

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

00921
103

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA.

Proceso de Atención de Enfermería
aplicado a un paciente con pancreatitis aguda
postalcohólica según el modelo de: Virginia Henderson.

Que para obtener el título de:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA.

Presenta:

LÓPEZ QUINTERO LAURA FRANCISCA.

Director del trabajo


EZEQUIEL CANELA NÚÑEZ

ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

AGOSTO 2003

A



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.

TESIS CON
FALTA DE ORIGEN

INDICE

Introducción	2
Justificación	3
Objetivos	4
Metodología del trabajo	5
1. Marco teórico	6
1.1 Anatomía y fisiología del aparato digestivo	7
1.2 Concepto de alcoholismo	17
1.2.1 Historia del alcoholismo en México	17
1.2.2 Clasificación de alcohólicos	19
1.3 Alteraciones del aparato digestivo por ingestión de alcohol	32
1.4 Proceso de Atención de Enfermería modelo de Virginia Henderson	38
2. Caso clínico	42
2.1 Presentación del caso (valoración inicial).	43
2.2 Plan de Atención de Enfermería : valoración, diagnóstico, planeación, implementación, fundamentación y evaluación de las catorce necesidades básicas	54
Plan de alta	71
3. Conclusiones	73
4. Glosario	76
Citas	80
Bibliografía	83

INTRODUCCIÓN.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

El Proceso de Atención de Enfermería, se realizó seleccionando a un paciente del servicio de medicina interna de la clínica número 68 del IMSS con padecimiento de pancreatitis aguda postalcohólica.

Dicho proceso se integro de forma individual, sistematizado y organizado, con la fundamentación científica de los cuidados de enfermería que se le deben proporcionar al individuo, considerando las necesidades básicas del paciente basadas en el modelo de Virginia Henderson.

A través del Proceso de Atención de Enfermería se da a conocer de manera integral la información que permite estudiar el caso de una forma física, psíquica, social y espiritual. Permitiendo, por un lado, tener una tendencia holística, por otro brindarle una atención de enfermería con calidad.

El presente proceso fue aplicado paso a paso, iniciando con la valoración del caso, apoyándome en el expediente clínico, la historia clínica de enfermería, una descripción del aparato digestivo y la patología que ocasiona el alcohol. Así como información de alcoholismo, según las catorce necesidades básicas apegadas al modelo de Virginia Henderson. También Presento el plan de cuidados hospitalarios y el plan de alta, cuya finalidad es brindar una atención de calidad que ayude a que el paciente recobre su independencia de una forma favorable y satisfactoria.

Finalmente se presentan, por una parte, las conclusiones obtenidas de la aplicación al haber ejecutado las acciones de enfermería, por otra parte, un glosario de términos y la bibliografía utilizada para estudiar, comprender y aplicar el Proceso de Atención de Enfermería.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Agradezco a mis padres Emilio y Angelina el haberme dado la vida, a mi madre por inculcarme la fe en Dios que es lo que me fortalece día a día, aunque la perdí siendo pequeña, ha sido mi ángel de la guarda.

Gracias a mi hermano Pepino por hacerme ver que mi presente está en retomar mi carrera y mejorar mi futuro. Que Dios te bendiga hoy y siempre por la ayuda moral y material que me has brindado en este camino.

A mi madre Juanita por todos estos años de amistad y por ayudarme a recuperar mi autoestima.

A mi director de trabajo y excompañero de carrera Ezequiel por tener la disposición, paciencia, entusiasmo en apoyarme y por haberme regalado más horas de su valioso tiempo. Así como el hecho de compartir sus amplios conocimientos sobre el proceso.

A mis hijos Manuel y Lalo con un amor incondicional y con la más firme esperanza que la vida me permita disfrutar sus triunfos.

A mi hija Lauris con la más profunda admiración y respeto por su esfuerzo, tenacidad y disciplina por sobrevivir con éxito a la adversidad, por ser un ejemplo de lucha y de trabajo consigo misma.

A mis hermanos Jesús, Leticia, Yolanda y a mis sobrinos por tener la paciencia de escucharme y apoyarme que Dios los bendiga.

A Víctor por ser mi pareja en estos veintitrés años y compartir lo bueno y lo malo que hemos vivido.

A mis amigos que me ayudaron hacer posible este trabajo Rosario, Irma, Beto y Jorge, muchas gracias por estar conmigo.

A mi por cerrar un ciclo en mi vida y tener como objetivo principal retomar mi carrera.

JUSTIFICACIÓN.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

El Proceso de Atención de Enfermería se elaboró en base al modelo de Virginia Henderson, porque está dirigido a satisfacer las necesidades básicas de la persona. Supliendo su autonomía, en aquellos aspectos que los requiere, ayudándole a desarrollar su fuerza, conocimiento y voluntad, reconociendo la función propia de la enfermera.

El Proceso de Atención de Enfermería ayuda a integrar los conocimientos teóricos con la práctica en un paciente diagnosticado con pancreatitis aguda postalcohólica.

El páncreas se encarga de producir enzimas que favorecen la digestión. Pero cuando se bloquea esta función se deja de secretar tanto enzimas como hormonas del metabolismo de la glucosa. Siendo esta la encargada de proporcionar energía a todas las células, cuando no funcionan normalmente la vida de la persona se ve en peligro. La pancreatitis aguda postalcohólica se vuelve crónica cuando esto pasa, una complicación es la diabetes mellitus, que resulta de la destrucción del tejido insular normal. La enfermedad se debe a una deficiencia absoluta o relativa de insulina. La insulina promueve la utilización de glucosa por muchos tejidos, especialmente músculo y el tejido adiposo.

El diagnóstico de enfermería apoya la valoración de las necesidades y la prioridad en las acciones. Esto permite que el individuo se recupere en las mejores condiciones para ofrecerle una mejor calidad de vida.

La planeación son las acciones de enfermería jerarquizando las necesidades del paciente en forma individual, esto es de vital importancia para que el tratamiento sea el idóneo.

Así mismo, la implementación de las acciones de enfermería, en forma personalizada y oportuna, determinan el éxito en la recuperación del estado de salud del paciente.

La evaluación se hace a través de las acciones de enfermería analizando si la planeación respondió tanto a las necesidades del paciente como al problema de salud que presentaba. También si el diagnóstico de enfermería correspondió a la problemática que presentó el paciente, por ende, si la planeación e implementación fueron oportunas y eficaces.

Las enseñanzas que obtuve como enfermera fueron principalmente dos: una, aprender a manejar el Proceso de Atención de Enfermería satisfaciendo las necesidades básicas de un paciente con pancreatitis aguda postalcohólica; dos, fortalecer mis conocimientos y habilidades.

OBJETIVOS.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Integrar y aplicar los conocimientos teóricos-prácticos acerca de la pancreatitis originada por el abuso del alcohol.

Planear los cuidados al paciente con problemas de alcoholismo.

Proporcionar cuidados de enfermería, específicos y generales, al paciente alcohólico.

Evaluar el impacto de los cuidados de enfermería proporcionados al paciente sujeto a estudio.

METODOLOGÍA DEL TRABAJO.

Selección del paciente.

Se seleccionó al paciente en el servicio de medicina interna de la clínica no. 68 del IMSS.

Valoración: Captación de datos

Personales directos : Expediente clínico e historia clínica de enfermería

Personales Indirectos : Preguntas a los familiares y al personal profesional de salud.

Patología del aparato digestivo por ingestión de alcohol: Libros e Internet

Capturación de datos: Fichas de trabajo y fichas bibliográficas

Diagnóstico de enfermería: Se uso el formato de Virginia Henderson: taxonomía de la NANDA, para integrar los diagnósticos desde esta perspectiva.

Planeación: Se consideraron como referencia, los datos de dependencia e independencia, así como los diagnósticos de enfermería.

Estas fueron las bases para formular los objetivos y las acciones de enfermería.

Mismas que se comentaron con el paciente, para pedir y conseguir su colaboración.

Implementación de las acciones: práctica de lo planeado, según los recursos del hospital.

Evaluación: Se realizó de acuerdo a los objetivos y la observación de los logros o mejoras en el paciente .

Plan de alta: Basado en las condiciones en que se dio de alta al paciente del servicio (hospital) y los avances que se lograron para este, en la recuperación óptima de su salud.

Conclusiones: Fueron integradas de acuerdo a los objetivos del trabajo y el nivel de salud recuperada por el paciente.

1. MARCO TEÓRICO

1.1 ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA DEL APARATO DIGESTIVO

El aparato digestivo esta constituido por un conjunto de órganos encargados de las funciones de ingestión, digestión y absorción de las sustancias nutritivas.

El aparato digestivo puede considerarse como un tubo que se extiende desde la boca hasta el ano.

Anexos a dicho tubo digestivo existe un conjunto de órganos que intervienen de alguna manera en los procesos de la digestión (glándulas salivales, hígado, páncreas, etc.)

El aparato digestivo realiza las funciones de la ingestión de alimentos, masticación de los mismos, insalivación, deglución, digestión, absorción y excreción.

Dichas funciones participan en la absorción de las sustancias nutritivas, que en la célula ocurren como fenómeno metabólico final.

Por lo tanto el estudio de la nutrición incluye el conocimiento de la anatomía y la fisiología del aparato digestivo.(1)

LA BOCA.

La boca es la primera porción del tubo digestivo; se encuentra alojada entre las estructuras óseas de los maxilares superior e inferior. Por delante sobre la hendidura labial, y por atrás se pone en comunicación con la faringe.

En el interior de la boca se encuentra un conjunto de estructuras que intervienen directamente en los fenómenos de la función digestiva.

Tales órganos podemos dividirlos en: músculos, mucosas, piezas dentarias y elementos glandulares.

Las piezas dentarias, por sus caracteres anatómicos, reflejan sus caracteres funcionales. Así por ejemplo, los dientes incisivos que son aplanados de adelante y hacia atrás, ligeramente convexos hacia delante, con un borde libre en bisel y cortante, tienen como función cortar los alimentos durante la mordida.

La boca consta de 32 piezas dentarias: incisivos, caninos, premolares y molares en el adulto.

La lengua se encuentra en el interior de la boca es un órgano constituido básicamente por músculos, tapizados en su parte superior por una mucosa de color rosado y de aspecto rugoso en cuya superficie se encuentran múltiples papilas de varias formas que recogen las sensaciones del tacto y del gusto.

En la parte posterior de la lengua existe un grupo de papilas más voluminosas que se ordenan en forma de "V" cuyo vértice se orienta hacia atrás.

La lengua es un órgano cuya movilidad interviene en la importante función del lenguaje, y en los movimientos de la ingestión e insalivación de los alimentos. (2)

LA FARINGE.

La faringe es un órgano que forma la parte posterior de la cavidad bucal y de la cavidad nasal. Y se localiza al fondo de la boca.

Se encuentra por delante de la columna vertebral y por debajo del cráneo y esta constituida por un conjunto de músculos que intervienen en los movimientos de la deglución y de la fonación.

Al observar la faringe por la boca, se ve el istmo de las fauces, constituido por los pilares anteriores de la faringe, la úvula o "campanilla", las amígdalas y los pilares posteriores de la faringe.

Si pudiéramos observar la faringe a través de los orificios nasales, nos encontraríamos con los adenoides en la parte posterior, y la desembocadura de las trompas de Eustaquio en las partes laterales.

La faringe está cubierta por una mucosa que a este nivel es un tejido de transición entre la mucosa respiratoria y la digestiva.

Los movimientos de la faringe intervienen fundamentalmente en la deglución de los alimentos; cuando esta se produce se cierra el paso del aire a través de la glotis del árbol bronquial.

EL ESÓFAGO.

El esófago se encuentra alojado en el tórax, y se extiende desde la parte inferior de la faringe hasta la superior del estómago atravesando el diafragma. Es normalmente aplanado de adelante hacia atrás y tiene algunos estrechamientos y está constituido por tres capas que son: la exterior conjuntiva, la media muscular y la interna o mucosa.

EL ESTÓMAGO.

El estómago es una parte del tubo digestivo, dilatada, en forma de saco, en cuyo interior se hace una parte importante de la digestión.

Está situado en la parte alta del abdomen, por debajo del diafragma.

Lo cubre por delante por el peritoneo, y por atrás forma la retrocavidad peritoneal.

Se comunica por arriba con el esófago a través del cardias, y por abajo con el duodeno a través del píloro.

En la parte superior del estómago se encuentra la tuberosidad mayor y en la parte inferior la tuberosidad menor.

La longitud media del estómago es de 25 cm. y capacidad de mil a dos mil centímetros cúbicos, variando en relación con la edad y la constitución del individuo.

Tres capas estructuran el estómago: una externa, llamada serosa; una media, llamada muscular; y una interna, la capa mucosa.

La capa serosa esta formada por el peritoneo.

La capa muscular esta constituida por fibras longitudinales, por fibras circulares y por fibras oblicuas que al contraerse producen la motilidad gástrica que vacía el contenido del estómago al duodeno.

La capa mucosa esta formada por el epitelio y las glándulas gástricas; estas son de dos tipos: las pépticas y las mucosas.

Es irrigado por las arterias que vienen del tronco celiaco y su sangre va después a desembocar en la vena porta.

Su innervación proviene del neumogástrico y del plexo solar que dependen del gran simpático.

El estómago a través de sus glándulas produce el llamado jugo gástrico que está compuesto de agua, ácido clorhídrico, pepsina y fermento lavo.

Las glándulas del fondo del estómago son especialmente eficientes en la producción de ácido clorhídrico.

En el estómago tiene lugar la digestión de las proteínas primordialmente.

Cuando la digestión se completa el estómago se vacía hasta el duodeno con movimientos que van de la tuberosidad mayor al antro pilórico.

Dichos movimientos son involuntarios y reciben el nombre de movimientos peristálticos.

EL DUODENO.

El duodeno es la primera porción del intestino delgado. Está fijo a la pared abdominal, y se le llama duodeno por medir unos 12 dedos de longitud.

Como el resto del tubo digestivo delgado o intestino delgado, está constituido por tres capas que son, de afuera adentro: la cerosa, también llamada peritoneo; la capa media muscular y la capa interna mucosa. Se encuentra fijo a la pared posterior del abdomen por un repliegue de peritoneo que lo mantiene en esa posición.

Por arriba de él se encuentra la vesícula biliar y el hígado; Por abajo se continúa con el yeyuno; Por atrás esta en contacto con la pared del abdomen, y por delante con el repliegue peritoneal antes mencionado, llamado mesenterio.

Por su forma de "U" invertida describe una concavidad orientada hacia abajo y hacia la izquierda, en la cual se aloja la cabeza del páncreas.

Se dice que el duodeno tiene 4 partes. La primera empieza en el estómago (píloro) y se dirige hacia la derecha. La segunda continúa hacia la derecha y hacia abajo. La tercera sigue hacia la izquierda y hacia abajo. Y la cuarta hacia la izquierda y arriba. Todas ellas rodean la cabeza del páncreas.

En el duodeno desembocan el conducto de Wirsung y el colédoco. El primero procede del páncreas y el segundo de las vías biliares.

