



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

**PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA,
A UN PACIENTE CON PROBLEMA DEL APARATO
DIGESTIVO (PANCREATITIS AGUDA)**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA**

**P R E S E N T A :
K A R I N A Z E C U A A H U A T Z I**

No. Cta. 9855759-4

DIRECTORA DEL TRABAJO: L.E.O. ROCIO AMADOR AGUILAR



MEXICO, D.F.

ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

AGOSTO DE 2004.



SECRETARIA DE ASUNTOS ESCOLARES



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

DEDICATORIA

A DIOS

Por haberme dado la vida y permitirme lograr uno de mis objetivos.

A MIS PADRES

Sabiendo que jamás existirá una forma de agradecer el apoyo incondicional que me han brindado.

A MI HERMANA

Por el apoyo emocional y económico que me ha brindado para lograr terminar mi carrera, ya que constituye el legado mas grande que pudiera recibir.

A MIS HERMANOS, CUÑADA, SOBRINOS

Por el apoyo emocional e incondicional que me han brindado durante los momentos difíciles, por esos momentos de alegrías y sonrisas que hemos vivido juntos.

INDICE

I.- INTRODUCCIÓN	
II.- JUSTIFICACIÓN.....	2
III.- METODOLOGÍA.....	3
IV.- OBJETIVO.....	4
V.- MARCO TEÒRICO	
5.1.- Historia de Enfermería.....	5
5.2.- Proceso Atención de Enfermería.....	9
5.3.- Modelo de Virginia Henderson.....	14
5.4.- Generalidades del Aparato Digestivo.....	16
5.5.- Anatomía y Fisiología del Páncreas.....	19
5.6.- Pancreatitis Aguda.....	22
VI.- APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERIA	
6.1.- Resumen del Caso.....	27
6.2.- Exploración Física.....	28
6.3.- Valoración de Enfermería de acuerdo a las Necesidades de Virginia Henderson.....	29
6.4.- Diagnósticos de Enfermería.....	32
6.5.- Plan de Alta.....	49
VII.- CONCLUSIONES.....	50
VII.- GLOSARIO.....	51
IX.- BIBLIOGRAFÍA.....	54

X.- ANEXOS.....	56
10.1.-Instrumento de Valoración según las Necesidades de Virginia Henderson.....	57
10.2.-Laboratorios de referencia.....	66
10.3.-Laboratorios del paciente.....	67

I INTRODUCCIÓN

El cuidado ha existido desde que el hombre ha hecho uso de sus facultades y habilidades para satisfacer sus necesidades humanas. Surge la necesidad de una metodología que guíe el cuidado de enfermería que es el “Proceso Atención de Enfermería”.

El proceso atención de enfermería es un método sistemático de toma de decisiones, que brinda cuidados de enfermería individualizados de calidad y calidez. Este trabajo esta enfocado a la teórica Virginia Henderson que señala 14 necesidades básicas .

La realización de este proceso se considera interesante ya que en el hospital General Dr Manuel Géa González en el servicio de cirugía general hay un alto índice de morbilidad en relación con el diagnóstico de “Pancreatitis Aguda”. Este proceso esta basado en un paciente de 47 años, masculino, su rol es de padre de familia, con antecedente de alcoholismo, ingresa al hospital con diagnóstico médico de pancreatitis aguda. Este proceso mostrara la importancia que tiene el cuidado al paciente, reconocer y actuar ante las necesidades humanas oportunamente con conocimiento que llevara a la independencia del individuo y a una integración a la sociedad.

Este trabajo está estructurado de la siguiente manera: el capítulo I Introducción, II Justificación, III Metodología, IV Objetivo, V Marco teórico, VI Aplicación del Proceso Atención de Enfermería, VII Conclusiones, VIII Glosario, IX Bibliografía y X Anexos.

II JUSTIFICACIÓN

El proceso atención de enfermería nos permite desarrollar un pensamiento crítico, reflexivo, científico, ético y humanístico, además fomenta la investigación, para brindar cuidados de enfermería de calidad y calidez con base a las necesidades de salud, para lograr su pronta recuperación, independencia e integración con su familia y comunidad, es por esta razón la importancia de realizar el proceso de enfermería, ya que es una guía de trabajo de enfermería.

Decidí realizar este proceso atención de enfermería por la importancia que tiene su aplicación dentro de nuestro ejercicio profesional, además se me hizo interesante la patología del paciente que es pancreatitis aguda, ya que su incidencia en el servicio de cirugía general es frecuente.

III METODOLOGÍA

Para la realización de este trabajo asistí a un seminario sobre Proceso Atención de Enfermería, con duración de 75 horas las cuales fueron cubiertas en 15 asesorías, donde se reforzaron las bases teóricas, científicas y metodológicas, logrando tener una visión más clara de los contenidos y lineamientos a seguir para el desarrollo del proceso.

Posteriormente se eligió un paciente en este caso con diagnóstico médico de “Pancreatitis Aguda”, el cual se entrevistó de forma directa, permitiendo interactuar por medio de la comunicación basados en el instrumento de valoración de Virginia Henderson, se realizó la exploración física, identificando los problemas de salud reales y potenciales y al mismo tiempo la situación económica, social, cultural, biológica y psicológica que esta viviendo el paciente.

Se realizó el plan de cuidados basados en el logro de los objetivos y en los diferentes diagnósticos de enfermería para brindar un cuidado holístico al paciente y resolver los problemas de salud.

Se llevo también una revisión bibliográfica exhaustiva con relación al marco teórico.

IV OBJETIVO

GENERAL

Aplicar el proceso atención de enfermería con conocimiento y habilidades adquiridas con base al modelo de Virginia Henderson, con la finalidad de proporcionar un cuidado de enfermería de calidad y calidez al paciente.

ESPECÍFICO

- * Lograr una relación enfermera paciente para tener una buena comunicación.
- * Conocer y valora las 14 necesidades de acuerdo al modelo de Virginia Henderson
- * Brindar un cuidado específico a cada necesidad, para así lograr la independencia del paciente.

V MARCO TEÓRICO

5.1 HISTORIA DE ENFERMERÍA

Desde el comienzo de la vida los cuidados existían ya que es necesario ocuparse de la vida para que esta pueda persistir, es decir que durante millones de años los cuidados no fueron propios de un oficio y aun menos de una profesión, eran los actos de cualquier persona que ayudaría a otra asegurarle todo lo necesario para continuar su vida.

El desarrollo de la actividad de la enfermera a través de la historia se identifica por los aspectos característicos de cada época. “A través del descubrimiento del fuego ejerció una gran influencia en la practica de los cuidados ya que su uso modifico materias y alimentos, lo cual junto al calor y a la luz contribuirán a la conservación del grupo y de la especie objeto de las actividades cuidadoras ”(HERNÁNDEZ, 1995)

Las diferencias y peculiaridades biológicas, determinan la participación y el reparto de las actividades de la comunidad prehispánica, ya que la actividad de cuidar esta ligada a las peculiaridades biológicas, femeninas relacionadas con la fecundidad, las responsabilidades femeninas eran:

- El mantenimiento del fuego
- Cuidado de: gestante, parto etc.
- Recolección de vegetales: selección y preparación de los alimentos.

“Cuidar es por tanto mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades indispensables para la vida”(COLLIERE,1993)

La enfermera en esta época del cristianismo sus labores de cuidado no posé objetivos que giren entorno a la constitución del saber si no alrededor de objetivos espirituales, de esta forma los cuidados de enfermería se institucionaliza los cuidados para la salvación de las almas de los enfermos y de aquellos que prestaban cuidados, la mujer como enfermera consagrada desempeñaba las tareas de auxilio a pobres, enfermos, desvalido, dirigida hacia los más necesitados como ejercicio de la caridad. Durante esta época vocacional los conocimientos teóricos requeridos por las enfermeras eran nulos y los procedimientos muy simples, la enfermera de esta época se caracterizaba por religiosidad, caridad, sumisión y obediencia.

Etapa técnica en esta etapa la salud es entendida como la lucha contra la enfermedad, la enfermera técnica centra su atención en el enfermo como un sujeto de una enfermedad. La aparición de la enfermera técnica y la separación de los poderes políticos y religiosos permitió el inicio de la enfermera en vías de profesionalización.

Los principios de profesionalización de la enfermería se atribuye a Florencia Nightingale, el objetivo de la escuela Nightingale era preparar enfermeras de hospital, enfermeras visitadoras y enfermeras capacitadas para preparar a otras, el inicio de la escuela fue el 24 de junio de 1840, se cursaban tres años de formación.

En la convención de Ginebra se acordó respetar a las enfermeras de la cruz roja como no combatientes, las mujeres que participaron como mujeres voluntarias en la guerra de secesión provenían de familias acomodadas, que tenían una sólida formación, lo que hizo posible la organización de los estudios de enfermería, su método de trabajo consistía en una incansable lectura y recogida de datos, observando, probando analizando todo aquello que se relacione con la enfermería, la concepción de Nightingale es:

- “Orientación centrada en el enfermo y no en la enfermedad”
- Consideración de los aspectos psicológicos y ambientales en relación a la salud y los cuidados.
- Orientación pseudo militar, laico, profesional y religiosos
- Orientación centrada de una formación específica y preparación sistemática para ejercer la enfermería, así como la investigación de los elementos y naturaleza de los cuidados de enfermería.
- Orientación centrada en la idea de que las mujeres formen a otras enfermeras
- Orientación que por su época y en el estatus de la mujer esta relacionada con la dependencia médica y las actitudes morales de la enfermera
- Orientación centrada en la participación de la enfermera en la administración de la institución de la salud
- Orientación centrada en aspectos de prevención y fomento de la salud
- Orientación hospitalaria y extra hospitalaria de los cuidados de enfermería
- Orientación remunerada de los cuidados de enfermería como un servicio profesional” (HERNÁNDEZ,1995)

Etapa profesional en esta etapa la enseñanza superior consiste en profesionalismo e investigación y estaría integrada por tres funciones:

- a) Transmisión de la cultura
- b) Enseñanza de las profesiones
- c) Investigación científica y educación de nuevos hombres de ciencia

“La formación universitaria se inicia en el caminar interrogativo, obliga al cuestionamiento y a la argumentación permitiendo la adquisición del dominio del pensamiento escrito” (COLLIER,1993)

En 1909 la escuela de enfermería de la Universidad de Minnesota se convirtió en la primera en formar parte integrante de la estructura universitaria.

En 1977 se aprobó en España escuelas universitarias de enfermería recuperando el termino “Enfermería”.

La práctica milenaria de los cuidados, como arte institucionalizado de la investigación científica ha dado logros como:

- a) El logro de un conocimiento teórico general, que determinan la aparición de diversos tipos de sucesos y procesos.
- b) La emancipación de la mente del hombre
- c) La adaptación de métodos lógicos para juzgar sobre una base de datos derivados de la observación de los fenómenos

“Una disciplina como ciencia debe pensarse y construirse desde la historia, desde la practica profesional, desde la filosofía de la ciencia, desde la historia comparada de las ciencias” (ALBERT,1992)

Una profesión requiere ciertos conocimientos, destrezas y preparación especial que se distingue por:

- La necesidad de una formación prolongada y especializada para adquirir el conjunto de conocimientos pertinentes a la actividad que representa
- Una orientación del individuo hacia el servicio, bien a una comunidad o una organización
- Es responsable y se hace cargo de la preparación de las personas que van a desempeñarla.

