



**ESCUELA DE ENFERMERIA
DE CRUZ ROJA MEXICANA
DELEGACION SAN LUIS POTOSI
INCORPORADA A LA UNAM**



CLAVE 8715/12

**PROCESO CUIDADO ENFERMERO
“ATENCIÓN AL PACIENTE CON PANCREATITIS AGUDA DE ORIGEN
BILIAR”**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERIA Y
OBSTETRICIA**

PRESENTA

GUEL MONTANTE KATHLEEN GISELLE

San Luis Potosí, S.L.P. a Noviembre del 2021



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.



**ESCUELA DE ENFERMERIA
DE CRUZ ROJA MEXICANA
DELEGACION SAN LUIS POTOSI
INCORPORADA A LA UNAM**



CLAVE 8715/12

TITULO

PROCESO CUIDADO ENFERMERO

“ATENCION AL PACIENTE CON PANCREATITIS AGUDA DE ORIGEN
BILIAR”

PRESENTA

GUEL MONTANTE KATHLEEN GISELLE

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

TUTORA

L.E.O. Luz Esperanza Hernández Terrazas

San Luis Potosí, S.L.P. a Noviembre del 2021



**ESCUELA DE ENFERMERIA
DE CRUZ ROJA MEXICANA
DELEGACION SAN LUIS POTOSI
INCORPORADA A LA UNAM**



CLAVE 8715/12

**CARTA DE ACEPTACION DEFINITIVA DEL PROCESO CUIDADO
ENFERMERO PARA LA TITULACION DE LA LICENCIATURA EN
ENFERMERIA Y OBSTETRICIA**

Los suscritos miembros del proceso de titulación de

KATHLEEN GISELLE GUEL MONTANTE

Hacemos constar que hemos evaluado y aprobado el trabajo:

“Proceso cuidado enfermero atención pancreatitis aguda de origen biliar”

En vista de los cual extendemos nuestra autorización para que dicho trabajo sea sustentado en examen de grado de Licenciatura en Enfermería y Obstetricia

L.E.O. Luz Esperanza Hernández Terrazas
Tutora

M.E.y.A.S. Clara Elena Infante Granja
Presidenta

L.E.O. Miguel Ángel Pérez López
Secretaria

MEyAS Rita de Guadalupe Martínez Rocha
Vocal

San Luis Potosí, S.L.P. a Noviembre del 2021

INDICE

I. INTRODUCCION.....	1
II. JUSTIFICACION	3
III. OBJETIVOS	5
3.1 Objetivo General.....	5
3.2 Objetivos Específicos	5
IV. MARCO TEORICO	6
4.1 Enfermería como profesión disciplinaria	6
4.2 El cuidado como objeto de estudio	8
4.3 Proceso de atención de enfermería	10
4.4 Modelo teórico de Virginia Henderson	13
4.4.1 Elementos Fundamentales del modelo utilizado.....	15
4.5 Etapas del proceso cuidado enfermero.....	17
4.5.1 Valoración	17
4.5.2 Diagnóstico.....	19
4.5.3 Planeación	20
4.5.4 Implementación.....	21
4.5.5 Evaluación	22
4.5.7 Diagnóstico y tratamiento de la pancreatitis aguda.....	29
V. CASO CLINICO	32
5.1 Valoración por las 14 necesidades de Virginia Henderson.	33
5.2 Diagnóstico, Planificación y Evaluación	40
VI. PLAN DE ALTA DE ENFERMERIA	53
VII. CONCLUSIONES	55
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	57
GLOSARIO DE TERMINOS.....	61
ANEXOS	

DEDICATORIA

A Dios por ser mi creador, el amigo que nunca falla y la luz que guía mi camino, por regalarme cada día maravilloso para cumplir mis metas.

Y a todas aquellas personas que han sido parte de mi vida y que disfrutaron conmigo cada logro alcanzado.

Sin olvidar a los catedráticos de esta prestigiosa universidad que han apoyado mi formación académica respetando mi vocación al fortalecerla con sus conocimientos.

A mi asesora L.E Laura Jacobo Jacobo, quien con paciencia y tenacidad guio mi trabajo hacia la consecución de esta mi meta académica.

Sin olvidar mencionar a la jefa de enfermeras L.E María Yolanda Lozano García del hospital Beneficencia Española, quien me permitió obtener los datos y conocimientos, para desarrollar el proceso de manera adecuada.

AGRADECIMIENTO

A mis padres

Porque creyeron en mí y porque me impulsaron adelante, dándome ejemplos dignos de su superación y entrega, aun sin importar la situación, porque en gran parte gracias a ustedes, hoy puedo ver alcanzada mi meta, ya que siempre estuvieron conmigo en los momentos más difíciles de mi carrera, y porque el orgullo que sienten por mí, más sumado mi esfuerzo y esmero fue lo que me hizo ir hasta la final.

¡¡¡¡Va por ustedes...!!!!Y por mi hija Ámbar Paulette...¡¡¡¡ El principal motor de mi vida, por lo que valen, porque admiro su fortaleza y por lo que han hecho de mí!!!! Gracias Papas, espero contar siempre con su valioso apoyo sincero e incondicional.

-Por mi gente más cercana, Por mis hermanos, compañeros y amigos.

A todos ellos gracias por haber fomentado en mí el deseo de superación y anhelo de triunfo en la vida.

Mil palabras no bastarían para agradecerles su apoyo, su comprensión y sus consejos en los momentos más difíciles, aun cuando por un momento mi sueño se detuvo, sé que en su momento los defraudé y perdí las esperanzas, pero ahí estuvieron para seguir apoyando mi camino.

RESUMEN

Introducción: Como parte de la formación como profesionales un aspecto importante es conocer los modelos y teorías de enfermería los cuales aplicados a la práctica contribuyan a poder actuar frente a las necesidades que requiere el paciente. **Justificación:** Se contempló a un paciente que cursa con un cuadro de Pancreatitis aguda de origen biliar, la cual ha generado un creciente número de casos en los últimos años y una alta tasa de recurrencia que expone un evidente problema de salud. **Objetivo:** Aplicar los conocimientos teóricos prácticos por medio de la elaboración de un caso clínico individualizado mediante la metodología de Proceso Cuidado Enfermero a un adulto mayor con pancreatitis aguda de origen biliar, bajo el enfoque del modelo de enfermería de Virginia Henderson. **Metodología:** Se seleccionó un paciente en un área de hospitalización que cursaba con el padecimiento de pancreatitis aguda de origen biliar se abordó desde la perspectiva de modelo de Virginia Henderson, la etapa de valoración se llevó a cabo mediante las 14 necesidades de Henderson, el diagnóstico empleando taxonomía NANDA, en la planificación se contemplaron las taxonomías NOC para los criterios de resultado y NIC para las intervenciones, finalmente se elaboró un plan de alta que contribuyó a favorecer la continuidad del cuidado así como su independencia e integración en el hogar. **Conclusiones:** Se lograron avances importantes, ya que con los cuidados se contribuyó a mejorar la calidad de vida en el paciente cubriendo sus necesidades básicas y así llegar a su pronta recuperación e independencia.

Palabras clave: cuidado, modelo, proceso cuidado enfermero (PCE), necesidades, pancreatitis, independencia.

I. INTRODUCCION

En la mayoría de los pacientes que cursan con un evento de pancreatitis es un proceso auto limitado, se ha convertido en uno de los trastornos gastrointestinales agudos más importantes a nivel mundial, es una condición común, con una incidencia de 20-80 casos por cada 100,000 personas, esta varía ampliamente según el país. Varios estudios epidemiológicos han demostrado que las hospitalizaciones por pancreatitis aguda han aumentado un 13.3%. (V. Garro Urbina, M. Thuel Gutierrez, 2020)

La incidencia de pancreatitis aguda ha aumentado en los últimos 10 años debido a una alta prevalencia de obesidad, consumo de alcohol y colelitiasis. Típicamente afecta pacientes de 40-60 años y se estima que ocurren 10-40 casos por cada 100.000 habitantes por año a nivel mundial. La falla orgánica persistente (falla orgánica de más de 48 horas) es la principal causa de muerte en pancreatitis aguda. (V. Garro Urbina, M. Thuel Gutierrez, 2020)

Se presenta en un 80% y un 15-20% en los pacientes con pancreatitis aguda severa, con complicaciones locales y sistémicas que pueden llevar a la muerte del paciente. La mortalidad de pancreatitis aguda leve es de es menor de 5- 15% y por pancreatitis severa es hasta 25-30%. (EJ. Merrens, 2016)

En Latinoamérica, se reporto en el 2006 una incidencia de 15,9 casos por cada 100.000 habitantes, una prevalencia de 3% en México en el 2014. (R. Gutiérrez Navarro, G. A. Sanabria Cordero, 2020)

El desarrollo de múltiples sistemas de predicción de su gravedad ha permitido identificar tempranamente sus complicaciones y ha reducido la mortalidad asociada. Al abordar esta entidad de un paciente con pancreatitis se plantea y requiere para el personal de enfermería el empleo de sus conocimientos y habilidades para la atención.

El Proceso Cuidado Enfermero (PCE), como método propio del que hacer de la enfermera, cada día cobra mayor relevancia para la formación integral del personal de la disciplina en

las instituciones de salud, ya que se reconoce que al utilizarlo permite el desarrollo del trabajo profesional integral en cualquier ámbito de atención y por lo tanto ver la calidad de la prestación del cuidado de enfermería. Como parte de la formación como profesionales un aspecto importante de esta fue conocer los modelos y teorías de enfermería, que para aplicadas a la práctica contribuyan a poder actuar frente a las necesidades que requiere el paciente.

En el presente trabajo se toma como punto de partida la teoría de Virginia Henderson, que brinda una enseñanza, una perspectiva en la atención donde el papel de la enfermera es la realización (suplencia o ayuda) de las acciones que la persona no puede realizar en un determinado momento de su ciclo vital, enfermedad o edad avanzada, tiene en cuenta las ventajas de fomentar estilos de vida sanos y conductas saludables, así como actividades que contribuyen a su salud, a su recuperación (o a una muerte placentera) y que el llevaría a cabo sin ayuda si tuviera la fuerza o el conocimiento necesario. Y Hacer esto de tal manera que le ayude a adquirir independencia lo más rápidamente posible.

Dichos aspectos del modelo de enfermería de Virginia Henderson se tomaron en cuenta para la elaboración del presenté caso clínico individualizado que se desarrolló bajo la metodología del proceso cuidado enfermero, para la valoración se tomó como marco de referencia las 14 necesidades básicas de la teoría de V.Henderson, para el diagnóstico el uso de NANDA (La North American Nursing Diagnosis Association), planeación, intervención y evaluación se consultó NOC (Nursing Outcomes Classification) Y las NIC (Nursing Interventions Classification). El profesional de enfermería se basa en un amplio marco teórico siendo el proceso de enfermería un método eficaz. Este proceso tiene como propósito restablecer la salud del paciente proporcionando cuidados apropiados para lo cual se apoya de 5 fases diferenciadas cada uno con un propósito respectivo: Valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. En el presente PCE aplicado a un paciente con pancreatitis aguda, se ha seguido muchas pautas para garantizar una atención integral de salud. Así mismo bajo esta perspectiva se contempló la elaboración de un plan de alta sobre las medidas necesarias que se deben tomar para el manejo de la recuperación, explicándole al paciente lo que debe hacer y no debe hacer afuera de su internamiento, así como informar al familiar sobre los cuidados que debe tener al momento que egresa.

II. JUSTIFICACION

En la actualidad la pancreatitis aguda es una patología que se evidencia diariamente en hospitalización del servicio de urgencias, siendo una de las principales morbilidades de nuestro país identificada principalmente por el dolor abdominal agudo, que por falta de diagnóstico eficaz y manejo oportuno ocurre falla multiorgánica siendo mortal. (M. Valdivieso, 2016)

En la república mexicana los datos estadísticos acerca de la epidemiología acerca de la pancreatitis aguda son escasos y los últimos estudios se reportan hace más de 5 años por el hospital general de México. (R. Gutiérrez Vega, 2010)

Todo paciente con pancreatitis aguda complicada aumenta su estancia hospitalaria, generando con ello mayor costo por la necesidad de exámenes auxiliares específicos, tratamiento farmacológico en base a analgésicos y antibióticos, en ocasiones tratamiento quirúrgicos invasivos, es allí donde se genera una de las mayores problemáticas, la estancia hospitalaria prolongada como indicador de deficiencia hospitalaria. He aquí la importancia de esta enfermedad, principalmente para evitar que todo paciente padezca dichas complicaciones y progrese a una mortalidad inevitable. (G. Marañón, 2018)

Por lo tanto, se considera de suma importancia la realización de este caso clínico individualizado que permitirá identificar las características epidemiológicas de la pancreatitis aguda como son los aspectos sociodemográficos, forma de inicio, manifestaciones clínicas, evolución, factores de gravedad y mortalidad en la población que es atendida en esta unidad hospitalaria.

Ante dicha situación y problemática de salud que esta representa, el proceso cuidado enfermero (PCE), por su factibilidad proporciona la capacidad de poder llevar acabo su aplicación como método lógico en la práctica asistencial que nos permite a los profesionales prestar los cuidados que demanda el paciente, de una forma estructurada, homogénea, lógica y sistemática, es la base del ejercicio de la profesión de enfermería ya que es un

método a través del cual se aplican los conocimientos teóricos tecnológicos a la práctica profesional.

Esta profesionalización de los cuidados con actividades ejecutadas por enfermería bajo la metodología del proceso cuidado enfermero, dan respuesta a una necesidad específica de salud en todos los campos: promoción, tratamiento y prevención. (J. M. V. Chozas, 2013)

Se elabora este proceso cuidado enfermero de esta patología, ya que debido al creciente número de casos de pancreatitis en los últimos años y a la alta tasa de recurrencia, se expone un evidente problema de salud a la sociedad. (D. Bustamante, 2018)

En este trabajo pone a prueba las habilidades intelectuales, cognoscitivas, técnicas, adquiridas en la formación y dan pie a evidenciar la practica en enfermería, así como contribuir al campo estudiantil para su fututa referencia y consulta respecto a la aplicación del método a este tipo de pacientes ampliando sus conocimientos teóricos, en la aplicación del proceso cuidado enfermero con un enfoque en un modelo de atención en enfermería.

III. OBJETIVOS

3.1 Objetivo General

Aplicar los conocimientos teóricos prácticos por medio de la elaboración de un caso clínico individualizado mediante la metodología de Proceso Cuidado Enfermero a un adulto mayor con pancreatitis aguda, bajo el enfoque del modelo de enfermería de V. Henderson, con el propósito de brindar un cuidado integral de calidad, identificando las necesidades reales y potenciales del paciente para dar los cuidados inmediatos de enfermería.

3.2 Objetivos Específicos

- Elaborar el plan de cuidados individualizado mediante la metodología de PCE mediante el uso de las taxonomías NANDA, NOC, y NIC
- Lograr la atención de las necesidades básicas del paciente; en forma oportuna, evitar y minimizar complicaciones posteriores en el proceso de recuperación del paciente.
- Elaborar un plan de Alta para dar continuidad a los cuidados bajo el enfoque de Virginia H.

IV. MARCO TEORICO

4.1 Enfermería como profesión disciplinaria

La Enfermería moderna, con Florence Nightingale (1820-1910). A partir de este período se inicia el reconocimiento de la Enfermería como profesión. La historia de los cuidados de Enfermería, en siglos pasados, muestra que eran ofrecidos por voluntarios con escasa formación, en donde por lo general participaban, mujeres, monjes y religiosas.

La Enfermería moderna comenzó a mediados del siglo XIX. La reformadora de la enfermería británica, Florence Nightingale con su experiencia le brindó el ímpetu para organizar la enfermería en los campos de batalla de la guerra de Crimea, de esta manera los esfuerzos y reputación de esta mujer, transformaron la concepción de la Enfermería en Europa y establecieron las bases de su carácter moderno como profesión formalmente reconocida. (T. Fliedner, 1836)

Es decir, aquí si consideramos la naturaleza de Enfermería basada en una práctica profesional autónoma. Ya que ahora se visualiza la Enfermería como ciencia-disciplinaria. La Enfermería como ciencia y disciplina retoma la filosofía, ontología, epistemología y ética, tal cuál es su objeto de estudio, cuando nos aproximamos a dicho sujeto y objeto de cuidado, cuáles son sus conceptos centrales y como se puede actuar en Enfermería, ya que reconocemos el camino para desarrollar un cuerpo de conocimientos (ciencia-disciplina) y poder actuar (práctica-profesión).