El conducto de Wirsung lleva las enzimas pancreáticas al duodeno para la digestión de los almidones, las grasas y las proteínas no digerida.

El conducto colédoco hace llegar la bilis de la vesícula biliar al duodeno para actuar en la digestión de las grasas.

En el interior del duodeno tiene lugar el último paso de la digestión que precede a la absorción de los nutrientes a través de las vellosidades intestinales del yeyuno y del ileon.

Mientras la función del estómago es básicamente la digestión de las proteínas, la del duodeno es digerir las proteínas, las grasas y los almidones para transformarlos en sustancias absorbibles.

El estómago funciona con un pH ácido que coagula las proteínas y las desdobra en sustancias más simples; cuando el coágulo se ha formado ocurre el vaciamiento gástrico al interior del duodeno en donde existe un pH alcalino.

La bilis saponifica las grasas y extrae de ellas los ácidos grasos.

El jugo pancreático actúa a través de su amilasa sobre los almidones a través de su proteasa sobre las proteínas y a través de su lipasa sobre las grasas terminando su digestión.

El sistema nervioso vegetativo es el encargado de que ocurran adecuadamente las funciones de que acabamos de hablar.

INTESTINO DELGADO.

A las dos siguientes partes del intestino delgado se les llama yeyuno e ileon. Son como un cilindro o tubo de 6 a 8 metros de largo con un diámetro de 5 cm aproximadamente.

Ocupan prácticamente toda la cavidad abdominal y se encuentran unidos a la pared posterior del abdomen a expensas del mesenterio.

El mesenterio envuelve al intestino y forma después una hoja o capa en cuyo seno corren arterias, venas y vasos linfáticos.

El mesenterio se fija en la parte posterior del abdomen siguiendo una línea en forma de "S" itálica.

El intestino delgado tiene una capa externa serosa, una media muscular y una interna mucosa en cuyo plano profundo abunda el tejido conectivo.

La capa mucosa del intestino está constituida por un epitelio protector en cuyo seno existen estructuras de forma especial de las que se forman las glándulas intestinales, los folículos intestinales y las vellosidades intestinales.

Las glándulas son muy abundantes y están constituidas por las mismas células de la mucosa intestinal.

Las vellosidades intestinales son salientes cónicas; existen por miles en la superficie del intestino y están tapizadas por un epitelio cilíndrico protector.

En el interior de las vellosidades intestinales hay tejido conectivo en medio del cual se encuentran los capilares sanguíneos, arteriales y venosos.

En el centro de las vellosidades hay un vaso linfático que recibe el nombre de vaso quilífero.

A través de estos vasos sanguíneos y linfáticos se realiza la absorción de los alimentos.

La parte última del intestino delgado se une al intestino grueso por una válvula llamada ileocecal.

Esta válvula impide que el contenido del intestino grueso regrese al intestino delgado.

INTESTINO GRUESO.

El intestino grueso es la última parte del tubo digestivo y se extiende del intestino delgado al ano.

El intestino grueso también recibe el nombre de colon y su función es llevar al exterior los restos alimenticios no nutritivos o los desechos.

El intestino grueso se divide en 4 partes: el ciego, el colon, propiamente dicho, el sigmoideo y el recto.

A su vez el colon se subdivide en colon ascendente, colon transverso y colon descendente.

El ciego es un saco que recibe en su cara lateral izquierda al ileon, el cual penetra por su pared y forma la válvula ileocecal que se ha mencionado anteriormente.

En el ciego se encuentra el apéndice vermiforme cuya longitud varía de 3 a 15 centímetros.

El intestino grueso está formado por una túnica serosa o peritoneo, una túnica muscular, una capa de células laxas de tejido conectivo y una capa mucosa lisa.

El recto termina en el ano, abertura cerrada por un esfínter, a través del cual la materia fecal es expulsada al exterior.

El ano se abre al exterior a través de los músculos del perineo. Varios de estos músculos, entre ellos el esfínter del ano interviene en los movimientos de la defecación.(3)

GLÁNDULAS ANEXAS.

Llámense glándulas anexas u órganos anexas al aparato digestivo al conjunto de estructuras que por su estrecha relación con la dinámica digestiva se agrupan entorno al aparato digestivo.

Estos órganos son las glándulas salivales, el páncreas y el hígado.

GLÁNDULAS SALIVALES.

Las glándulas salivales son órganos cuya función es formar la saliva.

Las principales se agrupan en tres pares de glándulas dispuestas simétricamente a los lados y en la región inferior de la boca.

Estos tres pares son:

Las glándulas parótidas, las glándulas submaxilares y las glándulas sublinguales.

Las glándulas parótidas están situadas atrás y al exterior de cada rama ascendente del maxilar inferior y por debajo del conducto auditivo externo.

Las glándulas submaxilares están situadas por la parte interna de cada uno de los ángulos del maxilar inferior.

Las glándulas sublinguales son las más pequeñas y están situadas por debajo de la sinfisis del mentón.

La saliva está constituida por agua y una sustancia llamada ptialina que actúa con acción básica sobre los almidones.

Las funciones de la masticación e insalivación de los alimentos constituyen la primera etapa del proceso digestivo.

PÁNCREAS.

El páncreas es una glándula situada por debajo del estómago y a su derecha, que se extiende desde el arco duodenal hacia el fondo del estómago, es un órgano de forma alargada y foliáceo al cual se le consideran tres regiones: la cabeza, el cuerpo y la cola. Mide aproximadamente 16 centímetros de largo y pesa de 80 a 90 gramos.

El páncreas está constituido por un conjunto de racimos glandulares que desembocan en el canal pancreático central o de Wirsung, el cual se comunica con el duodeno a través de la ámpula de Vater.

En el seno del tejido pancreático se encuentran los islotes de Langerhans, cuya función es sintetizar la insulina.

El páncreas es una glándula mixta, de secreción externa e interna.

Aparte del jugo pancreático que se vierte en el duodeno, en la glándula se elaboran las hormonas insulina y glucagón. El tejido glandular que elabora las hormonas, constituye los denominados islotes de Langerhans, que se encuentran en el espesor del páncreas.

La insulina influye en el metabolismo de los hidratos de carbono, facilitando la oxidación de los mismos en los tejidos del organismo y el depósito del glucógeno en el hígado y en los músculos.

El glucagón provoca la desintegración del glucógeno en los tejidos, o sea, que tiene una acción contraria a la insulina.

HÍGADO.

El hígado es un órgano importante que pesa cerca de 1.5 kilogramos.

El hígado está situado en la parte superior de la cavidad abdominal, en el hipocondrio derecho y, parcialmente, en el izquierdo. En el hígado se distinguen: la cara superior, convexa; la cara inferior, cóncava; al borde posterior, obtuso; y el borde anterior, agudo. Por su cara superior, el hígado contacta con el diafragma, su cara inferior está dirigida hacia el estómago y el duodeno. Del diafragma pasa al hígado un pliegue peritoneal, el ligamento falciforme; éste divide al hígado, desde arriba, en dos lóbulos; uno mayor, el derecho y otro menor, el izquierdo.

En la cara inferior del hígado se tienen los surcos longitudinales, derecho e izquierdo, y un surco transversal. Estos dividen al hígado, por debajo, en 4 lóbulos: derecho, izquierdo, cuadrado y caudado.

En el surco longitudinal derecho descansa la vesícula biliar y la vena cava inferior y en el izquierdo, el ligamento redondo del hígado. El surco transversal se denomina puerta hepática; a través de él pasan los nervios, la arteria hepática, la vena porta, los vasos linfáticos y el conducto hepático común.

El hígado está cubierto por todas partes por el peritoneo, a excepción del borde posterior por el cual se encuentra adherido el diafragma.

El borde anterior del hígado descansa en la pared abdominal anterior y está cubierto por las costillas.

El hígado está compuesto por multitud de lobulillos y estos, a su vez, por células glandulares. Entre los lobulillos del hígado se encuentran estratos de tejido conjuntivo, por los que pasan nervios, pequeños conductos biliares, vasos sanguíneos y vasos linfáticos.

Los vasos sanguíneos interlobulillares son ramificaciones de la arteria hepática y la vena porta. En el interior de los lobulillos constituyen una red de hemocapilares, los cuales desembocan en la vena central, situada en el centro del lobulillo.

A diferencia de los demás órganos, en el hígado fluye no solo la sangre arterial, sino también la sangre venosa. Una y otra sangre pasa a través de los lobulillos hepáticos y desembocan en las venas centrales.

Por la vena porta llega al hígado la sangre venosa procedente de los órganos impares de la cavidad abdominal: estómago, páncreas, vaso, intestino delgado y gran parte del intestino grueso.

En los lobulillos hepáticos entre las células hepáticas, hay unos espacios angostos, los conductillos. En estos conductillos vierte su secreción, la bilis, las células hepáticas. De aquí la bilis pasa a los conductos biliares. Los conductos biliares se fusionan constituyendo un solo conducto hepático el cual sigue del hígado a través del hilio.

Juega un papel importante en la actividad vital del organismo: elabora la bilis que toma parte en el proceso de la digestión. A parte de la secreción de bilis, el hígado desempeña otras funciones. Entre ellas se encuentran:

- 1) Participación en el metabolismo de los hidratos de carbono y, también, en el metabolismo de las grasas y las proteínas.*
- 2) Función defensiva (de barrera).*

La participación del hígado en el metabolismo de los hidratos de carbono consiste en que, en el mismo, se elabora y se deposita el glucógeno. Las sustancias nutritivas, absorbidas en la sangre desde el intestino delgado, penetran en el hígado por la vena porta. Aquí la glucosa transportada por la sangre es transformada en azúcar animal, el glucógeno. El glucógeno se deposita en las células del hígado (y también en los músculos), como material nutritivo de reserva. Solo parte de la glucosa permanece en la sangre y es consumida paulatinamente por el organismo.

Al mismo tiempo con ello, el glucógeno del hígado se desintegra en glucosa y esta ingresa en la sangre. De esta manera, el contenido de glucosa, en la sangre no varía.

La participación del hígado en el metabolismo de las grasas consiste en que cuando hay insuficiencia de grasas en la alimentación, parte de los hidratos de carbono se transforman en grasas.

La importancia del hígado en el metabolismo de los prótidos se determina por el hecho de los productos de desintegración de estos (amoníaco), se elabora en el hígado la urea, la cual entra en la composición de la orina. Además, en el hígado los excedentes de prótidos pueden transformarse en hidratos de carbono.

VESÍCULA BILIAR.

La vesícula biliar está situada en la parte anterior del surco longitudinal derecho del hígado, es un reservorio para la bilis. En ella se distinguen: el fondo, el cuerpo y el cuello. El cuello, estrechándose, se continúa en el cístico, el cual se une al conducto hepático común. Como resultado de ello se forma el conducto colédoco; este último desemboca en el duodeno. La bilis se acumula en la vesícula biliar durante los periodos en que no hay digestión. Esta llega a la vesícula procedente del hígado, por el conducto hepático común y después por el conducto cístico.

Cuando los alimentos penetran en el duodeno se provoca la contracción refleja de la vesícula biliar y la relajación del esfínter, situado en la desembocadura del conducto colédoco. Como resultado de ello, la bilis pasa de la vesícula al duodeno.(4)

1.2 CONCEPTO DE ALCOHOLISMO.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a los alcohólicos como "bebedores excesivos cuya dependencia del alcohol afecta su salud física o moral así como sus relaciones con los demás y su comportamiento social y económico" (5)

1.2.1 HISTORIA DEL ALCOHOLISMO EN MÉXICO.

En mesoamérica nacieron, florecieron y murieron, entre muchas culturas importantes como la tolteca, la maya y la mexicana.

En ellas, igual que en la mayor parte de las culturas del mundo, el alcohol, representado por el octli o pulque (bebida fermentada del maguey), tuvo un enorme impacto en el aspecto social.

La importancia del octli se testifica por el papel capital que desempeñaron en la religión los dioses de la bebida y de la embriaguez, llamados centzon y totochtin (se representaban con el conejo), los dioses lunares y terrestres de la abundancia y de las cosechas, así como la diosa del maguey mayahuel.

La mayoría de los pueblos prehispánicos se guiaban por un calendario adivinatorio que era básico para los individuos. Pues se creía en la influencia del signo del día del nacimiento. Este los dominaba hasta la muerte y aun más, determinaba su vida en el más allá. Por ende, su vida estaba regulada por los presagios.

Quien nacía bajo el signo 1 oacetotl, estaba destinado a morir como prisionero de guerra. A quien nacía abajo el 4 itzcuintli, sería rico y prospero aunque no se esforzara en lo absoluto para conseguirlo. Y el que nacía bajo el signo 2 conejo (onetochtli), sería afecto al alcohol.

Decían que cualquiera que naciera en ese signo sería borracho, inclinado a beber vino y que no buscaría otra cosa que no fuera el vino. Al despertarse, en la mañana, no se acuerda de otra cosa que no sea el vino; así, cada día anda borracho, bebiendo aún en ayunas, amaneciendo.

Luego se va a casa de las tabernas, pidiéndoles por gracia el vino; y no puede sosegar sin beber vino.

El conejo se consideraba el símbolo de los dioses del pulque, en honor de quienes celebraban fiestas y banquetes en los que bebían octli. Entre todos los dioses destacaba principalmente la diosa mayahuel que, como ya indicamos, estaba relacionada directamente con el descubrimiento de la bebida. Por lo general, la representaban vestida de blanco (que es el color del pulque) y sentada sobre un maguey.

Fray Bernardino de Sahagún expresa las consecuencias del consumo immoderado de bebidas alcohólicas en algunos párrafos. Si no tienes con que comprar el vino con la manta o el maxtle que se viste merca el vino y así después viene hacer pobre. Su casa esta obscura, con pobreza y no duerme en ella si no en casas ajenas y no se acuerda de otra cosa si no de la taberna. No lo tiene en nada aunque esté lleno de golpes y heridas de caerse por andar borracho, no se le da nada y le tiemblan las manos.

Y además de esto hace el borracho muchas desvergüenzas, como echarse con mujeres casadas, hurtar cosas ajenas y saltar por las paredes, o hacer por la fuerza a algunas mujeres, o retozar con ellas, y hace todo esto porque un borracho esta fuera de juicio.

La importancia del problema puede apreciarse claramente por la forma en que las autoridades lo enfocaban; por ejemplo, inmediatamente después de su elección, el emperador se dirigía al pueblo en los siguientes términos: Este es el vino que se llama octli, que es raíz y principio de todo mal y de toda perdición, porque este octli y esta borracheria es causa de toda discordia y disensión y de todas revueltas y desasosiegos de los pueblos y reinos; es como un torbellino que todo lo revuelve y desbarata; es como una tempestad infernal que trae consigo todos los males juntos. De esta borrachera proceden todos los adulterios, estupro y corrupción de vírgenes y violencias de parientes y afines; de esta borrachera proceden los surtos, robos, latrocinios, violencia, también proceden las maldiciones y falsos testimonios, murmuraciones, detracciones, las vocearías, riñas y gritos de todas estas cosas causa el octli y la borracheria.

