aprendizaje esta influido por una variedad de factores internos y externos.

1. El aprendizaje del comportamiento es mas probable que sea eficaz si el aprendiz tiene la oportunidad de practicar los nuevos conocimientos.

A. Para que sea eficaz el aprendizaje en el que se involucra determinado tipo de trabajo, la practica debe incluir tantas experiencias sensitivas como sea posible.

B. Para que sea eficaz el aprendizaje en el que se involucra el ego, la practica debe incluir comportamientos que están motivados por metas, intereses, ilusiones y auto conceptos.

El aprendizaje de las habilidades motoras o cognoscitivas esta influido por gran variedad de factores.

A. La ejecución repetida, que es necesaria para la adquisición de una habilidad motora complicada.

B. La oportunidad de aplicar algunas variaciones de la actividad de la actividad básica (por ejemplo, repetición concentrada de un solo aspecto de la destreza o una sola variación básica de una capacidad, tienden a limitar la adaptación futura de esta habilidad hacia diferentes situaciones)

El aprendizaje esta influido por estado individual de crecimiento y desarrollo.

Las diferencias individuales en cuanto a maduración, experiencia son muy importantes sobre el comportamiento (por ejemplo, lo que se aprende y la velocidad a la que se hace)

La adquisición de un comportamiento nuevo depende parcialmente de la disposición fisiológica y de la capacidad psicológica que posea el individuo para aprender lo que se le enseña.

Conforme avanza la edad, las capacidades sensitivas son menos agudas y las capacidades preceptuales disminuyen, lo cual influye sobre la capacidad para aprender y la eficacia del aprendizaje.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

La enfermera debe incrementar sus conocimientos y su comprensión acerca de los procesos de crecimiento y del desarrollo del aprendizaje y la solución de los problemas para llevar los cuidados óptimos dentro de sus intervenciones.

4.3.3 NECESIDAD DE SEGURIDAD PARA MANTENER LA SALUD Y LA VIDA

El individuo organiza e integra su mundo para prevenir la destrucción o la organización de su función, desarrolla sus temas elaborados de comportamiento (ideas, sentimientos y actos) para preservar la integridad del ego y su capacidad para enfrentar problemas con éxito. Los trastornos graves del equilibrio pueden conducir a desviaciones notables o sistemas de comportamiento no constructivos.

Los sentidos corporales: Ojos, oídos, olfato, gusto y tacto. Son las facultades del ser humano que le permiten comunicarse; estudiar, trabajar, conocer personas y lugares; y poder disfrutar de la música, el arte y la lectura.

Los sentidos también nos ayudan a percibir las situaciones de peligro y nos permiten modificar a tiempo tales situaciones. Cuando las personas tienen algún sentido disminuido

como la vista, ya sea por la enfermedad o por la edad, con frecuencia tropiezan o reciben golpes en las paredes, o pueden caerse por no ver algún objeto o saliente en el piso.

Las lesiones que afectan las áreas del cerebro que controlan el movimiento o las vías nerviosas que transmiten los impulsos motores, también limitan la capacidad de protección de una persona.

Las enfermedades en general, producen un cierto grado de incapacidad y depende de la afección y su duración, el grado de su limitación que sufra; por eso los enfermos necesitan de otras personas para protegerse de peligros del ambiente.

La valoración de enfermería sobre este punto se detectaron por una posible dependencia de la paciente como son:

- Práctica de salud: Manejo de estrés, ansiedad con práctica de técnicas de relajación.

El accidente más propenso de presentar la paciente dentro de su hogar es la lipotimia o desmayo el cual es un estado agudo por lo general transitorio en que hay pérdida súbita, compleja o incompleta de la conciencia y disminución del tono muscular, es causado por anoxia cerebral.

Causas predecibles:

- Accidentes, por pérdida de sangre.
- Por su enfermedad (sangrado de tubo digestivo).
- Estados emotivos intensos, sobre todo miedo, temor

Las intervenciones de enfermería se enfocan a la protección de accidentes dentro del ámbito hospitalario y el domiciliario, con apoyo del esposo.

4.3.4 NECESIDAD DE PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS.

La recreación es una necesidad básica para todo ser humano, en cualquier etapa de su vida. Para que sea verdaderamente beneficiosa es necesario distinguir entre el pasatiempo, recreación y ocio.

Pasatiempo: Es la actividad que entretiene pero no favorece el descanso, ni el crecimiento personal.

Recreación: Distracción, entretenimiento, placer.

Ocio: Descanso, entretenimiento, obras de ingenio, formadas en los ratos libres que dejan otras tareas.

Por esta última definición el ocio pertenece a las actividades de arte, pintura, dibujo, escultura, taller de madera, etc. Y todas las actividades manuales.

Se dice que el adulto ha perdido la capacidad de asombro y la curiosidad, presentan en los niños pequeños íntimamente con la creatividad, y la conciencia de si mismo del propio valer, la intervención de enfermería se vera enfocado en una actividad recreativa para la paciente dentro del área hospitalaria y en su domicilio se apoyara en los recursos de su comodidad (DIF).

4.3.5 VIVIR SEGÚN VALORES Y CREENCIAS

Las instituciones sociales y culturales existen como resultado de las necesidades del hombre (individuales y colectivas) y se mantienen para la preservación de su equilibrio psicosocial y psicobiológico. El individuo tiende a buscar la satisfacción de sus necesidades dentro de su cultura a través de los canales que esa cultura ha establecido para la satisfacción de las necesidades individuales.

La sociedad o la cultura en la cual el individuo vive, crece y se desarrolla, ayuda a determinar la forma de satisfacer sus necesidades y la dirección que tomarán alguna de ellas.