La Enfermería es la disciplina concedora de los cuidados para el bienestar de los otros, fundamentada por el conocimiento empírico propio y Fundamentos en los procesos básicos de los cuidados de desde Nightingale, la Enfermería fue una ciencia y arte, como ciencia se apoyó en sus pensamientos y observaciones. (J. Watson, 2017)

Nightingale a partir de sus observaciones en el cuidado de Enfermería mostró que estar enfermo, tenía parte de su origen en la pobreza, desnutrición y condiciones insalubres en su opinión. La ciencia de la Enfermería como disciplina está referida a la enseñanza como campo de estudio, es aquí donde se articula la relación ciencia- disciplina; como el

conocimiento desarrollado, para la enseñanza en el campo del saber de Enfermería el cómo se relacionan, cuáles y como se definen sus paradigmas.

Estas teorías presentan conceptos y proposiciones explicativas de los fenómenos de enfermería, muestra interrelaciones entre los conceptos y paradigmas.

De esta manera todas las teoristas de Enfermería definen su comprensión, respecto a los paradigmas, expresados en los conceptos de persona, entorno, salud y enfermería-cuidado.

Estos paradigmas están incluidos en el área de interés y preocupación de la ciencia y disciplina de enfermería. Conforme la Enfermería se aproxima al futuro, es importante clarificar las diferencias entre la disciplina de la Enfermería y la profesión de Enfermería.

Los siguientes aspectos son esenciales para la disciplina de la enfermería, la disciplina de la enfermería es lo que mantiene los valores atemporales de la enfermería, su herencia y tradiciones, y el desarrollo del conocimiento para mantener el cuidado, la humanidad y la salud para todos.

- La disciplina es lo que mantiene y honra la ontología de la persona integralmente: la unidad de la mente y el espíritu y una visión del mundo unitaria.
- La disciplina es lo que mantiene las teorías, la orientación hacia el desarrollo del conocimiento, y lo que cuenta como conocimiento: la expansión de la ciencia occidental convencional y las epistemologías clínicas.
- La disciplina es lo que mantiene las tradiciones de investigación de la enfermería y los enfoques diversos y cambiantes para el desarrollo del conocimiento; la orientación disciplinaria específica al conocimiento, además de criticar lo que “cuenta como conocimiento”.
- La disciplina aborda metodologías y métodos expandidos, diversos, creativos e innovadores consistentes con cuidado-cura-salud humana, además de fenómenos y experiencias de enfermedad.
- La disciplina contiene teorías de gran alcance, rango medio y situaciones específicas para proporcionar una visión del mundo unitaria, evolucionada y compartida, en la que la salud se relaciona con la justicia social, moral y los procesos/resultados del sistema de persona completa.

Todas las teorías de enfermería toman una posición sobre el conocimiento disciplinario y esta construcción colectiva conduce a la identidad profesional y a la visibilidad del conocimiento de enfermería. Sin una orientación disciplinar clara y una base para guiar el desarrollo de la profesión, es fácil perder el rumbo. En este punto de reflexión, todas las enfermeras del mundo están invitadas a avanzar en la enfermería como una disciplina científica distintiva del cuidado humano y en el proceso de cura-salud. (J. Watson, 2017).

4.2 El cuidado como objeto de estudio

Cuidar es el acto individual que uno se da a uno mismo cuando adquiere autonomía, pero, del mismo modo, es un acto de reciprocidad que se tiende a dar a cualquier persona que requiere, temporal o definitivamente, ayuda para asumir sus necesidades vitales.

El cuidado comprende aspectos afectivos, relativos a la actitud y compromiso, tal como elementos técnicos, los cuales no pueden ser separados para otorgar cuidados, así también la identificación del significado de cuidado para quien lo otorga y para quien lo recibe, la intención y la meta que se persigue. (B. Silva, 2017)

Por lo tanto, la práctica de enfermería se ocupa más allá del acto de cuidar que une el “que” del cuidado y el “como” de la interacción persona-enfermera, implica crear un cuidado que recurre a diversos procesos: la reflexión, la integración de creencias y valores, el análisis crítico, la aplicación de conocimientos, el juicio clínico, la organización de los recursos y la evolución de la calidad de las intervenciones. Desde la perspectiva se trata de un cuidado innovador que une la ciencia y el arte de enfermería y que se centra en la persona, la cual, en continua interacción con su entorno, vive experiencias de salud. (P. Benner, 1984).

Cuidar es primero y ante todo un acto de vida, en el sentido que representa una infinita variedad de actividades dirigidas a mantener y conservar la vida y permitir variedad de actividades dirigidas a mantener y conservar la vida y permitir que esta continúe y se reproduzcan. Al cuidar, no se puede eludir la pregunta ¿Qué vida se continua? ¿A qué precio? ¿Porque razón de existe?

El cuidado implica el reconocimiento de las necesidades del otro, a una relación, un vínculo que puede incluir o no aspectos efectivos, pero que siempre busca proporcionar bienestar. La tarea de cuidado une al cuidador con la persona que requiere cuidado en aspectos que tiene que ver con las acciones relacionadas con su bienestar físico, mental y social en termino de poder y también en cuestiones que pueden relacionarse con los sentimientos, cuidar es un acto de individual que uno se da a si mismo cuando adquiere autonomía, pero, del mismo modo, es un acto de reciprocidad.

Los cuidados representan todo este conjunto de actividades que aseguran la continuidad de la vida como beber, comer, evacuar, lavarse, levantarse, moverse, desplazarse, así como todo aquello que contribuye al desarrollo de la vida de nuestro ser, formando y manteniendo la imagen del cuerpo, las relaciones, el cuidado es la esencia de la enfermería, estos deberían estar constituidos por acciones transpersonales e intersubjetivas para proteger, mejorar y preservar la humanidad ayudando a la persona a hallar un significado a la enfermedad, sufrimiento, dolor y existencia y ayudar a otro a adquirir autocontrol, autoconocimiento y auto curación.

La profesión enfermera es aquella ocupación que se dirige a la prestación de los cuidados necesarios para el mantenimiento de la vida, a permitir que esta continúe y se reproduzca, asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades indispensables, pero que son diversas en su manifestación. (D. Medina, 2019)

4.3 Proceso de atención de enfermería

La aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, es el método conocido como Proceso de cuidado de Enfermería. Este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática.

Es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos; valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Como todo método, el proceso de cuidados de enfermería configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí. Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, solo tiene un carácter metodológico, ya que en la puesta en práctica las etapas se superponen.

Consiste en la recolección, organización y validación de los datos relacionados con el estado de salud de la persona. Se realiza a través de la entrevista, observación y exploración física, el Proceso de Atención de Enfermería se caracteriza por tener una base teórica, pues es un proceso concebido a partir de conocimientos sólidos que le permite al estudiante y al profesional plantear y organizar sus acciones de enfermería, con la finalidad de dirigir y alcanzar un objetivo: la interacción entre enfermera-paciente, familia y comunidad, al establecer relaciones recíprocas e interdisciplinarias donde el proceso sea dinámico y flexible para lograr que en el ejercicio de la Enfermería se adapten a los ámbitos clínico y comunitario o en áreas especializadas, que respondan a las necesidades actuales.(A. Guerrero, 2017)

Evolución del Proceso Cuidado enfermero

- 1952 Peplau, H. Identifica cuatro fases en una relación interpersonal; orientación, identificación, aprovechamiento y resolución. Las fases son secuenciales y están enfocadas a la relación interpersonal terapéutica.
- 1855 Lidya Hall Define la Enfermería como proceso.
- 1957 Kreuter F.R Describe las fases del proceso como: coordinación, planificación y evaluación del cuidado, e implica a la familia y a la auxiliar de enfermería como cuidadores, considerándolo como fomento de la calidad de la práctica profesional.

- 1958 Johnson, D.E. Describe el Proceso como valoración de las situaciones, toma de decisiones, ejecución de acciones designadas para resolver problemas de enfermería y evaluación.
- 1961 Orlando, I. J. Define el proceso de enfermería como una interacción, establece tres fases en el proceso, conducta de los clientes, relación de la enfermera y actividades de enfermería.
- 1962 Wiedenbach Introdujo un modelo de proceso en tres etapas.
- 1965 Henderson, V. Plantea que el proceso de enfermería era el mismo que el de las etapas del método científico. HeidgerKen, L. considera las fases como evaluación, identificación de los sistemas físicos, diagnóstico, planificación e identificación de necesidades. McCain, R. A. Introduce el término valoración.
- 1966 Knowles. Describió la actividad de enfermería como: Descubrir, investigar, decidir, actuar, discriminar. Las enfermeras recogen los datos durante las dos primeras fases.
- 1967 Yura y Walch; proponen el PE en cuatro etapas: valoración, planificación, ejecución y evaluación.
- 1968 Wiche (Western Interstate Comisión on Higher Educación) .Enumeró las etapas del proceso de enfermería como percepción y comunicación, interpretación intervención y discriminación.
- 1973 American nurses association; referenció las cinco etapas del PE; valoración, diagnóstico, planificación, intervención y evaluación.
- Babbie y Lavín ; Se establece el Grupo para la clasificación de Diagnóstico. enfermeros.
- 1974 Bloch, D. Sugirió un proceso de 5 etapas similar al de 4, recogida de datos, planificación, realización, y valoración. Introduce el diagnóstico.
- 1975 Gebbie, K. y Lavin, M. A. Organizo la primera conferencia sobre la clasificación del diagnóstico de enfermería, reconocer 5 etapas del proceso.

- 1976 S.C. ROY; Consideran que la 2da. Etapa del PE era el Diagnostico. de Enfermería por lo cual se considera a este de cinco etapas.
- 1975 Conferencia de clasificación de Diagnostico. se ordenan alfabéticamente y son agregados 37 y 19 sugeridos, se establecen los Diagnósticos. Según Patrones funcionales de salud de Gordon.
- La OMS (1977), define el Proceso Cuidado Enfermero como “un sistema de intervenciones propias de enfermería sobre la salud de los individuos, familias, comunidades o ambos”.
- 1978 Conferencia; participan 14 teóricas y desarrollan una estructura taxonómica de un sistema de clasificación de los Diagnostico., útil y manejable.
- 1980 Especialistas clínicas integran su punto de vista de la práctica con la teoría de un marco conceptual.
- 1982-84-86-88- 1990 cuarta, quinta, sexta, séptima, octava y novena conferencia
- 1982 National Council of State Boards of nursing. Definió y describió las cinco etapas del proceso de enfermería en términos propios de enfermería valoración, diagnostico, planificación, ejecución y evaluación, como método universal de la práctica de la enfermería.
- 1999 Se conforma grupo mexicano para el Diagnostico. Enfermero con participación de 10 escuelas y facultades de la república mexicana.
- 2002 Décimo cuarta conferencia aprobación de la taxonomía II. Sucesivamente cada 2 años se aprueba la taxonomía.

4.4 Modelo teórico de Virginia Henderson

Virginia Henderson consideraba al paciente como un individuo que precisaba ayuda para conseguir independencia e integridad o integración total de mente y cuerpo. Pensaba que la práctica de la enfermería era independiente de la práctica médica y reconoció su interpretación de la función de la enfermera, la conceptualización de Henderson puso de relieve el arte de la enfermería y propuso las 14 necesidades humanas básicas en las que se basa la atención de enfermería.

La puesta de relieve de los objetivos de interdependencia para el paciente y la creación de los conceptos de independencia. Henderson escribió tres libros que se han convertido en clásicos de la enfermería: *Textbook of the Principles and Practice of Nursing* (1955), *Basic Principles of Nursing Care* (1960) y *The Nature of Nursing* (1966). En 1958, el comité de servicios de enfermería del International Council of Nurses (ICN) le pidió que expusiera su definición de enfermería.

Su ahora histórica definición, publicada por el ICN en 1961, es: La función específica de la enfermera es ayudar a la persona, enferma o sana, a la realización de actividades que contribuyan a la salud o a su recuperación (o a una muerte tranquila) que realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o los conocimientos necesarios, y a hacerlo de tal manera que le ayude a ganar la independencia lo más rápidamente posible (Henderson, 1964).

“Las enfermeras deben de alguna forma ponerse en la piel de cada paciente para conocer qué clase de ayuda necesita de ella. La enfermera es transitoriamente la conciencia del Inconsciente, el amor a la vida del suicida, la pierna del amputado, los ojos del recién cegado, el medio de locomoción del recién nacido, el conocimiento y la confianza de la joven madre, la voz para los demasiado débiles para hablar, y así sucesivamente.” Virginia Henderson (1897- 1996)

Henderson (1966) identificó 14 necesidades básicas en las que se basa la atención de enfermería también identificando tres niveles de relaciones enfermera-paciente en los que la enfermera actúa como:

- a). - Sustituta del paciente: La función es compensatoria, proporcionando aquello de lo que carece el paciente
- b). - Colaboradora para el paciente: Diseña las intervenciones clínicas
- c). - Compañera del paciente: Construye una relación terapéutica con el paciente y actúa como miembro del equipo de salud

Henderson afirmaba que la enfermera trabaja en interdependencia con otros profesionales sanitarios y con el paciente, y utilizó un gráfico de sectores para ilustrar las contribuciones de la enfermera como miembro del equipo sanitario.

Podemos mencionar las 14 necesidades de Henderson a continuación para dar base a nuestro tratamiento de cuidado enfermero en el paciente mencionado en este trabajo y estos son.

- 1.- Respirar normalmente
- 2.- Comer y beber adecuadamente
- 3.- Eliminar los desechos corporales
- 4.- Moverse y mantener posturas deseables
- 5.- Dormir y descansar
- 6.- Seleccionar ropas adecuadas; vestirse y desvestirse
- 7.- Mantener la temperatura corporal en un intervalo normal ajustando la ropa y modificando el entorno
- 8.- Mantener el cuerpo limpio y bien cuidado y proteger la piel
- 9.- Evitar los peligros del entorno y evitar lesionar a otros
- 10.- Comunicarse con los demás para expresar las propias emociones, necesidades, miedos y opiniones
- 11.- Rendir culto según la propia fe
- 12.- Trabajar de tal manera que se experimente una sensación de logro
- 13.- Jugar o participar en diversas formas de ocio
- 14.- Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que lleva al desarrollo y salud normales, y utilizar las instalaciones sanitarias disponibles.

4.4.1 Elementos Fundamentales del modelo utilizado.

V. Henderson considera que el papel fundamental de enfermería es ayudar al individuo, sano o enfermo, a conservar o recuperar su salud (o bien asistirlo en los últimos momentos de su vida) para cumplir aquellas necesidades que realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, voluntad o los conocimientos necesarios. De este modo enfermería favorecerá la recuperación de la independencia de la persona de la manera más rápida posible. El máximo principio de Virginia Henderson para aplicar su modelo teórico a la práctica consiste en que la enfermería debe ser capaz de fomentar la actividad del paciente para que éste adquiera su independencia. El objetivo del modelo de Virginia Henderson es que el paciente sea independiente lo antes posible. Para Henderson la/la enfermera/o es aquel que asiste a los pacientes en las actividades básicas de la vida diaria para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad o acompañar a la muerte en paz.

Para que el individuo pueda desarrollar su independencia, con ayuda del trabajo de enfermería, es necesario tener en cuenta el conjunto de todas las influencias externas que afectan a la vida y desarrollo de una persona.

Metaparadigma

Respecto al modelo de Virginia Henderson se han descrito cuatro conceptos en relación con su metaparadigma:

- Salud: La salud es básica para el funcionamiento del ser humano. El objetivo es que los individuos recuperen la salud o la mantengan, si tienen la voluntad, fuerza y conocimientos necesarios. Se considera salud la habilidad del paciente para realizar sin ayuda las 14 necesidades básicas. Henderson equipara salud con independencia.
- Persona: Es aquel individuo que necesita ayuda para alcanzar salud e independencia o una muerte en paz. La persona es una unidad corporal y mental que está constituida por componentes biológicos, psicológicos, sociales y espirituales.
- Entorno: Para Henderson un individuo sano es capaz de controlar su entorno, pero la enfermedad puede influir en esta capacidad. El entorno incluye la relación del individuo con la familia. También incluye la responsabilidad de la comunidad de proveer cuidados.

- Enfermera (cuidados o rol profesional): La función de enfermería es ayudar al individuo, sano o enfermo, a realizar aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o a una muerte en paz) actividades que podría realizar sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario, y hacerlo de tal forma que se le ayude a conseguir la independencia lo más rápido posible.

Elementos

Objetivo de los cuidados. Ayudar a la persona a satisfacer sus necesidades básicas.

Usuario del servicio. La persona que presenta un déficit, real o potencial, en la satisfacción de sus necesidades básicas, o que aún sin presentarlo, tiene potencial de desarrollo.

Papel de la enfermería. Suplir la autonomía de la persona (hacer por ella) o ayudarle a lograr la independencia (hacer con ella), desarrollando su fuerza, conocimientos y voluntad para que utilice de forma óptima sus recursos internos y externos.

Enfermera como sustituta: Compensa lo que le falta a la persona cuando se encuentra en un estado grave o crítico. Cubre sus carencias y realiza las funciones que no puede hacer por sí misma. En este período se convierte, filosóficamente hablando, en el cuerpo del paciente para cubrir sus necesidades como si fuera ella misma.