En general, todas las clases sociales repudiaban a los alcohólicos. A pesar de ello, ni los consejos y amenazas de sus soberanos, ni la educación dentro de un ambiente de austeridad orientada hacia el deporte, logran controlar el problema.

Por eso fue necesario crear una serie de leyes que tenían por objeto castigar severamente a quienes, pese a todo, insistían en ingerir en forma desmedida la bebida embriagante.

Los que podían beber sin restricciones eran los ancianos, especialmente cuando se celebraban ciertas fechas como en la ceremonia de imposición de nombre a un niño.

De esta manera, los antiguos mexicanos permitían los placeres de la bebida solo aquellos cuya vida activa había terminado y ya no podían ser una carga para la sociedad. Cuando llegaron los españoles abolieron estos inhumanos castigos; poco tiempo después se verificó un aumento considerable del alcoholismo entre los indígenas.(6)

1.2.2. CLASIFICACIÓN DE ALCOHÓLICOS.

-Abstemios: son bebedores que no disfrutan o muestran un desagrado activo al gusto y a los efectos del alcohol y en consecuencia no tienen interés en repetir la experiencia. Son bebedores, que no solamente se abstienen sino que buscan el persuadir o coaccionar a otros que compartan su abstinencia.

-Bebedores sociales: Beben con sus amigos. El alcohol es parte de su proceso de socialización pero no es esencial, y no toleran una embriaguez alteradora, esta es rara puede ocurrir solo una actividad de grupo, tal como una boda, una fiesta, navidad o año nuevo, momento que se permite bebida en exceso.

-Alcohólicos sociales: Se intoxican con frecuencia, pero mantienen cierto control de su conducta prevén las ocasiones que requieren de modo rutinario, toman un par de copas antes de volver a casa evitan los bares en los que se den espectáculos y buscan lugares que conocen por sus bebidas abundantes, la mayoría son clientes regulares con las mismas inclinaciones basadas en una gran tolerancia de alcohol. Un alcohólico social encontrara tiempo para una copa por lo menos antes de la cena. Es probable que después de este se quede dormido. Su bebida no interviene en el matrimonio ni en el trabajo.

Alcohólicos: Se identifica por su gran dependencia o adicción de alcohol y una forma acumulativa de conductas asociadas con la bebida.(7).

MODELO MORAL.

El modelo moral considera que el alcohol es una droga perjudicial e indeseable y a quien abusa de él, un infractor de las normas morales, un sujeto potencialmente peligroso para la sociedad o un débil moral que debe ser humillado, castigado y marginal.

Los seguidores del modelo moral afirman que quien abusa del alcohol es un vicioso y rechazan el modelo médico, argumentando que se trata de justificar lo que es injustificable.

Dentro de este modelo hay dos corrientes: una moderada, que acepta el consumo del alcohol siempre y cuando no sea excesivo, y otra radical, que condena el uso del alcohol, por moderado que sea. Ambas tendencias afirman que la única manera de no caer en el alcoholismo es mediante la fuerza de voluntad. Una gran cantidad de médicos, sacerdotes, jueces y otros líderes de la comunidad, siguen aplicando este modelo.

El modelo moral no ha aportado nada valioso a la comprensión científica de la etiología y del desarrollo del alcoholismo.

MODELO EPIDEMIOLOGICO.

El comité de expertos en problemas relacionados con el consumo de alcohol, de la organización Mundial de la Salud, sugiere que los problemas relacionados con el alcohol afectan no solo al bebedor, sino también a su familia y a la sociedad en general, (puede contemplarse a través del modelo epidemiológico).

De acuerdo con este, el alcoholismo es el resultado de una interacción compleja entre la gente (etanol), el huésped (bebedor) y el ambiente (físico, metal y sociocultural).

Entre los problemas concernientes al individuo se incluye el desarrollo del alcoholismo y muchos problemas adicionales de tipo físico, mental y social, que no necesariamente se relacionan con la dependencia.

Respecto de las posibles repercusiones del alcoholismo en la familia, hay que tener presente que posiblemente existen otras causas responsables del conflicto familiar y que, de hecho, estos problemas pueden haber inducido al individuo a beber en exceso.

Finalmente, los problemas que surgen debido al uso inadecuado o excesivo del alcohol, pueden afectar la comunidad en diversas formas (el orden público, conductas ofensivas, violencia, accidentes, disminución de la productividad, costo económico de la mano de obra y de los servicios). De acuerdo la prevención de la enfermedad requiere centrar los esfuerzos en el agente, el huésped y el ambiente e interrumpir las líneas de comunicación entre ellos.

Este modelo epidemiológico ha sido valioso e importante en la integración de estrategias preventivas de los problemas que genera el consumo del alcohol.(8)

MODELO PSICOLÓGICO.

Este modelo plantea que el alcoholismo no es una enfermedad sino simplemente un síntoma que denota la presencia de conflicto psicológicos no resueltos, un retraso o estancamiento en el desarrollo de la personalidad, un trastorno de la personalidad o resultado de una conducta aprendida mediante reforzamientos gratificantes del alcohol.

El modelo psicológico define al alcoholismo como un problema estrictamente individual, aunque no minimiza ni excluye la influencia de los factores sociales.

La teoría psicoanalítica afirma que el alcoholismo es el resultado de perturbaciones y carencias emocionales durante la infancia, que a su vez ocasiona una inmadurez emocional. De acuerdo con esa teoría, el alcohólico busca los efectos del etanol para aliviar sus sentimientos de angustia, culpabilidad, hostilidad, inferioridad y depresión que son el reflejo de trastornos. Se supone que el consumo de alcohol para obtener alivio, se refuerza a través de la repetición y su abuso; se desarrolla como una respuesta habitual al malestar interno.

Hace algún tiempo, los psicoanalistas pensaban que el alcoholismo era el resultado de intensas influencias orales durante la infancia. Observaron que el alcohol provoca alteraciones en el estado de ánimo, en los procesos del pensamiento y finalmente conductas regresivas.

Los psicoanalistas suponen que la gratificación que se obtienen por el uso y los efectos del alcohol representa un escape de la realidad.

Entre otros estudios se habla de las cualidades eróticas del sueño que induce el alcohol y de la disolución de inhibiciones durante la intoxicación lo que permite representar dramáticamente los impulsos que, de otra forma, no se expresan y los cambios casi mágicos que el alcohol provoca al aumentar la estima personal, aliviar la pobreza, del ser la soledad y elevar el estado de ánimo. Incluso su capacidad para generar una sensación de calor y satisfacción.

La psicodinámica de los patrones conducturales que comúnmente exhiben los sujetos alcohólicos es la siguiente: El alcohólico tiene una tendencia suicida crónica, porque considera que el medio ambiente es rechazante, cruel y frustrante; esto se debe a que cree que sus padres lo traicionaron.

De acuerdo a las teorías de la personalidad el alcoholismo es la consecuencia de un trastorno de la personalidad. Se considera que los alcohólicos poseen un tipo específico de personalidad por la habilidad emocional, inmadurez en las relaciones interpersonales, poca tolerancia a la frustración, incapacidad de expresar adecuadamente las hostilidad, baja autoestima, compulsibilidad, sentimientos de aislamiento y conflictos sexuales.(9)

TRASTORNOS MENTALES.

ALUCINOSIS ALCOHÓLICA.

Son alucinaciones generalmente auditivas, que pueden aparecer en los alcohólicos crónicos tras la privación o reducción brusca de su ingesta alcohólica. Se trata de percepciones sensoriales imaginarias, que indican una pérdida de la realidad.

Las características de las alucinaciones alcohólicas son las siguientes:

Aparecen al cabo de una hora, de unos días o incluso de algunas semanas después de haber dejado de consumir grandes cantidades de alcohol, y van presididas casi siempre de agitación psicomotriz, temblores generalizados y tensión arterial alta.

El trastorno alucinatorio suele durar unas horas, a veces algunos días, y también, excepcionalmente, puede tender a la cronicidad y permanecer durante largos periodos de tiempo.

Las alucinaciones pueden ser en forma de voces cuya intensidad y frecuencia aumenta generalmente por las noches, estas voces expresan casi siempre conceptos malévolos, formulan reproches y amenazas que aterrorizan al enfermo; y generan en él ideas persecutorias, al comprobar como estas voces lo persiguen a donde quiera que vaya.

Es necesario destacar que el trastorno alucinatorio no va acompañado de obnubilación de la conciencia y el enfermo presenta en todo momento un sensorio claro que hace más dramática su situación, al darse perfecta cuenta de cuanto le sucede.

Finalmente hay que decir que estas alucinaciones auditivas sobrevienen como consecuencia de la irritación de la corteza auditiva cerebral, inducida por la acción tóxica que ejerce sobre ella el alcohol. Ante la probación brusca del mismo, esta corteza reacciona reproduciendo voces que el enfermo ha oído en la realidad y que parecen entremezcladas, expresando conceptos y reproches de los que sin duda se habrá formulado así mismo con anterioridad.

Ante esta lamentable situación, son muchas las veces en que el enfermo trata de evitar este suplicio volviendo a beber, y empeorando su estado de salud. Y son muchas también las ocasiones en que la desesperación se apodera de él y la idea de poner fin a su vida comienza a germinar en su mente atormentada. (10)

ANGUSTIA Y ANSIEDAD.

En el caso del enfermo alcohólico es frecuente la existencia de este trastorno afectivo subyacente, previo a su alcoholismo. Los antecedentes personales, el ritmo vertiginoso de la vida moderna, el exceso de trabajo, las preocupaciones y el estrés son, entre otros, factores que favorecen su aparición.

La angustia y la ansiedad pueden conducir a la persona al alcoholismo cuando el sujeto se habitúa a utilizar el alcohol como ansiolítico.

El alcohólico se debate constantemente entre la angustia y la ansiedad que experimenta cuando no bebe, el alcohol al que recurre, en busca de alivio otra vez le provoca angustia y ansiedad. Un verdadero círculo vicioso del que le resulta difícil escapar y que le provoca nuevos y más frecuentes contactos con el alcohol.

CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES DE LA ANSIEDAD.

El miedo de la angustia es siempre un medio difuso e inconcreto. El afectado vive temiendo constantemente algo que cree le va a suceder a él o a sus familiares y para lo que no hay explicación razonable.

La ansiedad puede presentarse en forma de episodios agudos son las típicas crisis de pánico, breves e intensas o en forma crónica, menos intensas pero mucho más duraderas.

LOS PRINCIPALES SÍNTOMAS DE ANSIEDAD SON:

Opresión en la boca del estómago, dolores torácicos localizados principalmente en la zona precordial, palpitaciones, taquicardias, sensación de ahogo, sequedad de boca, mareos, vértigos, desmayos, sensaciones de calor o frío, sudoración en cara o manos, temblores, agitación psicomotriz, parestesias, (hormigueo en manos y pies), sensación de muerte inminente, miedo a volverse loco.

CELOTIPIAS ALCOHÓLICAS.

Cuando los celos sobrepasan los límites normales adquieren entonces la categoría de celos patológicos o enfermizos que se sustentan en la infelicidad, la amargura, la pérdida de la autoestima, y la ambivalencia o coexistencia en un mismo individuo de sentimientos contrapuestos como son el amor y el odio.

CARACTERÍSTICAS DE LAS CELOTIPIAS.

El sujeto alberga frecuentes dudas sobre la fidelidad de su cónyuge, dudas que pueden conducirle a la seguridad absoluta de que es engañado por su pareja.

La reacción agresiva y la venganza son los procedimientos que aplica para mitigar sus sentimientos de odio y amargura.

Por último, entre las causas que originan el desarrollo de celotipias en el alcohólico destacan: la conciencia de mala imagen que posee el enfermo, la frecuente impotencia sexual provocada por su intoxicación y, a nivel inconsciente, la necesidad de hallar una razón que justifique su bebida y mitigue sus sentimientos de culpa.

CONCENTRACIÓN Y MEMORIA.

La concentración y la memoria son facultades que aparecen sensiblemente disminuidas en el alcohólico, limitando su capacidad para desarrollar cualquier actividad; percepción, atención, concentración, interpretación y memoria resultan seriamente alteradas por la obnubilación de la conciencia, consecuenta con la intoxicación alcohólica.

CONDUCTA ANTISOCIAL.

Alcoholismo y conducta antisocial son conceptos prácticamente inseparables. De ahí que la enfermedad alcohólica constituya un auténtico cáncer social.

Vemos por tanto que la agresividad y la violencia son frecuentes en el alcohólico. Muchos actos violentos: homicidios, robos, violaciones tienen lugar bajo la influencia del alcohol y durante los periodos de embriaguez.

De la agresividad base y fundamento de la conducta antisocial, tienen su origen en la frustración, rasgo constante de la personalidad alcohólica.

Tiene dos formas de manifestarse; una externa en forma de violencia, cuando el enfermo culpabiliza a los demás de su situación. Y otra interna, dirigida hacia si mismo, en forma de conductas autodestructivas, cuando el enfermo genera sentimientos de culpa y autoreproche.

El trastorno antisocial de la personalidad desaparece con la abstinencia y el tratamiento psicoterapéutico del enfermo, pudiendo éste integrarse plenamente en la sociedad.(11)

DELIRIOS ALCOHÓLICOS. (DELIRIUM TREMENS).

Son trastornos mentales agudos caracterizados por excitación psicomotriz intranquilidad, temblores, ansiedad y alucinaciones, generalmente auditivas. Aunque menos frecuentes pueden aparecer también en el alcohólico delirios de persecución al no recordar el enfermo lo sucedido durante sus periodos de embriaguez, ignorando si ha perjudicado ha alguien y en consecuencia temiendo ser perseguido por personas reales o imaginarias.

Los delirios alcohólicos son las manifestaciones de un estado tóxico originado por el alcohol y reflejan un desarrollo no sistematizado del pensamiento, es decir, carente de toda lógica.

A pesar de interrumpir su bebida éstos delirios pueden persistir en ocasiones durante largos periodos de tiempo. Sólo la abstinencia definitiva y controlada dará fin a estos trastornos en un plazo mas o menos breves.(12)

DEPRESIÓN.

La depresión es una alteración del ánimo que conduce a un estado de tristeza vital y profunda, y cuyos principales síntomas se manifiestan en forma de pesimismo, melancolía, inhibición sexual y psicomotora, insomnio, pérdida de peso, profundos sentimientos de culpa y preocupaciones somáticas que pueden dar lugar al desarrollo de delirios hipocondríacos.

La depresión puede empujar al sujeto a recurrir al alcohol como antidepressivo. El alcohol a su vez, aumentará progresivamente la depresión, con lo que el enfermo se verá precisado a establecer nuevos y más frecuentes encuentros con él.

Es también un hecho constatado que el depresivo, consciente o inconscientemente, busca muchas veces en el alcohol esa autodestrucción como solución a sus problemas.