Toda cultura conocida, tiene alguna forma de comportamiento, culturalmente organizada asociado con la religión, la importancia de las creencias de las prácticas religiosas tienden a aumentar durante los momentos de tensión e incertidumbre.

Toda sociedad o cultura existe costumbres y creencias establecidas que no gobiernan las actitudes y comportamientos en relación a la enfermedad y la muerte, en cada cultura existen condiciones físicas, estados de salud o procesos de enfermedad que tienen connotaciones negativas, las actitudes individuales y culturales hacia la muerte pueden impedir o ayudar al individuo a que haga frente al proceso de la muerte.

La enfermedad es una circunstancia adversa para toda la familia pero principalmente para el propio enfermo que se ve aceptado físicamente y con mucha frecuencia también social y económicamente. Por lo que respecta al espíritu, en estas circunstancias la persona siente la necesidad de la ayuda de una fuerza superior y se eleva hacia el ser supremo de para implorar su ayuda, encontrando casi siempre, en la práctica de su fe la fuerza necesaria para seguir adelante.

VALORES

Valor: Es aquello que conviene a la persona humana. Los valores se encuentran depositados en los seres o cosas y se nos presenta como cualidades de las mismas.

Es importante tener una correcta jerarquía de valores porque ella nos puede proporcionar una eficaz orientación de nuestra vida. Quien no tiene clara su jerarquía de valores puede tomar decisiones equivocadas y sentirse mal por no saber elegir.

EL VALOR RELIGIOSO

Es la realización plena de la persona humana, su valor proviene de su condición y facultades propias. Si consideramos que la persona de mayor dignidad es Dios, entonces veremos que a precio por el valor religioso (o sea las relaciones del hombre con el ser supremo). Será el máximo valor que perfeccionará al hombre.

VALORES MORALES

Son la expresión de la personalidad de cada individuo en lo más íntimo de su ser residen tanto en los actos que la persona elige como los resultados de dichos actos.

Dentro de los valores morales que son universales se justifican así mismos y son independientes de otros valores, tiene precedencia sobre los demás e implican obligaciones por ejemplo, el amor, la verdad, la justicia, la lealtad, la amistad, la honestidad, la libertad y la solidaridad.¹¹

¹¹ Ma. De Jesús García González. El proceso de enfermería y el Modelo de Virginia Henderson, Ed. Progreso México, 1997 pag. 282-283.



**4.3.6 NECESIDADES POTENCIALES
PLAN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA Y EVALUACIÓN A UNA
PACIENTE ADULTA MADURA CON ALTERACIONES
EN LA PERFUSIÓN HÍSTICA GASTROINTESTINAL
COMUNICACIÓN**



Nombre: Amada Rocío Olquín Pérez----- Edad: 39 años ----- Estado civil: -----Casada.-----
 Ocupación: --Ama de casa----- Religión: ---Católica----- Escolaridad: -----Secundaria -----
 Diagnóstico de egreso: Sangrado de tubo digestivo alto inactivo---Temp. -36.5 °C-- Pulso ---80 x'---Respiración 20 x'
 T.A -100 /70-----Estado de conciencia -----Conciente----- Puede comer -----Dieta para hepatopata---
 Caminar: -----Si-----Vestirse por si misma : -----Si-----

NECESIDADES POTENCIALES	DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVOS	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	EVALUACIÓN
Comunicarse	<i>Dificultad para externar problemas en la expresión verbal del pensamiento.</i>	<i>Ayudar a la paciente a externar sus ideas y pensamientos acerca de su enfermedad.</i>	<p><i>Observar estado físico y psicológico de la paciente (por ejemplo el estado emocional, el tipo de enfermedad o trastorno físico, el estado actual de sus necesidades, actitudes que demuestre y opiniones)</i></p> <p><i>Regular los datos preceptuales que se le presenten a la paciente de acuerdo con su estado emocional, por ejemplo disminuir las demandas de atención si el paciente se encuentra especialmente tenso o ansioso.</i></p> <p><i>Proporcionar estimulación sensitiva a través de medios como son: La lectura, el radio, la televisión, artes manuales, la comunicación con el personal del hospital o con su esposo e hijos en su hogar.</i></p> <p><i>Fomentar en sus familiares que siempre que hablen establezcan contacto visual.</i></p>	<i>Se observa poca atención del esposo hacia la enferma.</i>



NECESIDADES POTENCIALES
PLAN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA Y EVALUACIÓN A UNA
PACIENTE ADULTA MADURA CON ALTERACIONES
EN LA PERFUSIÓN HÍSTICA GASTROINTESTINAL
COMUNICACIÓN



NECESIDADES POTENCIALES	DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVOS	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	EVALUACIÓN
Comunicarse	Barreras psicológicas.	<p>Ayudar a la paciente a tener una autoestima alta, sentimientos positivos hacia ella misma.</p> <p>Mantener una relación de ayuda evitando barreras de comunicación.</p> <p>Prestar atención individualizada a la paciente mediante una buena comunicación</p>	<p>Proporcionar un ambiente, cordial entre paciente, paciente y enfermera; mediante un saludo cordial, llamarle por su nombre.</p> <p>Propiciar que la paciente platique con otras personas acerca de un tema que a ella le sea de interés.</p> <p>Llevar a cabo con la paciente comunicación (platica) utilizando lenguaje fácil de entender, demostrando interés y preocupación sobre lo que a ella le afecta.</p> <p>Tener una actitud de aceptación cuando la paciente exteriorizar sus ideas, actitudes, temores y sentimientos.</p> <p>Estimular su autoestima expresándole que ella es lo más importante y merece toda nuestra atención.</p> <p>Apoyo psicológico mediante el equipo interdisciplinario.</p>	<p>La paciente a su ingreso demuestra apatía con las personas que la rodean.</p> <p>Inicia a tener platicas con sus compañeras de la misma sala de pacientes.</p> <p>Tiende a expresar sus sentimientos con el personal de enfermería</p>