- Establece sus propias normas, modelos de actuación y criterios.
- Adapta sus servicios a las necesidades que se van presentando
- Acepta y asume la responsabilidad de proteger al público al que sirve
- Trata de rentabilizar de forma económica las personas que la ejercen
- Se ajusta a un código de conducta basado en principios éticos
- Convoca la unión de sus miembros para alcanzar fines comunes
- Se gobierna a sí misma

“En México en 1910 la escuela de enfermería del Hospital General se incorporo a la Universidad Autónoma de México a través de la escuela de medicina.

En 1945 La enfermería consumo la separación académica de la escuela de medicina y se constituyo en Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la UNAM, con 3 años de duración.

En 1968 el consejo universitario de la UNAM aprobó las formas a los planes de estudio y estableció la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia como una carrera independiente” (UNAM-ENEO MANUAL, 2003).

5.2 PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

CONCEPTO:

“El proceso atención de enfermería es un método sistemático y racional de planificar y dar cuidados de enfermería” (KOZIER,1994)

“El proceso de enfermería es un método por el que se aplican los sistemas teóricos de la enfermería, proporciona la base para cubrir las necesidades individualizadas del paciente, familia y comunidad.” (IYER,1997)

OBJETIVO DEL PROCESO:

Es identificar las necesidades de salud actuales y potenciales del paciente, establece planes para resolver las necesidades identificadas y actuar de forma específica para resolverlas.

El proceso atención de enfermería se convierte en el sistema dentro del cual puede aplicar su capacidad de razonamiento crítico, este enfoque se basa en el método científico y reduce las limitaciones impuestas cuando las opiniones, valores o sentimientos influyen en su proceso de razonamiento.

El uso constante de la capacidad de razonamiento crítico perfectamente desarrollado aumenta las posibilidades de éxito en la práctica de la enfermería y los resultados positivos para el paciente.

El razonamiento crítico consiste en la puesta en duda de suposiciones, la determinación de conclusiones y la identificación de justificaciones que las apoyen, deben ser capaces de tomar decisiones personales informadas, para prestar una atención de enfermería, segura competente y de calidad. Se le exigirá que reúna datos que definan con precisión problemas reales y potenciales, que realice la mejor elección entre varias alternativas, que ejecute con seguridad un plan de cuidados y que evalúe la eficacia de las actuaciones de enfermería.

* Características del Proceso:

- El sistema es abierto flexible
- Es un método ya que es una serie de pasos a seguir que le permite organizar su trabajo y solucionar problemas.
- Es sistemático porque se conforma de cinco etapas que parten de un planteamiento organizado para alcanzar un objetivo.
- Es planificado
- Es dirigido hacia las metas
- Es flexible para encontrar las necesidades del paciente, familia y comunidad, se puede adaptar al ejercicio de la enfermera en cualquier área, lugar y modelo.
- Permite creatividad a la enfermera y al paciente en la intervención del cuidado para resolver el problema de salud.
- Es interpersonal ya que requiere de la enfermera se comunique directamente y persistentemente con el paciente para encontrar las necesidades.
- Es humanista porque considera al individuo como un ser holístico
- Es interactivo porque establece relaciones entre enfermera, paciente, familia y demás profesionales de la salud para lograr objetivos comunes.
- Es cíclico, como las etapas están interrelacionadas no existe un principio o final absoluto.
- Consta de una base teórica porque parte de numerosos conocimientos.
- Es aplicable universalmente, el proceso de enfermería es usado como el marco de los cuidados de enfermería en todos los tipos de establecimientos sanitarios con pacientes de todas las edades.

El Proceso Atención de Enfermería consta de 5 Etapas:

VALORACIÓN.- Es la primera fase del proceso organizado y sistemático de recogida y recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente, familia y entorno, los datos se recogen utilizando la entrevista, la exploración física, los resultados de laboratorios y otras fuentes registradas en la historia de enfermería.

Una base de datos es toda la información disponible sobre el paciente, incluyendo la historia y exploración médica, la historia y exploración de enfermería, así como otras informaciones del resto del profesional de salud.

Datos objetivos.- Son aquellos que se pueden observar o verificar a través de los sentidos.

Datos subjetivos.- Son las percepciones personales del paciente y únicamente él puede describirlos o verificarlos, como el dolor, el prurito y la preocupación.

La valoración de enfermería tiene que ser completa y exacta ya que el diagnóstico de enfermería y las actuaciones están basadas en esta información, las habilidades exigidas para la recogida de datos son la comunicación, la entrevista, la observación y la exploración física.

DIAGNÓSTICO.- En esta etapa se analizan e interpretan de forma crítica los datos reunidos durante la valoración, se extraen conclusiones en relación con las necesidades, problemas, preocupaciones y respuestas humanas del paciente. Un diagnóstico es un enunciado del problema real del paciente que requiere de un plan de cuidados e intervenciones de enfermería con el objetivo de resolver o disminuirlo.

* Definición de Diagnóstico por la Nanda 1990

“El diagnóstico de enfermería es un juicio clínico sobre las respuestas del individuo, familia y comunidad a los problemas actuales y potenciales de salud/ procesos de la vida.

Los diagnósticos de enfermería aportan las bases para la selección de las actuaciones de enfermería, para conseguir los resultados, por lo que la enfermera es responsable” (NINTH,1990)

Para llegar al diagnóstico se realizan tres fases del procesamiento de datos de análisis, determinación del nivel de salud del paciente y formulación.

El diagnóstico debe ser claro, conciso, centrado en el paciente relacionado con un problema y basado en una valoración completa y apropiado, es un proceso de análisis y síntesis.

El diagnóstico de enfermería aporta la dirección para la planificación de las actuaciones independientes de enfermería.

PLANEACIÓN.- “Como el proceso de diseñar las estrategias o intervenciones de enfermería necesarias para prevenir, reducir o eliminar aquellos problemas de salud del paciente que se han identificado durante el diagnóstico” (KOZIER,1994)

* La Etapa de Plantación consta de:

- Establecer prioridades.- Tanto la enfermera como el paciente ordenan los diagnósticos de enfermería de acuerdo a la jerarquía de los problemas detectados.
- Fija resultados con el paciente, formulando objetivos que permitan evaluar la evolución del paciente, así como los cuidados proporcionados para corregir, reducir al mínimo o evitar problemas.
- Planificar las estrategias.- Las actuaciones de enfermería son acciones de enfermería elegidas para tratar un diagnóstico de enfermería específico con el fin de lograr los objetivos del paciente.
- Redactar las ordenes de enfermería.- Es una guía por escrito que organiza la información sobre el paciente centra las actividades de enfermería necesarias para solucionar el problema diagnosticado y alcanzar el objetivo. También se denomina plan de cuidados, este plan proporciona un cuidado individualizado al paciente, asegura la continuidad del cuidado, dirige las anotaciones a realizar en las hojas de evolución, ayuda a organizar el trabajo en el servicio, etc.

EJECUCIÓN.- Consiste en llevar a cabo las estrategias de enfermería enumeradas en el plan de cuidados, la actuación de enfermería se define como una acción autónoma basada en el razonamiento científico que se ejecuta para beneficiar al paciente de una forma prevista en relación con el diagnóstico de enfermería y con los objetivos establecidos” (KOZIER,1994)

La etapa de ejecución valida el plan de cuidados y valora nuevamente al paciente como también evalúa la eficacia del plan, se debe informar y documentar las actividades, los datos de valoración y las respuestas del paciente.

EVALUACIÓN .- Consiste en valorar el grado en que se a logrado alcanzar los objetivos, la evaluación es fundamental en el proceso de enfermería ya que las conclusiones que se sacan determinan si la intervención de enfermería debe terminarse, revisarse o cambiar.

* Ventajas del Proceso Atención de Enfermería

- Participa el paciente en su propio cuidado, formulando sus propios planes de atención de enfermería adquiere conciencia de su autcapacidad para resolver problemas.
- Continuidad en el cuidado, el hecho de contar con un plan por escrito facilita que todas las personas implicadas en el cuidado puedan acceder a él.

- Mejor calidad de atención, el cuidado de enfermería se planifica para encontrar las necesidades particulares del paciente, familia y comunidad, la evaluación continua y reconsideración de los cambios en las necesidades del paciente asegura un nivel apropiado de calidad.
- El proceso atención de enfermería constituye un instrumento para que la enfermera evalúe continuamente la calidad del cuidado que presta y la mejore.
- Ayuda a evitar duplicaciones y omisiones quedan por resultado el uso innecesario de recursos.
- Ayuda para la asignación de pacientes al personal, ya que asigna a los pacientes de la manera más apropiada según el grado de complejidad.
- Confiabilidad, los planes de cuidado resultantes del proceso atención de enfermería permite a la enfermera saber cuales son las metas y como y cuando pueden cumplirse de la mejor manera.
- Satisfacción en el trabajo, los buenos planes de cuidado, pueden ahorrar tiempo y energía, la enfermera adquiere un sentimiento de logro y orgullo profesional cuando alcanza los objetivos establecidos.
- Crecimiento profesional, los planes de cuidado dan la oportunidad de compartir conocimiento y la experiencia. Un profesional debe ser capaz de tomar decisiones personales informadas para prestar una atención de enfermería segura, competente y de calidad, es decir de un razonamiento critico.

“Los profesionales de enfermería que realizan el razonamiento critico son más lógicos, competentes, flexibles. Creativos, utilizan la iniciativa y se comunican de forma eficaz.”
(IYER,1997)

5.3 MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

Virginia Henderson nació en 1897, originaria de Kansas City Missouri, durante la primera guerra mundial despertó en ella el interés por la enfermería. Ingreso en 1918 a la escuela de enfermería del ejército en Washington, en 1921 se graduó y aceptó un puesto como enfermera en el Henry Street Visiting, en 1922 inició su carrera de docente en el hospital de Virginia. Henderson vivió una larga trayectoria profesional como autora e investigadora, falleció de muerte natural en marzo de 1996 a la edad de 98 años.

“Henderson define enfermería.- Como la única función de la enfermera consiste en ayudar al individuo, enfermo o sano a realizar las actividades que contribuyen a su salud o recuperación, que llevaría a cabo sin ayuda, si contar con la fuerza y voluntad o conocimiento necesarios, haciendo de tal modo que se facilite la independencia lo más rápidamente posible” (MARRINER,1999)

Para Henderson la enfermera puede y debe diagnosticar y aplicar un tratamiento cuando la situación así lo requiera, debe tener conocimientos de biología como sociología.

Henderson no dio una definición propia de la salud pero la compara la salud con la independencia del individuo. Interpreta la salud como la capacidad del paciente de realizar sin ayuda las 14 necesidades.

“ENTORNO.- Es el conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo” (MARRINER, 1999)

PERSONA.- Pensaba en el paciente como un individuo que necesita asistencia para recuperar su salud o independencia o una muerte tranquila y que el cuerpo y el alma son inseparables.

Henderson considera a la persona como un ser humano único y complejo con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que tienen 14 necesidades básicas que deben satisfacer para mantener su integridad y promover su desarrollo y crecimiento.

INDEPENDENCIA.- Es la capacidad de la persona para satisfacer por sí misma sus necesidades básicas de acuerdo a su edad, etapa de desarrollo y situación.

DEPENDENCIA.- Es la ausencia de actividades llevadas a cabo por la persona con el fin de satisfacer las 14 necesidades.

“La única función de la enfermera es asistir al individuo, sano o enfermo, en relación de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o una muerte serena).