En las familias con historia de alcoholismo, la depresión que puede afectar a uno de sus miembros suele ser temprana y con grandes posibilidades de originar un nuevo brote de alcoholismo.

DESESPERANZA.

La desesperanza, como su propio nombre lo indica es la ausencia total de la esperanza. Es una situación a la que puede llegar el hombre cuando todo le es negado y ya no espera nada de la vida.

Desesperanza, es desesperación y esta desesperación se apodera a veces del enfermo alcohólico cuando comprueba que no puede controlar su bebida ni dejar definitivamente el alcohol.

Cuando los esfuerzos para escapar de la esclavitud que impone el alcohol se ven constantemente abocados al fracaso, la desesperanza impacta en su espíritu y se siente impotente, es entonces, cuando el abandono y la depresión aparecen en la vida del enfermo.

Unas veces sigue bebiendo con mayor intensidad todavía en un vano intento de mitigar tan doloroso sentimiento, o bien buscando su propia destrucción. Adopta entonces las conocidas conductas autodestructivas, que pueden desembocar fatalmente en el suicidio.

Otras veces. Sea por iniciativa propia al considerar que ha tocado fondo, sea por la presión ejercida por sus familiares, recurre al especialista en busca de esa ayuda que constituye para él la última esperanza. Aunque acostumbra acudir cuando su deterioro es extremo siempre es posible la rehabilitación y siempre la esperanza debe acompañarle en su lucha por la supervivencia.

Incluso cuando sus condiciones físicas pudieran ser irreversibles, el enfermo alcohólico debe luchar por su recuperación. (13)

PSICOSIS ALCOHÓLICA.

Los delirios y las alucinaciones descritos recientemente son una muestra de esta psicosis de origen alcohólico que en procesos muy evolucionados pueden conducir al enfermo al delirium tremens y a la demencia alcohólica.

SÍNDROME AMNÉSICO.

La amnesia del alcohólico suele ser anterograda, típica por otra parte de las lagunas alcohólicas. Se observa en ella una relativa conservación de la memoria inmediata y de la remota. En la relación alcohol conciencia debemos destacar que:

Pequeñas cantidades de alcohol elevan aparentemente el nivel de conciencia. La persona parece poseer mayor fluidez mental, mayor

sociabilidad e ingenio más agudo. Sólo los familiares más próximos pueden llegar a percibir irregularidades en su comportamiento.

Esta aparente mejoría no hay que aclararla nunca a posibles efectos benéficos del alcohol, sino a la transitoria desinhibición que este proporciona.

Cantidades mayores de alcohol disminuyen ya sensiblemente el nivel de conciencia y la actividad motora.

El enfermo presenta obnubilación habla pastosa, marcha vacilante, siendo todo ello perceptible.

Dosis elevadas de alcohol disminuyen más el nivel de conciencia pudiendo llegar el sujeto a los llamados estados estuporosos, con pérdida casi total de conciencia e incapacidad de respuesta a los estímulos ambientales.

TRASTORNOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS.

El impulso es una característica de la personalidad humana en virtud de la cual sentimos en ocasiones, el poderoso deseo de hacer algo hacia lo que nos vemos empujados por una fuerza que nuestra voluntad debe controlar, graduando su intensidad y evitando que sea el detonante de una conducta inadecuada.

IMPULSIBILIDAD.

Expresa un primer grado de alteración y se aplica a todo individuo cuya conducta se rige mayormente por unos impulsos que experimentan con relativa frecuencia.

La impulsibilidad representa un primer paso en el proceso de estos trastornos de la personalidad por cuanto todavía la voluntad y la razón ejercen un cierto control sobre esos impulsos.

IMPULSIÓN.

Supone ya un grave trastorno del control al referirse a la necesidad imperiosa o impulso irresistible de hacer algo contrario a la propia voluntad y de características irracionales e incluso, a veces brutales.

COMPULSIÓN.

Es presa finalmente un trastorno del control de los impulsos de características semejantes a la anterior, pero con la diferencia de que en este caso el proceso es mucho más elaborado y existe un cierto grado de razonamiento.

El alcoholismo es una neurosis obsesiva en la que el enfermo tiene como idea fija el alcohol, hacia el que siente un impulso irresistible.

TRASTORNOS ESQUIZOFRÉNICOS.

Los trastornos esquizofrénicos radican principalmente en la desconfianza, el autismo (se vuelve retraído, se encierra en sí mismo y se aísla de su entorno), los delirios de persecución, las alucinaciones (especialmente auditivas, en forma de voces), y la extraña conducta que observa.(14)

TRASTORNOS DE LA MATERNIDAD Y PATERNIDAD.

Al hablar de estos trastornos el autor se refiere a aquellos factores que procedentes de la madre, del padre, o de ambos a la vez; alteran dicha vinculación e impiden esta relación afectiva tan necesaria. El niño detecta de inmediato estos trastornos a través de numerosos signos, nerviosismo, ausencia de sonrisa, temor, llanto, ansiedad, pérdida de peso, son entre otros el triste exponente de cómo esta situación repercute en su psiquismo. Luego, con los años el desinterés por cuanto le rodea, las dificultades de relación y los trastornos afectivos serán probablemente una realidad constante en su vida.(15)

MODELO MÉDICO.

Este modelo se basa en el principio del que el abuso del alcohol es solo el síntoma de algún trastorno del organismo que puede ser de origen genético, endocrinológico, cerebral o neurobioquímico.

De acuerdo con el modelo el abuso del alcohol da lugar a un conjunto de síntomas clínicos, clasificables e identificables que permiten predecir la conducta del alcohólico y que tiene, al igual que otra enfermedad el alcoholismo, una etiología, fisiopatogenia, historia natural, cuadro clínico, diagnóstico, pronóstico y tratamiento por lo que pueden desarrollarse estrategias para prevenirlo.

Si bien es cierto que la etiología del alcoholismo aun no esta esclarecida, no esta por demás recordar las palabras de Sellinek en su clásico artículo "Una enfermedad es lo que el organismo reconoce como tal. El hecho que no puede explicarse la naturaleza de esta condición patológica, no es prueba de que no sea una enfermedad.

Hay muchos ejemplos en la historia de la medicina en que se desconoció durante muchos años la naturaleza de ciertas enfermedades; la causa de alguna aun se desconoce pero nadie duda que sea verdaderos problemas médicos".

La hipótesis respecto a la etiología biológica, menciona factores genéticos que apoyan el concepto de que el individuo nace con una predisposición al alcohol debido a ciertas alteraciones genéticas.

Las teorías endocrinológicas afirman que la digestión de alcohol ocasiona un trastorno glandular que finalmente genera una insuficiencia de la corteza adrenal. Se habla también de una disfunción cerebral que da lugar a la perdida de control para beber, la incapacidad de abstenerse y a la conducta impulsiva y antisocial que exhibe el alcohólico.

Las teorías neurobioquímicas plantean que beber en exceso durante algún tiempo provoca la inactivación de algunas de los sistemas enzimáticos que intervienen en el metabolismo del etanol esto, a su vez, ocasiona que el alcohol se metabolice por otras vías en las que se produce ciertas sustancias que al reaccionar con algunas aminos cerebrales, forman alcaloides conjugados de gran poder adictivo.

Ello explicaría en las poderosas propiedades de dependencia que tiene el alcohol y el porque en un momento dado, un alcohólico es incapaz de suspender la ingesta en cuanto empieza a beber.

El modelo médico se ha superado durante los últimos años debido a que las actividades sanitarias se han orientado hacia la prevención del alcoholismo el trabajo con sujetos que beben excesivamente sin ser alcohólicos y ha destacado la importancia de estudiar los factores socioculturales.

Gracias al modelo médico que integrado y definido el síndrome de dependencia del alcohol y que se fundamenta en la presencia de 10 síntomas cardinales, que se agrupan en tres tipo de cambios a saber subjetivos, conductuales y psicobiológicos. El síndrome de dependencia del alcohol permite diferenciar perfectamente las alteraciones que provoca el consumo del alcohol en individuos que no presentan el síndrome de dependencia.

MODELO SOCIOCULTURAL.

Este modelo hace hincapié en que el alcohólico es solo una consecuencia del medio ambiente en que se mueve el individuo.

Se habla de cuatro criterios de causalidad social en el alcoholismo: la familia, la organización social, la disponibilidad de las bebidas alcohólicas y otros aspectos socioculturales.

Los estudios que consideran a la familia como el elemento más importante en la génesis y desarrollo del alcoholismo se centran en formación de la personalidad, en la importancia que adquieren la actitud y la conducta de los padres respecto de la bebida y en las experiencias negativas (como el divorcio, la pobreza, la desintegración familiar, el hacinamiento y otras) que contribuye a crear insatisfacción y desorientación e impelen al individuo a buscar satisfacción en el alcohol y en otros fármacos.

En lo que se refiere a los aspectos relacionados con la organización social los estudios más recientes y las hipótesis más acertadas sugieren que el alcoholismo puede considerarse como un comportamiento opcional que responde a la continua frustración que genera la desorganización social. Los rápidos cambios, la creciente industrialización, los controles sociales, la exaltación del individualismo, la independencia funcional, la competencia, etc; constituyen factores que producen tensión, misma que el individuo puede relucir mediante la ingestión de alcohol.

Las estadísticas señalan que a mayor disponibilidad de alcohol, más problemas tiene la sociedad como consecuencia del consumo. Aunque unos trabajos que se han realizado recientemente, respecto al impacto de la publicidad en el alcoholismo, indican que este elemento al parecer afecta su incidencia, esta totalmente comprobado que la publicidad aumenta la disponibilidad. La mayor disponibilidad de alcohol, el decremento del costo real de las bebidas alcohólicas, el debilitamiento de las restricciones para consumirlo, la incorporación al mercado nacional de nuevas marcas nacionales etc; son elementos que guardan relación con la incidencia del alcoholismo.

Entre otros aspectos socioculturales que también intervienen en el desarrollo del alcoholismo destacan el sexo, la edad, estado civil, la raza, la religión, los ingresos y el nivel educativo.

El modelo sociocultural ha hecho contribuciones importantes al desarrollo de estrategias para la prevención primaria y secundaria del alcoholismo y a enriquecido el panorama del fenómeno del consumo del

alcohol y sus problemas. Sin embargo, carece de utilidad si no se utiliza con los modelos biológicos y psicológicos.

MODELO INTERDISCIPLINARIO.

Este modelo, que es el ideal, propone la aplicación simultanea irracional de todos lo anteriores.

Como puede apreciarse, las aportaciones que las diversas disciplinas científicas han hecho en forma aisla no explican adecuadamente el fenómeno del alcoholismo. Debido a que el alcoholismo es un fenómeno multicasual, su tratamiento integral debe de ser interdisciplinario.

Los modelos médico y psicológico son fundamentales para el tratamiento y la rehabilitación de los alcohólicos, pero ello no excluye la importancia de los factores socioculturales. Los modelos social y epidemiológico son básico para la prevención del alcoholismo, pero también pueden utilizarse los elementos de los demás modelos.

Incluso el modelo moral aporta algunos conceptos útiles: por ejemplo, introducir la idea de beber con moderación y responsabilidad entre los bebedores no alcohólicos en sociedad como la nuestra, que son tan tolerantes para beber excesivo y en las que es tan mal visto la abstinencia el modelo moral podría propagar actitudes de cambio que daría lugar al fenómeno inverso y deseable, es decir, condenar el exceso en el beber y considerar una virtud la abstinencia y el beber con moderación.(16)

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

1.3 ALTERACIONES DEL APARATO DIGESTIVO POR INGESTIÓN DE ALCOHOL.

El aparato digestivo cumple en el organismo la importante función de la digestión, es decir, de la conversión de los alimentos en sustancias químicas que pueden ser absorbidas y asimiladas, encargándose al mismo tiempo de la eliminación de los productos residuales que resultan de ese proceso.

El alcohol consumido de forma inmoderada aparece como uno de los alimentos que con mayor gravedad pueden afectar el aparato digestivo, entre otras causas por la acción irritativa que ejerce sobre la mucosa de los órganos que encuentra a su paso (ruta del alcohol).

ANOREXIA.

Es la pérdida del apetito. Desaparece la sensación de necesidad de comer, sobreviene la desnutrición, el adelgazamiento del individuo y da paso a una gran variedad de trastornos. El enfermo puede llegar a desnutrición extrema.

La anorexia es un signo importante del alcoholismo avanzado cuando el enfermo sustituye los alimentos por el alcohol. Sus efectos tóxicos inhiben la sensación de apetito por depresión del "centro cerebral del apetito" y por la acción irritativa constante sobre la mucosa gástrica.

La intoxicación alcohólica crónica origina deficiencias nutritiva que provocan graves déficits vitamínicos.

La anorexia cesa cuando el enfermo deja de beber, recuperando paulatinamente el apetito.

BOCA.

Aunque con menos frecuencia que en otros lugares, la acción irritativa del alcohol sobre la mucosa bucal puede dar lugar a la aparición de pequeñas úlceras.

DIARREA.

Es un trastorno intestinal caracterizado por la evacuación de heces líquidas o semilíquidas.

Sus causas pueden ser: Mala absorción, que hace que los productos mas absorbidos retengan agua.

Aumento de las secreciones, que superan la capacidad de absorción.

Incremento de la velocidad de transito intestinal, que no dan tiempo que se produzca la absorción.

Las consecuencias inmediatas de la diarrea son: Dolor cólico, por el trastorno motor que supone el aumento de la velocidad de transito; deshidratación por pérdida de agua.

La diarrea es siempre un trastorno reversible que desaparece tras la abstinencia.

DISFAGIA.

Expresa un trastorno de la deglución consiste en la dificultad objetiva para tragar. Aunque con menos frecuencia de otros trastornos, se observa algunas veces en el enfermo alcohólico.

Entre sus causas figuran: Lesiones doloras en faringe y esófago que afectan a sus fibras musculares y disminuyen su capacidad de contracción y afecciones que alteran el reflejo de la deglución.

DOLOR.

Es la sensación de malestar derivada de la estimulación de las terminaciones nerviosas sensitivas. Una característica del dolor, es de carácter local.

En el caso del tracto digestivo y teniendo como protagonista al alcohol, se puede distinguir los siguientes tipos de dolor:

Dolor esofágico: Por inflamación o ulceración de la mucosa del esófago.

Dolor gástrico: Por espasmo de la musculatura gástrica, inflamación de su mucosa (gastritis) o ulceración (ulcera gástrica). La acción irritativa del alcohol y la liberación excesiva de ácido clorhídrico que ataca a la propia mucosa figuran como causas principales.

Dolor hepático: Por inflamación del hígado y la distinción de la cápsula que le rodea.

Dolor cólico: Por trastornos de la motilidad intestinal. Es típico de las diarreas.

ESOFAGITIS.

Es la inflamación de la mucosa del estómago producida por el alcohol. Una de sus causas más frecuentes es por la acción irritativa que ejerce sobre la mucosa esofágica.

Como síntomas principales se presentan los trastornos de la motilidad ulceraciones y hemorragias, pirosis o sensación de ardor en el pecho y dolor torácico retroesternal.