**NECESIDADES POTENCIALES
PLAN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA Y EVALUACIÓN A UNA
PACIENTE ADULTA MADURA CON ALTERACIONES
EN LA PERFUSIÓN HÍSTICA GASTROINTESTINAL
A P R E N D I Z A J E**



NECESIDADES POTENCIALES	DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVOS	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	EVALUACIÓN
Aprendizaje	<i>Déficit de conocimiento sobre su salud o enfermedad.</i>	<p><i>Fomentar en el individuo, la familia y comunidad actitudes que le permitan prevenir las enfermedades de manera colectiva e individual.</i></p> <p><i>Proteger a la paciente de riesgos que pongan en peligro su salud.</i></p> <p><i>Capacitar al paciente y familia a que haga uso adecuado y oportuno de los servicios de salud.</i></p>	<p><i>Mantener una conducta profesional.</i></p> <p><i>Observar con atención las condiciones del paciente para detectar signos anormales y evitar complicaciones.</i></p> <p><i>Establecer empatía con la paciente y familiares.</i></p> <p><i>Ayudar a la paciente a adaptarse a su nueva condición de acuerdo a su situación física.</i></p> <p><i>Ayudarle a satisfacer sus necesidades de aprendizaje.</i></p> <p><i>Apoyo emocional a la paciente y familiares.</i></p> <p><i>Mencionar los aspectos desencadenantes que pudieran provocar un sangrado de tubo masivo.</i></p>	<i>Existen sistemas de apoyo social y médico cerca del domicilio de la paciente.</i>



**NECESIDADES POTENCIALES
PLAN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA Y EVALUACIÓN A UNA
PACIENTE ADULTA MADURA CON ALTERACIONES
EN LA PERFUSIÓN HÍSTICA GASTROINTESTINAL
A P R E N D I Z A J E**



NECESIDADES POTENCIALES	DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVOS	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	EVALUACIÓN
Aprendizaje	Mantenimiento de la salud.	<p>Proporcionar conocimientos sobre su enfermedad.</p> <p>Estimular a la paciente para que asista a los servicios de apoyo.</p>	<p>Indicar a la paciente que debe asistir al departamento de nutrición para que se someta a una dieta adecuada a una dieta adecuada.</p> <p>Asistir a medidas recreativas para evitar el estrés.</p> <p>Insistir a que acuda a sus consultas periódicamente; como médicas y terapias de apoyo.</p> <p>Llevar un registro de los avances observados para llevar una continuidad de su tratamiento y terapias a las que debe asistir.</p>	Existen sistemas de apoyo por parte del DIF e IMSS.



**NECESIDADES POTENCIALES
PLAN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA Y EVALUACIÓN A UNA
PACIENTE ADULTA MADURA CON ALTERACIONES
EN LA PERFUSIÓN HÍSTICA GASTROINTESTINAL
SEGURIDAD PARA MANTENER LA SALUD Y LA VIDA**



NECESIDADES POTENCIALES	DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVOS	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	EVALUACIÓN
<p><i>Seguridad para mantener la salud y la vida.</i></p>	<p><i>Alteración de la protección.</i></p> <p><i>Expresado por agotamiento físico y mental.</i></p>	<p><i>Promover la salud mediante la práctica de medidas, para evitar riesgos de enfermar y morir.</i></p> <p><i>Ayudar a la paciente para adquirir la capacidad para practicar medidas de seguridad y evitar accidentes.</i></p>	<p><i>Disminuir temores angustia y valorar la dinámica familiar.</i></p> <p><i>Reincorporarla a su estilo de vida, explicándole sus cambios de hábitos alimenticios y de actitud sobre la vida.</i></p> <p><i>Participación de enfermería con el equipo multidisciplinario (psicólogo, médico, nutrición y trabajo social).</i></p>	<p><i>La paciente se siente tranquila y coopera con el personal y su familia.</i></p>



**NECESIDADES POTENCIALES
PLAN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA Y EVALUACIÓN A UNA
PACIENTE ADULTA MADURA CON ALTERACIONES
EN LA PERFUSIÓN HÍSTICA GASTROINTESTINAL
NECESIDAD DE ACTIVIDADES RECREATIVAS**



NECESIDADES POTENCIALES	DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVOS	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	EVALUACIÓN
<p><i>Necesidades recreativas.</i></p>	<p><i>Déficit de actividades recreativas y ocupacionales.</i></p> <p><i>Relacionado con la adinamia.</i></p>	<p><i>Ofrecer a la paciente variedad de actividades recreativas de las cuales ella pueda escoger las que este de acuerdo con sus gustos, capacidades y recursos.</i></p> <p><i>Fomentar a la paciente la necesidad de realizar ejercicio mental y físico.</i></p>	<p><i>Orientación a la paciente y esposo, sobre los beneficios de acudir a instituciones apropiadas para el desarrollo de sus actividades físicas y psicológicas.</i></p> <p><i>Hacer que la paciente comprenda, la importancia de compartir y convivir con personas; de tal forma se evitara el aislamiento.</i></p> <p><i>Identificar actividades que llamen su atención de la paciente.</i></p> <p><i>Evitar que la paciente se esfuerce con ejercicios físicos excesivos.</i></p>	<p><i>Refiere la paciente que a acude a centros de apoyo como lo son instituciones DIF e IMSS; para asistir a sus terapias tanto físicas como psicológicas.</i></p>



**NECESIDADES POTENCIALES
PLAN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA Y EVALUACIÓN A UNA
PACIENTE ADULTA MADURA CON ALTERACIONES
EN LA PERFUSIÓN HÍSTICA GASTROINTESTINAL
VIVIR SEGÚN VALORES Y CREENCIAS**



NECESIDADES POTENCIALES	DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVOS	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	EVALUACIÓN
<p><i>Vivir según valores y creencias.</i></p>	<p><i>Desesperanza.</i></p>	<p><i>Atender las necesidades espirituales de la paciente; considerando su enfermedad.</i></p> <p><i>Facilitar dentro del área hospitalaria condiciones necesarias para la práctica de su fe.</i></p> <p><i>Proporcionar apoyo a la paciente en la práctica de sus valores, respetando su dignidad humana y sus creencias.</i></p>	<p><i>Proporcionar la facilidad para que sea asistida la paciente, para que sea asistida espiritualmente la paciente por medio de un sacerdote en su estado crítico, durante su estancia en el servicio de urgencias.</i></p> <p><i>Hacer énfasis a la paciente que ella tiene un valor como persona, dentro de su núcleo familiar y al grupo social a la que pertenece.</i></p>	<p><i>Se observa que la paciente, es sociable con los demás pacientes y acepta el equipo interdisciplinario.</i></p> <p><i>Expresa sus sentimientos, hacia la enfermera con agradecimiento por la atención brindada.</i></p> <p><i>Mantiene en ocasiones su angustia sin externalizar sus temores.</i></p>



**NECESIDADES POTENCIALES
PLAN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA Y EVALUACIÓN A UNA
PACIENTE ADULTA MADURA CON ALTERACIONES
EN LA PERFUSIÓN HÍSTICA GASTROINTESTINAL
SENTIDO DE LOGRO**



NECESIDADES POTENCIALES	DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVOS	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	EVALUACIÓN
<p><i>Sentido de logro.</i></p>	<p><i>Alteraciones de la autoestima.</i></p> <p><i>Autorrealización: Es el logro y expresión plena y completa de las capacidades de las personas.</i></p>	<p><i>Ayudar a la paciente a iniciar el proceso necesario para un cambio de actividad como consecuencia de su enfermedad.</i></p> <p><i>Ayudar a la paciente en el logro de su capacidad de relación y personales.</i></p>	<p><i>Relacionar a la paciente con el personal indicado para continuar con sus terapias.</i></p> <p><i>Obtener empatía necesaria para poder entender a la paciente.</i></p> <p><i>Si su enfermedad ha dejado discapacidades es necesario animar a la paciente para que siga un adecuado tratamiento para desarrollar al máximo las capacidades que aún conserva.</i></p> <p><i>Apoyar al médico responsable y al equipo multidisciplinario para mantener lo mejor posible la calidad de vida de la paciente.</i></p> <p><i>Ayudar a la paciente que comente experiencias esenciales de su vida que le permitan comprender que el ciclo vital de todo ser humano es nacer, crecer, reproducirse y morir.</i></p> <p><i>La muerte es un proceso que todo ser vivo tendrá que afrontarlo como parte de nuestra naturaleza.</i></p>	<p><i>La paciente presentó estabilidad emocional, aceptando vivir con su enfermedad y poder continuar su nueva vida.</i></p> <p><i>La ayuda de la enfermera fue prioritaria ya que fortaleció el vínculo entre el demás personal de la clínica (psicológica, nutricional y médico)</i></p> <p><i>Expresa sentimientos de angustia y temor ante la presencia de muerte.</i></p>

5. PLAN DEL MÉDICO TRATANTE

Esta encaminado al control subsecuente en el que la paciente obtendrá atención en el servicio de medicina interna, a través de la consulta externa.

Fecha de ingreso: 8 de Noviembre de 2001.

Fecha de egreso: 15 de Noviembre de 2001.

Diagnóstico de ingreso: Sangrado de tubo digestivo alto, secundario a varices esofágicas.

Diagnóstico de egreso: Sangrado de tubo digestivo alto inactivo, secundario a varices esofágicas grado V; fuera de tratamiento de escleroterapia

Tratamiento Farmacológico:

- Omeprazol 20mg v.o. cada 12 hrs. Por tres meses.
- Propanolol ¼ v.o. cada 12 hrs.
- Metoclopramida una tableta v.o. cada 8 hrs.
- Espironolactona tabletas 1-1-0.

Cita abierta a urgencias en caso necesario

Cita subsecuente al servicio de medicina interna en un mes.

5.1. PLAN DE TRABAJO SOCIAL

Su participación esta encaminado a contar con el estudio socioeconómico, el genograma y proporcionar orientación que se requiera en cuanto a trámites administrativos y educacionales dentro de su área de trabajo.

5.1.1. PLAN DE SALUD MENTAL

Asistencia a citas por la paciente, esposo e hijos.

5.1.2 PLAN DE DIETOLOGÍA

Recomendaciones para integrar una dieta balanceada y variada.

- Dieta Hiposódica 40 gramos de proteínas para hepatopata 1500 calorías

Desayuno	Comida	Cena
Leche una taza 200ml.	Pollo en jitomate 60 grs.	Atole de pinole 200 ml.
Queso panela 30 grs.	Brócoli al vapor 1 taza.	Azúcar una cucharada
Champiñón 1 taza.	Zanahoria c/marg. ½ taza.	Calabacita guisada una taza.
Flor de calabaza 1 taza.	Guayaba cocida 2 piezas.	Chayote ½ taza.
Platano macho una pieza.	Uvas sin piel 7 piezas.	Manzana cocida 1 pieza.
Miel una cucharada cafetera.	Arroz cocida ½ taza.	
Tortilla una pieza.	Tortilla una pieza.	
Grasa una cucharada sopera.	Azúcar una cucharada sopera.	
Kakult 2 X día		

□ Alimentos permitidos:

Leche: *Leche descremada diluida, 200 ml. (Panmalat.)*

Proteínas: *Gallina sin piel, Pollo sin piel 30 grs.*

Carne de res: *Bistec 30 grs. Bola de res 30 grs. Falda sin grasa 30 grs. Molida de res 30grs.*

Quesos: *Queso cotage 30 grs. Queso panela 30grs. Queso oaxaca 30grs. Requesón 30 grs.*

Huevo en tero: *1 pieza. Clara de huevo 2 piezas.*

Pescado: *Filete de pescado 30 grs. Pescado fresco en general 30 grs.*

Conejo sin piel 30 grs.

Frutas: *1 pieza grande, Jícama picada 1 taza, Mango una pieza, papaya ½ taza*

Uvas sin piel: 7 piezas, pera cocida 1 pieza, mamey ½ pieza pequeña, guayaba cocida 2

piezas, plátano dominico 2 piezas, plátano morado 1 pieza, zapote negro una pieza,

guanábana 1 pieza, manzana cocida 1 pieza, perón cocido una pieza, plátano tabasco media

pieza, plátano macho media pieza cocido.

Verduras: *Jitomate cocido media taza, brócoli una taza, calabacita media taza, espárragos*

una taza, nopales una taza, camotes media taza, germen de soya media taza, chilacayote

una taza, apio una taza, chayote una taza, champiñones una taza, chicharo una taza, ejotes

una taza, elote media taza, lechuga media taza,

**Las verduras se recomiendan cocidas.*

□ Harinas en general

Arroz media taza, harina de arroz un cuarto de taza, trigo entero un cuarto de taza, tortilla

de maíz una pieza, avena ceca un tercio de taza, harina de trigo media taza, sopa de pasta

media taza, papa cocida una mdna, bolillos sin migajón media pieza, pan tostado una

rebanada.

□ Grasas

Aceite de cártamo una cucharada cafetera, aceite de soya, mantequilla sin sal, una

cucharada cafetera, aceite de maíz una cucharada cafetera, margarina sin sal una cucharada

cafetera.

□ *Azúcar una cucharada sopera.*

□ *Miel de abeja una cucharada sopera.*

□ *Ate 30 gramos.*

□ *Lechera una cucharada sopera.*

□ *Cajeta una cucharada sopera.*

□ *Mermelada una cucharada sopera,*

Nota: los alimentos industrializados favor de utilizarlos una vez por semana (cajeta, mermelada, ate, jalea, etc.)

□ Condimentos

Ajo, cebolla, hiervas de olor , clavo, pimienta, perejil, cilantro, epazote, hierbabuena, manzanilla, hojas de naranjo, en cantidades muy mínimas.

6.- EVALUACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN ENFERMERÍA

El proceso atención enfermería se realizó en forma planeada, basado en el *Modelo Conceptual de Virginia Henderson*.

Fue apoyado por la colaboración del equipo de salud; así como la aceptación de la paciente y familiares; las complicaciones de la paciente dentro del área de urgencias donde a su ingreso fue atendida nos ayudó a detectar sus necesidades reales y las necesidades potenciales dentro del área de hospitalización del servicio de medicina interna.

Dentro de las intervenciones de enfermería de acuerdo al planteamiento de las necesidades reales la paciente fue atendida satisfactoriamente dentro de su hospitalización nos permitió valorar las necesidades potenciales en los cuales se reforzó su tratamiento con el apoyo de (médico, trabajo social, nutrición y psicología).

Los objetivos planteados en general fueron logrados el seguimiento en su domicilio no es del todo posible ya que ella acude al servicio de la consulta externa y difícilmente podemos tener comunicación con la paciente.

Considero del plan de cuidados es muy satisfactorio para la enfermera-paciente, ya que nos permite individualizar el cuidado del paciente así como adquirir nuevos conocimientos en forma sistematizada y planeada.

El *Modelo Conceptual de Virginia Henderson* fue aplicado sin dificultad, ya que abarca aspectos de la persona; nos permite el cuidado individualizado del paciente y porque a través de él nos damos cuenta que su punto fundamental es la de hacer independiente a la persona, para incorporarlo a su vida habitual.

7. CONCLUSIONES

Constantemente la enfermería va en busca de nuevos conocimientos que clarifiquen su rol como profesional.

Manteniendo la autoridad basada en el cuidado del paciente llevada a cabo mediante el pensamiento holístico el cual nos permite crecer como profesionista y con esta mejorar la atención de mismo.

A medida que las demandas de los servicios aumentan corresponderá en mayor grado realizar diagnósticos de enfermería que se identifiquen dentro del individuo familia y comunidad, realizando intervenciones que sean constructivas y activadas dentro del proceso salud enfermedad.

El proceso de atención enfermería fue llevado a cabo dentro de cada una de sus etapas, el cual se caracteriza por su humanidad ya que el plan de cuidados se pone en practica de forma que los intereses e ideales únicos del individuo familia y comunidad reciban la mayor consideración y beneficios de este.

El beneficio de llevar a cabo un modelo establecido (modelo de Virginia Henderson) el cual es brindado al individuo es de grandes proporciones ya que permite dar cuidado individualizado aplicando conocimientos científicos, pero por sobre todo a alcanzar independencia por si mismo de acuerdo con sus propias capacidades y recursos.