Cada persona se configura como un ser humano único y complejo con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que tienen 14 necesidades básicas o requisitos que debe satisfacer para mantener su integridad (física y psicológica) y promover su desarrollo y crecimiento:

- 1.- Necesidad de oxigenación
- 2.- Necesidad de nutrición e hidratación
- 3.- Necesidad de eliminación
- 4.- Necesidad de moverse y mantener una buena postura
- 5.- Necesidad de descanso y sueño
- 6.- Necesidad de usar prenda de vestir adecuadas
- 7.- Necesidad de termorregulación
- 8.- Necesidad de higiene y protección de la piel
- 9.- Necesidad de evitar peligros
- 10.- Necesidad de comunicarse
- 11.- Necesidad de vivir según sus creencias
- 12.- Necesidad de trabajar y realizarse
- 13.- Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas
- 14.- Necesidad de aprendizaje

El modelo de Virginia es perfectamente aplicable en toda y cada una de las diferentes etapas del proceso atención de enfermería, ya que el individuo es un sistema abierto que continuamente intercambia materia, información y energía con el entorno” (UNAM-ENEO MANUAL,2003).

5.4 GENERALIDADES DEL APARATO DIGESTIVO

Los órganos del aparato digestivo efectúa en conjunto una función vital, la de preparar los alimentos para la absorción y para uso de las células, la mayor parte de los alimentos en la forma que se ingieren no pueden llegar a las células deben modificar su composición química y mecánica de los alimentos para que puedan ser absorbidos y utilizados por las células a esto se le llama digestión.

El aparato digestivo esta dividido en dos grupos:

El primero es el canal alimenticio o tubo digestivo que va desde la cavidad oral, faringe, esófago, estomago e intestino delgado y grueso, las contracciones musculares de las paredes del tubo digestivo se encargan de degradar físicamente los alimentos, las secreciones reproducidas por grupos celulares del propio tracto, llevan a cabo la degradación química de los nutrimentos.

El segundo grupo lo compone los órganos accesorios que incluyen: dientes, lengua, glándulas salivales y de las secreciones de miles de glándulas de mucosas que se encuentran en las cavidades oral y faringe.

El siguiente paso de la digestión química y mecánica ocurre en el estómago y continua a través del intestino delgado.

El intestino grueso solo absorbe agua, minerales y ciertas vitaminas, una vez absorbidas, los nutrimentos son transportados al hígado por el sistema porta hepático donde muchos de ellos son alterados, almacenados o enviados a la circulación a través de las venas hepáticas, los nutrientes son recobrados por las células corporales en la circulación capilar o por difusión.

El aspecto químico de la digestión, consiste en un conjunto de reacciones catabólicas mediante las cuales se degradan las grandes moléculas de carbohidratos, lípidos y proteínas de los alimentos que consumimos, que quedan reducidas a moléculas utilizables por las células del organismo.

El aspecto mecánico de la digestión son los diversos movimientos que facilitan la fase química de este proceso, antes de deglutir los alimentos deben de ser masticados por los dientes, la fibra del músculo estriado (liso) del estomago y del intestino delgado revuelve los alimentos de modo que se mezclen por completo con las enzimas que catalizan las reacciones.

* Fase de la digestión:

“El sistema digestivo prepara los alimentos para consumo por parte de las células y lo hacen mediante 5 actividades básicas:

- Ingestión.- Que es la introducción de los alimentos en el organismo.
- Peristalsis.- Peristaltismo que es el movimiento de los alimentos a lo largo del tubo digestivo
- Digestivo.- En sus aspectos mecánico y químico
- Absorción.- Que es el paso de los alimentos digeridos presentes en el aparato digestivo hacia los sistemas circulatorio y linfático para su distribución a las células
- Defecación.- Que es la eliminación o expulsión de las sustancias no digeribles por parte del organismo” (TORTORA, 1994)

Las glándulas principales están relacionadas con el aparato digestivo es el hígado, la vesícula biliar y el páncreas que tiene conductos que se abren al canal alimentario es por esta razón que mencionamos el aparato digestivo, principalmente el intestino delgado que esta dividido en tres segmentos que son: Duodeno, Yeyuno e Ilio, el páncreas esta comunicado con el duodeno por medio de un conducto común que es la ampolla hepato pancreática o ampolla de Vater, también existe otro conducto que comunica al duodeno que es el de Santorini.

* Funciones del Páncreas:

- Función exócrina.- Los acinos, secretan enzimas que degradan los alimentos en el intestino delgado, las células secretoras liberan una mezcla de enzimas digestivas denominado jugo pancreático.
- Función endócrina del páncreas consiste en células alfa y beta que secretan glucagon e insulina que regula la concentración de glucosa en sangre

Aspectos mecánicos de la digestión.- Son las contracciones de las fibras musculares longitudinales y circulares del intestino delgado que dan por resultado tres movimientos distintos que son: segmentación rítmica movimientos pendulares y peristaltismo.

Aspecto químico de la digestión.- La digestión de carbohidratos, proteínas y lípidos en el intestino delgado se realiza con la participación de la secreción de páncreas, hígado y las glándulas intestinales.

* Fenómeno de la Digestión:

- “Carbohidratos.- La amilaza pancreática, enzima que desdobla a los dextrinos en el disacáridos maltosa.

- Proteínas.- La tripsina desdobla cualquier proteína que no haya sufrido transformación previas en peptonas y proteasas, convierte estas ultimas en dipéptido en aminoácidos separados.

La quimiotripsina lleva acabo las mismas actividades que la tripsina.

La carboxipeptidosa enzima que convierte parcial o totalmente las proteínas digeridas en aminoácidos.

Lípidos.- En el adulto casi toda la digestión de los lípidos se lleva a cabo en el intestino delgado, la lipasa pancreática que es una enzima del jugo pancreático hidroliza cada molécula de grasa transformándola en ácidos grasos, glicerol y glicéridos que son los productos terminales de la digestión de los líquidos.

Ácidos nucleicos.- Los jugos intestinal y pancreático contienen enzimas llamadas nucleosas que descomponen a los ácidos nucleicos en nucleótidos” (TORTORA, 1994)

5.5 ANATOMÍA Y FISIOLÓGÍA DEL PÁNCREAS

El páncreas es una glándula endócrina y exócrina, ancino tubular de consistencia blanda de unos 12 a 15 cm y 2.5 cm de grosor, esta por detrás de la curvatura mayor del estómago.

Consta de cabeza, cuerpo y col, la cabeza es la porción expandida del órgano cerca de la curvatura del duodeno, a la izquierda de la cabeza se encuentra el cuerpo de posición central y la cola toca el bazo.

El páncreas tiene conductos en el cual el jugo pancreático sale del páncreas por medio de un gran conducto pancreático de Wirsung que por lo general se une al conducto colédoco proveniente del hígado y la vesícula biliar y entra en el duodeno en forma de un conducto común llamado hepato pancreático o ampolla de Vater, esta última llega a una prominencia de la mucosa duodenal conocida papila duodenal a unos 10 cm por debajo del piloro. El conducto pancreático accesorio de Santorini, también suele comunicar al páncreas con el duodeno y llega a este último unos 2.5 cm por arriba de la ampolla hepato pancreática.

El páncreas tiene dos funciones: Endócrina y Exócrina

- En la función endócrina se encuentran los islotes de Langerhas que incluyen cuatro tipos de células secretadoras de hormonas que son:

1.- Células alfa que comprenden casi el 20% de los islotes y secretan glucagón, la acción principal de este es aumentar la glucemia al acelerar el desdoblamiento del glicógeno en glucosa, el glucagón actúa en los hepatocitos(células hepáticas), donde acelera la conversión de glucógeno en glucosa como consecuencia los hepatocitos más rápidamente la glucosa en sangre con lo que aumenta la glucemia.

2.- Células beta abarca casi el 70% de los islotes y secretan insulina. La insulina acelera la difusión facilitada de la glucosa al interior de las células en especial en las fibras de los músculos esqueléticos, acelera también la conversión de glucosa en glucógeno (glucogénesis) , aumenta la captación de aminoácidos por las células y la síntesis de proteínas agiliza la síntesis de ácidos grasos y desacelera la glucogenolisis y gluconeogénesis disminuyendo la glucemia". (TORTORA,1994)

3.- Células delta corresponden cerca del 5% de los islotes y secretan somatostatina , inhiben la secreción de insulina y glucagon, además desacelera la absorción de nutrientes del tubo digestivo.

4.- Células F que corresponden el resto de los islotes que secretan el polipéptido pancreático, inhibe la secreción de somatostatina, las contracciones de vesícula biliar y las secreciones de las enzimas digestivas pancreáticas.

- Función exócrina se encuentran los acinos , los cuales producen las enzimas digestivas que influyen en el aparato digestivo por una red de conductos ya mencionados . Los acinos secretan enzimas que degradan los alimentos en el intestino delgado.

El páncreas produce diariamente 1200 a 1500 ml de jugo pancreático, líquido incoloro y transparente cuyos componentes principales son: agua, algunas sales, bicarbonato de sodio y de varias enzimas.

El bicarbonato de sodio confiere el pH levemente alcalino de 7.1 a 8.2 que amortigua el jugo gástrico ácido en el quimo, detiene la acción de la pepsina y crea el pH apropiado para el efecto de las enzimas digestivas en el intestino delgado.

Carbohidratos, la amilaza pancreática desdobla a las dextrinas en el disacáridos maltosa, las enzimas del jugo intestinal descomponen a los disacáridos en monosacáridos.

La maltosa se desdobla en dos moléculas de glucosa la sacarasa y sacarosa, en una molécula de glucosa y otra de fructosa y la lactosa descompone a la lactosa en una molécula de glucosa y otra de galactosa con esto completa la digestión de los carbohidratos.

Proteínas.- La tripsina desdobla cualquier proteína que no haya sufrido transformación previa en peptona y proteosas, convierte a estas últimas en dipéptido (compuesto solo de dos aminoácidos) y degrada algunos de los dipéptidos en aminoácidos separados. La quimotripsina lleva a cabo las mismas actividades que la tripsina mientras que la carboxipeptidasa es la tercera enzima que convierte parcialmente o totalmente las proteínas digeridas en aminoácidos.

Lípidos.- La digestión de los lípidos se lleva a cabo en el intestino delgado, la lipasa pancreática que es una enzima del jugo pancreático hidroliza cada molécula de grasa, transformándola en ácidos grasos, glicerol y glicéridos.

Ácidos nucleicos.- Los jugos intestinal y pancreático contienen enzimas llamadas nucleasas que descomponen a los ácidos nucleicos en nucleótidos.

Es importante que las enzimas proteolíticas del jugo pancreático que son: la tripsina, quimotripsina y carboxipeptidasa no se activen antes de su secreción en el intestino ya que la tripsina y otras enzimas podrían digerir el páncreas, cuando el páncreas se daña o cuando se bloquea algún conducto se almacenan grandes cantidades de secreción pancreática, lesionando el páncreas , el inhibidor de la tripsina a veces es insuficiente que las secreciones pancreáticas se activan con mucha rapidez y digieren el páncreas dando lugar a una situación médica llamada “PANCREATITIS AGUDA”.

5.6 PANCREATITIS AGUDA

* PÁNCREATITIS.- “Es la inflamación del páncreas que puede ser aguda o crónica”.
(WIT 1999)

* PANCREATITIS AGUDA.- Es proceso inflamatorio agudo que abarca un número de órganos.

El alcoholismo y las enfermedades del tracto biliar son los dos factores asociados con mayor frecuencia con la pancreatitis, en mujeres se dan por trastornos del tracto biliar como factor predisponente y mientras que en hombres el factor es el alcohol.