GASTRITIS.

Es la inflamación de la mucosa del estómago. La gastritis tóxica alcohólica causada por la acción corrosiva del alcohol, que va erosionando la mucosa gástrica y puede llegar a ulcerarla.

La gastritis puede originar anorexia, con pérdida de peso y desnutrición, náusea, vómito, dolor epigástrico y hemorragias. En las gastritis alcohólicas son típicos también los vómitos matutinos, en ayunas, de agua y mucosidades.

HEMORRAGIAS.

Independiente de las grandes hemorragias, existen pequeños sangrados ocultos que pasan desapercibidas y que tienen como una de sus causas las lesiones ulcerosas del tracto digestivo producidas por el alcohol.

HÍGADO.

Es uno de los órganos afectado por el alcohol siendo la lesión hepática uno de sus efectos tóxicos más graves.

Hepatomegalia es la inflamación del hígado con o sin dolor, es uno de los signos característicos que sugieren una ingesta alcohólica superior a la que el órgano puede soportar.

ESTEATOSIS HEPÁTICA.

Es el aumento de grasas en el hígado que da lugar al llamado hígado graso que a su vez, puede desembocar en la formación de quistes grasos. Se trata de una auténtica degeneración grasa del órgano.

La oxidación del alcohol produce un rápido aumento de grasa en el hígado y sangre. Si se ingieren alimentos grasos, se acumula más grasa todavía.

Los síntomas de la esteatosis hepática son: Aumento de tamaño del hígado (hepatomegalia) dolor de la zona ocupada por el órgano, anorexia, náuseas y vómitos matutinos y, a veces diarrea.

HEPATITIS ALCOHÓLICA.

Es una de las más graves consecuencias del alcoholismo. Se trata de una inflamación del hígado caracterizada por aumento de volumen degeneración y destrucción de las células hepáticas.

La hepatitis alcohólica crónica presenta el siguiente cuadro: Hepatomegalia dolorosa, e ictericia, fiebre alta, varices esofágicas, ascitis y fibrosis difusa.

CIRROSIS HEPÁTICA ALCOHÓLICA.

Symboliza la culminación de la lesión hepática producida por el alcohol o por la combinación de este con los trastornos en la dieta.

La cirrosis se caracteriza por la desnutrición de la arquitectura hepática que da lugar a su vez una porción de hígado sin función.

INSUFICIENCIA HEPÁTICA.

Viene determinada por la incapacidad del hígado para llevar a cabo sus funciones, como consecuencia de los procesos citados. (17)

PANCREATITIS.

Es una inflamación aguda o crónica del páncreas producida, por el abuso del alcohol. Junto con la cirrosis constituyen una más de las complicaciones digestivas.

La pancreatitis puede ser hemorrágica o no hemorrágica. La pancreatitis hemorrágica aguda puede tener lugar como un solo episodio de bebida masiva.

La pancreatitis se produce cuando las enzimas que segregan la glándula digieren el propio tejido pancreático y sus vasos sanguíneos, dando lugar a la necrosis.

Sus principales síntomas son: Dolor abdominal muy intenso y muy constante que suele proyectarse a la espalda nauseas y vómitos meteorismo, distensión abdominal, fiebre, hemorragias, pérdida de peso y ansiedad.

Las complicaciones mas importante, extremadamente graves todas ellas pueden ser: Ictericia, dificultades respiratorias, fallo o insuficiencia renal infecciones sobre añadidas, hemorragias gastrointestinales.(17)

La mayor parte de los casos de pancreatitiis alcohólica son exacerbaciones agudas de pancreatitis asintomático crónica más que de pancreatitis aguda. Según este punto de vista, la ingestión crónica de alcohol origina secreción del líquido pancreático rico en proteínas y obstrucción de los conductos pancreáticos pequeños, seguidos por degeneración de los acinos y fibrosis.

La patogenia de la pancreatitis crónica con recaídas es más confusa que la de la necrosis pancreática aguda.

Una propuesta indica que la ingestión crónica de etanol estimula la secreción con alto contenido de proteínas causa obstrucción en los conductos.(18)

SÍNDROME DE MALA ABSORCIÓN.

Sucede cuando a pesar de ser adecuada la dieta no se absorbe importantes componentes alimenticios, produciéndose la desnutrición del individuo.

Los síntomas son variados: Diarrea, anorexia, pérdida de peso, déficit de proteínas vitaminas y electrolitos que propicia alteraciones tales como atrofia muscular, ceguera, hemorragias, anemias y lesiones en la piel.

SÍNDROME DE MALA DIGESTIÓN.

Es una deficiencia de secreción de jugos digestivos o un problema que llega al tubo digestivo. Es lo que sucede en las recepciones gástricas en la pancreatitis, hepatopatias y obstrucción de vías biliares.

TUMORES MALIGNOS.

Aunque gran parte de la opinión pública lo desconoce, el alcohol y el alcoholismo son factores de riesgo importantes en el desarrollo de algunos tumores malignos.

Sea directamente por irritación y erosión local continuada sea indirectamente por la desnutrición por los trastornos metabólicos que propicia, el alcohol puede llegar a constituir un factor cancerígeno de primer orden.

ULCERA PÉPTICA.

Es una erosión de la mucosa del tracto gastrointestinal con pérdida de sustancia, que se localiza en las zonas expuestas al jugo gástrico (ácido clorhídrico y pepsina). (19)

1.4 PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

MODELO DE VIRGINIA HENDERSON.

Virginia Henderson ha proporcionado importantes bases para el avance de la enfermería.

En 1897 comienza su carrera profesional en un contexto en que la demanda de cuidados enfermeros, tras una guerra mundial.

Tras años de labor docente asistencial e investigadora, Henderson da a conocer una de las definiciones más aproximadas a la disciplina en la enfermería.

“La función propia de la enfermera es ayudar al individuo sano o enfermo, para que realice aquellas actividades que contribuyen a su salud o a su recuperación (o a su muerte tranquila); tareas que el individuo realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, voluntad o los conocimientos necesarios, y todo ello de forma que el individuo se sienta capaz de llevarlas a cabo lo más pronto posible”.

Henderson habla de la enfermería relacionándola con el cliente y su entorno. A diferencia de Nightingale, Henderson vio a la enfermería en relación con los individuos enfermos y sanos, reconociendo que las enfermeras trabajan con clientes aunque su recuperación no pueda ser posible y mencionando los roles de enseñanza y de intercesión de la enfermera.

CONCEPTOS BÁSICOS DEL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON.

PERSONA.

Necesidades básicas.

SALUD.

Independencia.

Dependencia.

Causas de la dificultad o problema.

ROL PROFESIONAL.

Cuidados básicos de enfermería.

Relación con el equipo de salud.

ENTORNO.

Factores ambientales.

Factores socioculturales.

LA PERSONA.

Es un ser integral con componentes biológicos, biofisiológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales; que interactúan entre sí, y tienden a su máximo desarrollo de su potencial. Tiene 14 necesidades básicas que son las siguientes:

- 1.- Necesidad de oxigenación (respirar normalmente).*
- 2.- Necesidad de nutrición e hidratación (comer y beber adecuadamente).*
- 3.- Necesidad de eliminación (eliminar por todas las vías corporales).*
- 4.- Necesidad de moverse y mantener una buena postura (moverse y mantener posturas adecuadas).*
- 5.- Necesidades de descanso y sueño (dormir y descansar).*
- 6.- Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas (escoger ropa adecuada; vestir y desvestirse).*
- 7.- Necesidad de termorregulación (mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales adecuando la ropa y modificando el ambiente).*
- 8.- Necesidad de higiene y protección de la piel (mantener la higiene corporal y la integridad de la piel).*
- 9.- Necesidad de evitar los peligros (evitar los peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas).*
- 10.- Necesidad de comunicarse (comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones).*
- 11.- Necesidad de vivir según sus creencias y valores (vivir con sus propios valores y creencias).*

12.- Necesidad de trabajar y realizarse (ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal).

13.- Necesidad de jugar (participar en actividades recreativas).

14.- Necesidad de aprendizaje (aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a usar los recursos disponibles).

LA SALUD.

Se equipara con la satisfacción adecuada de las 14 necesidades básicas bien sea mediante acciones llevadas a cabo por las personas o cuando ello no es posible, mediante acciones realizadas por otros.

Dependencia se trata del desarrollo insuficiente del potencial de la persona para satisfacer las necesidades básicas en el presente y en el futuro, de acuerdo con su situación de vida a causa de una fuerza, conocimiento o voluntad.

En este caso no existen niveles establecidos que puedan aplicarse en la valoración; y será la enfermera que basándose en sus conocimientos y experiencia y en la situación general de usuario (es decir en situación de vida), decidirá en cada caso si es o no suficiente el desarrollo de potencial de la persona.

Independencia se define como el nivel óptimo de desarrollo del potencial de la persona para satisfacer las necesidades básicas de acuerdo con su situación de vida. El término "situación de vida" se refiere al "aquí y ahora" de la persona incluye tanto los aspectos biofisiológicos (edad, sexo, etapa de desarrollo, funcionamiento de los órganos, aparatos y sistemas, etc.) como los socioculturales (experiencias previas nivel cultural, entorno físico y social en que vive, etc.) y espirituales (ideas, creencias y valores).

Esta es una de las características que impiden la práctica rutinaria, entendiéndose por rutinario hacer algo por costumbre y de forma automática y no razonada, ya que será la enfermera (de acuerdo con sus conocimientos y experiencia) y el usuario quienes, a la luz de la situación global de la persona (es decir, su situación de vida) determinarán en cada caso si ésta ha alcanzado o no el óptimo desarrollo de su potencial.

Para Virginia Henderson el concepto de necesidad no tiene el significado de carencia o problema, sino de requisito y aunque algunos podrían considerarse esenciales para la supervivencia física, todos son requisitos fundamentales indispensables para mantener la integridad, entendida como la armonía de todos los aspectos del ser humano.(20)

EL ROL PROFESIONAL.

Es un servicio de ayuda a la persona a la satisfacción de sus necesidades básicas. Se orienta específicamente a suplirla cuando ésta no puede hacerlo o ayudar a desarrollar lo que le falta (fuerza, conocimiento o voluntad) para que logre su independencia y la satisfaga por sí misma.

EL ENTORNO.

Si bien no está claramente definido, aparece en sus escritos y es el postulado que más evoluciona con el paso del tiempo. Henderson habla de la naturaleza dinámica del entorno y de su impacto sobre el usuario y la enfermera.

2. CASO CLÍNICO

2.1 PRESENTACIÓN DEL CASO (VALORACIÓN INICIAL).

Valoración: Historia clínica de enfermería

Ingresa paciente masculino de 39 años de edad al servicio de urgencias de la clínica 68 del IMSS, con antecedentes de etilismo positivo desde los 18 años. Inicia su padecimiento hoy posterior a la ingesta de bebidas alcohólicas, durante 26 días tomando, llegando diario a la embriaguez.

Es trasladado al servicio de medicina interna. Ingresa paciente con solución glucosada al 10% de mil mililitros más complejo B. Refiere dolor abdominal punzante, intenso y localizado en epigastrio e hipocondrios, predominantemente el izquierdo, sin irradiaciones y acompañado de náuseas y vómito de contenido gástrico.

Al examen físico se encuentra consciente, inquieto, con palidez de tegumentos y deshidratación leve.

Signos vitales: Hipertermia de 38.5° C. (temperatura bucal normal en adulto 37° C.), taquicardia 120 pulsaciones por minuto (normal 70 pulsaciones por minuto en adulto), taquipnea 35 por minuto (normal de 14 a 20 por minuto en adulto), Hipotensión 100/60 (normal sistólica de 125 a 130, diastólica 80 a 60 en un adulto).(21)

Se le coloca sonda nasogástrica.

DATOS DE LABORATORIO.

Datos del paciente

Cifras normales.

Amilaturia 500 U.I.

Amilasa en orina normal de 80 a 200 U.I.

Leucocitos 24000 P.C.

Leucocitos normal de 4000 a 10000 P.C.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Ficha de identificación

Nombre: V. C. C. Edad: 39 años Peso: 91kg Talla: 1.75m
Fecha de nacimiento: 28-08-1955 Sexo: Masculino Ocupación:
Comerciante Escolaridad: Medio Superior Fecha de admisión:
Hora: 8 am procedencia: Urgencias Fuente de información
:expediente Fiabilidad (1-4):2 Miembro de la familia/ Persona
significativa: esposo.

VALORACIÓN DE NECESIDADES HUMANAS

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

a) Oxigenación

Subjetivo:

Disnea debido a: dolor Tos productiva/ seca: no Dolor asociado con la
respiración: si Fumador: no Desde cuándo fuma/cuántos cigarros al
día/varia la cantidad según su estado emocional: _____

Objetivo:

Registro de signos vitales y características: hipertermia 38.5 °C
taquicardia 120 x min taquipnea 35 x min hipotensión 100/60.
Tos productiva/seca: no Estado de conciencia: consciente Colaboración de
piel/techos ungueales/peribucal: palidez de tegumentos Circulación de
retorno venoso: normal Otros:

b) Nutrición e hidratación

Subjetivo:

Dieta habitual (tipo): déficit de alimentación Número de comidas
diarias: una al día Trastornos digestivos: nauseas y vómito
Intolerancia alimentaria/alergias: si por nauseas y vómito
Problemas de la masticación y deglución: no
Patrón de ejercicio: no

Objetivo:

Turgencia de la piel: deshidratación leve

Membranas mucosas hidratadas/secas: deshidratadas

Características de uñas/cabello: aparentemente sano

Funcionamiento neuromuscular y esquelético: aparentemente sano

Aspecto de los dientes y encías: aparentemente sanos

Heridas, tipo y tiempo de cicatrización: no

Otros:

c) Eliminación

Subjetivo:

Hábitos intestinales: después de comer características de las heces, orina: heces semilíquidas y orina concentrada.

Historia de hemorragias/enfermedades renales/otros: no

Uso de laxantes: no Hemorroides: no

Dolor al defecar/orinar: no

Como influyen las emociones en sus patrones de eliminación: no influyen

Objetivo:

Abdomen/características: hay distensión y dolor, se encuentra blando a la palpación profunda, el dolor es intenso de tipo gástrico.

Ruidos intestinales: disminución de la peristalsis

Palpación de la vejiga urinaria: normal

Otros

d) Termorregulación

Subjetivo

Adaptabilidad a los cambios de temperatura: si

Ejercicio/tipo y frecuencia: no

Temperatura ambiental que le es agradable: el color

TESIS CON
FALLA LE ORIGEN

Objetivo:

Características de la piel: seca

Transpiración: Deaforésis

Condiciones del entorno físico: Cuenta con casa- Habitación de material
perenne

Otros:

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

a) Moverse y mantener una buena postura

Subjetivo:

Capacidad física cotidiana: normal

Actividades en el tiempo libre: ninguna

Hábitos de descanso: ninguno

Hábitos de trabajo: normal

Objetivo:

Estado del sistema músculo esquelético /fuerza: normal

Capacidad muscular tono/ resistencia/ flexibilidad: normal

Postura: Semi-Fowler decúbito dorsal.