Podemos concluir que la enfermera como parte de un equipo interdisciplinario en el ámbito de la salud es fundamental para que realice el cuidado del individuo; sano, enfermo ó en agonía y por ello es de capital importancia que desarrolle nuevas practicas mediante la aplicación de un modelo, para que estas sean herramientas que den la base de un ejercicio sólido, científico y humanístico, mismos que deben aplicarse en el ámbito educacional, profesional y laboral, impulsando así a la enfermera ser independiente del área medica.

8. SUGERENCIAS

Dentro del plan educacional (SUA) sistema abierto a distancia se implemente la asignatura sobre (PAE, plan de atención enfermería) ya que dentro del plan no se encuentra establecida como asignatura obligatoria.

Institucionalmente

Dentro de área de la infraestructura de instituciones gubernamentales es importante que se comprenda los beneficios del proceso de atención enfermería ya que se unificarían criterios sobre el cuidado del paciente para satisfacer prioritariamente las necesidades del individuo; mejorar la comunicación y prevenir errores, omisiones y repeticiones innecesarias y con ello promover la flexibilidad y el pensamiento independiente.

Ciertamente es así la responsabilidad de la enfermera, brindar atención al paciente, familia y comunidad.

Es por ello que exhorto a toda el área de enfermería que se actualice, participe en la formación de mejores y nuevos profesionistas con una identidad propia para que se reconozca el papel que desempeña dentro de su rol como enfermera.

se unificarían criterios sobre el cuidado del paciente para satisfacer prioritariamente las necesidades del individuo

GLOSARIO

Acitis: *Es la acumulación del líquido en la cavidad abdominal.*

Albumina: *Es la que tiene el menor peso molecular, es la primera proteína plasmática que atraviesa las paredes de los capilares que se encuentran lesionados.*

Anabolismo: *Es la parte del metabolismo en el que se sintetizan los elementos celulares a partir de los nutrientes que se le proporcionan.*

Ansiedad: *Estado de inquietud del ánimo; 2 Angustia que acompaña a muchas enfermedades.*

Catabolismo: *Es la parte del metabolismo en la que se degradan los elementos y se libera energía.*

Ciencia: *Conocimiento exacto y razonable de los casos por sus principios y causas. // conjunto de conocimientos humanos // conjunto de conocimientos relativos a un objetivo determinado.*

Conciencia: *Es una función de la inteligencia que juzga el acto concreto de la persona individual, en cuanto moralmente bueno o malo, el razonamiento utilizado por la inteligencia es un silogismo deductivo, del que la premisa mayor es un principio moral, aceptado, la menor, una aplicación de dicho principio al caso considerado y a la conclusión, es el juicio de la conciencia.*

Depresión: *Síndrome caracterizado por una tristeza profunda e inmotivada y por la inhibición o disminución de las funciones psíquicas.*

Disnea: *Dificultad de respirar.*

Diuresis: *Aumento en la secreción y excreción de la orina.*

Endoscopia: *Exploración visual de los conductos o cavidades internas del cuerpo humano mediante un endoscopio.*

Hematemesis: *Vómito de sangre.*

Hemorragia: *Es la salida de sangre fuera del sistema vascular interna o externa.*

Hipercapnia: *Aumento en la concentración de bióxido de carbono en la sangre.*

Hipocapnia: *Disminución de la concentración de oxígeno en la sangre*

Hipotensión: *Tensión excesivamente baja de la sangre en el aparato circulatorio.*

Hipotermia: *Estado habitual o episódico de descenso de la temperatura del cuerpo por debajo de los límites normales.*

Hipoxemia: *Disminución de la concentración de oxígeno en la sangre.*

Hipoxia: *Insuficiencia en el abastecimiento del oxígeno celular.*

Melamnesis: Es la sangre que ha permanecido en el estomago en contacto con ácido gástrico y pepsina, se convierte prontamente en grumos oscuros de color achocolatado.

Melena: Es la evacuación de heces oscuras, líquidas semejantes al alquitrán.

Metabolismo: Es la suma de todas las reacciones químicas que ocurren en las células del organismo; el metabolismo incluye anabolismo y catabolismo.

Miedo: Perturbación angustiada del ánimo por un peligro real o imaginario.

Nausea: Es una sensación física en la que hay malestar gástrico, repulsión hacia la comida y sensación de vómito inminente.

Necesidad: Sensación interna correspondiente al defecto de una función imprescindible: alimentación, micción, defecación etc., o la privación de sustancias indispensables para el mantenimiento del organismo.

Oxigenoterapia: Tratamiento médico por inhalaciones de oxígeno.

PAE: Proceso de Atención Enfermería.

Perfusión: (Lt. Perfundere, verter a través de) 1.- Paso de un líquido a través de espacios.

2.- Vertido de un líquido.

3.- Suministro de nutrientes y oxígeno a un órgano o tejido inyectando sangre o un líquido adecuado en una arteria.

Plasma: Es una mezcla compleja de agua con proteínas, sales inorgánicas, lípidos, glucosa, productos de desecho del metabolismo, vitaminas, gases, enzimas, hormonas y anticuerpos.

Religión: Significa las relaciones que el hombre tiene con su creador, el culto que se tributa a la divinidad.

Stress: Es un estado del cuerpo producido por "diversos agentes nocivos" y que se manifiesta por un síndrome de cambios.

Taquicardia: Frecuencia excesiva del ritmo de las contracciones cardíacas.

Tisular: Concerniente a tejidos vivos.

Transfusión sanguínea: Es la introducción de sangre humana, plasma u otros elementos sanguíneos al torrente circulatorio del ser humano.

Vómito: Es la expulsión brusca del contenido gástrico a través del estomago y la boca.

BIBLIOGRAFÍA

Alfaro Lefevre, Rosalinda
Tr. María Teresa Luis Rodrigo
Aplicación de proceso de enfermería Guía práctica
Editorial: Mosby Doyma, Madrid 1996
Ed. 3ª. Ed

An Marriner
El proceso de Atención de Enfermería un enfoque científico
Ed. El Manual Moderno, S.A. de C.V.
México, 1983

Brunner, Suddarth
Enfermería Médico Quirúrgica
Ed. Interamericana.

García González Ma. De Jesús
El proceso de enfermería y el modelos de Virginia Henderson
Editorial: Progreso, S. A.
Edición: 1ª.

Gutiérrez Lizardi Dr. Pedro
Procedimientos en el paciente crítico
Ediciones Cuellar, S.A.
2ª. Edición mayo de 1993

Harrison, Fauci, Braunwald, Wilson, Martín
Principios de Medicina Interna
Mac Graw Hill Interamericana
Tomo II

Nordmark/Rohweder
Bases científicas de la enfermería
Editorial: El Manual Moderno
2ª. Edición 1999

Taber's
Diccionario Médico Enciclopédico
Ed. El Manual Moderno
1997

Tortora
ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA
Editorial: Harta
Edición: 5ª.

SITIOS ELECTRÓNICOS

<http://www.enfervalencia.org/info/manual/contenidos/enfermeriayprofesión.htm>

<http://www.spache.com.mx/acordeon/materias/anatomia/sangrado.htm>

<http://www.bondisalud.com.ar/primerahoja.html>

<http://teletine.terra.es/personal/duenas/pae.htm>

ANEXOS

PROCEDIMIENTOS DE INSERCIÓN DE SONDA NASOGÁSTRICA

GENERALIDADES

Las sondas nasogástricas se utilizan para fines terapéuticos, de diagnóstico y monitoreo. Así podremos administrar medicamentos, alimentos y descomprimir estomago y duodeno.

Existen varios tipos de sondas; de luz única o de luz doble y de diferente material, hule, plástico y silástico. La mas usada en nuestro medio es la de Levin que es una sonda de luz única, no radiopaca que mide 120 cm. Y con penetraciones en la punta con marcas a los 45, 55, 65 y 75 cm. La de doble luz radiopaca tiene la ventaja de no provocar lesiones en mucosa gástrica y disminuye la posibilidad de obstrucción en la succión gástrica continua.

OBJETIVOS

- Aspiración de contenido gástrico para fines diagnósticos o terapéuticos
- Succión gástrica en cirugía gastrointestinal, presencia de íleo paralítico, dilatación gástrica u obstrucción intestinal.
- Lavado gástrico en caso de hemorragia gastrointestinal o sobre dosis de medicamentos.
- Administración de medicamentos.
- Administración de alimentos.
- Diagnostico de lesiones gástricas en caso de politraumatismo.

CONTRAINDICACIONES

- Fracturas con lesiones en paladar
- Lesiones esofágicas o ingestión de alcalinos
- Paciente con cirugía reciente de esófago o estomago

EQUIPO

- Sonda nasogástrica del numero indicado
- Lubricante
- Jeringa aceptor
- Riñón
- Tela adhesiva
- Vaso con agua

PROCEDIMIENTO

- Explique claramente el procedimiento al paciente y pídale su colaboración si es posible
- Coloque al paciente en posición semi-Fowler, ya que disminuye el reflejo nauseoso y facilita la deglución
- Coloque la sonda en agua helada, lo que la endurece y facilita la introducción

Lubrique la sonda para evitar lesiones o irritación de la mucosas

Mide la longitud de la sonda que va a introducir

- Mida del lóbulo de la oreja al orificio nasal, de ahí al apéndice xifoides, que será la distancia necesaria para llegar al estomago
- Marque en la sonda la longitud necesaria con tela adhesiva

Antes de introducir la sonda asegúrese de que no exista obstrucción o trauma nasal, y si así fuera, utilice la vía oral como ruta alterna

Inserte la sonda:

- Introduzca la sonda lentamente a la nasofaringe, siguiente el piso de la nariz
- Si nota resistencia, rote la sonda lentamente y flexione la cabeza del paciente hacia delante, apoyando la barbilla sobre la horquilla esternal
- Avance la sonda firme y fuerte al mismo tiempo que pide al paciente que trague
- Pida al paciente que trague agua
- Pase la sonda hasta que halla llegado a la marca previamente colocada
- Retire la sonda inmediatamente si nota alteraciones de la vía respiratoria (tos, disnea, cianosis)

Para verificar la buena colocación de la sonda utilice las siguientes técnicas:

- Aspire con jeringa aseptico el contenido gástrico
- Ausculte en el área del abdomen, al momento que insufla aire con una jeringa debe de escucharse borborismos
- Coloque la punta de la sonda en un vaso con agua para verificar que no produzcan burbujas ya que si así sucede la sonda esta en vías aéreas y debe retirarse de inmediato
- Por medio de una radiografía de abdomen en caso de haber usado una sonda radiopaca

En el paciente inconsciente:

Introducir sonda nasogastrica hasta orofarinje

Efectuar laringoscopia y atrapar la punta de la sonda con pinza de magill y se guía a esófago bajo visión directa

Si este procedimiento es fallido:

Se elige un tubo endotraqueal con diámetro interno mayor que el de la sonda, practicar una hendidura en la curvatura menor desde el extremo, próxima hasta tres centímetros antes del extremo dista.

Se pasa el tubo endocraneal a través de la boca en el interior del esófago.

Se introduce el extremo distal de la SNG por dentro del tubo, avanzando al interior del estomago.

Se retira sonda endotraqueal.

- Conecte la sonda para a efectuar el lavado gástrico.
- Fije la sonda a la nariz del paciente con tela adhesiva en forma de alas de mariposa

PRECAUCIONES

- Vigilar que la sonda no se enrede en la boca o faringe
- Detectar la presencia de cianosis o disnea y retirar la sonda de inmediato
- Mantener la permeabilidad de la sonda mediante irrigación y cambios de posición
- Observar y anotar características del drenaje
- Hacer un registro de entrada y salida de líquidos a través de la sonda
- Consignar el tipo y tamaño de sonda así como aspiración empleada
- Detectar complicaciones en forma temprana

COMPLICACIONES

- Aspiración
- Desequilibrio hidroelectrolítico
- Bradicardia
- Epistaxis y lesiones en mucosa nasal
- Lesiones en mucosa oral o faringe
- Erosión en mucosa gástrica
- Esofagitis por reflujo hiperventilación
- Neumonías
- Hidroneumotórax
- Perforación esofágica

INSTALACIÓN DE SONDA DE SENGSTAKEN- BLAKEMORE GENERALIDADES

Cuando existe sangrado por várices esofágicas o gástricas esta puede cohibirse por medio de aplicación de presión local, esto se logra con la colocación de la sonda de Sengstaken-Blakemore de 2p fría. Con luz triple y doble balón; una luz se utiliza para la aspiración gástrica, otra para inflar el globo esofágico, otra para el gástrico; después de inflar los globos y aplicarse tracción para evitar que la sonda se vaya hacia el estomago.

OBJETIVOS

Cohibir el sangrado masivo de varices esofágicas por compresión esofagogástrica.

INDICACIONES

- Hemorragia severa pro varices que no puede ser controlada por otra medida
- Hemorragia de varices persistentes que requieren transfusión de mas de dos litros de sangre en 24 horas
- Ruptura traumática de mucosa esofagogástrica (síndrome de Mallory Weiss)

EQUIPO

- Sonda de Sengataken-Blakemore
- Jeringa asepto de 50. ml.
- Esfigmomanómetro
- Xilocaina en spray
- Esponja de hule en cuadros
- Cuatro pinzas hemostáticas con protector de hule
- Mascara de baseball o casco de fútbol americano
- Tijeras
- Tela adhesiva
- Lubricante

PROCEDIMIENTO

- Coloque al paciente en decúbito lateral izquierdo ya que facilita la introducción del balón gástrico al estómago
- Prepare la sonda
- Llene los globos de la sonda e introdúzcalos en agua para asegurarse de que no estén rotos
- Lubrique ambos globos con la jalea
- Mida la longitud de la sonda que será introducida, de igual manera que como se hace con la SNG
- Anestesia la faringe con xilocaina en spray
- Introduzca la sonda con los globos desinflados siguiendo el mismo método que para la sonda nasogástrica
- Asegúrese de que este en el estomago aspirando contenido gástrico o auscultando la zona gástrica mientras se inyecta aire a la luz gástrica
- Infle el globo gástrico con 50 a 250ml. de aire y coloque una pinza con protector de hule
- Jale la sonda hasta que sienta resistencia esto significa que el balón gástrico esta a nivel de la unión cardioesofágica
- Mantenga tensión mediante:
- Fijación de la sonda con cuadro de esponja a su salida del orificio nasal
- Ejerza una tensión suave y mantenga esta por medio de una polea de medio a 1 Kg.
- Mantenga la tensión fijando la sonda a una mascara de baseball o de fútbol americano
- Tome radiografía simple de abdomen previa insuflación con 200c.c. de aire en el balón gástrico para verificar la posición de la sonda
- Practique el lavado gástrico; si continua la hemorragia infle el balón esofágico
- Conecte un tubo que va al balón esofágico por medio de un conector en Y a un esfigmomanómetro
- Infle a una presión de 30 a 45 mm / Hg. Ya que esta es la presión mínima para cohibir la hemorragia y prevenir necrosis
- Selle el tubo del globo esofágico
- Verifique si el paciente no se queja de presión subesternal que ocurre cuando la presión del globo es muy elevada
- Conecte el orificio de la sonda nasogastrica después de inflar el balón esofágica a 45mm / Hg.
- Infle el balón gástrico gradualmente hasta 200-250ml. de aire
- Manténgase la presión por 72 horas máximo

- Si decide retirar la sonda haga lo siguiente:
- Disminuya la presión del balón esofágico y suelte la tracción del globo gástrico 12 a 24 horas antes de retirarlo
- Vigile la presencia de sangrado y si vuelve a presentarse restablezca la presión gástrica esofágica
- Antes de retirar la sonda, haga que ingiera el paciente aceite o alguna otra sustancia lubricante lo que disminuye la posibilidad de lesión a la mucosa esofágica

PRECAUCIONES

- Monitoreo continuo cardio- pulmonar
- Vigile constantemente la presión de los globos y la posición de la sonda de preferencia cada 60 min.
- Monitore las pruebas de coagulación
- Valore la permeabilidad de vía aérea y prepárese para intubación endotraqueal
- En caso de obstrucción aguda de vías aéreas por cambio de posición de la sonda, cortar la sonda con una tijera y retirar la sonda
- Mantenga limpia de secreciones la faringe
- En caso de que el sangrado persista, pensar en la posibilidad de hemorragia gástrica

COMPLICACIONES

- Obstrucción de vías aéreas
- Neumonitis por aspiración gástrica
- Ruptura esofágica mediastinitis
- Necrosis o erosión esofágica
- Dolor torácico
- Epistaxis