* Factores Predisponentes:

- Ingestión del Alcohol (alcoholismo agudo y crónico)
- Enfermedades de las vías biliares (cálculos)
- Traumatismos: Posquirúrgico
Abdominales
- Colangio pancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE), estudios manométricos del esfínter de oddi.
- Causas Metabólicas: Hipertriglicemia
Hipercalcemia
Insuficiencia renal
Esteatosis hepática aguda del embarazo
- Pancreatitis Hereditaria
- Infecciones: Parotiditis
Hepatitis viral
Otras infecciones (virus coxsackie, citomegalovirus)
- Fármacos: Sulfamidas
Diuréticos Tiazidico
Furosemida
Anticonceptivos orales (Estrógenos)
Paracetamol
- Vasculares: Isquemia- hipoperfusión (Después de cirugía cardíaca)
Embolia aterosclerótica

- Enfermedades del tejido conectivo con vasculitis: Lupus eritematoso sistémico
Púrpura trombocitopénica trombótica
- Úlcera péptica penetrante
- Obstrucción de la ampolla de Vater.

FISIOPATOLOGÍA

“Una de las teorías patogénicas es la de la “AUTODIGESTIÓN” según la cual la pancreatitis se produce cuando las enzimas proteolíticas (tripsinógeno, quimotripsinógeno, proelastasa y fosfolipasa A) se activan en el páncreas en vez de la luz intestinal” (CECIL, 1981).

Las enzimas proteolíticas activadas en especial la tripsina no solo digieren tejidos pancreáticos y peripancreáticos si no también activan otras enzimas como la elastasa y la fosfolipasa. Las enzimas activadas digieren entonces las membranas celulares y ocasionan proteólisis, edema, hemorragia intersticial, lesión vascular, necrosis por coagulación, necrosis grasa y necrosis celular parenquimatosa.

Es decir se produce la estimulación del páncreas que secretan enzimas digestivas, las cuales no pueden seguir su curso normal a causa del bloqueo de los conductos por edema o cálculos, estas enzimas se acumulan y causan un aumento de la presión dentro del conducto que se rompe y las libera iniciando entonces la digestión del páncreas.

CUADRO CLÍNICO:

El dolor abdominal es la característica de la pancreatitis aguda, provoca un dolor continuo localizado en epigastrio o en el cuadrante superior izquierdo y a menudo se irradia hacia la espalda, el tórax, los flancos y la región inferior del abdomen, este dolor se debe al aumento del tamaño de la cápsula pancreática a una obstrucción o a la irritación química causada por las enzimas, el dolor alcanza su intensidad máxima en 10-30 minutos y se prolonga por varias horas.

También son frecuentes las náuseas, los vómitos y la distensión abdominal.

A la exploración física, suele ser un paciente angustiado e inquieto, el abdomen es doloroso al tacto, los ruidos intestinales suelen estar disminuidos o ausentes, son frecuentes la fiebre e inclusive hasta fiebre, taquicardia, hipotensión e ictericia por obstrucción o compresión del tracto biliar.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de pancreatitis aguda se basa en los datos clínicos, resultados de laboratorio y estudios radiológicos.

Cualquier dolor agudo intenso en el abdomen o la espalda debe sugerir una pancreatitis aguda, si presenta náuseas, vómito, fiebre, taquicardia. Los análisis de laboratorio suelen mostrar leucocitosis, la prueba que se utiliza con más frecuencia para diagnosticar pancreatitis aguda es la actividad de la amilasa sérica total, su concentración se eleva de 2 a 12 horas después de su inicio de los síntomas y permanece elevada durante 3 a 5 días, la lipasa sérica tiende a permanecer elevada durante un tiempo más prolongado que la amilasa durante la fase de cicatrización de la pancreatitis, hiperglucemia secundaria a múltiples factores entre ellos la menor producción de insulina y el aumento de liberación de glucagón, el hematocrito puede aumentar por hemoconcentración la disminución puede indicar hemorragia o hemólisis, el nitrógeno ureico sanguíneo aumenta como consecuencia de la hidratación, el potasio puede aumentar por ácidos o insuficiencia renal y el sodio puede elevarse por deshidratación.

Factores que influyen de forma adversa sobre la supervivencia en la Pancreatitis Aguda:

“Ranson e Imrie han utilizado múltiples criterios pronósticos en la tasa de mortalidad, aumenta cuando se identifica tres o más factores de riesgos en el momento del ingreso en el hospital o durante las primeras 48 horas de hospitalización” (CECIL, 1981)

* Criterios de Ransone Imrie al ingreso del hospital

- Edad >55 años
- Leucocitosis >16000/ul
- Hiperglucemia > 11 mmol/L (>200mg/dL)
- LDH en suero >400 UI/L (deshidrogenasa láctica)
- AST en suero >250 UI/L (aminotransferasa de aspartado)

* Durante las 48 horas

- Descenso del hematocrito > 10%
- Déficit de líquidos >400mL
- Hipocalcemia (concentración de calcio <1.9 mmol/L (>8.0 mg/dL))
- Hipoxemia (PO₂ <60mmHg)
- Incremento del BUN <1.8 mmol/L (>5mg/dL) tras administración de líquidos intravenosos.
- Hipoalbuminemia (nivel de albúmina <32g/L (>3.2 g/dL))

El sistema de puntuación para la evaluación crónica de la salud y fisiológica es APACHE II, proporciona una buena descripción de la gravedad de la enfermedad.

*** PUNTUACION DE APACHE II >12**

- Líquido peritoneal hemorrágico
- Obesidad
- Indicadores esenciales de insuficiencia orgánica: Hipotensión, presión arteria <90mmHg o taquicardia <130 latidos por minuto
PO2 <60mmHg
Oliguria (<50ml /h o aumento del Nitrógeno ureico en sangre (BUN)
- Indicadores metabólicos: Calcio sérico <1,9 mmol/L (<8.0 mg /dL) o albúmina sérica <32g/L (3.2g /dL)

TRATAMIENTO

El tratamiento médico se enfoca el alivio de los síntomas y el apoyo del paciente para evitar la hipovolemia, el choque y la muerte.

- 1.- Incluye medicamentos para aliviar el dolor y disminuir la estimulación la estimulación de las enzimas pancreáticas.
- 2.- Proporciona reposo del páncreas esta dirigida a disminuir la actividad del páncreas, suprimiendo sus secreciones. Se suspende la vía oral ya que el páncreas debe descansar.
- 3.- Restitución del volumen debe ser rápido y eficiente para mantener un gasto urinario mayor de 40ml/h y corrige la deshidratación, la hipopotasemia y la alcalosis que son consecutivas a los vómitos.
- 4.- Si hay hiperglucemia por daño de los islotes habrá que administrar insulina.

En caso de evidencia de infección administrar antibióticos tales como la gentamicina a dosis 1mg por Kg de peso cada ocho horas por vía intravenosa, asociada a una cefalosporina y un agente eficaz contra anaerobios como el metronidazol.

*** Complicaciones de la Pancreatitis Aguda:**

- Choque circulatorio
- Insuficiencia respiratoria
- Insuficiencia renal aguda
- Sepsis
- Coagulopatía
- Hiperglucemia
- Hipocalcemia

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

- Alivio del dolor y las molestias.
- Eliminar el estímulo para la secreción de enzimas pancreáticas, no administrar nada por la boca para eliminar el estímulo de secreción enzimático .
- Mejorar el intercambio gaseoso, vigilar los gases en sangre para descubrir signos de insuficiencia respiratoria.
- Colocar al paciente en posición de fowler intermedia, para disminuir la presión sobre el diafragma procedente del abdomen distendido y permite la amplitud completa de los movimientos respiratorios.
- Ingestión adecuada de líquidos y nutrientes
- Vigilar el hematocrito (si se eleva en las primeras 24 a 48 horas la reposición del volumen fue inadecuado.
- Vigilar la presión venosa central.
- Proporcionar electrolitos.
- Vigilar la eliminación de orina en 50 a 100ml/hora.
- Vigilar la glucemia cada 4 horas, administrar insulina si la requiere.
- Dar líquidos parenterales: líquidos y sangre para satisfacer las necesidades nutricionales del organismo.
- Administrar antimicrobianos para evitar infecciones secundarias o formación de abscesos.
- Vigilar el calcio sérico.
- Control de náuseas y vómito.
- Instruir al paciente sobre una nutrición adecuada una dieta blanda baja en grasas y rica en proteínas y carbohidratos.
- Es indispensable la abstinencia del alcohol y de estimulantes gástricos como el café y comidas pesadas.

VI APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

6.1 RESUMEN DE CASO

Nombre: RMH	Edad: 47 años	Peso: 72kg	Talla: 1.74
FN: 30- Abril- 56	Sexo: Masculino	Ocupación: Comerciante de artesanías	
Escolaridad: Primaria	FA: 10-Nov-03	Fuente de información: Paciente	
Procedencia: Veracruz	Residente: DF		

El sr RMH con antecedentes de padre fallecido desconoce causa y cuando, madre viva de 67 años con Dx HAS, abuelo paterno fallecido por problema cardiaco, abuelos maternos y hermanos niegan antecedentes.

Vive en casa propia cuenta con todos los servicios intra y extra domiciliarios, conviven con sus tres hijos, esposa y nuera. El mayor de sus hijos tiene 25 años es hombre, estudia en la universidad, la segunda es mujer tiene 21 años esta en la preparatoria y la última tiene 11 años y esta en la primaria.

Su rol es de padre de familia que económicamente dependen de él, es comerciante de artesanías, religión católica y su actividad en tiempos libres camina y juega fútbol

Alcoholismo positivo desde los 15 años llegando a la embriaguez de manera ocasional, tabaquismo y toxicomanías negadas. Niega alergias, hospitalizaciones previas, traumas, fracturas y enfermedades crónico degenerativas.

Antes de su ingreso fue a un hospital particular el cual no le resolvió su problema. después recurre al Instituto Nacional de Nutrición el cual no lo aceptan debido a que no hay camas. acude después al hospital General Dr Manuel Géa González donde ingresa al servicio de urgencias por presentar dolor abdominal localizado en epigastrio radiado a la espalda, presencia de vomito de contenido gástrico, refiere consumo de alcohol por 20 días de manera intensa es valorado y se ingresa al servicio de cirugía general en el 6 piso en un cubículo donde lo comparte con 3 personas donde su cama se encuentra cerca de los ventanales penetrando los rayos del sol en su cama .

Se ingresa para manejo de hidratación con soluciones, analgésicos y protección de mucosa con Dx medico de pancreatitis aguda.

6.2 EXPLORACIÓN FÍSICA

Paciente intranquilo, consciente, orientado en sus tres esferas con ligera palidez de tegumentos, mucosa orales semihidratadas .

Cabeza normal sin presencia de alopecia, cabello limpio .

Ojos sin presencia de conjuntivitis, pupilas isocóricas, oídos y audición normal, nariz simétrica permeable con presencia de disnea debido a fascias de dolor. Labios de color rosado mucosas semihidratadas, dentadura completa sin presencia de caries, encía, paladar y amígdalas rosadas, presentando vómito de contenido gástrico ya que se encuentra en ayuno.

Cuello cilíndrico sin presencia de masas, pulsos carótidos presentes.

Tórax normolínea a la inspección sin alteraciones, campos pulmonares ventilados, con aumento de la respiración debido al dolor, mamas simétricas de color normal .

Abdomen simétrico, distendido, dolor a la palpación superficial y profunda localizado en epigastrio con peristaltismo presente.

Eliminación urinaria presente con características de coloración amarillo ámbar, concentrada con volúmenes urinarios en parámetros normales. Heces blandas de color café, en poca cantidad presentando solamente un a vez al día.