Ayuda para la deambulación: si

Dolor con el movimiento: si en el abdomen

Presencia de temblores: no. Estado de conciencia: consciente

Estado emocional: angustiado e inquieto.

Otros: _____

b) Descanso y sueño

Subjetivo:

Horario de descanso: irregular

Horario de sueño: alterado patrón de sueño

Horas de descanso: ninguna Horas de sueño: 3 horas

¿Padece insomnio?: si

¿A qué considera que se deba?: por la intoxicación etílica.

¿Se siente descansado al levantarse?: no

Objetivo :

Estado mental: ansiedad/ estrés /lenguaje: ansiedad

Ojeras: no Atención: normal Bostezos: si Concentración: normal

Apatía: no Cefaleas: no

Respuesta a estímulos: normal

Otros: _____

c) Uso de prendas de vestir adecuadas

Subjetivo:

¿Influye su estado de ánimo para la selección de sus prendas de vestir?: no

¿Su autoestima es determinante en su modo de vestir?: no

¿Sus creencias le impiden vestirse como a usted le gustaría?: no

¿Necesita ayuda para la selección de su vestuario?: no

Objetivo:

Viste de acuerdo a su edad: si

Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse: normal

Vestido incompleto: no Sucio: no Inadecuado: no

Otros: _____

e) Necesidad de higiene y protección de la piel

Subjetivo:

Frecuencia de aseo: baño diario

Momento preferido para el baño: en la mañana

¿Cuántas veces al día se lava los dientes?: 1 vez al día

Aseo de manos antes y después de comer: si Después de eliminar: si

¿Tiene creencias personales o religiosas que limiten sus hábitos higiénicos?: no

Objetivos:

TESIS C/ N
FALLA DE ORIGEN

Aspecto general: normal

Olor corporal: olor a manzana

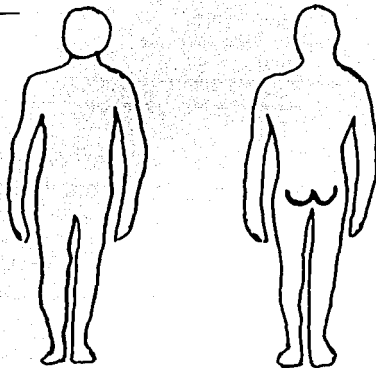
Halitosis: si

Estado del cuero cabelludo: aparentemente sano

Lesiones dérmicas, qué tipo: no

(Anote su ubicación en el diagrama)

Otros: _____



D) Necesidad de evitar peligros

Subjetivo:

¿Qué miembros compone su familia de pertenencia?: esposa, 3 hijos

¿Cómo reacciona ante una situación de urgencia?: con preocupación

¿Conoce las medidas de prevención de accidentes?: algunas

En el hogar: si

En el trabajo: si

¿Realiza controles periódicos de salud recomendados?: no

¿Cómo canaliza las situaciones de tensión en su vida?: tomando o bebiendo bebidas embriagantes

Objetivo:

Deformidades congénitas: no

Condiciones del ambiente en su hogar: normal

Trabajo: normales

Otros: _____

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

a) Necesidad de comunicarse

Subjetivo:

Estado civil: casado Años de relación: 15 años Vive con: esposa, 3 hijos
Preocupaciones/ estrés: cumplir con el trabajo Familiares: que tengan bienestar

Otras personas que puedan ayudar: no

Rol en la estructura familia: proveedor

Comunica sus problemas debido a la enfermedad / estado: no

Cuanto tiempo pasa solo: cuando esta durmiendo

Frecuencia de los diferentes contactos sociales en el trabajo: continuos.

Objetivo:

Habla claro: si Confusa: no

Dificultad en la visión: no Audición: no

Comunicación verbal /no verbal con la familia/ con otras personas

Significativas: sin problemas.

Otros: _____

b) Necesidad de vivir de según sus creencias y valores

Subjetivo:

Creencias religiosas: si

¿Sus creencias religiosas le generan conflictos personales?: no

Principales valores en su familia: morales

Principales valores personales: los que marca la sociedad

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

si

Objetivo:

Hábitos específicos de vestir (grupo social religioso): no

¿Permite el contacto físico?: si

¿Tiene algún objeto indicativo de determinados valores o creencias?: no

Otros: _____

c) Necesidad de trabajar y realizarse

Subjetivo:

¿Trabaja actualmente?: si Tipo de trabajo: comerciante

Riesgos: si Cuanto tiempo le dedica al trabajo: 8 horas

¿Esta satisfecho con su trabajo?: si ¿Su remuneración le permite cubrir sus necesidades básicas y/o las de su familia?: si

¿Esta satisfecho con el rol familiar que juega?: si

Objetivo:

Estado emocional/calmando/ansioso/enfadado/retraído/temeroso/irritable/inquieto/eufórico: ansioso

Otros: _____

d) Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas.

Subjetivo:

Actividades recreativas que realiza en su tiempo libre: convivir con la familia

¿La situación de estrés influyen en la satisfacción de su necesidad?: si

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

¿Ha participado en alguna actividad lúdica o recreativa?: si

Objetivo:

Integridad del sistema neuromuscular: aparentemente sano

¿Rechaza las actividades recreativas?: no

¿Su estado de ánimo es apático/aburrido/participativo?: participativo

Otros: _____

e) Necesidad de aprendizaje

Subjetivo:

Nivel de educación: vocacional.

Problemas de aprendizaje: no.

Limitaciones cognitivas: no. Tipo: ninguno.

Preferencias: leer/escribir: leer.

¿Conoce las fuentes de apoyo para el aprendizaje en su comunidad?: no.

¿Sabe cómo utilizar estas fuentes de apoyo?: no.

¿Tiene interés en aprender a resolver problemas de salud?: si.

Otros: _____

Objetivo:

Estado del sistema nervioso: aparentemente sano.

Órganos de los sentidos: aparentemente sanos.

Estado emocional/ansiedad/dolor: ansiedad y dolor.

Memoria reciente: normal.

Memoria remota: normal.

Otras manifestaciones: no.

CONCLUSIÓN DIAGNÓSTICA DE ENFERMERÍA

1. Necesidad de oxigenación.

D.D. Taquipnea.

Dolor abdominal.

Dx. de enfermería

Taquipnea relacionada con el dolor abdominal intenso.

2. Nutrición/hidratación

D.D. Déficit de alimentación.

Deshidratación leve.

Dx. de enfermería

Déficit de alimentación relacionado con vómito y como consecuencia deshidratación leve.

4. Moverse y mantener una buena postura

P.D. Movilidad limitada a causa del dolor.

Dx. de enfermería

Movilidad limitada del tronco relacionada con dolor abdominal.

5. Descanso y sueño

D.D. Estado de ansiedad

Insomnio.

Dx. de enfermería

Al encontrarse el paciente con ansiedad relacionada con su abstinencia al alcohol manifiesta insomnio.

7. Termorregulación

D.D. Hipertemia 38,5° C

Diaforésis

Dx. de enfermería

La hipertermia que presenta el paciente es una reacción al padecimiento y se acompaña por diaforésis

14. Aprendizaje.

D.D. Abuso del alcohol.

Desconocimiento de los efectos del alcohol a largo plazo.

Dx. de enfermería

Abuso del alcohol relacionado con desconocimiento de los efectos de las bebidas embriagantes en el organismo a largo plazo.

2.2 **PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA:** VALORACIÓN, DIAGNÓSTICO, PLANEACIÓN, IMPLEMENTACIÓN, FUNDAMENTACIÓN Y EVALUACIÓN DE LAS CATORCE NECESIDADES BÁSICAS.

OXIGENACIÓN.

D.D. Taquipnea.

Dolor abdominal.

Dx. de enfermería

Taquipnea relacionada con el dolor abdominal intenso

OBJETIVO.

Que el paciente disminuya el dolor para que recupere su capacidad respiratoria normal durante el turno.

ACCIONES DE ENFERMERÍA.

Colocar al paciente en posición de semi-fowler con el fin de proporcionarle comodidad.

Dar el medicamento prescrito de acuerdo con las necesidades del paciente.

Administrar butilioscina IM ampolleta de 20mg cada 8 horas.

Enseñarle a utilizar técnicas de relajación.

FUNDAMENTACIÓN.

La posición de semi-fowler es sentado con la parte superior de la cama levantada, a un ángulo de 30°.

En la posición de semi-fowler el paciente suele estar cómodo sobre todo con la ayuda de dos almohadas, una para la cabeza, otra para la espalda; esta última proporciona sostén a la curvatura lumbar.

Una pequeña almohada bajo los muslos del paciente permite flexionar un poco las rodillas evitando que el paciente se deslice hacia abajo.

En la posición de semi-fowler, los principales puntos de apoyo están en los talones sacro y partes sobresalientes posteriores del hueso coxal.

La posición de semi-fowler favorece la respiración pues con ella se logra la máxima expansión torácica.(22)

Los receptores para el dolor son terminaciones nerviosas libres. Están ampliamente distribuidas en las capas superficiales de la piel y en algunos tejidos internos, como las paredes arteriales, el periostio, las superficies articulares y el endocraneo. Se encuentran distribuidas de manera difusa en otros tejidos mas profundos.

Las fibras rápidas para el dolor transmiten las sensaciones de dolor tipo punzante hasta la médula espinal y de ahí suben a través de los conductos espinotalámicos hasta el tálamo. Del tálamo las señales son transmitidas hasta el área somestecica de la corteza cerebral.

La hiperactividad del conducto gastrointestinal puede reducirse mediante la administración de medicamentos antiespasmódicos, la butilioscina es un antiespasmódico que disminuye las contracciones tónico persistentes de un músculo o grupo muscular de fibra lisa, produce disminución de la motilidad y una baja ligera de la secreción ácida gástrica.

Generalmente no se presentan efectos centrales, porque no atraviesan fácilmente la barrera hematocefálica y su acción es, casi específica, sobre receptores colinérgicos muscarínicos de la periferia. (23)

EVALUACIÓN.

Se le ministró al paciente el medicamento indicado, se le comentó que el dolor le iba a disminuir aproximadamente en media hora, el efecto que produce en el aparato digestivo es disminuir la actividad gástrica.

Se le coloco en posición semi-fowler porque hay una expansión del tórax y se mejora la circulación del aire en las vías respiratorias.

Después de 2 horas se le pregunto cómo se encontraba, y a lo que respondió que el dolor era menos intenso.

La frecuencia respiratoria del paciente era de 19 respiraciones por minuto, después de pasadas 24 horas.

NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN.

D.D. Déficit de alimentación.

Deshidratación leve.

Dx. de enfermería

Déficit de alimentación relacionado con vómito y como consecuencia deshidratación leve.

OBJETIVO.

Que el paciente recupere su equilibrio hidrolítico mediante ayuno, evitando la estimulación gástrica, al mismo tiempo eliminar el vómito durante las próximas 24 horas.

ACCIONES DE ENFERMERÍA.

Mantener la permeabilidad de la sonda.

Ver las características del contenido gástrico.

Recomendarle que haga respiraciones profundas.

Explicar al paciente, la importancia de no ingerir alimentos sólidos o líquidos, así se reduce la motilidad del conducto y la secreción de jugos gástricos.

Ministración de solución glucosada al 10% mil mm más complejo B 100mg, 20 gotas por minutos durante 8 horas.

Revisar permeabilidad de vena.

Mantener una hidratación satisfactoria, por medio de la solución glucosada.

FUNDAMENTACIÓN.

Las náuseas es una sensación física en la que hay malestar gástrico, repulsión hacia la comida y sensación de vómito inminente. Puede haber hipersalivación.

El vómito es la expulsión brusca del contenido gástrico a través del esófago y la boca. El estómago, el esfínter cardiaco y el esófago se relajan. Además las contracciones enérgicas de los músculos abdominales provocan la ejecución del contenido gástrico.

La náusea es un síntoma subjetivo, por ello, su identificación depende en alto grado de la capacidad individual para expresar su malestar.

En los trastornos gastrointestinales se altera el estado nutricional e hidratación. En los líquidos en especial los iones de cloruro, se pierden como resultado del vómito de los jugos gástricos.(24)

FINALIDAD DE COLOCAR UNA SONDA EN ESTÓMAGO.

Establecer medio de drenaje de estómago o intestino por aspiración.

Para aspirar el contenido gástrico.

La sonda de Levin suele usarse para hacer intubación gástrica. La punta de esta sonda es sólida, pero contiene varios orificios a los lados. Normalmente se hace pasar por la nariz del paciente hasta llegar al estómago.

El estómago no esta vacío nunca; siempre contiene al menos jugo gástrico, que es secretado por las glándulas de las paredes gástricas. En consecuencia, la posición de sonda puede verificarse, aspirando a través de ella con una jeringa. La obtención de contenido gástrico verifica que la sonda este en el estómago del paciente. (25)

Las vitaminas y los minerales se absorben a través del epitelio intestinal hasta los capilares y los linfáticos.

En el caso de varias vitaminas hidrosolubles, su metabolismo comprende a la fosforilación y también puede ser necesario su acoplamiento a nucleótidos de purina o piridina.

Las vitaminas se absorben con facilidad y se distribuyen en los tejidos corporales. La velocidad de la excreción de las vitaminas hidrosolubles varia con el estado metabólico, tensión emocional, enfermedad y requerimientos para la restitución de tejidos. Por lo general el exceso de vitaminas hidrosolubles (B y C), se metabolizan en hígado y se excreta con rapidez en la orina(26)

EL COMPLEJO B (MANIBEE).

Esta indicado en todos aquellos casos de carencia de complejo B, cuando los requerimientos de este se encuentran aumentados en: convalecencia, deshidratación, polineuritis, alcoholismo, desnutrición, hipertiroidismo y en adultos maduros.(27).

El agua es el principal componente de todos los organismos vivos. Del 45 al 60% del cuerpo del adulto esta constituido por agua, mientras que en el recién nacido la cifra aumenta hasta un 80%.

En el adulto sano promedio hay aproximadamente 42 litros de agua hidratación.

Deshidratación: es el estado en el cual el egreso de líquidos es mayor que el ingreso, lo que da como resultado una disminución en el volumen de los líquidos del organismo.

Se pueden perder grandes cantidades de agua a través del conducto gastrointestinal, por medio del vómito, la diarrea, la aspiración de contenidos gástricos o intestinal, y drenaje de una ileostomía o de una fistula.(28)

La solución glucosada son compuestos fisiológicos, los cuales previenen el catabolismo de la proteínas endógenas como fuente energética y proporcionan un sustrato para la síntesis esencial de proteínas.

Solución mezcla homogénea de una sustancia sólida, líquida o gaseosa (el soluto), en un líquido (solvente) a partir del cual se puede recuperar la sustancia disuelta mediante cristalización a otros procesos físicos.

La formación de una solución no se acompaña de cambios químicos permanentes y por lo tanto se le considera comúnmente un fenómeno físico.