Enfermera como ayudante: Establece las intervenciones durante su convalecencia, ayuda al paciente para que recupere su independencia, apoya y ayuda en las necesidades que la persona no puede realizar por sí misma.

Enfermera como acompañante: Fomenta la relación terapéutica con el paciente y actúa como un miembro del equipo de salud, supervisando y educando en el autocuidado.

Fuente de dificultad: También denominada área de dependencia alude a la falta de conocimientos, de fuerza (física o psíquica) o de voluntad de la persona para satisfacer sus necesidades básicas.

Intervención de la enfermera: El centro de intervención de la enfermera son las áreas de dependencia de la persona, la falta de conocimientos (saber qué hacer y cómo hacerlo), de fuerza (por qué y para qué hacerlo, poder hacerlo) o de voluntad (querer hacerlo).

El modo de la intervención se dirige a aumentar, completar, reforzar o sustituir la fuerza, el conocimiento o la voluntad.

Cuando la independencia es inalcanzable, la enfermera ayuda a la persona a aceptar sus limitaciones o su muerte, cuando esta es inevitable.

Consecuencias de la intervención: Es la satisfacción de las necesidades básicas, bien sea supliendo la autonomía o desarrollando los conocimientos, la fuerza y la voluntad de la persona, en función de su situación específica, para que logre la satisfacción de las 14 necesidades básicas.

4.5 Etapas del proceso cuidado enfermero.

El proceso Cuidado Enfermero, es la aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, lo que nos permite prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática, comprende de cinco etapas: Valoración, Diagnostico, Planeación, implementación y evaluación.

Y para su conceptualización denotamos:

4.5.1 Valoración

En Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2018 - 2020 (NANDA) se considera a la etapa de Valoración como: Evaluación del paciente, mencionando que esta consiste en la recogida de los datos subjetivos y objetivos. Dándole importancia al análisis de la información histórica y elementos positivos proporcionados por el paciente / familia.

La valoración es la primera fase del PAE, pudiéndose describir como el proceso organizado y sistemático de recogida de datos de distintos tipos y fuentes, para analizar el estado de salud de la persona. Consta de cuatro componentes: la recogida de datos, validación, organización y la documentación.

El hecho de que la valoración de la persona sea la primera de las cinco fases, es significativo a la hora de reforzar su importancia como clave para las restantes fases del proceso de Enfermería.

La fase de valoración proporciona una base sólida que fomenta la administración de una atención individualizada de calidad. Se necesita una valoración exacta y completa para facilitar el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas, el ámbito de la práctica de enfermería, según lo definió ANA -1980. La valoración constituye la base para la identificación de los diagnósticos de enfermería, la planeación, ejecución y evaluación de las intervenciones de enfermería.

La valoración inicial permite a la enfermera recoger datos globales acerca de las respuestas humanas a los procesos de salud. Ayuda también a identificar los factores específicos que contribuyen a la existencia de estas respuestas en cada persona, familia o colectivo. Esto anima a la enfermera y a la persona a ejecutar las intervenciones que contribuyen a alcanzar los resultados esperados.

La fase de valoración está influida por las creencias, conocimientos y capacidades de la enfermera. Las creencias y conocimientos de la enfermera constituyen la base de las relaciones enfermera-paciente. Los conocimientos y capacidades son los instrumentos que permiten a la enfermera adquirir datos, determinar su importancia y desarrollar intervenciones que fomenten una atención de enfermería individualizada y de calidad.

La base de conocimientos de la enfermera ha de incluir también las bases del análisis para la resolución de problemas y la toma de decisiones. La enfermera tiene que desarrollar la capacidad para analizar los datos de la valoración, reconocer relaciones significativas entre los datos, desarrollar conclusiones válidas, y más tarde emitir unos juicios sólidos que contribuyan al mejoramiento y progreso de la persona cuidada. La enfermera necesita una serie de capacidades para completar una valoración eficaz.

Durante la valoración, la enfermera reúne cuatro tipos de datos: subjetivos, objetivos, históricos y actuales. La mezcla de todos estos tipos se da normalmente en una base de datos completa y exacta.

Los datos subjetivos se podrían describir como la visión que el individuo tiene de una situación o serie de acontecimientos. Esta información no puede estar determinada por la enfermera independientemente de la relación o comunicación con el individuo. Los datos subjetivos a menudo se obtienen durante la anamnesis de enfermería e incluyen las percepciones, sentimientos e ideas del paciente sobre sí mismo y sobre el estado de salud

personal. Algunos ejemplos son las descripciones que hace el paciente del dolor, debilidad, frustración, náuseas o turbación. Ej., "el corazón me brinca muy rápido", "siento el estómago revuelto". se basa en opiniones individuales en vez de estar justificadas por hechos.

Por el contrario, los datos objetivos son observables y mensurables. Esta información habitualmente se obtiene a través de los sentidos –vista, olfato, oído y tacto- durante la exploración física del paciente. Algunos ejemplos de datos objetivos son la frecuencia respiratoria, la tensión arterial, el edema y el peso. Ej., pulso de 150 lat./min, regular y fuerte.

La validación o verificación de que la información de que dispone es real y completa, es un paso esencial en el pensamiento crítico. Esto evita hacer asunciones, omitir información pertinente, malinterpretar las situaciones, extraer conclusiones precipitadas o centrarse en una dirección equivocada y/o cometer errores en la identificación de los problemas.

La documentación de la valoración de enfermería debería identificar con claridad aquellos hallazgos que necesitan intervenciones de enfermería. Entre ellas se encuentran diversos factores que afectan el estado de salud de una persona o la capacidad de funcionamiento. La documentación favorece en el cuidado enfermero, la comunicación, facilita la prestación de una asistencia de calidad al paciente, forma un registro legal permanente y es una fuente de datos para la investigación.

Las evaluaciones al paciente pueden estar basadas en una teoría de enfermería específica, como la teoría desarrollada por Florence Nightingale, Wanda Horta o Sor Callista Roy, o un marco de evaluación estandarizada como los patrones funcionales de salud, Marjory Gordon; proporcionando así una forma de categorizar los datos obtenidos.

4.5.2 Diagnóstico

Es un juicio clínico relacionado con una respuesta humana a las condiciones salud/procesos de la vida o la vulnerabilidad de esa respuesta por parte de un individuo, familia, grupo o comunidad. Un diagnóstico enfermero proporciona la base para la selección de intervenciones de enfermería para lograr resultados sobre los cuales la enfermera tiene la responsabilidad. (NANDA 1 2018).

El estado del diagnóstico se refiere a la existencia o potencialidad del problema/síndrome o a la categorización del diagnóstico se distinguen tres estados o tipos de diagnóstico:

Esta como tal debe ser:

Real: Existente en realidad, que existe en este momento. Para hacer un diagnóstico centrado en el problema debe estar presente lo siguiente características definitorias que se agrupan en patrones de pistas o inferencias relacionadas, y también se requieren factores relacionados que contribuyen o son antecedentes al enfoque diagnóstico.

Promoción de la salud: Un juicio clínico sobre la motivación y el deseo de aumentar el bienestar y actualizar el potencial de salud.

Riesgo: Un juicio clínico sobre la susceptibilidad de un individuo, familia o grupo o comunidad para desarrollar una respuesta humana indeseable a condiciones de salud/procesos de vida. Para hacer un diagnóstico centrado en el riesgo lo siguiente debe estar presente: respaldo de factores de riesgo que contribuyan a una mayor susceptibilidad.

Síndrome: Un juicio clínico con respecto a un grupo específico de diagnósticos enfermeros que ocurren juntos y se abordan mejor juntos y mediante intervenciones similares.

Para usar un diagnóstico de síndrome, debe estar presente lo siguiente se deben usar dos o más diagnósticos enfermeros como características definitorias. Componentes de un Diagnóstico Enfermero: Etiqueta de Diagnostico, Definición, Características Definitorias, Factores de Riesgo, Factores Relacionados, Poblaciones en Riesgo, Condiciones Asociadas. (NANDA 2018-2020)

4.5.3 Planeación

La planeación es la tercera etapa del proceso cuidado enfermero, implica establecer los objetivos y las actividades de enfermería. Una vez realizada la valoración y teniendo identificados los diagnósticos enfermeros, esta se debe priorizar, para determinar las necesidades de atención y posteriormente dar pie a la ejecución de las actividades.

En esta etapa del proceso, el profesional de enfermería se encarga de elaborar planes de cuidados individualizados que involucren la problemática del paciente, permite atender prioridades urgentes, establecer objetivos a alcanzar (resultados esperados), determinar las intervenciones de enfermería individualizadas y registrar el plan de manera correcta.

(L. Alfaro-LeFevre, 2014)

La etapa de planificación se inicia tras la identificación de las respuestas alteradas de un paciente ante un problema de salud, es decir, una vez se han seleccionado los diagnósticos de enfermería. Esta etapa se desarrollará en diferentes fases:

- Determinación de prioridades. En determinadas ocasiones es imposible tratar a la vez todas las respuestas generadas por un paciente ante una situación clínica o enfermedad. Por este motivo es necesario realizar una priorización de los problemas.
- Establecimiento de los objetivos o resultados de enfermería NOC esperados. Una vez se hayan fijado las prioridades, se elegirán los resultados de enfermería NOC que esperamos conseguir en el paciente.
- Selección de las intervenciones de enfermería NIC. Con el fin de conseguir estos resultados, se seleccionarán las intervenciones enfermeras correspondientes a la clasificación de intervenciones de enfermería NIC.

Para determinar los resultados NOC que esperamos conseguir y las intervenciones NIC que realizaremos para solucionar el problema de salud, es necesario fijar unas prioridades.

Maslow reflejó que la insatisfacción de las necesidades básicas provoca la enfermedad. Es más, mediante la representación gráfica de las necesidades en forma de pirámide, estableció que las necesidades más importantes o urgentes hacían referencia a los problemas fisiológicos. Sin embargo, aunque tengamos en cuenta esta pirámide, siempre será necesario consensuar con el paciente la importancia relativa de cada diagnóstico con el fin de tratar primero los diagnósticos más relevantes.

La planeación es la tercera etapa del proceso cuidado enfermero, es importante porque implica establecer los objetivos, actividades, así como asignar prioridades, es en esta etapa que se hace el uso de los NOC Y las NIC.

4.5.4 Implementación

La fase de ejecución es la cuarta etapa del plan de cuidados, es en esta etapa cuando realmente se pone en práctica el plan de cuidados elaborado. En esta fase se realizarán todas las intervenciones enfermeras dirigidas a la resolución de problemas (diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes) y las necesidades asistenciales de cada persona tratada. Por otro lado, la propia ejecución de la intervención es fuente de nuevos

datos que deberán ser revisados y tenidos en cuenta como confirmación diagnóstica o como nuevos problemas.

La Etapa de planificación satisface la necesidad de saber hacia dónde se van a dirigir las acciones de cuidados y cómo se van a llevar a cabo. Su interés radica primordialmente en la formulación de los objetivos que se deben alcanzar para resolver las situaciones identificadas como problemas a través de la valoración y ser etiquetadas posteriormente como diagnósticos. Un aspecto importante de la planificación es también la descripción de las tareas necesarias para dar una respuesta individualizada a la situación de cada sujeto; en este sentido y, cuando se elabora la etapa de planificación, se tendrá que hacer referencia a los protocolos de actuación a los llamados G.D.R (Grupos de Diagnósticos Relacionados), a los proyectos N.I.C (Nursing Interventions Classification) y N.O.C (Nursing Outcomes Classification).

Según Phaneuf define la planificación como: “el establecimiento de un plan de acción, prever las etapas de su realización, las acciones que se van a llevar a cabo, los medios que hay que emplear y las precauciones que hay que adoptar; en pocas palabras, pensar y organizar una estrategia de cuidados definida.”

4.5.5 Evaluación

La evaluación se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Evaluar, es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios criterios. Los dos criterios más importantes que valora la enfermería, en este sentido, son: la eficacia y la efectividad de las actuaciones.

La evaluación es una acción continua y formal que está presente a lo largo de todo el Proceso de Atención de Enfermería (P.A.E): es parte integral de cada una de las etapas y se relaciona con la valoración (considerada como una evaluación inicial del sujeto); diagnóstico (se evalúan los datos para comprobar que la etiqueta diagnóstica se ajuste a los mismos); planificación (cuya fase de priorización se evalúa diagnósticos formulados,

percepción del sujeto, recursos de los que se dispone, etc.) y ejecución (se remite a la evaluación de las etapas anteriores).

Phaneuf considera a la evaluación como: “la etapa final del proceso de cuidados enfermeros, es el momento en el que el profesional compara los resultados obtenidos de sus intervenciones con los objetivos de resultado, formula un juicio e identifica los aspectos del plan que merecen ser revisados y ajustados.”

La evaluación de resultados se basa en determinar el cumplimiento de los objetivos planificados y permite: Favorecer una atención eficaz, Determinar el logro de los objetivos propuestos, Identificar los factores que afectan el logro de los objetivos, decidir si se mantiene el plan de cuidados, se modifica o finaliza, Informar a los profesionales sobre el nivel de calidad de los cuidados.

Para conseguir todos estos objetivos la evaluación debe llevarse a cabo sobre tres aspectos: la estructura en la que tiene lugar el cuidado, el proceso de cuidar y los resultados de las intervenciones, que permite comprobar la efectividad de la acción de enfermería e identificar los cambios que se ha producido en el estado de salud del sujeto. Son tres los posibles resultados de la evaluación: el paciente ha alcanzado el resultado esperado, el paciente está en proceso de alcanzar el resultado esperado y el paciente no ha alcanzado el resultado esperado.

4.5.6 Pancreatitis Aguda de Origen Biliar

Anatomía y fisiología

El páncreas es una glándula digestiva voluminosa alargada ubicada en el abdomen, se halla posterior al estómago entre el duodeno a la derecha y el bazo a la izquierda, mide de 12 a 15 cm y pesa entre 70 y 110 gramos. El páncreas se divide en 4 porciones: Cabeza, Cuello, Cuerpo y Cola, la mayor parte del parénquima (60-70%) se encuentra en la cabeza. Figura 1.

La glándula pancreática está formada por dos conductos excretores: El conducto de wirsung (conducto pancreático mayor, que recorre todo el páncreas desde la cola hasta la cabeza). El conducto pancreático accesorio (de Santorini) desemboca en el duodeno, en el vértice de la papila duodenal menor; a unos 2 o 3 cm por encima del conducto pancreático principal. Su orificio contiene mucosa. Cuando el conducto pancreático accesorio no comunica con el principal, el conducto accesorio transporta la mayor parte del jugo

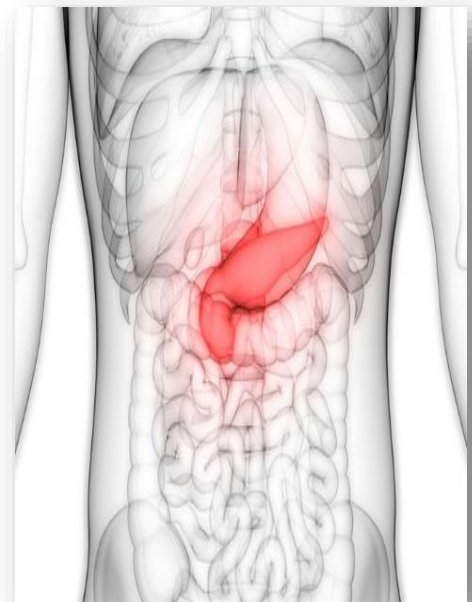


Fig. 1 Anatomía del páncreas

Esta glándula posee dos funciones:

Exocrina: se encarga de secretar el jugo pancreático a la luz intestinal para neutralizar su contenido, funciona en la absorción de los alimentos produciendo un líquido que contiene enzimas que los digieren, Este está compuesto por electrolitos (Na, K, CL, HCO₃) y enzimas como la tripsina, quimiotripsina, desoxirribonucleasa, carboxipeptidasa, lipasa, colipasa, fosfolipasa A2 y amilasa. Segrega enzimas al tubo digestivo para facilitar la descomposición de los alimentos que ingerimos. Estas sustancias se encuentran en el jugo pancreático y pasan al intestino delgado o duodeno a través de una serie de conductos.

Endocrina: el páncreas segrega hormonas que juegan un papel importante en el metabolismo de carbohidratos, como lo son la insulina y el glucagón. También segrega otros péptidos como la somatostatina y el Polipéptido Pancreático.

La pancreatitis aguda es un proceso inflamatorio súbito del páncreas exocrino, como resultado del daño a las células acinares, puede ser clasificada como aguda o crónica, con daño reversible del parénquima pancreático y es uno de los trastornos gastrointestinales que más comúnmente requieren valoración en el servicio de urgencias.

Cuando las enzimas pancreáticas se activan inapropiadamente antes de salir del páncreas y llegar al estómago, el tejido de este órgano se irrita y se inflama.