Extremidades superiores e inferiores con llenado capilar normal menos de 3 segundos, uñas rosadas, postura un poco encorvado por el dolor, turgencia de la piel semihidratada sin presencia de edema. Temperatura corporal presentando febrícula, baño diario y cepillado de dientes.

Descanso y sueño disminuido debido a que esta preocupado económicamente ya que él es el sostiene a su familia, su rol es de padre de familia con 3 hijos que estudian, una esposa que se dedica al hogar y una nuera. También le preocupa su padecimiento ya que el nunca había estado hospitalizado, el tiempo que va ha estar hospitalizado y en cuanto le va ha salir, su horario de sueño es de 5 horas y no siestas por el día.

6.3 VALORACIÓN DE ENFERMERÍA DEACUERDO A LAS NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON

1.-Oxigenación

Esta necesidad se ve afectada ya que el paciente presenta disnea debido al dolor abdominal localizado en epigastrio, afectando sus signos vitales con valores de:

Fr = 26 Fc = 108 T/A = 150/90 Temp= 37.8

2.- Nutrición e Hidratación

Necesidad alterada ya que el paciente se encuentra en ayudo por indicación médica, presentando inquietud, mucosa orales semihidratadas, turgencia de la piel seca e integra, con soluciones intravenosas: Glucosada de 1000ml + 20 kcl + 1gr MgSO₄ alternada con Mixta de 1000ml +20 Kcl + MgSo₄ para 8 horas.

Con toma de glicemia capilar por turno, con esquema de insulina.

135-175 = 3U

176-249 = 6U

250 a más =9u

En su tercer día de estancia se coloca sonda nasoyeyunal para la alimentación con peptamex a 25cc/hr

3.- Eliminación

Distensión abdominal con dolor a la palpación, peristaltismo presente. evacuación una vez al día de características blandas no fétidas en poca cantidad, micción normal y de coloración normal.

4.-Moverse y Mantener una buena postura

Necesidad disminuida debido a que el paciente presenta dolor abdominal por lo cual permanece en la cama por periodos mas o menos prolongados.

5.-Necesidad de Descanso y Sueño

Necesidad alterada ya que el paciente presenta intranquilidad, ansiedad, debido a su hospitalización, padecimiento y por su rol de padre de familia que dependen de él económicamente motivos por el cual no le permiten dormir bien presentando periodos cortos de sueño.

6.-Necesidad de usar prendas adecuadas.

Necesidad no afectada ya que las normas del hospital les permite que los pacientes tengan su pijama.

7.- Termorregulación.

Necesidad afectada ya que el paciente presenta febrícula y en ocasiones hasta hipertermia, influyendo también las condiciones del entorno ya que se encuentra en un cubículo donde su cama esta a lado de los ventanales penetrando los rayos del sol durante el día.

10-Nov-03	11-Nov-03
12:00hrs=37.3	7:00hrs=38.3
16:00hrs=37.6	9:00hrs=38.3
24:00hrs=38	11:00hrs=37.9
	13:00hrs=37.3

8.- Higiene y Protección de la piel.

Baño diario con cepillado de dientes y cambio de ropa . El día de la instalación de la sonda nasoyeyunal se observa mucosas lesionadas y con eritema.

9.- Evitar peligros.

El paciente refiere no acudir al médico para revisión periódica, solamente acude cuando se siente mal como en esta ocasión, para caminar y bañarse pide ayuda.

10.- Necesidad de comunicarse.

Esta necesidad no se ve afectada respecto a sus familiares y su enfermera ya que tienen una buena comunicación, lo contrario con su médico ya que no expresa sus dudas e inquietudes que tiene sobre su padecimiento.

11.- Vivir según sus Creencias y Valores.

Su religión es católica, el valor principal que inculca a su familia es el respeto a las personas. Hasta el momento considera congruente su forma de pensar con su forma de vivir.

12.- Trabajar y Realizarse.

Actualmente esta necesidad se ve afectada ya que el paciente se encuentra hospitalizado motivo por el cual no puede trabajar, él es comerciante de artesanías y es el único que mantiene a su familia que se compone de tres hijos que estudian, su esposa que se dedica al hogar y su nuera.

13.- Necesidad de jugar y Participar en actividades recreativas.

Esta necesidad él la satisface ya que le gusta caminar con su esposa y jugar fútbol cada 8 días.

14.- Necesidad de Aprendizaje.

Se ve afectada ya que el paciente tiene duda sobre sus cuidados que debe tener cuando se vaya de alta por ejemplo su dieta como va hacer y si se tiene que realizar la prueba de glucosa capilar.

6.4 DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

1.- Dificultad respiratoria relacionada con dolor abdominal manifestada por verbalización del paciente, facies de dolor y taquipnea.

FUNDAMENTO

La respiración es un proceso de intercambio gaseoso entre el individuo y el entorno, incluye la ventilación pulmonar, la difusión de los gases y el transporte de oxígeno y dióxido de carbono a las células del organismo.

OBJETIVO

- Mejorar el patrón respiratorio y disminuir el dolor abdominal.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
*Administración de analgésico cada 6 horas de ketorolaco.	Los analgésicos alteran la percepción y la interpretación del dolor, deprimiendo el sistema nervioso central en el tálamo y en la corteza cerebral. El ketorolaco es un analgésico no narcótico se utiliza en un amplio rango de estados dolorosos.	Se logra controlar el dolor abdominal por medio de analgésicos mejorando también el patrón respiratorio y con los cambios de posición.
*Cambio de posición de dorsal a semifowler.	La posición semifowler ayuda a disminuir la presión sobre el diafragma procedente del abdomen distendido y permitir la amplitud completa de los movimientos respiratorios.	
*Mantener el reposo en cama.	El reposo reduce el ritmo metabólico y las demandas de oxígeno de los tejidos de forma que se reduce la demanda.	
*Ejercicios respiratorios profundos.	Los ejercicios respiratorios profundos relaja los músculos y alivia la ansiedad y mejora la respiración.	Con todos los cuidados de enfermería que se le brindaron al paciente se logro disminuir el dolor y mejorar el patrón respiratorio.

DIAGNÓSTICO

2.-Alteración en la nutrición relacionada con ayuno de 3 días manifestado por verbalización del paciente.

FUNDAMENTACIÓN

El comer es una de las necesidades básicas del hombre, si se priva a una persona de alimentos durante cierto tiempo la salud se ve amenazada. La nutrición es el proceso por el cual el cuerpo asimila alimentos y líquidos para preservar la salud.

OBJETIVO

- Disminuir la ansiedad.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
*Explicarle el motivo por el cual esta en ayuno.	La comunicación incorpora el intercambio de información entre dos o más personas y es un componente básico de las relaciones humanas y de la relación enfermera-paciente.	A partir de la comunicación de paciente enfermera ayuda a disminuir la ansiedad del paciente ya que pudo entender el motivo del ayuno y aprender sobre lo que le esta sucediendo de su padecimiento.
*Colocación de venoclisis para una buena hidratación.	Es un método eficiente y eficaz de aportar líquidos directamente en el sistema venoso. El nutriente básico más importante es el agua.	La colocación de venoclisis ayuda a mantener al paciente hidratado como también tener una vía para la administración de medicamentos.
*Administración de medicamento como es la ranitidina 50mg cada 12hrs 6-18 hrs.	Es un antihistamínico que inhibe la secreción ácida gástrica basal (ayuno) y la nocturna así como la inducida por el alimento, reduce el flujo sanguíneo hepático su metabolismo ocurre al nivel hepático y se elimina por vía renal.	

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
*Toma de glicemia capilar por turno.	Dentro de las glándulas endocrinas del páncreas se encuentran los islotes de langerhas que están formados por dos tipos de células. Las betas que secretan insulina y las alfa que secretan glucagón lo cual se ven afectadas en la pancreatitis.	La toma de glucemia nos permite valorar los parámetros que el paciente esta presentado para evitar complicaciones: Valores: Día 10-Nov 12:00hrs= 265mg/dl 14:00hrs= 220mg/dl 18:00hrs= 303mg/dl
*Aplicación de insulina con esquema : 135-175= 3u 176-249= 6u 250 a más = 9u	La insulina es una hormona proteínica de doble cadena, derivada de proinsulina en las células beta de los islotes pancreáticos es la hormona principal en la regulación de energía.	A pesar de todas las medidas y los cuidados brindados se a requerido de la aplicación de insulina como también la modificación del esquema de insulina de: 135-175= 4u 176-249= 8u 250 a más =12u Ya que los valores de la glucosa no se controlaban.

DIAGNÓSTICO

3.- Alteración en la hidratación relacionada con pérdida de líquidos manifestada por mucosas orales semi hidratadas.

FUNDAMENTO

El volumen hídrico en el ser humano es constante por la ingesta y equilibrada por la excreción, corresponde al 60% del peso corporal y esta distribuido en el espacio intracelular el 40% y en el extracelular en un 20% lo conforma el plasma 5% y el líquido intersticial el 15%.

OBJETIVOS

- Mejorar la hidratación.
- Mantener balances hídricos neutro o positivos.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	EVALUACIÓN
*Signos vitales.	Los cambios en las constantes vitales pueden indicar desequilibrios hidroelectrolíticos y ácido base o mecanismo compensatorios para el mantenimiento del equilibrio.	Se mantiene en parámetros normales.
*Colocación de venoclisis.	Es un método eficiente y eficaz de aportar líquidos directamente en el espacio extracelular, especialmente en el sistema nervioso, cuando los pacientes son incapaces de ingerir un volumen adecuado de líquidos por la boca.	Se obtiene una vía permeable para la administración de líquidos y medicamentos.
*Verificar la permeabilidad de la venoclisis	La extravasación nos da signos de edema en el lugar de la punción, una sensación de frío y escozor.	La verificación de la vía permeable disminuye.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	EVALUACIÓN
<p>*Cambio de soluciones cada 8 horas alternas solución glucosada al 5% de 1000ml +20kcl +1gr de Mg SO4 Mixta de 100ml +20kcl +1gr MgSO4.</p>	<p>Los envases de soluciones se cambia cuando solo queda una pequeña cantidad de líquido en el cuello del envase o de la bolsa esto para evitar la entrada de aire ya que la entrada de burbujas de aire en grandes cantidades puede actuar como trombo en la corriente sanguínea.</p>	<p>Los cuidados de enfermería que se brindaron en cuestión de las soluciones ayudo a mejorar la hidratación del paciente.</p>
<p>*Administración de Sulfato de Magnesio y Cloruro de Potasio en la solución.</p>	<p>El magnesio es el segundo catión más abundante en el espacio intracelular ya que deprime la excitabilidad del sistema nervioso central, su deficiencia provoca temblores musculares y convulsiones. También da lugar a vaso dilatación de los vasos periféricos con disminución de la presión arterial. El Kcl es el principal catión de líquido intracelular y esta ligado a la función celular y al metabolismo.</p>	<p>La administración del sulfato de magnesio permitió que la presión arterial bajara ya que los valores eran de: T/A = 150/90 T/A = 130/90 T/A = 130/80 T/A = 120/80 También se logro controlar la hidratación como también los electrolitos.</p>
<p>*Control de líquidos.</p>	<p>El equilibrio de los líquidos y los electrolitos corporales es una parte de la homeostasis, este equilibrio se mantiene en las personas sanas por los procesos fisiológicos del cuerpo que puede alterarse por hipertermia entre otros. La medición exacta de la ingesta abarca todos los líquidos ingeridos incluyendo el agua de los alimentos, líquidos parenterales y la alimentación por sonda.</p>	<p>Se mantuvo un buen control de líquidos ya que sus balances se encontraron neutros sin retención de líquidos ni perdidas.</p>

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	EVALUACIÓN
*Vigilar egresos.	La cantidad de agua consumida todos los días es similar a la cantidad de líquidos que se eliminan , la mayor parte del agua que se elimina por medio de los intestinos, heces y la transpiración de la piel mediante las glándulas sudoríparas.	La vigilancia de los egresos se logro ya que se tomo en cuenta la fiebre que estaba presentando el paciente con las perdidas insensibles.
*Mantener un goteo adecuado.	Es un cuidado importante de enfermería el regular el ritmo de flujo de la difusión intravenosa ya que una regulación incorrecta puede provocar una hipervolemia.	