Glucosa Dextrosa monosacarida cristalina, algunas veces llamada D-glucosa2.(29)

Producto obtenido mediante la hidrólisis incompleta del almidón y que consiste principalmente, de dextrosa, destrinas, maltosa y agua. Como se trata de líquido es mas correcto llamarla glucosa líquida.(30)

La glucosa líquida se emplea por su valor alimenticio, su efecto deshidratante local, su acción diurética y en gran cantidad de preparaciones farmacéutica s.(31)

EVALUACIÓN.

El paciente se encontraba incomodo por la presencia de la sonda, al aspirar con la jeringa sólo se obtenía jugo gástrico, ya no había residuos de comida, esto comprobaba la permeabilidad de la sonda.

La mejoría en la hidratación se observó a través de las mucosas, éstas ya no estaban reseacas, la piel tenía humedad y estaba miccionando menos concentrado.

NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN.

D.D. *Se retira sonda.*

Se inicia vía oral.

OBJETIVO.

Que el paciente recupere, según tolerancia, la ingesta de alimentos por vía oral en el transcurso del día.

ACCIONES DE ENFERMERÍA.

Proporcionar dieta hídrica, observar tolerancia.

FUNDAMENTACIÓN.

La dieta hídrica se recomienda sobre todo a los pacientes que sufren vómitos frecuentes debido, por ejemplo, a una conmoción como consecuencia de un golpe, al efecto de la anestesia, después de una operación, o a una afección del aparato digestivo. Este tipo de dieta incluye exclusivamente líquidos claros y transparentes que no dejan residuos como son los caldos ligeros y sin grasa, los jugos de frutas colados, las gelatinas. Beber líquidos ligeros en pequeñas cantidades, pero con frecuencia, ayuda a limpiar el estómago y a mantener al paciente hidratado, ya que se absorben tan rápidamente que no da tiempo a que los vomite.(32)

EVALUACIÓN.

Se retira sonda e inicia alimentación por vía oral con dieta hídrica. El paciente presenta tolerancia a los líquidos, manifiesta tener hambre.

ACCIONES DE ENFERMERÍA.

*Cambio de dieta hídrica a líquida.
Observar tolerancia.*

FUNDAMENTACIÓN.

La dieta líquida es bastante más nutritiva; incluye leche, batidos, caldos, sopas y todos aquellos alimentos que se licuan en la boca, como gelatinas, nieves, helados y jaleas, también puede extenderse a los flanes, natillas, budines y purés de verduras o cereales, porque a pesar de su apariencia sólida pueden tragarse y digerirse sin dificultad. Esa dieta es un paso inmediato de la dieta hídrica a la normal. (33)

EVALUACIÓN.

En este día se le cambio de dieta hídrica a líquida respondiendo favorablemente. Se le cambia a dieta normal.

MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA.

P.D. Movilidad limitada a causa del dolor.

Dx. de enfermería

Movilidad limitada del tronco relacionada con dolor

abdominal.

OBJETIVO.

Que la movilidad y postura del paciente no le produzca mas dolor y le proporcione comodidad.

ACCIONES DE ENFERMERÍA.

Enseñar al paciente como levantarse.

Como aplicar la mecánica corporal.

Ayudar al paciente a cambiar de posición según sea su necesidad.

FUNDAMENTACIÓN.

La postura correcta puede definirse como la relación anatómica optima que guardan entre si las partes del cuerpo cuando este se encuentra en diferentes posiciones.

La postura correcta del cuerpo ocurre cuando las fuerzas musculares que se necesitan para balancear el peso que producen las diferentes partes del cuerpo son mínimas. (34)

MECÁNICA CORPORAL

Son los principios que rigen los movimientos del cuerpo y la aplicación inteligente de los mismos tanto para el paciente como para la enfermera

La alineación de las partes del cuerpo deben estar balanceadas y debe haber un mínimo de tensión en todos los músculos.

La postura es la relación de las distintas partes del cuerpo en reposo, o en cualquier fase de actividad. Se considera que la postura es correcta cuando se ve favorecida la función apropiada de los sistemas corporales.

Un movimiento suave de la enfermera basado en sus conocimientos de la mecánica corporal, no solo ayuda a los pacientes a moverse con facilidad, si no que les produce al mismo tiempo un sentimiento de confianza hacia ella. (34)

EVALUACIÓN

El movimiento de tronco del paciente estaba limitado por el dolor abdominal que presentaba, por tal motivo cuando era necesario que se moviera le ayudaba para que el dolor no aumentara, explicándole como coordinar los movimientos.

Con el medicamento que se le había ministrado dejó de sentir dolor y pudo recuperar la habilidad de moverse libremente.

NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO.

D.D Estado de ansiedad

Insomnio.

Dx. de enfermería

Al encontrarse el paciente con ansiedad relacionada con su abstinencia al alcohol manifiesta insomnio.

OBJETIVO.

Que el paciente disminuya su ansiedad, recuperando su patrón de sueño.

ACCIONES DE ENFERMERÍA.

Favorecer el sueño y descanso mediante un sedante clorhidrato de nalbupfina 50mg cada 8 hrs. IM o en caso necesario.

Platicar con el paciente sobre la ansiedad.

Proporcionarle un ambiente sin estímulos, preguntarle que le origina la ansiedad, explicarle por qué al mantenerse en abstinencia el organismo reacciona presentando ansiedad.

Favorecer la adaptación de éste a la situación existente.

Explicarle que las vitaminas que se encuentran en la solución le producen tranquilidad.

FUNDAMENTACIÓN.

La ansiedad representa la exteriorización del mismo en forma de síntomas o reacciones somáticas.

En el caso del enfermo alcohólico es frecuente la existencia de este trastorno afectivo subyacente, previo a su alcoholismo. Los antecedentes personales, el ritmo vertiginoso de la vida moderna, el exceso de trabajo, las preocupaciones y el estrés son, entre otros, factores que favorecen su aparición. La ansiedad es uno de los caminos numerosos que pueden conducir al alcoholismo, cuando el sujeto se habitúa a utilizar el alcohol como ansiolítico.

El sueño reestablece el equilibrio normal entre las distintas partes del sistema nervioso.

Cuando existen periodos de aumento o disminución de la excitabilidad nerviosa todo el organismo se encuentra afectado.

Disminuyendo las demandas del organismo durante el sueño, un estado de tensión, es posible obtener la mayor respuesta global del organismo al reposo y al sueño.(36)

Clorhidrato de nalbupfina analgésico narcótico. Deprimen el SNC en forma específica, alivian el dolor que va de moderado a intenso, se distribuye bien en todo el hígado y se excreta en la orina.

Todos los medicamentos de este grupo, cuando se usan en forma prolongada producen adicción, desarrollan dependencia psíquica y física, así como tolerancia aun cuando se utilicen dosis terapéuticas (cruzan con facilidad la barrera).

Sus efectos mas importantes es sobre SNC deprime la respiración el efecto se observa aun en dosis pequeñas y una sobredosis causa la muerte casi siempre como resultado de paro respiratorio.(37)

Tiamina participa en la producción de energía y en la transmisión de los impulsos nerviosos, estimula el apetito, el crecimiento y favorece la digestión. Casi la mitad de la tiamina que existe en el organismo actúa como coenzima en el metabolismo de los carbohidratos a nivel muscular, por medio de esta reacción los músculos obtienen la energía que les permite trabajar continuamente. Como la tiamina esta directamente relacionada con la transformación de los carbohidratos en energía su consumo debe ser proporcional al número de calorías que se obtienen del régimen alimenticio.

Vitamina B2 (riboflavina) libera en las células la energía de los carbohidratos, proteínas y grasas; mantiene en buen estado las membranas mucosas, resiste mas al calor que la B1, pero es muy sensible a la luz.

Niacina actúa junto con la tiamina y la riboflavina, en las reacciones celulares que producen energía.

Vitamina B6 (piridoxina) interviene en la absorción y metabolismo de las proteínas, utilización de las grasas y formación de los glóbulos rojos.

Vitamina B12 (cobalamina) forma material genético y glóbulos rojos, influye en el funcionamiento del sistema nervioso.

Vitamina B9 folacina (ácido fólico) contribuye a la formación de las proteínas del organismo y del material genético; forma parte de los glóbulos rojos.

Vitamina B5 (ácido pantoténico) interviene en el metabolismo de los carbohidratos, proteínas y grasas, forma parte de las hormonas y reguladores nerviosos.

Vitamina B8 (biotina) interviene en la formación de los ácidos grasos; libera la energía de los carbohidratos.(38)

EVALUACIÓN.

Con el medicamento que se le ministró al paciente durmió unas horas, pero refería que al dormir tenía pesadillas. Se encontraba con ansiedad debido a la abstinencia del alcohol y la preocupación del trabajo.

TERMORREGULACIÓN.

D.D Hipertemia 38.5° C.

Diaforésis

Dx. de enfermería

La hipertermia que presenta el paciente es una reacción al padecimiento y se acompaña por diaforésis

OBJETIVO.

Que el paciente recupere la temperatura corporal normal en las próximas horas.

ACCIONES DE ENFERMERÍA.

Tomar la temperatura cada hora.

Control de temperatura por medio de baño de esponja con agua tibia cada 6 horas.

Cambio de ropa del paciente y cama según sea necesario.

Aplicación de solución en hidratación y nutrición.

FUNDAMENTACIÓN.

La temperatura óptima para la actividad enzimática normal esta dentro de los límites de la temperatura corporal. La cual fluctúa entre 37° C equivalente a 98.6° F.

La temperatura corporal es un equilibrio entre el calor producido por los tejidos (mas el adquirido de el ambiente) y la perdida de calor hacia en ambiente.

Así como la estimulación del sistema nervioso simpático (con la liberación de epinefrina y norepinefrina) acelera el metabolismo de casi todos los tejidos del organismo, los estados emocionales intensos, como la excitación y la ansiedad puede elevar la temperatura corporal.(42)

DIAFORÉISIS.

Secreción de sudor por parte de las glándulas sudoríparas de la piel.(39)

Baño de esponja, la técnica se basa en el principio de que el cuerpo pierde calor por la conducción a una sustancia mas fría, en este caso en agua tibia, la evaporación del agua de la superficie corporal y la convección de calor fuera de las superficies del cuerpo durante el proceso de bañado.(40)

EVALUACIÓN.

Se le proporciona al paciente baño de esponja para que por medio de la conducción bajara la temperatura, después de aplicado el baño se cambio la ropa del paciente y cama. Pasada 1 hora se le midio la temperatura y esta se encontraba en los limites normales, esta continuo hasta terminar el turno.

APRENDIZAJE.

D.D. Abuso del alcohol.

Desconocimiento de los efectos del alcohol a largo plazo.

Dx. de enfermería

Abuso del alcohol relacionado con desconocimiento de los efectos de las bebidas embriagantes en el organismo a largo plazo.

OBJETIVO.

El paciente debe ser capaz de controlar su ingesta de alcohol a largo plazo.

ACCIONES DE ENFERMERÍA.

Explicar brevemente en que consiste la pancreatitis aguda.

Establecer un diálogo enfermera-paciente, donde se exprese al paciente por que la necesidad de no beber.

Sugerir a dónde puede recurrir si requiere ayuda.

Que establezca metas a corto y largo plazo.

Y lo primordial si realmente quiere dejar de beber.

FUNDAMENTACIÓN.

Muchas de las necesidades de aprendizaje de los pacientes cae bajo el encabezado de necesidad de información y de conocimiento.

Aprender es un proceso activo que continua desde el nacimiento hasta la muerte, a través de su vida un individuo esta aprendiendo constantemente y a medida que obtiene información, desarrolla habilidades y aplica el conocimiento adquirido y sus habilidades desarrolladas al ajuste a las nuevas situaciones de su vida. El aprendizaje se realiza básicamente en una de dos formas: sea informalmente a través del proceso ordinario de vivir, o formalmente por medio de una serie de experiencias seleccionadas y planeadas para alcanzar metas específicas.

Los pacientes aprenden informalmente acerca de su medio ambiente hospitalario y de su condición de enfermo por la experiencia vital de estarlo, sin embargo hay una clara evidencia que indica que no se han satisfecho las necesidades de aprendizaje del paciente por medio de los canales informales.

PRINCIPIOS BÁSICOS REFERENTES AL APRENDIZAJE.

- 1.- *El aprendizaje es mas eficaz cuando es una respuesta a una necesidad que siente el que aprende.*
- 2.- *La participación activa por parte del que aprende es indispensable para que exista aprendizaje.*
- 3.- *El aprendizaje se facilita cuando lo que se aprende esta relacionado con lo que conoce el que aprende.*
- 4.- *El aprendizaje es facilitado cuando se encuentra significado a lo que aprende.*
- 5.- *Lo aprendido se conserva mas tiempo cuando se pone en práctica de inmediato que cuando se demora ese ejercicio.*
- 6.- *En el aprendizaje se presentan estancamientos periódicos.*
- 7.- *El aprendizaje debe ser complementado.*
- 8.- *El aprendizaje se facilita cuando el que aprende conoce sus progresos.(41)*

ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS.

No se trata de una solución "mágica", pero si ayuda a miles de bebedores. En dichos grupos se hace hincapié en que la persona desarrolle por si misma la motivación y la fuerza de voluntad que requiere y que se responsabilice de sus actos. En México AA funciona desde 1956, y han fundado una enorme cantidad de grupos en todo el país.(42)

Los alcohólicos que con sinceridad se hallan propuesto poner fin a su adicción tienen muchas probabilidades de conseguirlo si buscan y aceptan ayuda calificada.

EVALUACIÓN.

Después de los días que el paciente ha estado recuperando su salud en el hospital, en este momento, se encuentra bien hidratado, sin dolor, con la recuperación del patrón de sueño, signos vitales normales, tranquilo se hablo acerca de su problema, que debe buscar una solución favorable, para él y las personas que lo rodean, por medio de lecturas, asistiendo a AA, haciendo ejercicio, pero lo que es necesario que esté convencido que quiere un cambio.

PLAN DE ALTA.

Después de que el paciente ha tenido una favorable recuperación se planeo su alta hospitalaria, se le informó al paciente y familiares los cuidados que debe continuar en su casa, para que siga recuperándose de la pancreatitis aguda postalcohólica que presento y evite una recaída.

DIETA.

Debe llevar una dieta basada principalmente en hidratos de carbono, porque estimulan menos las enzimas del páncreas y en forma gradual se añaden proteínas y mínimas cantidades de grasa.

VITAMINAS.

Los tres primeros días se debe administrar tiamina 100 Mg. vía intramuscular, después debe seguir tomándola por vía oral en cápsulas, una en la mañana y una en la noche. La vitamina forma un papel importante en el metabolismo de los carbohidratos, los requerimientos de tiamina están relacionados con la tasa metabólica y son mayores cuando los carbohidratos son la fuente de energía.

TRANQUILIZANTE.

En las noches, durante siete días, debe tomar vía oral clordiazepóxido 20 Mg. cada ocho horas, para seguir mejorando su patrón de sueño. Se le informó al paciente que este medicamento crea dependencia y que puede presentar anorexia moderada.

ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS.

Buscar apoyo en AA y asistir a la terapia.

El paciente presentó este padecimiento (pancreatitis aguda postalcohólica) debido a la ingesta de alcohol, por lo cual se recomienda que acuda a las reuniones de AA. En alcohólicos anónimos poseen mayor experiencia para manejar a un hermano de sufrimiento en esta etapa de recuperación.

Cuenta con un programa de recuperación espiritual, emocional, conductual y se puede dejar realmente de beber.

OTRO TRATAMIENTO.

Puede ser psicoterapia, psicoanalítica, psicoterapia familiar, conductual y de grupo, psicodrama, análisis transaccional, hipnosis y uso de medicamentos (como el disulfuro de trataetiltiuram).

3. CONCLUSIONES

3. CONCLUSIONES.

De acuerdo a lo analizado, teniendo como base el modelo de Virginia Henderson, considerando los pasos establecidos en el Proceso de Atención de Enfermería en un paciente con pancreatitis aguda postalcohólica. Encontré, por una parte que si bien los cuidados de enfermería que se le proporcionaron al paciente estudiado son relevantes en cuanto que contribuyeron a recuperar su salud.

Al encontrarse el paciente hospitalizado, donde no había factores propicios para reincidir en su problema y el haber llevado una sistematización en cuanto a las acciones de enfermería. Estos fueron factores que le ayudaron a superar su dependencia donde se presentó, recuperando su respiración, siendo esta silenciosa, rítmica y sin esfuerzo. Al tener una cantidad adecuada de alimentos y un buen funcionamiento. Habiendo logrando una hidratación en mucosas, piel y favoreciendo la eliminación. Teniendo la libertad de moverse y de esta forma evaluar tanto su estado de salud como su forma física, lo que le facilitó la recuperación de su patrón de sueño, liberando las tensiones, tanto física como psicológicas, permitiéndole encontrar la energía necesaria para las actividades cotidianas. El tener una temperatura corporal natural permitió tener un equilibrio entre la producción y pérdida del calor a través del organismo. Teniendo la información de cómo el alcohol daña su salud, recomendándole donde puede acudir para superar su adicción al alcohol.

Por otra parte, el entorno en el que el paciente se halla desarrollando su vida laboral y familiar, sigue influyendo de manera importante en el problema del paciente. Ya que tiempo después me enteré que el paciente tuvo varias recaídas hasta que presentó, cinco años después, una necrosis del páncreas (cola). Se recuperó pasados veinticinco días y volvió a beber, entonces tuvo como consecuencia el desencadenamiento de la diabetes mellitus.

Asimismo, encontré que estos pacientes, con problemas de alcoholismo, cuando ingresan al hospital lo hacen en el servicio de urgencias y solo les atienden la patología y los dan de alta, pocos son los que pasan a piso.

Este tipo de enfermedad obliga a un tratamiento de por vida, pero no hay participación constante del personal profesional de la salud ya que no acepta que se trate de una enfermedad crónica progresiva. Se ignora el problema primario, estereotipando al paciente como borracho o teporocho, esto es un elemento mas por lo que el individuo presenta múltiples recaídas y daños orgánicos.

Finalmente como profesional de la salud el haber aplicado el Proceso de Atención de Enfermería me ayudó a crecer profesionalmente, al buscar información y conocer la patología de la enfermedad; aprendí el manejo apropiado del proceso; obtuve más conocimiento al fundamentar las acciones de enfermería; tuve una comunicación paciente-enfermera positiva y cuando ejecute las acciones, conté a la vez con la participación de los familiares.

4. GLOSARIO

A

Analgésico: Un medicamento usado para alterar la percepción e interpretación de dolor.

Aprendizaje: Un cambio permanente de la conducta.

Ansiedad: Estado de intranquilidad mental, aprensión o terror que produce un aumento del nivel del despertar debido a una amenaza inminente o anticipada al yo o a las relaciones significativas.

C

Creencia Espiritual: Una creencia en un poder superior, fuerza creativa, ser divino, o fuente infinita de energía, la creencia puede estar o no asociada a una organización organizada.

Conciencia: El estado normal de la persona de darse cuenta del entorno del yo y de los demás.

D

Dependencia Fisiológica: Cambios bioquímicos que se producen en el cuerpo como resultado del uso excesivo de una droga.

Deshidratación: Líquido insuficiente en el cuerpo.

Destroza :Con azúcar también llamada glucosa

Diaforésis: Sudoración profusa

Diagnosticar: Un proceso que da como resultado un enunciado o diagnóstico de enfermería.

Diagnóstico: Una declaración o conclusión referente a la naturaleza de algún fenómeno.

Diagnóstico de enfermería: Un enunciado que describe una combinación de signos o síntomas indicativos de un problema de salud real o potencial que las enfermeras son capaces, están licenciadas, y son responsables del trabajo.

Diagnóstico de enfermería posible: Usado cuando la evidencia sobre la respuesta no esta clara cuando los factores relacionados son desconocidos.

Diagnóstico de enfermería potencial: Usado cuando puede predecirse las respuestas de el cliente o cuando la promoción de la salud puede contribuir al bienestar.

Disnea: Respiración débil y trabajosa en la que el cliente tiene una necesidad persistente e insatisfecha de aire y se siente angustiado.

Dolor: Una sensación básicamente desagradable, localizada o general, leve o intensa, que representa el sufrimiento inducido por la estimulación de terminaciones nerviosas especializadas.

El dolor puede ser amenazado o fantaseado y puede estar inducido por enfermedad lesión o trastorno mental producido por enfermedad o lesión.

E

Ejecutar: Poner en acción las estrategias de enfermería enumeradas en los planes de cuidado de enfermería, actuar.

Enfermedad: Un proceso insano que tiene síntomas definidos

Enzima: Complejos orgánicos que catalizan las reacciones bioquímicas.

Etiología: Causa

Evaluar: Juzgar o Apreciar, identificar si o hasta que punto se han cumplido los objetivos del cliente.

F

Fiebre: Temperatura corporal elevada

G

Glucagón: Hormona producida por las células alfa de los islotes de la Slangershans en el páncreas, se estimula por la descomposición del glicógeno hepático.

Glucosa: Un monosacárido que existe en los alimentos.

H

Hidratación: El acto de combinar o estar combinado con el agua

Hipnótico: Una droga que induce al sueño

I

Insomnio: Incapacidad de obtener una cualidad o cantidad suficiente de sueño.

Insulina: Una hormona segregada por las células beta de los islotes de langehans en el páncreas: también un preparado para su administración.

L

Lactosa: Un carbohidratos encontrado en la leche.

Leucositosis: Un aumento en el número de leucocitos.

M

Mecánica Corporal: El uso eficiente y coordinado del cuerpo para producir movimiento y mantener el equilibrio durante la actividad.

O

Objetivo: La meta de una maniobra u operación, sin prejuicios: el resultado deseado de las actuaciones de enfermería.

Objetivo de cliente: Declaración sobre el cambio esperado o deseado en el estado de un cliente después de que reciba actuaciones de enfermería.

Objetivos de enfermería: Objetivos establecidos en términos que guían las acciones de enfermería.

Objetivos del paciente: Objetivos enunciados como resultado del cliente previstos, no como actividades de enfermería.

Observación: El acto de poder observar; Recopilar información anotando los hechos acontecimientos.

P

Pancreatitis: Inflamación del páncreas conformación de zonas necróticas, que clínicamente se manifiesta por un cuadro de abdomen agudo(náuseas, vómito , fiebre, dolor abdominal intenso, leucocitosis) con amilasemia y amilosuria ordinariamente aguda, existe una forma crónica o de fibrosis pancreática.

Plan de cuidados de enfermería: Guía escrita que organiza la información sobre la salud de un cliente, concentrándose en la acciones que deben realizar las enfermeras para abordar los diagnósticos de enfermería identificados y cumplir los objetivos establecidos.

Planificación del alta: El proceso de prever y planificar las necesidades del cliente después del alta de un hospital u otro centro.

Posición de semi-fowler: Una posición de sentado en cama con la cabecera elevada a 45 grados centígrados.

Postura: De la carga y posición del cuerpo. A la disposición relativa de las diversas partes del cuerpo.

V

Valorar: Recoger, verificar y organizar datos sobre el estado de salud de un cliente; un proceso continuo llevado a cabo durante todas las fases del proceso de enfermería.

Valoración de enfermería(Historia de enfermería) Datos recogidos durante una entrevista entre la enfermera y el cliente

Vitaminas: Sustancia química orgánica encontradas en los alimentos y esencias para el normal metabolismo de la vida.

CITAS

- (1) Rodríguez Pinto Mario Anatomía Fisiología e Higiene p147-149.
- (2) Tatarinov V.G. Anatomía y Fisiología del cuerpo humano p 134.
- (3) Rodríguez cit. p 150-159.
- (4) Tatarinov cit. p 145-148, 319-326.
- (5) <http://realage.com/connect/healthadvisor/adulthealth/spa/suatep.htm>
Endocrinology-Pancreatitis.
- (6) Bernal Sahagún Víctor El alcoholismo en México p48-60.
- (7) <http://realage.com/connect/healthadvisor/adulthealth/spa/suatep.htm>
Endocrinology-Pancreatitis.
- (8) Velasco Fernández Rafael Alcoholismo Visión Integral p 42 y 43.
- (9) Souza y Machorro Alcoholismo Conceptos básicos p130.
- (10) Harrison Medicina Interna p 218.
- (11) Souza y Machorro Sociología y Causas del alcoholismo p 244 y 245.
- (12) Harrison cit. p 220.
- (13) Souza y Machorro cit. p 246 y 247.
- (14) Harrison cit. De la p 222 – 230.
- (15) Souza y Machorro cit. p 251.
- (16) Velasco cit. p 45 y 46.
- (17) <http://realage.com/connect/healthadvisor/adulthealth/spa/suatep.htm>
Endocrinology-Pancreatitis.
- (18) L. Robins Patología Estructural y funcional p 606 y 607.

- (19) <http://realage.com/connect/healthadvisor/adulthealth/spa/suar.ep.htm> Endocrinology-Pancreatitis.
- (20) Luis Rodríguez María Teresa De la teoría a la práctica Virginia Henderson Siglo 21 p 35-58.
- (21) Mascaró y Porcar Diccionario Médico p 30 428 y 669.
- (22) Kozier-Du Gas Tratado de Enfermería Práctica p 138 y 139.
- (23) Nordmark R.N. Bases científicas de la enfermería p 417 y 433.
- (24) Nordmark R.N. cit p 153, 154 y 167.
- (25) Kozier Du- Gas cit p 336.
- (26) López Andrade José La mejor forma de estar en forma p 58 y 59.
- (27) Mascaró cit p 820.
- (28) Nordmark cit p 203 y 204.
- (29) Weller Barbara Diccionario Enciclopédico de ciencias de la salud p 371 y 762.
- (30) Nordmanrk cit p 203.
- (31) Leyva Chávez María Teresa Manual de Farmacología Clínica para enfermeras del instituto de Perinatología p 480.
- (32) Páez Irene Dieta sana cuerpo sano p 58,59.
- (33) Páez cit. p 58-59.
- (34) Nordmanrk cit p 329.
- (35) Kozier cit p 206,207.
- (36) Nordmark cit p 640 y 646.

(37) Leyva cit. p. 44.

(38) Páez cit .p 35, 36,37.

(39) Kozier cit p 282.

(40) Kozier cit p 191-198.

(41) Kozier cit p 184-189

(42) Barriguete C. Armando Lo que el vino se llevo p 223.

BIBLIOGRAFÍA.

Avalos Chávez Beatriz.

El gran libro de la salud.

3era Edición.

México Reader's Digest 1999.

830 pp.

Barriguetta C. Armando.

Lo que el vino se llevo.

1era Edición.

México, Diana 1996.

230 pp.

Bernal Sahagún Víctor.

El alcoholismo en México.

1ra. Edición.

México médica panamericana 1996.

550 pp.

Kozier Bárbara et al.

Enfermería fundamental: conceptos, procesos y práctica.

Traducción Carlos Jesús Bermejo.

Tomo I.

4ta. Edición.

México interamericana 1993.

990 pp.

Dossier-Du Gas.

Tratado de enfermería práctica.

Traducción Doctora María del Consuelo Hidalgo Mondragón.

2da. Edición.

México Interamericana 1994.

750 pp.

Harrison.
Medicina Interna.
Traducción Carolina Amor.
6ta. Edición.
México prensa médica mexicana 2002.
2700 pp.

Internet:
<http://www.realage.com/connect/healthadvisor/adulthealth/spa/suatep.html>
Endocrinology-Pancreatitis 2001.

Leyva Chávez María Teresa, et al.
Manual de Farmacología clínica para enfermeras del instituto nacional de perinatología.
México tesis UNAM (ENEO) 1999.
980 pp.

López Andrade José et al.
La mejor forma de estar en forma.
1ra. Edición México Reader's Digest 1990.
480 pp.

Luigui Segatore.
Ghianangelo Poli.
Diccionario médico.
3era. Edición.
Barcelona Teide 1990.
1050 pp.

Luis Rodríguez María Teresa, et al.
De la teoría a la práctica Virginia Henderson siglo XXI.
2da. Edición.
Barcelona, España Masson 2000.
620 pp.

Dr. Mascaro y Porcar Jose Maria.

Diccionario Medico.

2da. Edición.

México, Salvat 1994.

1180 pp.

Normak R. N. M. S. Madely.

Roweder R. N. M. N. Anne W.

Bases científicas de la enfermería.

Traducción Ana María Pérez Tamayo.

3ra. Edición.

México manual moderno 2001.

740 pp.

Páez Irene et al.

Dieta sana, cuerpo sano.

3ra. Edición.

México Reader's Digest 1994.

375 pp.

L. Robbins Stanley.

Patología Estructural y funcional.

Traducción Homero Ruiz

Cuarta Edición.

México Interamericana 1995.

2920 pp.

Rodríguez Pinto Mario.

Anatomía y fisiología e higiene.

1ra. Edición.

870 pp.

Universidad Nacional Autónoma de México.

Fundamentos de Enfermería.

Antología.

Tomo 1.
México Escuela Nacional de enfermería y obstetricia 2002.
574 pp.
Souza y Machorro.
Alcoholismo conceptos básicos.
1ra. Edición.
México manual moderno 1998.
660 pp.

Souza y Machorro.
Sociología y causas del alcoholismo.
1ra Edición.
México manual moderno 1990.
530 pp.

Tatarinov V. G.
Anatomía y fisiología humana.
Traducción doctora Fina Coll.
2da Edición.
México Mir Moscú 1994.
406 pp.

Velasco Fernández Rafael.
Alcoholismo visión integral.
1ra. Edición.
México trillas 1998.
630 pp.

Weller F. Barbara.
Diccionario Enciclopédico de ciencias de la salud.
Traducción Doctor Jorge Orizaba Sanperio.
México Mc Graw Hill Interamericana 1997.
1980 pp.