Epidemiología

La Pancreatitis es uno de los trastornos gastrointestinales más comunes que requieren hospitalización. Su incidencia anual es de 13- 45/100000 personas. La mayoría son leves y autolimitadas, 80% son moderadamente graves y 20% son graves. La falla orgánica es la principal determinante de gravedad y causa de muerte temprana. La mortalidad global es de 3-6% y aumenta a 30% en PA grave, siendo las infecciones secundarias, incluyendo la PAN infectada y sepsis, las responsables de más muertes en los últimos años. (Windsor JA, 2016)

Etiología

Los factores etiológicos son varios, ya que no se conoce el mecanismo específico de la pancreatitis aguda

-Cálculos Biliares: es la causa más frecuente de la pancreatitis aguda. Los cálculos biliares pueden causar dolor. Este se desarrolla cuando los cálculos pasan desde la vesícula biliar hacia el interior del conducto cístico, el conducto colédoco o la ampolla de Vater, y obstruyen el conducto, entonces la vesícula biliar se inflama, y esto se debe a la obstrucción de estos conductos. Los cálculos biliares, que se producen en la vesícula biliar, pueden obstruir la vía biliar, detener el viaje de las enzimas pancreáticas hacia el intestino delgado y obligarlas a retroceder al páncreas nuevamente.

- Alcohol: en las agudas, aumenta el tono del esfínter de Oddi, y se produce en el estómago disminución del pH, conllevando la liberación de secretina, la cual estimula las células pancreáticas, permitiendo hipersecreción de enzimas pancreáticas. En la crónica: produce precipitación de las proteínas, formando litiasis proteicas en el páncreas.
- Hipercalcemia: se dice que aumenta la permeabilidad de los conductos pancreáticos, permitiendo la salida de las enzimas, que producen daño en el tejido.
- Hiperlipidemia: se debe a la acción citotóxica de los ácidos grasos libres.
- Hipertrigliceridemia
- Herencia genética: es un trastorno genético con carácter dominante, no determinado por el sexo, debido a la mutación del gen (7q35) del tripsinógeno. así como la historia de por lo menos otros dos familiares.
- Iatrogénica: se puede producir Pancreatitis cuando se lesiona directamente la glándula, como en la biopsia o resección pancreática. La Pancreatitis postoperatoria (cirugía gastrointestinal, de vías biliares y pancreáticas) ocurre en 11%. El 0,09% de las CPRE y 0,43% de las esfinterotomías producen Pancreatitis.
- Medicamentos: son causa rara de este tipo de patología, el uso de esteroides, tiazídicos, furosemida, sulfonamidas, tetraciclinas, estrógenos y azatioprina, podrían generarla.
- Traumatismos: Estenosis: esta cualidad del conducto pancreático puede ser de origen embriológico, como también postraumático.
- Otras: contacto con veneno de *Tityus trinitatis*, agentes infecciosos como los virus de la parotiditis, herpes simple, hepatitis, Epstein-Barr y Coxsackie virus; bacterias como estreptococos, *Salmonella typhi*; y parásitos como el *Acaris lumbricoides*.

Pancreatitis biliar

Representando la Pancreatitis Aguda de origen Biliar el 45% de los casos. La litiasis biliar se ha asociado a la obstrucción por un cálculo, que atravesando el colédoco queda impactado en la papila, pero en muchas ocasiones sólo se detecta barro biliar o micro cálculos sin evidencia de litiasis de mayor entidad.

En la presencia de colelitiasis, la contracción normal de la vesícula estimulada por la colecistoquinina para favorecer el metabolismo de las grasas y proteínas a nivel intestinal puede ocasionar que los litos se expulsen por el conducto biliar junto con la bilis.

Los litos pequeños generalmente pasan con facilidad hacia el duodeno, mientras que los litos más grandes se pueden impactar en el conducto biliar común o en el conducto pancreático bloqueando el flujo de jugo pancreático hacia el duodeno. Los litos también se pueden impactar en el esfínter de Oddi, produciendo un espasmo de este, llevando a reflujo de contenidos duodenales hacia el conducto pancreático. Si el lito se impacta en el conducto biliar común, puede haber reflujo de bilis hacia el conducto pancreático. La presencia de bilis y/o contenido duodenal en el conducto pancreático desencadena una activación prematura de las enzimas pancreáticas dentro del páncreas, lo que conlleva a auto Diagnóstico y tratamiento de pancreatitis aguda. Fig. 2.

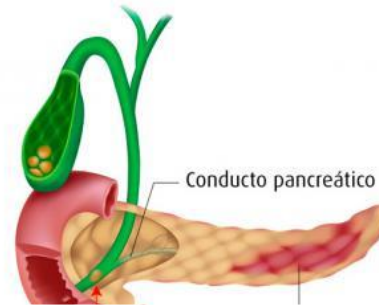


Fig. 2 Bloqueo del conducto pancreático por un cálculo biliar.

El desarrollo de pancreatitis aguda depende de que la litiasis, formada generalmente en la vesícula, recorra el conducto cístico y colédoco hasta producir una obstrucción a la salida del jugo pancreático; por ello en general las litiasis causantes de pancreatitis aguda son de un tamaño inferior a 5 mm. La micro litiasis o barro vesicular son una causa reconocida de pancreatitis aguda, y, en el primer caso, se estima que explica una proporción importante de las pancreatitis. Dado que el desarrollo de pancreatitis aguda de origen biliar supone el paso al colédoco de una litiasis, se debe tener en cuenta en todo momento la posibilidad de que la coledocolitiasis persista, con el riesgo que ello supone para el desarrollo de colangitis aguda y recidiva de la pancreatitis.

Cuadro Clínico

Manifestaciones clínicas

Dolor en la parte medial del epigastrio, constante y terebrante, Náusea, Vómito, Fiebre, Taquicardia, Hipotensión, Estertores basales, Sensibilidad y rigidez abdominales, Disminución de ruidos intestinales.

Nódulos cutáneos eritematosos debido a necrosis de grasa subcutánea, Derrame pleural (a menudo del lado izquierdo)

Signo de Cullen: coloración azul en el área periumbilical por hemoperitoneo

Signo de Turner: coloración azul-rojo-púrpura o verde-parda en los flancos a causa del catabolismo hístico de la hemoglobina.



Fig. 3 Manifestación clínica Dolor Abdominal

El dolor abdominal es el síntoma principal en la pancreatitis aguda, desde molestia leve y tolerable, hasta sufrimiento intenso, constante e incapacitante. Es característico el dolor continuo y terebrante, localizado en epigastrio y región periumbilical y que a menudo se extiende a la espalda, tórax, flancos y porción inferior del abdomen. Fig.3.

El dolor tiende a ser más intenso cuando el paciente adopta la posición de decúbito supino y con cierta frecuencia se alivia cuando el paciente flexiona el tronco y recoge las rodillas. Son frecuentes las náuseas, vómitos y distensión abdominal.

La exploración física suele revelar un paciente angustiado y ansioso. Con frecuencia se puede detectar la fiebre, taquicardia e hipotensión arterial. El shock no es infrecuente y se debe a:

- Hipovolemia secundaria por exudado de las proteínas plasmáticas y sanguíneas al espacio retroperitoneal, comportándose como una quemadura.
- Mayor formación y liberación de péptidos de cinina la cual tiende a la vasodilatación con aumento de la permeabilidad vascular.

- Por efectos sistémicos de las enzimas proteolíticas y lipolíticas liberadas en la circulación.

La Ictericia es poco frecuente y su aparición suele ser debida al edema de la cabeza del páncreas comprimiendo la porción intrapancreática del colédoco. Pueden aparecer nódulos cutáneos eritematosos por necrosis grasa. De 10 a 20 % de los pacientes pueden tener signos pulmonares, como estertores basales, atelectasia y derrame pleural (más frecuente izquierdo).

Como signos de la PA, muchos señalan la coloración azul de la región del ombligo (signo de Cullen), consecuencia del hemoperitoneo. También, una coloración azul-rojo-morada o verde-marrón en los flancos (signo de Turner), reflejo del catabolismo tisular de la hemoglobina. Los signos de Cullen y Turner, son poco frecuentes y tardíos e indican la existencia de una pancreatitis necrotizante grave.

El shock (hemorrágico) es un signo típico en estos enfermos y presente en un gran número de pacientes. A medida que el proceso inflamatorio de la pancreatitis aguda se desarrolla y se produce la invasión hacia la cavidad peritoneal por las enzimas activadas, el paciente se agrava por la absorción de las toxinas, bacterias y tejidos necrosados.

4.5.7 Diagnóstico y tratamiento de la pancreatitis aguda

Para realizar el diagnóstico de pancreatitis aguda se requiere la presencia de al menos dos de los siguientes criterios: (Observar anexo 1)

- Dolor abdominal agudo, de inicio súbito, persistente, a nivel de epigastrio, el cual puede irradiar hacia la espalda.
- Estudio de las enzimas pancreáticas en sangre, (amilasa o lipasa) Niveles séricos de amilasa o lipasa elevados mínimo tres veces los valores normales.
- Ecografía del abdomen permite observar si hay cálculos en la vesícula, pero puede no distinguirse bien en el páncreas. Hallazgos característicos de pancreatitis aguda en tomografía axial computarizada (TAC) o resonancia magnética como colecciones intraabdominales.

Tratamiento



Fig. 4 Tratamiento de la Pancreatitis Aguda

El tratamiento general de una pancreatitis (mayoría de los casos) Fig. 4. se basa en hidratación adecuada, reposo digestivo hasta que el paciente no presente más dolor y sienta deseos de comer, con sonda nasogástrica sólo si hay vómitos incoercibles o íleo generalizado y analgesia

- Fluidoterapia: El mantenimiento de un adecuado volumen intravascular puede requerir de 5 a 10 litros de cristaloides o coloides durante los primeros días, aportar abundantes líquidos por vena y administrar medicamentos para el manejo de los vómitos.
- Analgesia: Debe ser prioridad para aliviar el dolor (sobre el uso de morfina, no existen evidencias que agrave el cuadro)
- Nutrición: En pacientes con pancreatitis, en que la realimentación oral se ira introduciendo poco a poco en un plazo máximo de 1 semana, no se ha demostrado beneficio de la asistencia nutricional; basta con suero glucosado al 5% que provee la adecuada energía calórica. (El ayuno prolongado o "reposo intestinal" se asocia a un aumento de las complicaciones infecciosas debido a la atrofia de la mucosa intestinal y la subsecuente traslocación bacteriana. Recientemente se ha demostrado las ventajas de la alimentación oral precoz en los pacientes con PA leve. Reservar vía

parenteral para pacientes con intolerancia oral prolongada (>7 días) o en los que no se alcancen objetivos nutricionales con la vía enteral.

- Antibióticos: Sólo están indicados de forma profiláctica en pacientes con pancreatitis severa o cuando hay necrosis infectada (mortalidad del 40%) ya que su uso indiscriminado sólo lleva a la selección de cepas resistentes y a un aumento en el riesgo de infecciones micóticas.
- CPRE (Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica) de urgencia en pacientes graves que presenten signos de colangitis o en aquellos con alta sospecha de obstrucción biliar persistente con elevación de bilirrubina plasmática.
- Cirugía: Colectomía, la extracción de la vesícula biliar (colectomía) es el tratamiento definitivo para la prevención de ataques adicionales de pancreatitis aguda por cálculos biliares cuando la persona es apta para la cirugía. La extracción laparoscópica (cirugía mínimamente invasiva) de la vesícula biliar actualmente es el método preferido de colectomía más del 99% de los pacientes se recuperan completamente sin problemas graves de salud.

V. CASO CLINICO

Resumen de caso clínico

Paciente adulto M.M.J de 87 años de edad de sexo masculino ansioso, agitado e irritable, con expresiones faciales de dolor acude al área de Urgencias en Hospital privado el día 8 de julio de 2021, por presentar cuadro clínico de 3 días de evolución caracterizado por dolor abdominal, hoy por la mañana refiere despertar debido a un dolor en epigastrio transflíctico que ha progresado a gran intensidad, acompañado de náuseas y vómito por varias ocasiones (4 vómitos) de característica biliosa, intento tomar un té para mejorar los síntomas sin embargo no lo tolero así mismo refiere evacuación semilíquida, presenta fiebre por lo que acude a esta unidad, se observa paciente deshidratado, abdomen distendido con peristaltismo presente pero disminuido en frecuencia e intensidad, alerta, pupilas sin alteraciones, ojos hundidos, mucosa oral deshidratada, cuello cilindro sin alteraciones, ruidos cardiacos rítmicos sin agregados, campos pulmonares ventilados sin estertores, miembros superiores e inferiores íntegros sin presencia de edema siendo ingresado al área de hospitalización con signos vitales de T 38.3° T/A 175/84 FC 103x' FR 24X' SP02 93%

FICHA DE IDENTIFICACION

Nombre: M.M.J

SEXO: Masculino GRUPO SANGUINEO: AB +

Edad: 87 años

Fecha de nacimiento: 21/05/ 1934

Alergias: negadas

Fecha de ingreso: 08/07/2021

Religión: católico

5.1 Valoración por las 14 necesidades de Virginia Henderson.

Una vez valoradas estas necesidades, se plantean bajo un pensamiento crítico para tomar decisiones, sobre si el comportamiento del paciente es adecuado para satisfacer cada una de estas necesidades es decir si el paciente es independiente en cada necesidad teniendo en cuenta las características individuales de la persona.

La obtención de información de este caso dentro del proceso de valoración está realizada en tres fases: antes, durante y después de ésta. (valoración que se observa en anexo 2)

1.- NECESIDAD DE RESPIRAR NORMALMENTE

Nunca ha tenido problemas respiratorios. Fumo durante mucho tiempo, pero lo dejo hace 10 años. A su ingreso vías respiratorias permeables, ruidos cardiacos rítmicos sin agregados, campos pulmonares ventilados sin estertores, su respiración es diafragmática, silenciosa tiene un ritmo y amplitud normal con una frecuencia de 24x', Oxigena al 93%, manifiesta sentir dolor "Cuando estoy nervioso tengo la sensación de que respiro más deprisa". Causa de la dependencia: Dolor.

2.- NECESIDAD DE COMER Y BEBER ADECUADAMENTE

P 70 KG T 1.66 CM IMC 25. 45

Realiza en su rutina diaria, una dieta normal de 3 comidas al día, no tiene horario específico, bebe aproximadamente 1.5 litros de agua al día, suele tomar bebidas alcohólicas, lo único que echa de menos es tomar un vasito de vino tinto por la tarde, mantiene una autonomía total para alimentarse, tiene buen apetito, considera tener una dieta alta en grasas, se observa que la boca tiene un aspecto limpio, utiliza prótesis dental, presenta dificultad a la masticación y deglución, no tiene alergias. Su índice de masa corporal se clasifica en sobrepeso grado 1, perímetro abdominal de 115 cm.

A la valoración presenta ojos hundidos, mucosa oral y piel deshidratada., por el momento existen evidencias de deshidratación relacionado por exceso de vomito, y falta de líquidos.

Se indica estudios de imagenología como ultrasonido abdominal (observar anexo 3) tratamiento de fluidoterapia I.V, se requiere manejo del dolor, manejo de las nauseas /

vómitos, tratamiento para la fiebre y la realización de exámenes de laboratorio, con resultados de:

	RESULTADOS	
LIPASA	3781.0 U/L	23.0 - 300.0
PROTEINA C REACTIVA	4.1 mg/Dl	0.3- 1.0
SODIO	142.0 mmol/L	137.0 – 145.0
POTASIO	4.8 mmol/L	3.5 – 5.1
CLORO	106.0 mmol/L	98.0 – 107.0
GLUCOSA	145.0 mg/DL	70.0 – 99.0
CREATININA	1.10 mg/DL	0.66 – 1.25
HEMOGLOBINA	14.74 g/DL	13.00 – 17.00
PLAQUETAS	149.8	150.0 – 450.0
LEUCOCITOS TOTALES	9.5	4.5 – 11.0
AMILASA	1322 .0	0 – 125 U/L

RESULTADOS DE ULTRASONIDO

EMPRESA: PARTICULAR

FECHA DE ESTUDIO: 08/ 07/ 2021

ESTUDIO US: ABDOMEN TOTAL

HORA DE ESTUDIO 10:59 AM

CONCLUSIONES

ESTUDIO QUE MUESTRA DATOS DE PANCREATITIS AGUDA

Al séptimo día de hospitalización se introdujo poco a poco dieta líquida, a tolerancia.

Manifiesta estar preocupado y confuso acerca de que alimentos puede comer y cuáles no, ya que enfermería le ha comentado que, a partir de ahora de su egreso, tiene que seguir una dieta estricta, refiere no tener problemas con seguir una dieta rígida, si eso es lo que le va a ayudar con su enfermedad, pero no sabe si sabrá hacerlo bien cuando se valla de alta.

3.-NECESIDAD DE ELIMINAR POR TODAS LAS VIAS CORPORALES

Refiere el paciente que al día tiene una eliminación intestinal de dos deposiciones en el transcurso del día, cantidad normal y habitualmente de consistencia semiblanda, de eliminación urinaria, 6 veces al día, la orina es concentrada, amarillo obscuro, no presenta dolor ni picor al orinar, realiza sus necesidades fisiológicas sin ayuda, refiere estreñimiento

ocasional, para evitar el estreñimiento consume ciruelas pasa en papilla, en su hospitalización se coloca sonda Foley Fr 16 drenando a gravedad la primera instancia a 600ml, después fue intervenido el 12 de julio 2021 quirúrgicamente por Colectistectomía por laparoscopia con colangiografía transcística, se completa colectistectomía y se extrae pieza completa, se colocó drenaje cerrado a este se adhiere una bolsa recolectora fuera del cuerpo, este encuentra en perfectas condiciones de aseo y permeable.

4. -NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER POSTURAS ADECUADAS

Requiere ayuda para moverse y trasladarse a distancias largas, aunque su modo de andar es lento, tiene apoyo de un equipo (bastón), usa aparato auditivo, paciente sedentario, refiere que ha llevado una vida sin actividad física, manifestando completamente desinterés por las actividades recreativas. Solo le gusta jugar domino, la postura que adopta habitualmente es estar sentado. Al ingreso presento dificultad para caminar por el dolor intenso constante que refería sentir, se le ayudo a pasar a su camilla, en donde toma una posición cómoda que le permitía ceder el dolor, después de haber sido intervenido por colectistectomía por laparoscopia con colangiografía transcística el día 12 de julio del 2021 al termino, también requirió ayuda para la movilización y deambulacion, en su habitación, presentando dolor en la herida quirúrgica, con facies de dolor, se valora por escala de EVA (observar anexo 4) manifestando el paciente un parámetro de 9 presenta perdida de fuerza, debilidad en la marcha, con reposo “él dice que estará mejor”

5.- NECESIDAD DE DORMIR Y DESCANSAR

Paciente refiere que por las mañanas tiene el nivel de energía, para las actividades de la vida diaria en su hogar, suele dormir más por la tarde 2-4 hrs en su sofá. Tiene historia anterior de insomnio, que ya ha sido tratado con fármacos. En el sueño por la noche refiere presencia de ronquidos además de tener el sueño interrumpido, se despierta varias veces por la noche (2 a 3 veces) y tiene dificultad para mantenerse dormido, para esto pone música relajante de sonidos de ríos y mares. Desde su ingreso le cuesta conciliar el sueño, porque tiene miedo a cómo va a enfrentar y evolucionar su enfermedad.

6.- NECESIDAD DE USAR ROPA ADECUADA, VESTIRSE Y DESVESTIRSE

Presenta autonomía parcial para vestirse debido a su dificultad para obtener y sustituir la ropa, su aspecto es descuidado y no le da importancia a su forma de vestir, siempre usa ropa cómoda en casa y sus zapatos favoritos (pantuflas) y su cobija favorita café que refiere que desde años la obtiene.

7.- NECESIDAD DE MANTENER LA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DE LOS LÍMITES NORMALES

A su ingreso presenta Temperatura de 38° C, cede la fiebre tras administración de antitérmicos. Aunque la temperatura de la habitación es fresca le sudan las manos, comenta que cuando está nervioso le sudan sus manos.

8.- NECESIDAD DE MANTENER LA HIGIENE CORPORAL Y LA INTEGRIDAD DE LA PIEL

El paciente se ducha diariamente aunque presenta dificultad para lavarse algunas partes del cuerpo, el aspecto de su piel está en buenas condiciones, piel clara, deshidratada con palidez, frágil, presenta dificultad, para manejar algunos útiles de higiene, como es el afeitarse, se arregla el pelo con mucho esmero y se pone colonia, su pelo está limpio pero seco y sin brillo, sus uñas son cortas y limpias, se limpia la boca y cepilla la prótesis antes de dormir y levantarse, no hay presencia de úlceras por presión.

9.- NECESIDAD DE EVITAR LOS PELIGROS AMBIENTALES Y LESIONAR A OTRAS PERSONAS

Paciente consciente y orientado, el paciente enfrenta un problema que pusiera en peligro su seguridad, presenta un mayor riesgo de lesiones por la movilidad limitada que le produce su patología (especialmente al subir o bajar escaleras o en situaciones que requieran movimientos bruscos y/o rápidos), presenta alteraciones perceptivas de tipo auditivo (hipoacusia) el está atento a cualquier peligro que pudiera seguir y a pesar de estar angustiado con su estado de salud, adopta una actitud colaboradora ante el tratamiento.

10.- NECESIDAD DE COMUNICARSE CON LOS DEMAS EXPRESANDO EMOCIONES

No es capaz de mantener una conversación fluida, se observa fatigado, contestando mejor a preguntas cerradas, su lenguaje es lento y escaso, mostrando durante toda la entrevista un tono tranquilo, su humor es generalmente empático, su principal persona de apoyo es su esposa: "Ella también está preocupada pero no lo muestra me da ánimo y sé que ella también lo necesita pero yo no puedo dárselo y actuar como si nada pasara, todo esto me supera y yo ya soy muy mayor" , vive con su esposa y no mantiene relación con personas de su entorno (vecino, amigos). Sexualidad: no tiene ya deseos de practicarlo.

11.- NECESIDAD DE VIVIR DE ACUERDO CON SUS PROPIAS CREENCIAS Y VALORES

Católico no practicante. Pero su Fe es muy grande en Dios, su escala de valores por orden de mayor a menor importancia es: Salud, familia, hijos y dinero.

12.- NECESIDAD DE OCUPACION PARA LA AUTORREALIZACION

Jubilado desde los 65 años, refiere haberse habituado muy bien a su situación actual en casa, solo disfruta de sus nietos y esposa, por el momento no trabaja fuera de casa por lo que a veces realiza las tareas de la casa, esto lo distrae mucho y lo hace sentir útil, su situación económica es buena, actualmente expresa preocupación por si podrá seguir haciendo las actividades que realizaba anteriormente.

13.- NECESIDAD DE PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

Presenta una gran pérdida de interés por las actividades recreativas y un notable empobrecimiento con sus habilidades y funciones motoras, desde su jubilación la actividad diaria consiste en ayudar a su mujer con las tareas del hogar, en sus ratos libres le gusta leer el periódico, ver la tv, escuchar la radio, le gusta jugar domino con uno de sus hijos y además el paciente refiere "antes me gustaba leer, ahora ya no me apetece"

14. NECESIDAD DE APRENDIZAJE

Muestra interés, pero no sabe cómo actuar y parece indiferente ante todo tipo de información (incluido su problema de salud), pero atiende a las explicaciones que se le dan acerca de su enfermedad presenta alteración de la capacidad de retención y dificultad para aprender conceptos nuevos, también tiene dificultad para recordar hechos pasados.

DIAGNOSTICOS IDENTIFICADOS

-(00132) Dolor agudo

Relacionado con: Lesión por agentes biológicos

Características definitorias:

- Postura para aliviar el dolor
- Conducta expresiva
- Expresión facial del dolor.
- Autoinforme de intensidad con escalas estandarizadas de dolor

-(00007) Hipertermia

Relacionado con:

-Deshidratación

Características definitorias:

- Irritabilidad
- Piel caliente al tacto
- Taquicardia

Condición asociada

-Enfermedad

-(00025) Riesgo del desequilibrio de volumen de líquidos

Factor(es) de riesgo:

-Alteración de la ingesta de líquidos

Población en riesgo:

-Personas con afecciones internas que alteran las necesidades de líquidos

Condición asociada:

-Perdida activa del volumen de líquidos

-Alteraciones que afectan la ingesta de líquidos

-Régimen de tratamiento

-(00088) Deterioro de la deambulación

Relacionado con:

-Mala condición física

-Fuerza muscular insuficiente

Características definitorias:

-Deterioro de la habilidad para bajar una rampa

-Deterioro de la habilidad para caminar las distancias requeridas

-Deterioro de la habilidad para caminar en superficies irregulares.

-(00004) Riesgo de infección

Factor(es) de riesgo:

- Procedimiento invasivo

-Alteración en la integridad cutánea

5.2 Diagnóstico, Planificación y Evaluación

FORMATO DE REGISTRO DEL PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA					
VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN			
<p>Patrón (es): Confort</p> <p>Datos objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Dolor en epigastrio transflíctivo -Expresiones faciales de dolor -Escala de Eva -Se observa con postura de dolor <p>Datos Subjetivos:</p> <p>“me duele mucho mi abdomen”</p> <ul style="list-style-type: none"> -Ansioso -Agitado -Irritable 	<p>Dominio: 12</p> <p>Clase: 1 Confort físico</p> <p>Etiqueta diagnóstica: DOLOR AGUDO (00132)</p> <p>Experiencia sensorial y emocional desagradable con daño tisular real o potencial, o descrita en términos de dicho daño, de inicio repentino o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o predecible y con una duración menor de 3 meses.</p> <p>Factore(s) relacionado(s)</p> <ul style="list-style-type: none"> -Lesión por agentes biológicos <p>Características definitorias:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Postura para aliviar el dolor -Conducta expresiva -Expresión facial del dolor. -Autoinforme de intensidad con escalas estandarizadas de dolor 	CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)			
		Dominio: Salud percibida (V)	Clase: Sintomatología (v)		
		Criterio de resultado (2102): NIVEL DEL DOLOR Intensidad del dolor referido o manifestado			
		Indicador (es)	Puntuación inicial *	Puntuación Día.ia*	
		(210201) Dolor referido	Grave 1	Leve 4	
(21021) Frotarse el área afectada	Moderado 3	Leve 4			
210206 Expresiones faciales de dolor	Leve 4	Ninguno 5			
210222 Agitación	Leve 4	Ninguno 5			
210227 Nauseas	Sustancial 2	Leve 4			
210228 Intolerancia a los alimentos	Moderado 3	Leve 4			

INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN	
<p>Campo: 1 FISIOLÓGICO: BÁSICO Clase: E Fomento de la comodidad física, Intervenciones para fomentar la comodidad utilizando técnicas físicas.</p> <p>INTERVENCIÓN: MANEJO DEL DOLOR (1400) Alivio del dolor o disminución del dolor a un nivel de tolerancia que sea aceptable para el paciente.</p> <p>ACTIVIDADES</p> <ul style="list-style-type: none"> -Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición/duración, frecuencia, calidad, intensidad y factores desencadenantes. -Explorar con el paciente los factores que alivian o empeoran el dolor -Utilizar un método de valoración adecuado que permita el seguimiento de los cambios en el dolor y que ayude a identificar los problemas reales desencadenantes reales y potenciales (hoja de informe, llevar un diario) -Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes. -Proporcionar información acerca del dolor, tal como causas del dolor, el tiempo que durara, las incomodidades que se esperan debido a los procedimientos. 	<p>Una buena valoración implica propiciar las intervenciones necesarias para proporcionar el alivio, son datos que sirven de guía para desarrollar un correcto plan de tratamiento para el dolor, que permite valorar de manera objetiva los cambios en la intensidad del dolor para poder actuar oportunamente tanto como administrar el analgésico correcto prescrito por el médico, para controlar el dolor, anticipándose a la aparición de el mismo, estos analgésicos actúan impidiendo que las células nerviosas se puedan transmitir el mensaje de dolor entre sí. El mensaje de dolor no logra llegar hasta cerebro, lo que impide que la persona sienta dolor porque disminuyen la percepción del sistema nervioso central (SNC) e incluso inducen al sueño. Administrar respetando los horarios establecidos para los analgésicos prescritos. Una adecuada posición ayudara a una buena circulación y así evitara el dolor. Cuando impartimos conocimientos buscamos sensibilizar al paciente para que tenga cuidado para su pronta recuperación.</p>	Criterio de resultado: NIVEL DEL DOLOR (2102) Intensidad del dolor referido o manifestado	
		Indicador (es)	Puntuación final
		<p>(210201) Dolor referido</p> <p>(21021) Frotarse el área afectada</p> <p>(210206) Expresiones faciales de dolor</p> <p>(210222) Agitación</p> <p>(210227) Náuseas</p> <p>(210228) Intolerancia a los alimentos</p>	<p>Leve 4</p> <p>Ninguno 5</p> <p>Ninguno 5</p> <p>Ninguno 5</p> <p>Ninguno 5</p> <p>Moderado 3</p>

FORMATO DE REGISTRO DEL PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN			
<p>Patrón (es): Seguridad/ Protección</p> <p>Datos objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Piel caliente al tacto -Fiebre de 38.3° -Rubor en mejillas -Taquicardia <p>Datos Subjetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - “Me siento calentito” - “Tengo escalofríos” 	<p>Dominio: 11</p> <p>Clase: 6 concepto Hipertermia</p> <p>Etiqueta diagnóstica:</p> <p>HIPERTERMIA (00007)</p> <p>Temperatura corporal por encima del rango diurno normal debido a la insuficiencia de termorregulación.</p> <p>Factore(s) relacionado(s) o</p> <ul style="list-style-type: none"> - Deshidratación <p>Condición asociada</p> <ul style="list-style-type: none"> - Enfermedad <p>Características definitorias:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Irritabilidad - Piel caliente al tacto - Taquicardia 	CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)			
		<p>Dominio: Salud Fisiológica (II)</p>	<p>Clase: Regulación Metabólica (I)</p>	<p>Criterio de resultado: TERMORREGULACION (0800) Equilibrio entre la producción, la ganancia y la perdida de calor</p>	
		<p>Indicador (es)</p> <p>(080001) Temperatura cutánea aumentada</p> <p>(080019) Hipertermia</p> <p>(080005) Irritabilidad</p> <p>(080014) Deshidratacion</p>	<p>Puntuación inicial</p> <p>Levemente comprometido 4</p> <p>Moderadamente comprometido 3</p> <p>Levemente comprometido 4</p> <p>Sustancialmente comprometido 2</p>	<p>Puntuación Diana</p> <p>No comprometido 5</p> <p>No comprometido 5</p> <p>No comprometido 5</p> <p>Levemente comprometido 4</p>	

INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN	
<p>Campo: FISIOLÓGICO: COMPLEJO</p> <p>Clase: M Termorregulación</p> <p>INTERVENCIÓN: TRATAMIENTO DE LA FIEBRE</p> <p>Tratamiento de los síntomas y afecciones relacionadas con un aumento de la temperatura corporal causada por pirógenos endógenos.</p> <p>ACTIVIDADES</p> <ul style="list-style-type: none"> -Controlar la temperatura y otros signos vitales médicos - Observar el color y la temperatura de la piel -Controlar las entradas y las salidas prestando atención a los cambios de las pérdidas insensibles de líquidos -Administrar medicamentos o líquidos I.V (antipiréticos, antibióticos y agentes anti-escalofríos. -Controlar la presencia de complicaciones relacionadas con la fiebre y de signos y síntomas de la afección causante de la fiebre. -Ofrecer una manta y ropa ligeras para las fases de la fiebre. 	<p>La toma de temperatura corporal es una práctica de rutina dentro del ámbito hospitalario, el mantener una temperatura adecuada es una necesidad básica del organismo ya que al verse alterada repercute de forma negativa en el organismo.</p> <p>La medición de la temperatura del cuerpo puede ser útil para detectar una enfermedad, con ella, también se puede monitorear si un tratamiento está funcionando o no. La causa no necesariamente es infecciosa, puede tener un fondo inmunológico o neoplásico, pero su presencia indica actividad inflamatoria.</p> <p>La disminución de la temperatura suele ocurrir por incremento en la disipación causado por la vasodilatación de los vasos sanguíneos superficiales. Los medicamentos que se emplean para reducir la fiebre se conocen como antipiréticos.</p> <p>El mecanismo de acción antipirético se basa en la inhibición de síntesis y liberación de prostaglandinas a nivel hipotalámico. Casi todas las prostaglandinas, excepto la I₂, son pirogénicas.</p>	<p>Criterio de resultado: TERMORREGULACION (0800) Equilibrio entre la producción, la ganancia y la pérdida de calor</p>	
		Indicador (es)	Puntuación final
		(080001) Temperatura cutánea aumentada	No comprometido 5
		(080019) Hipertermia	No comprometido 5
		(080005) Irritabilidad	No comprometido 5
(080014) Deshidratación	No comprometido 5		

FORMATO DE REGISTRO DEL PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN				
<p>Patrón (es) :2 NUTRICION</p> <p>Datos objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Vómitos -Temperatura de 38.3 -Nauseas -Sequedad en mucosas -Ojos hundidos -Piel deshidratada -Taquicardia -Paciente se mantiene en ayuno <p>Datos Subjetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Refiere no tolerar alimentos - "Tengo sed" 	<p>Dominio: 2 Clase: 5 Concepto: equilibrio de líquidos</p> <p>Etiqueta diagnóstica: (00025) RIESGO DE DESEQUILIBRIO DEL VOLUMEN DE LIQUIDOS.</p> <p>Susceptible a una disminución, aumento o cambio rápido de líquido intravascular, intersticial y/o intracelular, que puede comprometer la salud.</p> <p>Factor(es) de riesgo:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Alteración de la ingesta de líquidos <p>Población en riesgo:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Personas con afecciones internas que alteran las necesidades de líquidos <p>Condición asociada:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Perdida activa del volumen de líquidos -Alteraciones que afectan la ingesta de líquidos -Régimen de tratamiento 	CRITERIOS DE RESULTADO(NOC)				
		Dominio: Salud fisiológica (II)	Clase: Líquidos y electrolitos (G)			
		Criterio de resultado: HIDRATACION (0602) Agua adecuada en los compartimientos intracelular y extracelular del organismo				
		Indicador (es)	Puntuación inicial	Puntuación Diana		
		(060202) Membranas mucosas húmedas	Sustancialmente comprometido 2	Levemente comprometido 4		
		(060211) Diuresis	Levemente Comprometido 4	No comprometido 5		
		(060218) Función cognitiva	Levemente comprometido 4	Levemente comprometido 4		
		(060221) Pulso rápido	Levemente comprometido 4	Levemente comprometido 4		
		Dominio: Salud Fisiológica (II)		Clase: Líquidos y electrolitos (G)		
		Criterio de Resultado: EQUILIBRIO HIDRICO (0601) Equilibrio de agua en los compartimientos intracelulares y extracelulares del organismo				
Indicador (es)	Levemente comprometido	No comprometido				
(060101) Presión arterial	4	5				
(060107) Entradas y salidas diarias equilibradas	Moderadamente comprometido 3	No comprometido 5				
(060113) Ojos hundidos	Moderadamente comprometido 3	No comprometido 5				
(060115) Sed	Levemente comprometido 4	No comprometido 5				

INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN	
<p>Campo: 2 fisiológico: Complejo Cuidados que apoya a la regulación homeostática</p> <p>Clase: N control de perfusión tisular</p> <p>INTERVENCION: (4130) MONITORIZACION DE LIQUIDOS Recogida y análisis de los datos del paciente para regular el equilibrio de líquidos.</p> <p>ACTIVIDADES -Identificar posibles factores de riesgo de desequilibrio de líquidos (vómitos) -Vigilar ingresos y egresos -Vigilar presión sanguínea, frecuencia cardiaca y estado de la respiración -observar las mucosas, la turgencia de la piel y la sed -Observar el acceso venoso del dispositivo -Administrar líquidos -Mantener el flujo intravenoso prescrito</p>	<p>La Fluidoterapia intravenosa constituye una de las medidas terapéuticas más importantes y frecuentemente utilizada en Medicina de Urgencias su objetivo primordial consiste en la corrección del equilibrio hidroelectrolítico alterado. El empleo de soluciones intravenosas implica riesgos importantes por lo que se requiere una continua evaluación de la situación hemodinámica del enfermo valorando especialmente la aparición de signos de hiperhidratación y el exceso de electrolitos. La monitorización se puede realizar mediante los signos clínicos, monitorización invasiva y los parámetros de laboratorio.</p>	Criterio de resultado: HIDRATACION (0602) Agua adecuada en los compartimientos intracelular y extracelular del organismo	
		Indicador (es)	Puntuación final
		(060202) Membranas Mucosas Húmedas	Levemente comprometido 4
(060211) Diuresis	No comprometido 5		
(060218) Funcion cognitiva	Levemente comprometido 4		
(060221) Pulso rápido	Levemente comprometido 4		

INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN		
<p>Campo: FISIOLÓGICO: COMPLEJO Clase: N Control de la Perfusión Tisular</p> <p>INTERVENCIÓN: MANEJO DE LÍQUIDOS (4120)</p> <p>Mantener equilibrio de líquidos y prevenir las complicaciones derivadas de los niveles de líquidos anormales o no deseados.</p> <p>ACTIVIDADES</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizar un registro preciso de entradas y salidas - Monitorizar los signos vitales según corresponda - Administrar terapia I.V según descripción - Administrar líquidos según corresponda - Vigilar la respuesta del paciente en la terapia de electrolitos prescrita - Consultar con el médico si los signos y síntomas de exceso de volumen de líquidos persisten o empeoran 	<p>Los registros exactos de ingestión y excreción de líquidos ayudan notablemente a valorar el estado del balance hídrico en el paciente, las pérdidas excesivas y continuas, como sucede en caso de vómito, requieren de la administración de líquidos o soluciones de reposición, la administración de líquidos y electrolitos por vía intravenosa requiere de atención especial, para evitar infecciones, infiltración local, reacciones pirógenas, la elevación de la temperatura corporal aumenta los desechos metabólicos presentes. La infusión de líquidos, electrolitos y sustancias por vía intravenosa tiene la ventaja de su rápida absorción, pues pasan de forma directa al líquido extracelular y los mecanismos homeostáticos corporales actúan rápidamente para impedir que el líquido introducido produzca cambios excesivos en el volumen o la concentración de electrolitos del líquido celular.</p>	<p>Criterio de resultado: EQUILIBRIO HÍDRICO (0601) Equilibrio de agua en los compartimientos intracelulares y extracelulares del organismo</p>	<p>Indicador (es)</p>	<p>Puntuación final</p>
		(060101) Presión arterial	<p>Levemente comprometido 4</p>	
		(060107) Entradas y salidas diarias equilibradas	<p>Levemente comprometido 4</p>	
		(060113) Ojos hundidos	<p>No comprometido 5</p>	
		(060115) Sed	<p>No comprometido 5</p>	

FORMATO DE REGISTRO DEL PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN			
<p>Patrón (es): Actividad/reposo</p> <p>Datos objetivos:</p> <p>-Dolor al deambular</p> <p>-Requiere ayuda para moverse y trasladarse</p> <p>-Mayor de edad</p> <p>Datos Subjetivos:</p> <p>- “siento que me voy a caer si me levanto de la cama”</p> <p>- “No me siento fuerte para sostenerme por mucho tiempo levantado”</p>	<p>Dominio: 4</p> <p>Clase:2 Concepto: ambulación</p> <p>Etiqueta diagnóstica: (00088) DETERIORO DE LA AMBULACION.</p> <p>Limitación del movimiento independiente a pie en el entorno</p> <p>Factore(s) relacionado(s)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mala condición física - Fuerza muscular insuficiente <p>Características definitorias:</p> <p>-Deterioro de la habilidad para bajar una rampa</p> <p>-Deterioro de la habilidad para caminar las distancias requeridas</p> <p>-Deterioro de la habilidad para caminar en superficies irregulares.</p>	CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)			
		Dominio: Salud funcional (I)	Clase: Movilidad (C)		
		Criterio de resultado: AMBULAR (0200) Capacidad para caminar de un sitio a otro independientemente con o sin mecanismo de ayuda.			
		Indicador (es) (020002) Camina con marcha eficaz	Puntuación inicial Moderadamente comprometido 3	Puntuación Diana Levemente comprometido 4	
		(020003) Camina a paso lento	Moderadamente comprometido 3	Levemente comprometido 4	
(020010) Camina distancias cortas	Moderadamente comprometido 3	Levemente comprometido 4			
(020014) Anda por la habitación	Sustancialmente comprometido 2	Levemente comprometido 4			
(020017) Camina alrededor de obstáculos	Sustancialmente comprometido 2	Levemente comprometido 4			

INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN		
<p>Campo: FISIOLÓGICO: BÁSICO Cuidados que apoyan al funcionamiento físico</p> <p>Clase: C control de inmovilidad INTERVENCIÓN: AYUDA CON LOS AUTOCUIDADOS: TRANSFERENCIA (1806) Traslado de un paciente con limitación al movimiento independiente</p> <p>ACTIVIDADES</p> <ul style="list-style-type: none"> -Determinar la capacidad actual del paciente para trasladarse a sí mismo (p.ej, nivel de movilidad, consciencia, resistencia) -Enseñar al paciente todas las técnicas adecuadas con el objetivo de alcanzar el nivel máximo de independencia -Enseñar al individuo el uso de ayudas ambulatorias (p.ej, muletas, andadores, bastón) -Identificar los métodos para evitar lesiones durante el traslado -Utilizar la mecánica corporal durante los movimientos -Mantener la alineación corporal del paciente de correcta durante los movimientos -Ayudar al paciente a caminar utilizando tu cuerpo como muleta humana, si procede -Animar al sujeto para que aprenda a trasladarse de forma autónoma 	<p>Una técnica de traslado correcta ayuda al paciente con dolor agudo y dificultad al movimiento, a evitar complicaciones relacionadas a su patología minimizando las molestias y dolor que pueda producir dicha movilización dentro de la unidad.</p> <p>El uso de dispositivo de apoyo de transferencia permite reducir caídas y lesiones al inicio de deambular, permite proporcionar una atención del paciente libre de riesgo.</p> <p>Incorporar al paciente o familiar al inicio de la deambulación precoz acelera la recuperación posoperatorio</p> <p>El documentar la mejoría del estado de salud del paciente, permite brindar cuidados de enfermería continuos.</p>	Criterio de resultado: AMBULAR (0200) Capacidad para caminar de un sitio a otro independientemente con o sin mecanismo de ayuda		
		Indicador (es)	Puntuación final	
		Indicador (es)		
		(020002) Camina con marcha eficaz	Levemente comprometido 4	
		(020003) Camina a paso lento	Moderadamente comprometido 3	
(020010) Camina distancias cortas	Levemente comprometido 4			
(020014) Anda por la habitación	Levemente comprometido 4			
(020017) Camina alrededor de obstáculos	Moderadamente comprometido 3			

FORMATO DE REGISTRO DEL PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN				
<p>Patrón (es): SEGURIDAD/ PROTECCION</p> <p>Datos objetivos:</p> <p>-Drenaje cerrado -Herida quirúrgica -Sonda Foley -Venoclisis Instalada</p> <p>Datos Subjetivos:</p>	<p>Dominio: 11</p> <p>Clase: 1 Concepto: infección</p> <p>Etiqueta diagnóstica:</p> <p>RIESGO DE INFECCION (00004)</p> <p>Susceptible a una invasión y multiplicación de organismos patógenos que pueden comprometer la salud</p> <p>Factor(es) de riesgo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alteración en la integridad cutánea - Procedimiento invasivo 	CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)				
		Dominio: Salud fisiológica (II)	Clase: Respuesta inmune (H)			
		Criterio de resultado: SEVERIDAD DE LA INFECCION (0703) Gravedad de infección y síntomas asociados.				
		Indicador (es)	Puntuación inicial *	Puntuación Diana *		
		(070330) Inestabilidad de la temperatura	Leve 4	Ninguno 5		
(070303) Supuración fétida	Ninguno 5	Ninguno 5				
(070309) Drenaje Purulento	Ninguno 5	Ninguno 5				
(070311) Fiebre	LEVE 4	Ninguno 5				
(070335) Colonización del cultivo de la herida	Ninguno 5	Ninguno 5				

INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN	
<p>Campo: 4 SEGURIDAD Clase: V Control de riesgos Intervenciones para iniciar actividades de reducción de riesgo y continuar el control de riesgos INTERVENCION: PROTECCION CONTRA LAS INFECCIONES (6550) Prevención y detecciones precoces de la infección en pacientes de riesgo. ACTIVIDADES -Observar los signos y síntomas de infección sistémica localizada - Mantener las normas de asepsia para el paciente de riesgo -Inspeccionar la existencia de enrojecimiento, calor extremo o drenaje en la piel y las membranas mucosas -Inspeccionar el estado de cualquier incisión/herida quirúrgica -Observar si hay cambios en el nivel de vitalidad/malestar -Instruir al paciente y a la familia acerca de los signos y síntomas de infección y cuando debe de informar de ellos al cuidador -Enseñar al paciente y a la familia a evitar infecciones</p>	<p>Tener una buena prevención y detección precoz de una posible infección de un paciente de riesgo, ayuda a que las infecciones de la piel y de las heridas no obtengan la invasión de los tejidos por una o mas especies de microorganismos, estas infecciones pueden desencadenar una reacción por parte del sistema inmunológico, provocando inflamación y daño tisular y entretener el proceso de curación. De no tratarse los signos de alarma pueden persistir y aumentar en severidad y propagarse por el organismo, algunas infecciones se diseminan hacia otros órganos y /o hacia la sangre así provocando una infección sistémica Por eso el personal de salud debe de realizar técnicas de asepsia correctas.</p>	Criterio de resultado: SEVERIDAD DE LA INFECCION (0703) Gravedad de infección y síntomas asociados	
		Indicador (es)	Puntuación final
		<p>(070330) Inestabilidad de la temperatura (070303) Supuración fétida (070309) Drenaje Purulento (070311) Fiebre (070335) Colonización del cultivo de la herida</p>	<p>Ninguno 5 Ninguno 5 Ninguno 5 Ninguno 5 Ninguno 5</p>

INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN	
<p>Campo:2. FISIOLÓGICO: COMPLEJO Cuidados que apoyan a la regulación homeostática Clase: I CONTROL DE LA PIEL/ HERIDAS INTERVENCIÓN: CUIDADOS DE LAS HERIDAS (3660) Prevención de complicaciones de las heridas y estimulación de su curación</p> <p>ACTIVIDADES</p> <p>-Monitorizar las características de la herida, incluyendo drenaje, color, tamaño y olor.</p> <p>-Limpiar con solución salina fisiológica o un limpiador no tóxico según corresponda.</p> <p>-Administrar cuidados del sitio de incisión según sea necesario.</p> <p>-Reforzar el apósito si es necesario. -Cambiar el apósito según la cantidad de exudado y drenaje.</p> <p>-Comparar y registrar regularmente cualquier cambio producido en la herida.</p> <p>-Enseñar al paciente o a los familiares los procedimientos del cuidado de la herida.</p> <p>-Enseñar al paciente y a la familia los signos y síntomas de infección.</p>	<p>Es muy importante tener una adecuada curación en herida quirúrgica, es indispensable lavado de manos y uso de guantes estériles para proteger la herida de microbios y así reducir el riesgo de infección, una vez que termina la cirugía se debe utilizar solución salina para retirar los excedentes de antisépticos y restos de sangre.</p> <p>Si existe un drenaje se debe colocar un apósito para cubrir el sitio de inserción, pues el drenaje es un cuerpo extraño que se debe proteger de la contaminación exógena, no se debe utilizar antisépticos para limpiar o cubrir heridas abiertas, por que estos agentes destruyen los glóbulos blancos de la sangre., aunque se debe mantener cierto grado de humedad mediante solución salina fisiológica, pero nunca con antisépticos por que no se debe aplicar sustancias químicas en un tejido</p> <p>Es bueno contemplar el uso del apósito, con el objetivo de absorber los fluidos, crea un ambiente idóneo alrededor de la herida y de protección que ayuda en el proceso de cicatrización y además lo protege de posibles golpes o lesiones, y para que las suturas no se enreden en la ropa, se debe mantener cubierta las primeras 24 a 48 hrs, porque en ese lapso se lleva a cabo la formación de coágulos y la neoangiogenesis propia del proceso de cicatrización.</p>	<p>Criterio de resultado: SEVERIDAD DE LA INFECCIÓN (0703) Gravedad de infección y síntomas asociados.</p>	
		Indicador (es)	Puntuación final
		<p>(070330) Inestabilidad de la temperatura</p> <p>(070303) Supuración fétida</p> <p>(070309) Drenaje Purulento</p> <p>(070311) Fiebre</p> <p>(070335) Colonización del cultivo de la herida</p>	<p>Ninguno 5</p> <p>Ninguno 5</p> <p>Ninguno 5</p> <p>Ninguno 5</p> <p>Ninguno 5</p>

INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN	
<p>Campo: 2 FISIOLÓGICO: COMPLEJO Clase: Control de la piel/ heridas Intervenciones para mantener o establecer la integridad de los tejidos</p> <p>INTERVENCIÓN: CUIDADOS DE LAS HERIDAS: Drenaje cerrado ACTIVIDADES</p> <p>-Vaciar el sistema de drenaje de heridas cerrado, de acuerdo con el procedimiento -Registrar el volumen y las características del drenaje a intervalos adecuados -Limpiar el dispositivo de recogida -Comprobar la permeabilidad de la unidad -Inspeccionar las suturas, manteniendo el dispositivo de recogida en su sitio -Fijar el aparato de drenaje cerrado a las ropas del paciente o de la cama si procede. -Eliminar los vendajes sucios. Los suministros y el drenaje de manera adecuada</p>	<p>Al término de la cirugía se deben adoptar ciertas medidas para la prevención de las infecciones del sitio quirúrgico es indispensable el lavado de manos con técnica de asepsia y utilizar una técnica estéril. Entre las recomendaciones generales, una vez que termina la cirugía se debe utilizar solución salina estéril para retirar los excedentes de antisépticos y restos de sangre. Las heridas cerradas se deben cubrir con un apósito seco estéril, con el objetivo de absorber los fluidos, evitar la contaminación con fuentes exógenas y proteger las heridas de las agresiones externas.</p> <p>La herida se debe mantener cubierta durante las primeras 24 a 48 horas, porque en ese lapso se lleva a cabo la formación de coágulos y la neoangiogénesis propia del proceso de cicatrización; por lo tanto, se justifica mantener la herida cubierta y evitar que se manipule, a menos que los apósitos estén mojados con exudado y haya que cambiarlos.</p>	Criterio de resultado: SEVERIDAD DE LA INFECCIÓN (0703) Gravedad de infección y síntomas asociados.	
		Indicador (es)	Puntuación final
		(070330) Inestabilidad de la temperatura	Ninguno 5
		(070303) Supuración fétida	Ninguno 5
		(070309) Drenaje Purulento	Ninguno 5
(070311) Fiebre	Ninguno 5		
(070335) Colonización del cultivo de la herida	Ninguno 5		

VI. PLAN DE ALTA DE ENFERMERIA

Nombre: M.M.J

Edad: 87 Años Sexo: Masculino

Fecha de ingreso: 08/07/21 Fecha de egreso: 16/07/21

Motivo de egreso: Pancreatitis Aguda de origen Biliar

Diagnóstico(s) médico de egreso: Pancreatitis Aguda Resuelta

Fecha de elaboración: 16 de julio 2021

CUIDADOS ESPECIFICOS

ASPECTO A DESARROLLAR	RECOMENDACIONES
COMUNICACIÓN (Nombre de la Institución o persona a quien acudir o llamar en caso de urgencia)	En caso de presentar signos o síntomas de alarma, comunicarse con su médico tratante o acudir a su hospital más cercano al servicio y urgencias. Tener a disposición los números de su familiar más cercano.
URGENTE (Identificación de signos de alarma o recaída)	Dolor en la parte alta del abdomen que no se alivia con fármacos. Dolor abdominal que se extiende hasta la espalda. Dolor abdominal que empeora después de comer Fiebre. Problemas para respirar o un latido cardíaco muy rápido Náuseas y Vómitos. Escalofríos Sensibilidad al tocar el abdomen. Color amarillo de la piel y la esclerótica de los ojos (ictericia) Secreción purulenta y mal olor en sitio de la herida quirúrgica
INFORMACIÓN (Conocimiento de su enfermedad y medidas de control)	Se da Apoyo nutricional, deambulación a distancias cortas, estudios de laboratorios frecuentes, toma de presión arterial y pulso, se le orienta al paciente tener cuidado con el drenaje cerrado de no dar tirones, señalar diariamente el nivel de líquido que haya salido, registrando el volumen y las características del drenaje a intervalos adecuados (poniendo la fecha) hasta que valla a su próxima consulta, fijar el aparato de drenaje cerrado a las ropas del paciente o de la cama si procede, realizar curaciones en la herida quirúrgica con jabón neutro, inspeccionar la sutura, avisar de supuración en la zona, enrojecimiento o cambios de temperatura, secar bien la herida a temperatura ambiente cubriendo con una gasa limpia al término de la asepsia, fomentar un aumento de la movilidad y la deambulación. Evitar sobre esfuerzos físicos 4-6 semanas.

<p>DIETA (Información relativa a la nutrición)</p>	<p>Adquirir dieta blanda, semilíquida y sin grasas durante 2 meses, después ir agregando todos los alimentos poco a poco, no fumar, no consumir bebidas alcohólicas, evitar los alimentos fritos, evitar alimentos flatulentos (cole legumbres) aumentarla fibra en dieta, comer porciones pequeñas con más frecuencia. Consumo de líquidos, evitar bebidas gaseosas, azucaradas. E irritantes como el café.</p>
<p>AMBIENTE (Recomendaciones de mejora del entorno familiar, laboral y social)</p>	<p>El capacitar a la familia, pero principalmente a su esposa que es quien lo acompañara en este proceso de cura es importante, ya que es un sr jubilado el cual por esta situación solo convive más con ella y ella seria por decir la responsable de sus cuidados y vigilancia de signos de alarma y la limpieza del hogar. Iluminar más el hogar para evitar riesgo de caídas a la hora de deambular al desplazarse a la cama o al baño, utilizar en todo momento el apoyo de su bastón, para evitar lesiones (fracturas, contracturas)</p>
<p>RECREACIÓN Y TIEMPO LIBRE (Prácticas recreativas saludables)</p>	<p>Mejorar el tiempo que nos produce los ratos libres de esta etapa de sedentarismos a través de actividades como la lectura, juegos de salón, el cine de contenido cultural, que bien puede ejecutar con su pareja. Sin dejar a un lado el ejercicio salir a caminar, o si prefiere socializar con vecinos en alguna banca da jardín, realizando obras de teatro etc. Todo esto sin que interfiera en su salud por realizar un esfuerzo o constituya un riego para su persona.</p>
<p>MEDICAMENTO Y TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO</p>	<p>Puede tratarse con analgesia oral ,antibióticos, e antiinflamatorios en casa,indicado C/ 8 horas por 5 días, tomarlas por las mañana después de consumir algún alimento, para no irritar el estómago, se le sugiere marcar las cajas de los medicamentos con plumón para distinguir la sustancia de cada uno, se le informara para qué sirve, al paciente y que tendrá efectos secundarios como, nausea, mareo, somnoliento, agitación, cambios de estado de ánimo o diarrea, la analgesia es fundamental en el tratamiento de la pancreatitis aguda grave. Los fármacos deben elegirse de forma escalonada, en función de la intensidad del dolor, incluyendo desde analgésicos no opiáceos hasta la morfina.</p>

<p>ESPIRITUALIDAD (Orientarlo hacia personas, grupos o instituciones que le puedan ser de ayuda en este aspecto)</p>	<p>Tiene mucha Fe en Dios, su creencia le permite tener la fortaleza para su recuperación, por lo cual se le sugiere acudir a la meditación y la oración para procesos de angustia y tensión, esto puede contribuir a su bienestar. Incluso pueden promover la sanación. Mejorar su salud espiritual puede no curar una enfermedad, pero puede ayudarlo a sentirse mejor y no sentirse solo.</p>
---	--

Nombre del paciente o familiar que recibe la información: M.M. J y Esposa
Nombre del profesional de enfermería: Guel Montante Kathleen Giselle

VII. CONCLUSIONES

El papel de enfermería ante esta situación me llevo a reconocer e investigar, así como ampliar los conocimientos que son precisos de comprender respecto a los aspectos: fisiológicos, fisiopatológicos, signos y síntomas de alarma, factores de riesgo, aspectos de prevención, así como diagnóstico y tratamiento dado a las complicaciones que con lleva si no se atiende con oportunidad.

Los modelos de enfermería contribuyen a generar conocimiento, y proporcionan una perspectiva de atención hacia el paciente, desde mi punto de vista el modelo de enfermería más idóneo para la realización de mi trabajo fue el de Virginia Henderson, quien menciona “Reconozco en este andar que mi función prioritaria como papel de enfermera es cuidar del paciente, y ayudar a la persona a recuperar o mantener su independencia (“hacer con”), desarrollando con él la Fuerza, Voluntad o Conocimientos, o supliéndola en aquello que no pueda realizar por sí mismo “ características que yo identifique en mi paciente y pude desarrollar para lograr su independencia.

Atraves del desarrollo de PCE en un paciente individualizado con el padecimiento de pancreatitis aguda de origen biliar, se ayudó y asistió para realizar las actividades que permitieron cubrir sus necesidades para que fuese independiente tan pronto como sea posible y así favorecer para su pronta recuperación.

En la etapa de valoración el modelo por 14 necesidades me permitió, valorar e indagar sobre las necesidades que requerían cubrirse, así como detectar donde carecía y precisaba de intervenciones y cuidados.

Al detectar las necesidades donde se requería atención se desarrolló la búsqueda de diagnósticos de enfermería precisos mediante el análisis de los datos y priorización de los mismos, así como establecer los criterios de resultado para llevar a cabo las intervenciones necesarias, realizándolas en tiempo y forma, para con su posterior evaluación, con lo cual me permitió el dominio de las taxonomías NANDA, NOC Y NIC.

Se lograron avances importantes con la ayuda de la atención de enfermería, ya que con los cuidados se contribuyó a mejorar la calidad de vida en el paciente con pancreatitis y así se llegó a su pronta recuperación y con ellos dar pie a la elaboración de un plan de alta que permitió desarrollar la comunicación, tener una relación terapéutica, de confianza y lograr enfatizar los puntos más importantes donde se detectó la comprensión, entendimiento y la

cooperación del paciente para adecuarse correctamente al tratamiento y cuidados que se le propusieron y con ello facilitar su integración e independencia al hogar, evitar complicaciones o reingresos.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Allí Good, M. R., & Marriner Tomey, A. (2018). Modelos Y Teor como En Enfermer a (9a ed.). Elsevier.

Aprende en Línea. (s/f). Edu.co. (7 de septiembre de 2021), de <https://aprendeonline.udea.edu.co/lms/moodle/mod/page/view.php?id=61923>

Barbosa Silva, L. Ventura de Souza, K., Duarte Elysângela D. Soares, SM. (2016). Espacios epistemológicos de cuidado en salud y enfermería según teoría de halldorsdottir. Rev Cuid [Internet]. [cited 2017 May 31]

Berman, Audrey., Snyder, Shirlee. (2013) Kozier y Erb. Fundamentos de Enfermería, Conceptos Proceso y Práctica, Novena Edición, Volumen I. Madrid, España. Pearson
Chozas, J. M. V. (2013, marzo 16). Metodología Enfermera. Recuperado el 23 de julio de 2021, de Enfermeriaactual.com website: <https://enfermeriaactual.com/metodologia-enfermera/>

Dennis L. Kasper, Stephen L. Hauser, J. Larry Jameson, Anthony S. Fauci, Dan L. Longo, Joseph. (2016). Harrison Principios de Medicina Interna. (Ed.; 19.a ed., Vol. 2). McGraw-Hill Education.21. Farreras.

De las Parras, F. A., Velasco, E. S., & Álvarez, F. C. (2016). Pancreatitis aguda. *Medicine*, 12(8), 407–420

Durón, D. B., Laínez, A. G., García, W. U., Rubio, L. L., Alej, Rosales, ra B., & Romero, L. D. (2018). Pancreatitis Aguda: Evidencia Actual. *Archivos de Medicina*, 14(1). Recuperado de <https://www.archivosdemedicina.com/medicina-de-familia/pancreatitis-aguda-evidencia-actual.php?aid=22310>

Guerrero Arango, L., Universidad Santiago de Cali, & Gallego Cortes, L. M. (2017). *Fundamentos en los procesos básicos de los cuidados de enfermería. Tomo II*. Editorial Universidad Santiago de Cali.

Gustavo A. Quintero, MD. José Félix Patiño, MD. Manejo de la Pancreatitis Aguda PDF. (19 de julio 2021) (s/f). Recuperado de Nasajpg.com website: <https://www.nasajpg.com/publicaciones/pancreatitis-aguda-pdf/>

Gloria M. Bulechek, Howard K. Butcher, Joanne M. Dochterman, Cheryl M. Wagner. (2014). Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) Edición 6 Elsevier España, S.L.U.

María. L Fernández., T. 12 M. C. (16 de julio de 2021) (s/f). Bases Históricas y Teóricas de la Enfermería. Recuperado de Unican.es website: <https://ocw.unican.es/pluginfile.php/1149/course/section/1385/Enfermeria-Tema12.pdf>

Moorhead, S., Johnson, M., & Maas, M. L. (2013). Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Eds.5. Elsevier Health Sciences.

National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases (19 de julio 2021). Recuperado de Nih.gov website: <https://www.niddk.nih.gov/health-information/informacion-de-la-salud/enfermedades-digestivas/pancreatitis/sintomas-causas>

Portelli, M., & Jones, C. D. (2017). Severe acute pancreatitis: pathogenesis, diagnosis and surgical management. *Hepatobiliary & pancreatic diseases international: HBPD INT*, 16(2), 155–159.

Roberts S.E, Morrison-Rees S, John A, Williams J.G, Brown T, Samuel D.G. (2017). The incidence and aetiology of acute pancreatitis in Europe. *Pancreatology* [consultado 26 oct 2019]; 17(2) 155-165. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.pan.2017.01.005>

Roche, I. (s/f). ENCICLOPEDIA de BIODERECHO y BIOÉTICA. Recuperado el (24 de julio de 2021), de Enciclopedia-bioderecho.com website: <https://enciclopedia-bioderecho.com/voces/142>

Rozman. (2016). *MEDICINA INTERNA.*, 18.a ed., Vol.1). ELSEVIER

SalusPlay. (2019, diciembre 19). El proceso enfermero como proceso de gestión de los cuidados. Salusplay.com. <https://www.salusplay.com/blog/proceso-enfermero-gestion-cuidados-asistencia/>

T. Herdman y S. Kamitsuru. (2019). NANDA Internacional. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y clasificación, (2018-2020). Edición Hispanoamericana (, Eds.). Elsevier.

T. Herdman, S. Kamitsuru y C. Takáo Lopes. (2021). NANDA International. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y clasificación, (2021-2023) Eds. 12.ª Elsevier

V. Garro Urbina., M. Thuel Gutierrez. (2020) Revista médica sinergia.com. Recuperado el 20 de septiembre de 2021, de <https://www.revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/download/537/912?inline=1>

Watson, J. (2017). Elucidando a disciplina de enfermagem como fundamental para o desenvolvimento da enfermagem profissional. Texto & contexto enfermagem, 26(4). doi:10.1590/0104-07072017002017editorial4

YURA H, WALSH María Elena. (2016). "Proceso de Enfermería. Valoración, Planificación y Evaluación." Editorial Alhambra. Madrid

Zambada, J. A. (s/f). Guia de valoracion 14 necesidades. Slideshare.net. Recuperado el 16 de septiembre 2021, de <https://es.slideshare.net/JanethAndreaZambada/guia-de-valoracion-14-necesidades>

GLOSARIO DE TERMINOS

- **Páncreas:** Órgano glandular localizado en el abdomen. Produce los jugos pancreáticos, que contienen enzimas que ayudan a la digestión, y elabora varias hormonas, incluso la insulina.
- **Dolor transflíctivo:** Expresado por el enfermo como algo no solo intenso, sino con sensación de profundidad, de penetración, desgarrante, originado por una puñalada.
- **Conducto de wirsung:** Es un conducto que surge en la cola del páncreas y atraviesa su cuerpo, cuello y cabeza hasta desembocar en el duodeno a través de la ampolla de Vater, y por el cual se secreta el jugo pancreático.
- **Lipasa:** Es una enzima que se usa en el organismo para disgregar las grasas de los alimentos de manera que se puedan absorber. Su función principal es catalizar la hidrólisis de triacilglicerol a glicerol y ácidos grasos libres.
- **Amilasa:** Es una enzima que ayuda a digerir los carbohidratos. Se produce en el páncreas y en las glándulas salivales. Cuando el páncreas está enfermo o inflamado, se libera amilasa en la sangre.
- **Colelitiasis:** Es la presencia de uno o varios cálculos (litiasis vesicular) en la vesícula biliar.
- **Esfínter de Oddi:** Su rol es regular el flujo biliar y la secreción exocrina pancreática y prevenir el reflujo del duodeno al conducto biliar. El esfínter está normalmente cerrado y se abre en respuesta a una comida para que los jugos digestivos biliares y pancreáticos puedan entrar en el duodeno y mezclarse con los alimentos para que se lleve a cabo la digestión.
- **Colédoco:** Tubo que transporta la bilis desde el hígado y la vesícula biliar a través del páncreas y hasta el duodeno (la parte superior del intestino delgado).
- **Colangitis aguda:** es una patología que se presenta en condiciones específicas de aumento de presión por obstrucción de la vía biliar y colonización bacteriana de la misma.
- **Coledocolitiasis:** Es la presencia de por lo menos un cálculo biliar en el conducto colédoco. Dicho cálculo puede estar formado de pigmentos biliares o de sales de calcio y de colesterol.

- **Signo de Cullen:** Equimosis periumbilical, por extensión de un hematoma de pancreatitis aguda necro hemorrágica, a través del ligamento redondo del hígado.

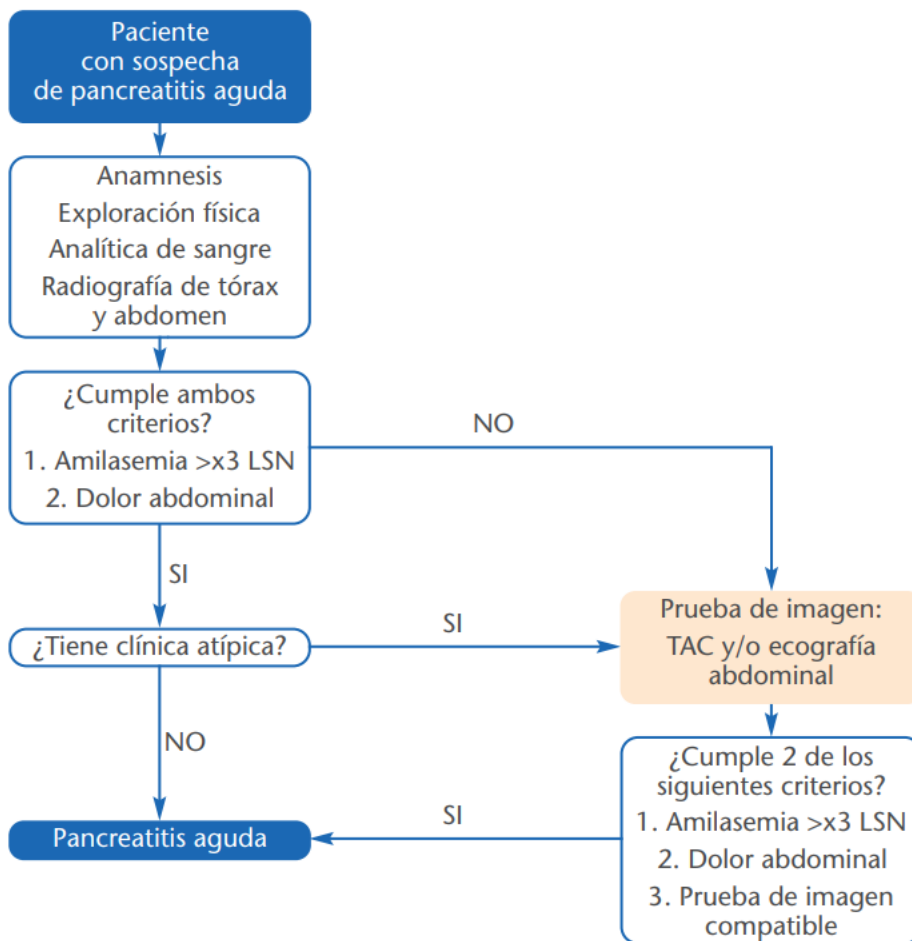
- **El signo de Grey Turner:** Es la equimosis cutánea de los flancos a nivel lumbar, consecuencia de la difusión de un hematoma retroperitoneal hasta la piel.

ANEXOS

ANEXO 1. ALGORITMO DIAGNOSTICO DE LA PANCREATITIS AGUDA

Actuación de Enfermería en la pancreatitis aguda

Protocolos de actuación de enfermería en gastroenterología. 2ª Edición 2016



ANEXO 2. GUIA DE VALORACION POR LAS NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON.

GUÍA DE VALORACIÓN BASADA EN LAS 14 NECESIDADES DEL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

DATOS GENERALES

Nombre _____ Edad _____
 Religión: _____ Estado civil: _____ Género: _____
 Domicilio: _____
 Ocupación: _____ Tel: _____ Lugar de procedencia: _____
 Hospitalizaciones previas: _____ Servicio: _____
 Diagnóstico(s) Médico(S): _____
 Antecedentes de alergias: _____
 Fecha de la valoración: _____ Nombre de la enfermera: _____

1. RESPIRACIÓN NORMALMENTE

Para mantener esta necesidad considera usted que cuenta con lo siguiente:

Fuerza: Voluntad: Conocimiento: Sin alteraciones:

Qué le hace falta: _____

Tabaquismo: Asma: Frecuencia respiratoria _____ por minuto.

Patrón respiratorio: Taquipnea: Bradicardia: Intensidad: _____

Ausencia o disminución de la tos: Tos productiva: Tos seca: Aleteo nasal:

Disnea al esfuerzo: Disnea en reposo: SaO₂: _____% Cianosis peribucal:

Incapacidad para expulsar secreciones: Ortopnea: Hiperemia: Tiros intercostales:

Tratamiento: _____

2. COMER Y BEBER ADECUADAMENTE

Para mantener la necesidad de alimentación considera usted que cuenta con lo siguiente:

Fuerza: Voluntad: Conocimiento: Sin alteraciones:

Qué le hace falta: _____

Número de comidas al día: _____ Horario: Siempre a la misma hora: Discontinuamente:

Frecuencia y tipo de alimentos que consume:

	Leche	Huevo	Carnes blancas	Carne roja	Verduras	Cereales	Leguminosas
Diario:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cada 3er. Día:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Semanalmente:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Alimentos que desagrada: _____

Patrón de pérdida/aumento de peso: _____

Consumo de suplementos/ complementos diarios: _____

Normalmente dónde consume sus alimentos: En la calle regularmente: En casa regularmente:

Nauseas: Vómitos: Pirosis: Problemas al deglutir: Problemas al masticar:

Glucosa en capilar: _____mg/dL Diabetes Mellitus: Tipo: _____

Diabetes Mellitus en familiares: Tipo: _____ Quiénes: _____

Dolor abdominal: Tipo cólico: Ardor: Punzante: Irradiante a: _____

Gingivorragia: Estomatitis: Polifagia: Palidez: Ictericia: Petequia:

Caída de cabello: Pérdida de peso: Aumento de peso: Anoxia: Anorexia:

Lengua: Ulceras: Inflamación: Labios: Fisuras: Ulceras: Inflamación:

Ausencia de dientes: Cuáles: _____ Usa prótesis dentales:

Higiene bucal: Muy buena Buena Regular Mala Peso: _____ Kg.

Talla _____ cm. IMC _____ Kg/m² Delgadez Sobrepeso Clase de obesidad _____

Tratamientos: _____

Clasificación	IMC	Riesgo
Delgadez	Menos de 18.5	Problemas clínicos
Normal	18.5-24.99	Sin riesgo
Sobrepeso	25-29.99	Considerable
Obesidad clase I	30-34.99	Moderado
Obesidad clase II	35-39.99	Severo
Obesidad clase III	40 ó más	Muy severo

3. COMER Y BEBER ADECUADAMENTE

Para mantener la necesidad de eliminación urinaria considera usted que cuenta con lo siguiente:

Fuerza: Voluntad: Conocimiento: Sin alteraciones:

Qué le hace falta: _____

Patrón urinario: Frecuencia: ___ al día. Cantidad: ___ ml Características: _____

Incontinencia: Anuria: Oliguria: Disuria: Retención:

Poliuria: Enuresis: Nicturia: Piuria: Infecciones urinarias frecuentes:

Dolor: Polaquiuria: Ardor: Goteo al terminar de orinar:

Antecedentes de cáncer en las vías urinarias: Quiénes: _____

En caso del hombre: Crecimiento prostático en familiares: Quiénes: _____

En caso del hombre: Examen de la próstata: Cuando: _____

Especificar: _____

Tratamientos: _____

Para mantener la necesidad de eliminación intestinal considera usted que cuenta con lo siguiente:

Fuerza: Voluntad: Conocimiento: Sin alteraciones:

Qué le hace falta: _____

Patrón intestinal: Frecuencia ___ al día Cantidad: ___ ml Características: _____

Diarrea: Estreñimiento: Hemorroides: Melena: Acolia:

Hemaquesia: Esteatorrea: Flatulencia: Dolor: Peristalsis ___ x'

Antecedentes de cáncer en el tracto gastrointestinal: Quiénes: _____

Tratamientos: _____

Otras vías de eliminación:

Pérdidas insensibles (PI): Cantidad en 24 hrs _____ ml

Drenajes: Tipo: _____ Cantidad en 24 hrs: _____ ml

Fórmula para cálculo de pérdidas insensibles:		
PI= Peso (kg) X Constante X Número de horas		
Constantes:		
Hipotermia: 0.5	Eutermia: 0.7	Hipertermia: 1.5

4. MOVIMIENTO Y MANTENIMIENTO DE UNA POSTURA ADECUADA

Para realizar actividad física considera usted que cuenta con lo siguiente:

Fuerza: Voluntad: Conocimiento: Sin alteraciones:

Qué le hace falta: _____

Actividad física: Tipo de actividad: _____ Duración: ____ min En dónde: _____

Cuántas veces por semana _____ Conoce los beneficios de la actividad física: Si: No:

Porque: _____

Alteraciones musculoesqueléticas que le impiden desarrollar actividad:

Especificar: _____

A la actividad física presenta alguna de las siguientes:

Disnea: Debilidad: Fatiga: Otras: _____

Especificar: _____

Tratamientos: _____

Para moverse y trasladarse considera usted que cuenta con lo siguiente:

Fuerza: Voluntad: Conocimiento: Sin alteraciones:

Qué le hace falta: _____

Para moverse o trasladarse requiere de alguno de los siguientes:

Algún dispositivo: Silla de ruedas: Andadera: Bastón: Otro: _____

De ayuda de alguien: De quién: _____ Le realizan actividad pasiva: por cuánto tiempo _____

Limitación a la: deambulación: Movilidad física: Movilidad en cama:

Postura habitual en relación al trabajo o actividades de la vida diaria: _____

Alteraciones musculoesqueléticas que le impidan moverse y trasladarse:

Especificar: _____

Tratamientos: _____

5. MOVIMIENTO Y MANTENIMIENTO DE UNA POSTURA ADECUADA

En la satisfacción del descanso y sueño considera usted que cuenta con lo siguiente:

Fuerza: Voluntad: Conocimiento: Sin alteraciones:

Qué le hace falta: _____

Número de horas que duerme durante el día: _____ Por la noche: Durante el día:

Calidad del sueño: Profundo: Difícil de conciliar: Pesadillas:

Falta de energía: Ausentismo: Mala calidad de vida: Disminución del estado de salud:

Somnolencia: No se concentra: Cambios de humor: Sueño no reparador/siestas diurnas:

Tratamientos: _____

6. SELECCIONAR VESTIMENTA ADECUADA

En la selección de vestimenta adecuada considera usted que cuenta con lo siguiente:

Fuerza: Voluntad: Conocimiento: Sin alteraciones:

Qué le hace falta: _____

Presenta alguna de las siguientes incapacidades:

Elegir ropa: Ponerse la ropa: Mantener el aspecto a un nivel satisfactorio:

Coger la ropa: Ponerse los zapatos: Quitarse la ropa: Abotonarse la ropa:

Alteraciones musculoesqueléticas que le impidan vestirse/desvestirse:

Especificar: _____

Tratamientos: _____

7. MANTENER LA TEMPERATURA CORPORAL

Para mantener la temperatura corporal adecuada considera usted que cuenta con lo siguiente:

Fuerza: Voluntad: Conocimiento: Sin alteraciones:

Qué le hace falta: _____

Se protege de los cambios de temperatura ambiental: _____

Presencia de infecciones: Donde: _____

Piel enrojecida: Piel caliente: Taquicardia: Taquipnea:

Piel fría: Cianosis: Escalofrío: Piloerección:

Temperatura corporal _____°C Que hace en caso de fiebre: _____
Tratamientos: _____

8. MANTENER LA HIGIENE CORPORAL

Para mantener la higiene corporal adecuada considera usted que cuenta con lo siguiente:

Fuerza Voluntad Conocimiento Sin alteraciones

Qué le hace falta: _____

Aspecto físico: Arreglado: Desarreglado:

Presenta alguna de las siguientes incapacidades:

Obtener los artículos del baño: Obtener agua o llegar al grifo: Lavar total o parcialmente el cuerpo:

Coger artículos del baño: Entrar y salir del baño: Lavarse el cuerpo: Secarse el cuerpo:

Que le motiva para arreglarse y mantener la higiene: _____

Tratamientos: _____

Para mantener la integridad de la piel y anexos adecuadamente considera usted que cuenta con lo siguiente:

Fuerza Voluntad Conocimiento Sin alteraciones

Qué le hace falta: _____

Aspecto: Limpia e íntegra Mal aspecto y alterada

Especificar: _____

Presencia de micosis en: _____

Otras alteraciones en la piel: _____

9. EVITAR LOS PELIGROS

Para mantener la higiene corporal adecuada considera usted que cuenta con lo siguiente:

Fuerza Voluntad Conocimiento Sin alteraciones

Qué le hace falta: _____

Antecedentes personales

Alcoholismo: Drogadicción: Tabaquismo: Automedicación: _____

Deportes extremos: Agudeza visual: OD _____ Ol _____ Agudeza auditiva: _____

Reconoce peligros ambientales: Vive solo (a): Antecedentes de caídas:

Prótesis en extremidades: _____

Uso de dispositivos para deambular y/o moverse: _____

Tratamientos: _____

Características del hogar: _____ Tipo de piso: _____

Número de plantas (pisos, niveles): _____ Escaleras sin pasamanos: _____ Animales: _____

Esquema de vacunación: _____ Peligros ambientales cerca de su hogar: _____

Examen de mama: Cuándo: _____ Prueba de Papanicolaou Cuándo: _____

10. COMUNICARSE CON OTROS, EXPRESAR EMOCIONES, MIEDOS U OPINIONES

Para mantener la necesidad de comunicación considera usted que cuenta con lo siguiente:

Fuerza Voluntad Comunicación Sin alteraciones

Qué le hace falta: _____

Estado de conciencia: Ubicado en tiempo Lugar Persona

Con quien vive: _____

Cuando se siente sólo, triste o deprimido con quien platica: _____

En caso de soledad y tristeza, qué conducta adopta: Me aísla: _____ Busco ayuda: _____

Platico con alguien: _____

Defectos o alteraciones físicas que le limiten la comunicación: _____

Tratamientos: _____

ASPECTOS DE SEXUALIDAD:

Para mantener esta necesidad considera usted que cuenta con lo siguiente:

Fuerza Voluntad Conocimiento Sin alteraciones

Estado civil: Soltero (a) Casado (a) Divorciado (a) Viudo (a) Otro: _____

Método de planificación familiar: _____
DESEA HABLAR DE SU SEXUALIDAD: Si: No:
Satisfacción con su estado civil:
Si la respuesta es no, por qué: _____
Preferencias sexuales: _____
Se ha realizado la prueba de VIH Resultado: _____
Si la respuesta es no, por qué: _____
Problemas o alteraciones en los órganos sexuales que le impidan cumplir con esta necesidad:

Tratamiento: _____

11. EJERCER CULTO A DIOS, ACORDE CON LA RELIGIÓN

Para mantener la espiritualidad considera usted que cuenta con lo siguiente:

Fuerza Voluntad Conocimiento Sin alteraciones

Qué le hace falta: _____

Práctica alguna religión: Si No

Cuál: _____

Su religión le impide tomar algunos tratamientos ofrecidos por el sector salud: _____

12. TRABAJAR DE FORMA QUE PERMITA SENTIRSE REALIZADO

Para mantener esta necesidad considera usted que cuenta con lo siguiente:

Fuerza Voluntad Conocimiento Sin alteraciones

Qué le hace falta: _____ Ocupación: _____

Se siente satisfecho con lo que hace: _____ Si la respuesta es no, por qué: _____

Cree que su situación laboral o profesional repercute en su estado de salud: _____

Si la respuesta es no, por qué: _____ Dentro de su familia que rol ocupa:

_____ Se siente satisfecho con su rol: _____ Si la respuesta es no, por qué: _____

13. PARTICIPAR EN TODAS LAS FORMAS DE RECREACIÓN Y OCIO

Para mantener esta necesidad considera usted que cuenta con lo siguiente:

Fuerza Voluntad Conocimiento Sin alteraciones

Qué le hace falta: _____

Dispone de tiempo libre: _____ Cuánto: _____ min. En que lo invierte: _____

Cuáles son sus pasatiempos: _____

Considera que sus pasatiempos repercuten su estado de salud: _____ Si la respuesta es si, por

qué: _____ Estaría dispuesto a cambiar de pasatiempo: _____

Si la respuesta es no, por qué: _____

14. ESTUDIAR, DESCUBRIR O SATISFACER LA CURIOSIDAD QUE CONDUCE A UN DESARROLLO NORMAL DE LA SALUD

Para mantener esta necesidad considera usted que cuenta con lo siguiente:

Fuerza Voluntad Conocimiento Sin alteraciones

Qué le hace falta: _____

Nivel de estudios: _____ Se siente satisfecho con su nivel de estudios

Si la respuesta es no, por qué: _____

Le gustaría seguir estudiando: _____ Si la respuesta es no, por qué: _____

Conoce actividades de aprendizaje para su edad: _____ Cuáles: _____

Le gustaría involucrarse con alguna de ellas: _____

Si la respuesta es no, por qué: _____

ANEXO 3 ESCALA DE EVA

ESCALA VISUAL ANALÓGICA (EVA) PARA LA MEDICIÓN DEL DOLOR

Marca con una cruz en la escala la intensidad de tu dolor