DIAGNÓSTICO

4.- Alteración en la movilidad relacionada con dolor abdominal manifestada por verbalización del paciente y periodos de descanso en cama de 1 a 2 horas.

FUNDAMENTO

La inmovilización prolongada causa pérdida de fuerza del aparato locomotor de las funciones circulatorias y de la capacidad aerobia, atrofia muscular, absorción de las estructuras óseas y debilitamiento de tendones y ligamentos.

OBJETIVO

- Disminuir el dolor y propiciar la independencia para la deambulación.

INTERVENCONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	EVALUACIÓN
*Administración de analgésicos cada 6 horas ketorolaco.	Los analgésicos alteran la percepción y la interpretación del dolor, deprimiendo el sistema nervioso central en el tálamo y en la corteza cerebral.	Se logra controlar el dolor por medio de los analgésicos como también por medio de la relajación como son las respiraciones profundas.
*Enseñanza para disminuir el dolor por medio de la relajación.	La relajación es un estado de descenso generalizado de estimulación consciente, fisiológica y de conducta. La relajación se caracteriza por un descenso de los ritmos cardíacos, respiratorios y del consumo de oxígeno.	
*Alentar al paciente a caminar.	La capacidad de moverse libremente, sin dificultad, de forma rítmica y voluntaria es un aspecto fundamental de la vida e independencia de la persona.	Al controlar el dolor se logra que el paciente deambulara por los pasillos.

DIAGNÓSTICO

5.- Alteración en el patrón del sueño relacionado con hospitalización manifestado por verbalización del paciente y problemas familiares.

FUNDAMENTACION

El sueño es una necesidad básica del ser humano, es un proceso universal común a todas las personas, es un estado de conciencia en la cual la percepción y reacción del individuo al entorno esta disminuida, la ansiedad y la depresión afectan la capacidad de la persona para dormir.

OBJETIVO

- Favorecer el descanso nocturno.

CUIDADOS DE ENFERMERIA	FUNDAMENTO	EVALUACIÓN
*Platicar con el paciente sobre sus preocupaciones.	La comunicación incorpora el intercambio de información entre dos o más personas y es un componente básico de las relaciones humanas.	La comunicación favoreció el desahogo de sus preocupaciones.
*Evitar siestas durante el día.	El sueño es un necesidad básica del ser humano se caracteriza por una actividad física mínima, disminución de la respuesta a los estímulos externos.	Se logro mantenerlo activo durante el día.
*Favorecer el descanso.	El descanso requiere tranquilidad, relajación sin estrés emocional y liberación de la ansiedad.	El paciente logro descansar y dormir aproximadamente 7 horas.

CUIDADOS DE ENFERMERIA	FUNDAMENTO	EVALUACIÓN
*Favorecer la comodidad como: - La posición - Tendido de cama - Arreglo de la unidad del paciente	Las medidas confortables son esenciales para ayudar al paciente a permanecer dormido.	Una buen aposición ayudo a la comodidad del paciente.
*Enseñarle técnicas de relajación.	La relajación se deben de estimular por la noche como es la lectura ya que ayuda a la relajación y también al sueño.	La lectura nocturna ayudo a la relajación del paciente como también al sueño.

DIAGNÓSTICO

6.-Alteración en la termorregulación relacionado por un proceso infeccioso manifestado por lagrimeo y enrojecimiento de tegumentos, temperatura axilar de 38.3 grados, taquicardia y polipnea.

FUNDAMENTO

La temperatura corporal es el equilibrio entre la producción de calor por el cuerpo y su pérdida, la temperatura corporal normal de un adulto esta entre 36.7 y 37 grados.

OBJETIVO

- Disminuir la temperatura corporal.

CUIDADOS DE ENFERMERIA	FUNDAMENTO	EVALUACIÓN
*Eliminar el exceso de ropa de cama.	Esto ayuda a reducir la temperatura corporal ya que las sábanas guardan calor, lo cual incrementa la temperatura.	
*Colocación de medios físicos. -Colocación de bolsas de hielo. -Baño de agua templada.	La aplicación de frío sobre grandes vasos sanguíneos superficiales, ayuda a disminuir la temperatura del cuerpo. La vaporización del agua elimina el calor de la superficie de la piel.	A pesar de estos cuidados brindados no se logra bajar la fiebre de 38.3
*Administración de antipirético cada 6 horas.	La temperatura corporal es el equilibrio entre la producción de calor por el cuerpo y su pérdida. La fiebre es un aumento anormal de la temperatura.	Con la administración del medicamento antipirético se logra bajar la temperatura a 37.3

CUIDADOS DE ENFERMERIA	FUNDAMENTO	EVALUACIÓN
*Mantener los líquidos intravenosos.	La fiebre aumenta las necesidades de líquidos porque incrementa el índice metabólico.	Se logra mantener un equilibrio adecuado e hidratación del paciente.
*Realizar pruebas de laboratorio como biometría hemática.	La biometría hemática es una prueba de detección básica, los datos que proporciona es sobre el sistema hematológico, los glóbulos blancos o leucocitos se dividen en dos grupos principales: granulocitos y agranulocitos la cuenta leucocitaria identifica a los individuos con mayor susceptibilidad a la infección.	Al realizar los laboratorios los resultados de la biometría fueron que los leucocitos estaban elevados de 19.3.
*Favorecer el entorno en el que se encuentra.	Las variaciones extremas de la temperatura ambiental puede también afectar al sistema termorregulador de las personas.	Se logro que el paciente a la hora que penetraban mas los rayos del sol el saliera a caminar por los pasillos ya que su cama se encuentra cerca de los ventanales.
*Administración de antibiótico metronidazol 500mg cada 8 horas y ciprofloxacina 400mg cada 12 horas.	El metronidazol tiene propiedades tricomoníacidas y amebicidas directas la importancia de este medicamento radica en que es muy eficaz en todas las formas de amebiasis intrainestinal y extraintestinal.	La administración de los medicamentos fueron en los horarios establecidos para una mejor eficacia.

DIAGNÓSTICO

7.-Alteración en la integridad cutánea relacionada por colocación de sonda nasoyeyunal manifestada por mucosas nasales lesionadas y presencia de eritema y piel reseca.

FUNDAMENTO

La alimentación nasointestinal es indicada en pacientes cuyo tracto gastrointestinal funciona, pero cuyo reflejo nauseoso está ausente o en el que el vaciamiento gástrico es retardado, esta vía puede ser indicada también para pacientes con adecuado reflejo nauseoso que no tolera la alimentación intragástrica.

OBJETIVO

- Disminuir la lesión.
- Evitar otras lesiones.

CUIDADOS DE ENFERMERIA	FUNDAMENTO	EVALUACIÓN
*Corroborar sitio de inserción de la sonda.	Los rayos X forman parte del espectro de una radiación electromagnética, sus propiedades permiten a esta radiación penetrar los órganos y los tejidos de acuerdo a sus grosor y densidad.	Por medio de la radiografía se comprobó el sitio de la sonda nasoyeyunal.
*Fijación de la sonda donde no lesione la piel.	La tela adhesiva que mantiene el tubo transnasal debe cambiarse por lo menos cada tercer día la tela debe quitarse suavemente y el área que cubría debe limpiarse con agua y jabón tibios, enjuagarse y secarse haciendo presión la tela adhesiva debe adherirse en un área nueva de la mejilla.	El cuidado de la fijación se evito que se lesionara la piel.

CUIDADO DE ENFERMERIA	FUNDAMENTO	EVALUACIÓN
*Manejo de la bomba de infusión para la alimentación.	La administración con bomba de infusión tiene un control preciso de la velocidad de infusión y es indispensable en pacientes que necesitan una administración de formula gástrica o yeyunal controlada.	El manejo de la bomba ayuda a la enfermera a una administración adecuada, con estos cuidados brindados se logra un buen control de su alimentación.
*Administración de la alimentación con peptamex por sonda nasoyeyunal.	La alimentación por sonda puede suministrarse por diferentes vías. En pacientes con contractos gastrointestinales en funcionamiento que no quieren comer suficiente por la boca, para satisfacer sus demandas metabólicas pueden beneficiarse de la alimentación enteral por sonda.	
*Valora residuo gástrico.	Los residuos gástricos deben revisarse antes de empezar la alimentación por sonda, si los residuos gástricos superan los 100ml el doble de la cantidad de alimentación en una hora, o si los residuos no pueden obtenerse pero el paciente se siente inusualmente lleno o con nauseas se debe notificar al médico, ya que cuando se presentan grandes residuos gástricos, se incrementa el riesgo de vomito y broncoaspiración.	La valoración del residuo gástrico permitió valorar la aceptación de la alimentación ya que no tuvo residuo gástrico.

CUIDADO DE ENFERMERIA	FUNDAMENTO	EVALUACIÓN
*Enjuagar la sonda en cada alimentación.	Las sondas enterales deberán enjuagarse con 20-30ml de agua antes y despues de cada alimentación, enjuagar la sonda evita la estasis de la fórmula en la sonda que puede llevar a obstruirse y ayuda a mantener velocidades de infusión consistentes y precisas.	Estos cuidados de la sonda permitieron una buena permeabilidad.
*Fomentar el cepillado de los dientes.	El cepillado de los dientes remueve los residuos que se acumulan en los dientes y estimula la circulación de sangre en las encías.	Se logro reafirmar el cepillado de dientes.
*Valorar fosas nasales.	Debido a la presencia de la sonda en la nariz incrementa la secreciones, ambas fosas nasales deben ser limpiadas suavemente por lo menos una vez al día con un hisopo humedecido y lubricar el área.	La mucosa nasal inicio su cicatrización.
*Fomentar la deambulaci3n.	Inicialmente los pacientes necesitan de motivaci3n para moverse y cambiar de posici3n porque a menudo temen que con cualquier movimiento se desplace la sonda.	El paciente colaboro en la deambulaci3n.
*Retiro de la sonda nasoyeyunal.	Explicarle el procedimiento al paciente colocarlo en posici3n semifowler, enjuagar la sonda 10ml de soluci3n sujetar bien la sonda pedirle al paciente que inspire profundamente y mantener la respiraci3n mientras se retira la sonda jalarla hacia fuera.	El retiro de la sonda permiti3 al paciente sentirse mejor.

DIAGNÓSTICO

8.-Alteración en el rol desempeñado relacionado por hospitalización manifestado por ansiedad.

FUNDAMENTO

La familia se compone de personas que están emocionalmente relacionadas entre sí y que viven cerca una de otras, es la unidad básica de la sociedad, proporcionando apoyo emocional, seguridad a sus miembros mediante el amor, la aceptación, el interés, la comprensión y recursos económicos suficientes.

OBJETIVO

- Disminuir la ansiedad.
- Fomentar la comunicación.

CUIDADOS DE ENFERMERIA	FUNDAMENTO	EVALUACIÓN
*Alentar al paciente a que exprese sus preocupaciones.	Verbalizar una preocupación puede permitir que el paciente sea más objetivo sobre lo que esta ocurriendo.	El expresar sus preocupaciones ayudo al paciente ha desahogarse.
*Ayudar a disminuir la ansiedad.	La ansiedad es individual es una respuesta normal a un riesgo.	El brindarle la confianza al paciente e informarle todo lo que se le realiza ayudo a disminuir la ansiedad
*Fomentar la comunicación con su familia.	La comunicación en la familia determina su capacidad para funcionar como una cooperativa, una unidad de crecimiento y producción, las familias que se comunican en forma efectiva transmiten mensajes claros. se apoyan mutuamente y comparten sus momentos de crisis.	La comunicación con la familia fue buena ya que llevan una buena relación.
*Fomentar la relajación.	La relajación ayuda a disminuir la ansiedad por medio de respiraciones etc.	La relajación ayudo a disminuir la ansiedad.

DIAGNÓSTICO

9.-Déficit de conocimiento referente a su enfermedad relacionada con escolaridad básica manifestada por verbalización del paciente y timidez.

FUNDAMENTO

La educación del paciente es un aspecto principal de la práctica de enfermería, la educación del paciente es multifacética, implica la promoción, protección y mantenimiento de la salud.

OBJETIVO

- Expresar sus dudas sobre su enfermedad.
- Que adquiera los conocimientos básicos de su enfermedad.

CUIDADO DE ENFERMERIA	FUNDAMENTO	EVALUACIÓN
*Fomentar la comunicación para que exprese sus dudas sobre su padecimiento.	La comunicación incorpora el intercambio de información entre dos personas y es un componente básico de las relaciones humanas.	La comunicación con el paciente permitió conocer a la enfermera sobre sus dudas que tenía el paciente y planear sus actividades.
*Motivar al paciente al aprendizaje.	El aprendizaje es más eficaz cuando la persona descubre el contenido por sí mismo, estimula al paciente a participar y su interés facilita el aprendizaje.	Esta motivación permite la participación del paciente sobre su padecimiento.
*Planear un plan de enseñanza.	Un plan de enseñanza es un plan escrito y debe ser revisado cuando cambian las necesidades del paciente cuando se demuestre que las estrategias de enseñanza resultan ineficaces.	Este cuidado permite a la enfermera a valorar lo que el paciente requiere.

CUIDADOS DE ENFERMERIA	FUNDAMENTO	EVALUACIÓN
*Hablar un lenguaje a su nivel.	La utilización de un vocabulario sin elementos técnicos incrementa la comunicación.	Un lenguaje común permite la comunicación adecuada como también el aprendizaje del paciente.
*Preguntar y corroborar lo entendido por el paciente.	El uso de la repetición fortalece el aprendizaje y facilita la retención.	Esto permitió reafirmar los conocimientos del paciente.
*Proporcionar un ambiente adecuado para el aprendizaje.	El ambiente puede desvirtuar o ayudar al aprendizaje, el ruido y las interrupciones normalmente interfieren en la concentración mientras que un ambiente confortable lo potencia.	El ambiente adecuado se pudo llevar en los pasillos ya que en los cubículos no se pudo realizar ya que había más pacientes.

6.5 PLAN DE ALTA

OBJETIVO:

Contribuir a que el paciente se reincorpore a su familia y sociedad, proporcionándole los cuidados específicos de enfermería para evitar riesgo en su salud y así lograr una independencia del paciente.

El sr RMH al estar hospitalizado con Dx de Pancreatitis aguda por 6 días se ha visto mejoría con los cuidados brindados, ya que el dolor desapareció, la hidratación del paciente ha sido adecuada, como también la alimentación por vía oral asido tolerada, la glucosa capilar esta en parámetros normales, signos vitales normales, por tal motivo se da de alta.

Se dan indicaciones sobre los cuidados que debe tener el paciente durante su recuperación en su casa como son:

- 1.- Evitar el alcohol ya que es un factor de riesgo para la pancreatitis.
- 2.- Dieta con muchos carbohidratos, pocas grasas y proteínas evitar el uso excesivo del café ya que aumenta la secreción pancreática.
- 3.- Fomentar el consumo de líquidos para tener una buena hidratación.
- 4.- Valoración de glicemia periférica.
- 5.- Utilización de insulina por indicación medica.
- 6.- Administración de medicamento como es el metronidazol y ranitidina para protección de mucosa gástrica por vía oral.
- 7.- Signos de alarma como son:
 - Nauseas
 - Vómito
 - Inflamación
 - Dolor abdominal
 - fiebre
- 8.-Fomentar al paciente el hábito de una revisión periódica de su salud.

VII CONCLUSIONES

Al realizar el proceso atención de enfermería me permitió conocer más sobre el proceso las etapas que tiene y las ventajas de este para el cuidado de enfermería ya que es un sistema sistemático y racional que brinda un sustento teórico en los cuidados que realiza la enfermera como también un cuidado de calidad y calidez al paciente ya que lo ve desde una perspectiva holística.

La comunicación fue un factor importante para la enfermera y el paciente para obtener un buen éxito y lograr así sus objetivos y una independencia del paciente, como también la concientización sobre la importancia de su salud y el de fomentar una revisión periódica para evitar enfermedades o detectarlas a tiempo, la participación fue importante en este proceso tanto para el paciente como para la enfermera, es por esta razón que se debe de realizar el proceso de enfermería en la practica laboral y fomentar a todo el personal de enfermería a realizarlo para así lograr mejorar la calidad de los cuidados y brindar un cuidado holístico a cada paciente y por medio de esto se lograra el reconocimiento de enfermería por parte de los usuarios.

Respecto al paciente se logro una mejoría en su salud, favoreciendo la independencia del paciente para satisfacer sus necesidades. Es dado de alta con indicaciones sobre los cuidados que debe tener en su casa, para evitar riesgo de un nuevo evento.

VIII GLOSARIO

Alcalosis.- Estado que se encuentra cuando aumenta el bicarbonato en la sangre o disminuye en la sangre el ácido carbónico pH de 7.45.

Amilaza.- Enzima que cataliza la hidrólisis del almidón en compuesto más simple.

Célula.- Unidad estructural básica de los organismos vivos.

Coagulopatía.- Cualquier trastorno de la coagulación sanguínea.

Colicistocinina.- Hormona secretada a la sangre por la mucosa de la parte superior del intestino delgado. Estimula la concentración de la vesícula biliar y las secreciones de las enzimas pancreáticas.

Difusión.- Estado proceso de diseminarse con amplitud.

Digestión.- Acción o proceso de convertir los alimentos en sustancias químicas que pueden absorberse hacia la sangre y ser utilizadas por los tejidos corporales.

Elataza.- Enzima pancreática que en presencia de tripsina segmentada los aminoácidos de las proteínas.

Esteatosis.- Degeneración adiposa, enfermedad de las glándulas sebáceas.

Enzima.- Catalizador orgánico producido por células vivientes pero capaz de actuar de manera independiente. Las enzimas son proteínas complejas capaces de inducir cambios químicos en otras sustancias sin ser modificadas en sí.

Fenilalanina.- Aminoácido esencial formado de las proteínas.

Glucógeno.- Es la forma en la cual se almacenan los carbohidratos en el cuerpo animal para su futura conversión en azúcar y para uso subsecuente al llevar a cabo la actividad muscular o para liberar calor. El glucógeno suele formarse a partir de la azúcar y cuando se requiere es convertido por los tejidos en glucosa.

Hematocrito.- Se expresa como un porcentaje del volumen sanguíneo total que consiste en eritrocitos.

Hipercalcemia.- Exceso de calcio en sangre.

Hiperglucemia.- Aumento de la azúcar en sangre, como la diabetes, este trastorno aumenta la susceptibilidad a infecciones y con frecuencia precede al coma diabético.

Hipertrigliceridemia.- Aumento de triglicéridos en sangre.

Hipopotacemia.- Hipocalemia disminución anormal en la concentración de potasio en sangre, puede ser resultado de pérdida de potasio por secreción renal o a través del tubo digestivo, como en caso de vomito y diarrea.

Metionina.- Compuesto que lleva azufre, aminoácidos esenciales.

Nutrientes.- Material nutritivo, comida proporciona alimentos para promover y mantener o recuperar la salud y el bienestar.

Pepsina.- Principal enzima del jugo gástrico que convierte las proteínas en proteasa y peptonas es formada por las células principales en las glándulas gástricas y producen su máxima actividad a un pH de 1.5 a 2.

Péptico.- Perteneciente o relativo a la pepsina a la digestión o a la acción de los jugos gástricos.

Polipéptido.- Compuesto que contiene más de dos aminoácidos unidos por enlaces péptidos.

Pricarboxipeptidasa.- Precursor inactivo de la carboxipeptidasa es activado por la tripsina.

Proteolisis.- Hidrólisis de proteínas por acción enzimático en sustancias más simples.

Quimiotripsina.- Enzima proteo lítica intestinal que con la tripsina hidroliza las proteínas en peptonas o más. Es secretada por el páncreas.

Sepsis.- Estado patológico por lo general febril que resulta de la presencia de microorganismos o sus venenosos en el torrente sanguíneo.

Somatostatina.- Hormona que inhibe la liberación de somatotropina. Es un péptido hipotalámico que también inhibe la secreción de insulina gástrica.

Taquicardia.- Frecuencia cardiaca anormal, rápida superior a los 100 latidos por minuto.

Tripsina.- Enzima proteo lítica formada en el intestino por acción de la enterocinasa del jugo intestinal en el tripsinógeno secretado por el páncreas y que se encuentra en el jugo pancreático. Cataliza la hidrólisis de uniones peptidas con proteínas parcialmente digeridas y algunas proteínas naturales, que originan como productos finales aminoácidos y diversos péptidos.

Triptofano.- Aminoácido esencial que se encuentra en concentraciones altas en proteínas animales y pescado, se requiere para el crecimiento y el desarrollo normal.

Valina.- Aminoácido derivado de la digestión de proteínas es esencial de la dieta especialmente para el crecimiento de lactantes.

IX BIBLIOGRAFIA

- 1.- Abboh "Alimentación por sonda guía practica". Ed. Laboratorios de México, México2000.
- 2.- Alfaro, Rosalinda. "Aplicación del Proceso de Enfermería" Ed. Doyna, Barcelona 1989, 181pp.
- 3.- Antony Gary "Anatomía y fisiología". Ed. Mc Graw Hill Interamericana 10ª ed. México,1983, 724pp.
- 4.- Alspach "Cuidados intensivos de enfermería en el adulto" Ed. Interamericana 5ª ed.España, 2000, 947pp.
- 5.- Beare Myres "Enfermería principios y práctica". Ed. Panamericana, España, 1998, 1077pp.
- 6.- Brunner "Manual de la enfermera". Ed. Interamericana 4ª ed. Tomo I al VI, España, 1991,1797pp
- 7.-Cecil "Tratado de medicina interna". Ed. Interamericana 2ª ed. México 1997, 2699 pp.
- 8.- Fischbach "Manual de pruebas de diagnostico". Ed. Interamericana 5ª ed. México 1990 780pp.
- 9.- Harrison "Principios de medicina interna". Ed. Interamericana 14ª ed. Vol I-II, 1998, 3088pp.
- 10.- Kershaw "Modelos de enfermería". Ed. Doyma Española 1998, 129pp.
- 11.-Kozier Barbara "Enfermería fundamental conceptos, procedimientos y práctica". Ed. Interamericana 4ª ed. Vol I al VI , Española 1993.1548pp
- 12.- Logston Boggs "Terapia Intensiva". Ed. Panamericana 3ª ed. 1995 670pp.
- 13.- Marriner Tomey "Modelos y Teorías en Enfermería". Ed. Harcourt 4ª ed.España 1999, 555pp.
- 14.- Moran Lanz "Modelos de enfermería". Ed. Trillas, México 1993, 194pp.
- 15.- Rodriguez Sofia "Antología de fundamentos de enfermería" México ENEO, SUA, UNAM 1996.

- 16.- Rosales BG "Fundamentos de enfermería". Ed. Manual Moderno 2ª ed. México D,F 1999, 556pp.
- 17.- Tamayo Mario "Metodología formal de la Investigación Científica".Ed. Limusa Bogota Colombia 1985, 159pp.
- 18.- Tortora "Principios de Anatomía y Fisiología". Ed. Oxford, 7ª ed. Española 2002, 1175pp.
- 19.- Weller Barbara "Diccionario enciclopédico de ciencias de la salud". Ed Interamericana Española 1997, 1056pp.
- 20.- Wit Susan "Fundamentos de Enfermería Medico Quirúrgica". Ed. Harcourt 4ª ed. Madrid 1999, 1125pp.
- 22.- Wiyer "Proceso y Diagnostico de Enfermería". Ed. Interamericana 3ª ed. México 1997 1350pp.
- 23.- Wolff "Fundamentos de Enfermería". Ed. Harla 4ª ed. México 1992, 1108pp.

X ANEXOS

10.1 INSTRUMENTO DE VALORACIÓN SEGÚN LAS NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: _____ Edad: _____ Peso: _____ Talla: _____

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____ Ocupación: _____

Escolaridad: _____ Fecha de admisión: _____ Hora: _____

Procedencia: _____ Fuente de información: _____

Fiabilidad: (1-4): _____ Miembro de la familia / persona significativa: _____

VALORACIONES DE NECESIDADES HUMANAS

1.-Necesidad básica de oxigenación, nutrición e hidratación, eliminación y termorregulación.

a) Oxigenación.

Subjetivo:

Disnea debido a: _____ Tos productiva/ seca: _____ Dolor asociado con la respiración: _____ Fumador: _____

Desde cuando fuma/ cuantos cigarrillos al día / varía la cantidad según su estado emocional: _____

Objetivo:

Registro de signos vitales y características: _____

Tos productiva / seca: _____ Estado de conciencia: _____

Coloración de piel / lechos ungueales / peribucal: _____

Circulación del retorno venoso: _____

Otros: _____

Nutrición e Hidratación

Subjetivo:

Dieta habitual (tipo): _____ Numero de comidas diarias: _____

Trastornos digestivos: _____

Intolerancia alimentaria /alergias: _____

Problemas de la masticación y deglución: _____

Patrón de ejercicio: _____

Objetivo:

Turgencia de la piel: _____

Membranas, mucosas hidratadas/ secas: _____

Características de uñas / cabello: _____

Funcionamiento neuromuscular y esquelético: _____

Aspectos de los dientes y encías: _____

Heridas, tipo y tiempo de cicatrización: _____

Otros: _____

c) Eliminación.

Subjetivo:

Hábitos intestinales: _____ características de las heces, orina y menstruación: _____

Historia de hemorragias / enfermedades renales otros: _____

Uso de laxantes: _____ Hemorroides: _____

Dolor al defecar/ menstruación/ orina: _____

Como influye las emociones en sus patrones de eliminación: _____

Objetivo: _____

Abdomen/ características: _____

Ruidos intestinales: _____

Palpación de la vejiga urinaria: _____

Otros: _____

d) Termorregulación

Subjetivo: _____

Adaptabilidad a los cambios de temperatura: _____

Ejercicio/ tipo y frecuencia: _____

Temperatura ambiental que le es agradable: _____

Objetivo: _____

Características de la piel: _____

Transpiración: _____

Condiciones del entorno físico: _____

Otros: _____

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

a) Moverse y mantener una buena postura.

Subjetivo: _____

Capacidad física cotidiana: _____

Actividades en tiempo libre: _____

Hábitos de descanso: _____

Hábitos de trabajo: _____

Objetivo:

Estado del sistema músculo esquelético / fuerza: _____

Capacidad muscular tono/ resistencia / flexibilidad: _____

Postura: _____

Ayuda para la deambulaci3n: _____

Dolor con el movimiento: _____

Presencia de temblores: _____ Estado de conciencia: _____

Estado emocional: _____

Otros: _____

b) Descanso y Sueño.

Subjetivo:

Horario de descanso: _____ Horario de sueño: _____

Horas de descanso: _____ Horas de sueño: _____

Siesta: _____ Ayudas: _____

¿ Padece de insomnio?: _____

A que se considera que se deba: _____

¿ Se siente descansada al levantarse?: _____

Objetivo:

Estado mental: Ansiedad/ Estrés/ Lenguaje: _____

Ojeras: _____ Atenci3n: _____ Bostezo: _____

Concentraci3n: _____

Apatía: _____ Cefalea: _____

Respuesta a Estimulos: _____

Otros: _____

c) Uso de prendas de vestir adecuadas.

Subjetivos:

¿ Influye su estado de animo para la selección para sus prendas de vestir?: _____

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

¿ Sus creencias le impiden vestirse como a usted le gustaría?: _____

¿ Necesita ayuda para la selección de su vestuario?: _____

Objetivo:

Viste de acuerdo a su edad: _____

Capacidad sicomotora para vestir y desvestirse: _____

Vestir incompleto: _____ Sucio: _____ Inadecuado: _____

Otros: _____

e) Necesidad de higiene y protección de la piel.

Subjetivo:

Frecuencia de aseo: _____

Momento preferido para el baño: _____

Cuántas veces se lava los dientes al día: _____

Aseo de manos antes y después de ir a comer: _____

Después de eliminar: _____

¿ Tiene creencias personales o religiosas que limiten sus hábitos higiénicos?: _____

Objetivo:

Aspecto general: _____

Olor corporal: _____

Halitosis: _____

Estado de cuero cabelludo: _____

Lesiones dérmicas que tipo: _____

(Anote su ubicación en el diagrama)

Otros: _____

d) Necesidad de evitar peligros.

Subjetivos:

Que miembros componen su familia de pertenecía: _____

Como reacciona ante una situación de urgencia: _____

¿ Conoce las medidas de prevención de accidentes?: _____

En el hogar: _____

En el trabajo: _____

¿ Realiza controles periódicos de salud recomendados?: _____

Como canaliza las situaciones de tensión en su vida: _____

Objetivo:

Deformaciones congénitas: _____

Condiciones del ambiente en su hogar: _____

Trabajo: _____

Otros: _____

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

a) Necesidad de comunicarse.

Subjetivo:

Estado civil: _____ Años de relación: _____ Vive con: _____

Preocupaciones / estrés: _____ Familiares: _____

Otras personas que pueden ayudar: _____

Rol en la estructura familiar: _____

Comunica sus problemas debidos a la enfermedad estado: _____

Cuanto tiempo pasa sola: _____

Frecuencias de los diferentes contactos sociales en el trabajo: _____

Objetivo:

Habla claro: _____ Confuso: _____

Dificultad en la visión: _____ Audición: _____

Comunicación verbal / no verbal con la familia, con otras personas significativas: _____

Otros: _____

b) Necesidad de vivir según sus creencias y valores.

Subjetivo:

Creencia religiosa: _____

¿ Su creencia religiosa le genera conflictos personales?: _____

Principales valores en su familia: _____

¿ Es congruente su forma de pensar con su forma de vivir?: _____

Objetivo:

Hábitos específicos de vestir (Grupo social religioso): _____

¿ Permite el contacto físico?: _____

¿ Tiene algún objeto indicativo de determinados valores o creencias?: _____

Otros: _____

a) Necesidad de Trabajar y Realizarse.

Subjetivo:

Trabaja actualmente: _____

Tipo de trabajo: _____

Riesgos: _____ Cuanto tiempo le dedica a su trabajo: _____

¿ Esta satisfecho con su trabajo?: _____

¿ Su remuneración le permite cubrir sus necesidades básicas y / o las de su familia: _____

¿ Estas satisfecho con su rol familiar que juega?: _____

Objetivo:

Estado emocional/calmado/ansioso/enfadado/temeroso/irritable/inquieto/eufórico: _____

Otros: _____

e) Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas.

Subjetivo:

Actividades recreativas que realiza en su tiempo libre: _____

¿ Las situaciones de estrés influyen en la satisfacción de la necesidad?: _____

¿ Existen recursos en su comunidad para la recreación?: _____

¿ A participado en alguna actividad lúdica o recreativa?: _____

Objetivo:

Integridad del sistema neuromuscular: _____

¿ Rechaza las actividades recreativas?: _____

Su estado de animo es apático / aburrido / participativo: _____

Otros: _____

e) Necesidad de aprendizaje.

Subjetivo:

Nivel de educación: _____

Problemas de aprendizaje: _____

Limitaciones cognitivas: _____ Tipo: _____

Preferencias: leer / escribir: _____

¿ Conoce las fuentes de apoyo para el aprendizaje en su comunidad? _____

¿ Sabes como utilizar estas fuentes de apoyo?: _____

¿ Tiene interés en aprender a resolver los problemas de salud?: _____

Otros: _____

Objetivo:

Estado del sistema nervioso: _____

Órganos de los sentidos: _____

Estado emocional/ansiedad/dolor: _____

Memoria reciente: _____

Memoria remota: _____

Otras manifestaciones: _____

10.2 LABORATORIOS DE REFERENCIA

BIOMETRÍA HEMATICA CON DIFERENCIAL

	Intervalo de referencia
Eritrocitos	4.70-6.20
Hemoglobina	14.0-18.0
Hematocrito	42.0-54.0
Plaquetas	150-450
Leucocitos	4.5-11.0
Neutrofilos segmentados	40.0-75.0
Linfocitos	12.0-46.0
Monocitos	1.0-13.0
Eosinofilos	0.0-7.0
Vasofilos	0.0-3.0

QUÍMICA SANGUINEA

Glucosa	72-109
Nitrógeno ureico	5.7-23.1
Creatinina	0.60-1.30
Ácido úrico	4.30-9.0
Calcio	8.60-10.30
Lipasa	0.2-1.5 u/ml
Amilasa	35-260 unidades excretadas/h

10.3 LABORATORIOS DEL PACIENTE

10-Nov-03

BIOMETRÍA HEMÁTICA

Leucocitos	19.3
Neutro filos	86.7
Linfocitos	9.4
Neutro filos segmentados	16.3
Monocitos	.75
Eritrocitos	5.52
Hemoglobina	16.6
Hematocrito	46.4
Plaquetas	273

QUÍMICA SANGUÍNEA

Glucosa	197
Na	139
Cloro	113
Bilirrubina directa	.01
Proteínas totales	6.1
Albumina	3.6
Desidrogenasa láctica	213
Nitrógeno ureico	17.3
*Amilasa	842
*Lipasa	1215

11-Nov-03

BIOMETRÍA HEMATICA

Leucocitos	12.9
Neutro filis	79.7
Linfocitos	11.7
Eosinofilos	.6
Basofilos	.1
Neutro filis segmentados	10.28
Monocitos	1.2
Eritrocitos	3.91
Hemoglobina	11.8
Hematocrito	33.7
Plaquetas	279

QUÍMICA SANGUÍNEA

Glucosa	268
Na	143
Cloruros	115
Bilirrubina directa	.57
Proteínas totales	5.1
Albúmina	2.0
Desidrogenasa láctica	654

ELECTROLITOS

Ca	7.7
Fósforo	1.54
Mg	2.40

TIEMPOS

TPT	31.5
TP	11.8

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA