



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE ENFERMERÍA

CARRERA DE ENFERMERÍA

**Dimensión práctica del examen complejo previo a la obtención del grado
académico de Licenciado (a) en Enfermería**

TEMA DEL CASO CLÍNICO

**PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERIA EN PACIENTE ADULTO CON
PANCREATITIS AGUDA**

AUTOR

LITARDO GONZALES GUISELA MARIUXI

TUTOR

Babahoyo – Los Ríos – Ecuador

2022

INDICE GENERAL

Contenido

Contenido.....	I
DEDICATORIA	III
AGRADECIMIENTO	IV
TITULO DEL CASO CLÍNICO	V
RESUMEN	VI
ABSTRACT.....	VII
INTRODUCCIÓN.....	VIII
I. MARCO TEÓRICO.....	1
ETIOLOGIA	1
FACTORES ASOCIADOS CON SEVERIDAD	1
PRONÓSTICO	2
COMPLICACIONES DE LA PANCREATITIS NECROTIZANTE Y SU TRATAMIENTO.....	3
<i>TRATAMIENTO</i>	4
1.1 Justificación	8
1.2 Objetivos	9
Objetivo general.....	10
Objetivos específicos.....	10
1.3 Datos generales.....	10
II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO.....	10
2.1 Análisis del motivo de consulta y antecedentes. Historial clínico del paciente.....	10
Motivo de consulta:	10
Antecedentes:	11
2.2 Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis). 11	
2.3 Examen físico (exploración clínica).	12
Valoración de enfermería por patrones funcionales:	13
2.4 Información de exámenes complementarios realizados.	15
2.5 Formulación del diagnóstico presuntivo y diferencial.	16
Diagnóstico presuntivo:	16
Diagnóstico diferencial:.....	16
Diagnóstico definitivo:	16

Diagnóstico médico:..... 16

Diagnóstico de enfermería:..... 16

2.6 Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar..... 17

2.7 Indicaciones de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales..... 21

2.8 Seguimiento. 21

2.9 Observaciones..... 22

CONCLUSIONES: 22

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 24

DEDICATORIA

Este estudio de caso va dedicado a Dios Padre celestial, el principio de mi creación.

A los seres maravillosos e importantes en mi vida, mis Padres y Hermanos, que con su amor infinito son ejemplo de buenos principios y costumbres, supieron brindarme consejos desde la rectitud que han guiado cada paso y escalón durante toda mi formación profesional para cumplir mis sueños más anhelados.

También le dedico este trabajo a mi esposo, por estar presente en cada paso y decisión que tome, si desmayaba me bastaba un abrazo para reiniciarme y ser la mujer más fuerte del mundo, me siento bendecida de tenerlo a mi lado.

AGRADECIMIENTO

El desarrollo de este estudio de caso es gracias a la perseverancia, paciencia y recomendaciones de mi tutora QF. Janeth Hurtado Astudillo PhD.

También agradezco infinitamente a mi esposo Jhorman Rivadeneira M, por su apoyo moral y emocional, a mis padres, hermanos y personal de la salud que directa o indirectamente pusieron a mi disposición todo su conocimiento, resolviendo mis dudas e inquietudes, siempre motivando el incremento de mis conocimientos.

TITULO DEL CASO CLÍNICO

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERIA EN PACIENTE ADULTO CON
PANCREATITIS AGUDA

RESUMEN

El trabajo presentado se trata de la elaboración de un caso clínico de una paciente joven, femenina, con pancreatitis aguda de origen biliar, que se presenta en su estado severo, con deterioro de su estado hemodinámico general. El objetivo principal de este trabajo es la aplicación del proceso de atención de enfermería, y ejecución de intervenciones acorde a los diagnósticos establecidos. El trabajo se desarrolla en base al seguimiento de la historia clínica desde la cual se extrae la información, además de la revisión bibliográfica para la elaboración del marco teórico. Los resultados obtenidos fueron: se aplica el proceso de atención de enfermería y las intervenciones que determinan la gravedad del caso clínico; se establecen los diagnósticos de enfermería y se analizan los resultados obtenidos posterior a las intervenciones. Este trabajo busca ser fuente importante de aprendizaje en relación a una patología que se presenta sobre todo en áreas críticas de la salud.

Palabras claves:

Pancreatitis aguda – SIRS – Atención de enfermería

ABSTRACT

The work presented is about the elaboration of a clinical case of a young, female patient, with acute pancreatitis of biliary origin, which presents in its severe state, with deterioration of its general hemodynamic state. The main objective of this work is the application of the nursing care process, and the execution of interventions according to the established diagnoses. The work is developed based on the follow-up of the clinical history from which the information is extracted, in addition to the bibliographic review for the elaboration of the theoretical framework. The results obtained were: the nursing care process and the interventions that determine the severity of the clinical case are applied. This work seeks to be an important source of learning in relation to a pathology that occurs above all in critical areas of health.

Keywords:

Acute pancreatitis – SIRS – Nursing care

INTRODUCCIÓN

La pancreatitis es una enfermedad frecuente y grave del sistema digestivo con una morbilidad de 13-45 / 100.000, se considera la tercera enfermedad más frecuente de las patologías digestivas. El 10-20% de los pacientes pueden desarrollar necrosis pancreática y peri pancreática, además que el 40-70% de los pacientes con necrosis pancreática presentan una infección secundaria. La necrosis pancreática infectada es una complicación grave de pancreatitis aguda con una mortalidad del 30% aproximadamente.

En 1886 se describió la importancia de los desbridamientos pancreático en pacientes con pancreatitis aguda severa, con necrosis pancreática, tres años después se presentó la descripción anatomopatológica de la pancreatitis aguda y se advirtió sobre los riesgos de la intervención quirúrgica. El campo de la investigación de las citocinas ha ampliado nuestra comprensión de la enfermedad y patogenia de la pancreatitis aguda y ha abierto nuevas intervenciones terapéuticas.

El trabajo realizado sobre la elaboración del caso clínico sobre un paciente con pancreatitis severa, estudia al paciente desde varias perspectivas, además de la descripción ordenada de los síntomas y signos que presenta nuestro paciente en el curso de su enfermedad, también de los datos proporcionados por los análisis complementarios, por lo cual el trabajo se ha diseñado con un estudio de la problemática, establecimiento de los objetivos, elaboración del marco teórico, valoración médica y de enfermería, descripción de objetivos y ejecución de intervenciones.

La importancia del trabajo radica en el aprendizaje teórico y práctico, y en la experiencia adquirida posterior a leerlo. Al ser un caso complejo es importante el conocimiento de las diferentes intervenciones que podemos aplicar en estos pacientes.

I. MARCO TEÓRICO

ETIOLOGIA

Los factores etiológicos predominantes de la pancreatitis aguda son cálculos biliares y / o barro biliar y alcohol. Independientemente de la etiología de la pancreatitis, la activación intra-pancreática de las enzimas digestivas, junto con el calcio citosólico persistentemente elevado.

FASE TEMPRANA VS TARDE

Curso natural de pancreatitis aguda en fases tempranas y tardías. La fase temprana es dentro de 1 semana del inicio de los síntomas. En esta fase, el diagnóstico y el tratamiento se basan en los valores de laboratorio y la evaluación clínica. La gravedad clínica se clasifica como leve, moderada o grave en función de la disfunción del órgano evaluada mediante la puntuación Marshall.

En la fase temprana, los hallazgos en la tomografía computarizada no se correlacionan con la gravedad clínica ni alteran el manejo clínico. Por lo tanto, la imagen temprana no está indicada a menos que exista incertidumbre diagnóstica, falta de respuesta al tratamiento adecuado o deterioro repentino. La pancreatitis moderada describe pacientes con necrosis pancreática con o sin insuficiencia orgánica transitoria (disfunción orgánica durante ≤ 48 horas). Cuanto antes se realice la cirugía durante la evolución de la enfermedad, peor serán los resultados y, de hecho, el tratamiento quirúrgico ha demostrado ser insuficiente para el control adecuado de la respuesta inflamatoria sistémica en las etapas iniciales de la pancreatitis aguda grave. (Lévy, 2015)

FACTORES ASOCIADOS CON SEVERIDAD

Muy recientemente, en Estados Unidos se informó que los triglicéridos séricos elevados estaban asociados con insuficiencia orgánica en la pancreatitis aguda, evidenciando dentro de las 72 horas de presentación se correlacionaron con insuficiencia orgánica persistente. Debido a que el índice de masa corporal y la

contribución de la hipertrigliceridemia a la etiología de la pancreatitis aguda varían entre las diferentes poblaciones, se ha validado el impacto de la hipertrigliceridemia en 998 pacientes con pancreatitis aguda utilizando los datos de la encuesta de 2011.(8) La frecuencia de pancreatitis aguda, insuficiencia renal y necesidad de manejo por cuidados intensivos fue mayor en aquellos pacientes con trigliceridemia mayor a 200 mg/dl.

La encuesta nacional japonesa ha confirmado que pacientes con hipertrigliceridemia están en mayor riesgo de falla orgánica y de manejo por unidades de cuidados intensivos. La edad es también un factor pronóstico importante en pacientes con pancreatitis aguda severa, y están incluidos en el sistema de evaluación de gravedad de Japón, así como dentro de los criterios de Ramson. La tasa de mortalidad en pacientes menores de 30 años fue 0%, mientras en aquellos pacientes mayores a 80 años excedía en 20%. Está creciente tasa de mortalidad en pacientes añosos fue principalmente debida a falla cardiaca, respiratoria y renal. (Lorenzo & Debourdeau, 2022)

PRONÓSTICO

Algunos sistemas de Scores han sido desarrollados con el fin de predecir pancreatitis aguda severa, pero la evidencia en cuanto a predicción es variable. Actualmente, ninguna revisión sistemática ha incluido la revisión de la precisión de los diversos sistemas de puntuación clínica usados para predecir severidad o mortalidad. BISAP (Bedside Index of Severity in Acute Pancreatitis), es un sistema de puntuación recientemente desarrollado, propuesto como un método simple predictor de pancreatitis severa. Con una precisión similar a la escala APACHE II para predecir mortalidad, es un sistema que se puede aplicar fácilmente en fases tempranas de la enfermedad. Con una puntuación de dos como valor de corte estadístico significativo para el diagnóstico pancreatitis aguda grave, insuficiencia orgánica y mortalidad. (Alvarez & Dobles, Pancreatitis aguda: fisiopatología y manejo inicial, 2019)

COMPLICACIONES DE LA PANCREATITIS NECROTIZANTE Y SU TRATAMIENTO.

El tratamiento de las complicaciones de la pancreatitis necrotizante depende de la gravedad, que se determina según la Clasificación Revisada de Atlanta, y el tipo de complicaciones tales como el pseudoquiste pancreático, la infección, la hemorragia, el absceso y las fístulas. Un enfoque multidisciplinario es obligatorio para el tratamiento de complicaciones con la implementación de un enfoque conservador, intervencionista o quirúrgico.

INFECCIÓN: la infección superpuesta de la necrosis pancreática es una complicación grave y la causa principal del aumento de las tasas de mortalidad en la pancreatitis aguda grave. Se ha descubierto que casi el 80% de las muertes asociadas con pancreatitis aguda se deben a necrosis pancreática infectada. La infección de necrosis pancreática aumenta entre 2-4 semana de la presentación; pero puede ocurrir en cualquier etapa del curso de la enfermedad. Los patógenos comúnmente causantes son las bacterias gramnegativas, pero se ha encontrado que la incidencia de otros patógenos, como las bacterias grampositivas y los patógenos multirresistentes. Varias características clínicas y hallazgos de laboratorio son indicativos de necrosis pancreática infectada; fiebre de inicio reciente, taquicardia y leucocitos. También se asocia con septicemia, síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SIRS) y disfunción orgánica a medida que progresa la enfermedad. La detección de gases debidos a patógenos que producen gases o una fístula en el estómago, intestino delgado e intestino grueso en los estudios de imágenes son grandes indicadores de la presencia de infección, pero solo se detecta en una pequeña proporción de pacientes. Además, la existencia de gas no es obligatoria para etiquetar como necrosis infectada.

Las alteraciones en la microcirculación del páncreas como resultado de la hipovolemia, el aumento de la permeabilidad capilar, la posible vasoconstricción localizada y la hipercoagulación contribuyen a la isquemia pancreática. En combinación con el lanzamiento de diversos mediadores inflamatorios, apoptosis y necrosis celular, y como resultado necrosis peri pancreática o pancreática, o ambos.

La necrosis está directamente relacionada con la gravedad de la enfermedad y la infección secundaria de esta necrosis es responsable de entre 66 y 80% de la mortalidad tardía en pacientes con pancreatitis aguda grave. Por lo tanto, la formación de necrosis y la subsiguiente infección de la misma conllevan importantes implicaciones pronósticas. (Bolado & Madaria, 2016)

TRATAMIENTO

Reanimación y manejo de fluidos

En la pancreatitis aguda se describe una importante fuga capilar que puede conducir al paciente a una disminución del volumen circulante efectivo, *shock* y hemoconcentración. La reanimación con líquidos es uno de los pilares fundamentales del manejo inicial y debe tener como meta alcanzar parámetros hemodinámicos óptimos y acordes para la condición clínica del paciente,³⁰ sin embargo, las características vasculares del paciente y las propiedades del fluido administrado van a repercutir en el desenlace.

Las guías del Colegio Americano de Gastroenterología recomiendan una administración “agresiva” de líquidos en el paciente con pancreatitis aguda con 250-500 mL/h, por las primeras 12-24 horas. Estos valores pueden ser altamente peligrosos si se aplican de forma literal y con poco juicio clínico. El término “hidratación agresiva” en los estudios ha significado en promedio 4,5 litros en las primeras 24 horas con un rango de 3,5 a 4,5; la aplicación no juiciosa de las guías podría llevar a cantidades significativamente mayores.

Con la administración usual de líquidos se ha documentado mayor puntaje de APACHE, necesidad de ventilación mecánica, sepsis, síndrome compartimental abdominal y muerte.³² La hemodilución rápida que busca hematocrito < 35 se ha asociado también con mayor porcentaje de sepsis, aparición más temprana de infección, mayor puntaje de APACHE, menor aclaramiento de creatinina y más del doble de mortalidad.

La administración excesiva de líquidos puede llevar a edema peripancreático con mayor porcentaje de necrosis, incremento de presión venosa central con edema

renal, aumento de presión venosa renal y elevación el riesgo de lesión renal aguda,³⁴ edema intestinal, ascitis, hipertensión abdominal y síndrome compartimental abdominal; esto empeora el desenlace clínico del paciente y aumenta aún más el riesgo de lesión renal aguda. Estas alteraciones comprometen el desempeño ventilatorio y cardiovascular del paciente y perpetúan los mecanismos causales del síndrome compartimental, del síndrome multicompartimental y del síndrome de disfunción orgánica múltiple.

Más que considerar los fluidos como una intervención buena o mala, se les debe utilizar juiciosamente y tener en cuenta que mientras el proceso fisiopatológico continúa activo, el líquido administrado va a fugarse, por lo que empeorará el cuadro y la evolución subsecuente.

La administración de cristaloides debe ser la regla inicial, con preferencia de soluciones balanceadas sobre solución de NaCl al 0,9 %.⁵ Los pacientes que reciben en las primeras 24 horas más de 4 litros de soluciones, presentan mayor deterioro ventilatorio que los que reciben menor volumen.

Una estrategia adecuada incluirá uso temprano de solución balanceada, guiado por parámetros hemodinámicos estáticos y dinámicos, con un bolo inicial en los casos leves de 20 cc/ kg y 10 cc/kg en los casos severos, durante la primera hora, seguido de una infusión de 2-3 cc/kg en casos leves y 1-2 cc/ kg en los casos severos. Se puede ser más permisivo en los casos leves dada la fisiopatología del proceso subyacente, pero en los severos se debe procurar administrar menos de 4 L de cristaloides en las primeras 24 horas, siempre asegurando optimización hemodinámica y vigilando gasto urinario, función renal y hematocrito. La presión venosa central no es un parámetro para monitoreo, debido a la gran fuga capilar y la hipoalbuminemia. Se puede utilizar albúmina si la medición inicial en suero es menor a 2 g/dL, o si se desea evitar mayor balance positivo. (Garro & Thuel, 2020)

Analgesia

El dolor es frecuentemente el síntoma principal de los pacientes con pancreatitis, por lo que debe ser abordado de forma temprana y agresiva, con evaluación frecuente y

analgesia con múltiples medicamentos y modalidades. En distintos estudios se han probado acetaminofén, antiinflamatorios no esteroideos y opiáceos, todos con rango aceptable de seguridad, siempre y cuando se individualice según las condiciones del paciente. Cabe destacar que con frecuencia se sobreutilizan opiáceos y buscapina de forma inadecuada, mientras que los antiinflamatorios no esteroideos y el acetaminofén se emplean de manera subóptima.

Se deben alcanzar niveles adecuados de analgesia con múltiples modalidades farmacológicas, incluido el uso de bloqueo epidural en casos moderado y severos. El bloqueo epidural se ha asociado con disminución de mortalidad, menor extensión de la necrosis, control de acidosis, vasodilatación esplácnica y mejora de microcirculación en el lecho peri pancreático.

Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica

En casos en los cuales se sospecha obstrucción biliar o colangitis, se debe realizar una Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) con papilotomía, en las primeras 24 horas; sin embargo, no se debe efectuar de rutina en pacientes con pancreatitis leves ni moderadas, ya que se asocia con mayores complicaciones. Tampoco en pacientes sin colangitis dado que se puede asociar con mayor morbilidad y su relación riesgo - beneficio no es óptima. Una revisión sistemática con 8 estudios de CPRE en pacientes sin colangitis, no evidenció reducción de mortalidad, complicaciones de la pancreatitis ni fallo orgánico, si este procedimiento se hacía de forma temprana. En pacientes sin colangitis se puede valorar realizar el procedimiento antes de la colecistectomía laparoscópica si hay alta sospecha de litos en el ducto biliar, o posoperatorio de colecistectomía laparoscópica si se demuestran litos con colangiograma. (Tuffi, 2020)

Nutrición

No es necesaria la resolución completa del dolor ni la normalización de los niveles de enzimas pancreáticas para reiniciar dieta, siempre y cuando haya ausencia de dolor severo, náuseas, vómitos e íleo severo. El deseo del paciente por comer es el mejor predictor de tolerancia oral en pacientes con pancreatitis, y la alimentación, tomando

en cuenta este parámetro, se asocia a menor tiempo de ayuno y menor estancia hospitalaria.

Los pacientes con pancreatitis deben recibir nutrición enteral temprana al ingreso con dieta sólida hipograsa. Cerca del 70 % de los pacientes toleran dieta sin necesidad de sonda enteral⁵⁸ y no hay evidencia de superioridad de la sonda naso-yeyunal sobre la nasogástrica, y esta última funciona hasta en el 80 % de los casos. (Contreras, Gonzalez, Valdivieso, & Oliveira, 2015)

Manejo quirúrgico

La realización de necrosectomía abierta se asocia con alta morbilidad (fístulas, diabetes, insuficiencia pancreática exocrina, hernias de pared abdominal en el 34 - 95 % de los casos) y mortalidad de hasta el 25 % en centros especializados (más alta cuando se realiza de forma más temprana). Un estudio local reveló que la realización de colecistectomía requirió múltiples intervenciones quirúrgicas (en promedio 6,3), así como largas estancias en cuidado intensivo y hospitales (26,6 y 47,5 días, respectivamente). La fístula pancreática y los abscesos postoperatorios se detectaron en el 53,6 % de los casos y la mortalidad fue del 35,7 %, siendo la perforación intestinal la principal condición de riesgo. Por todo esto, se deja la realización de necrosectomía abierta como la última opción terapéutica.

Las técnicas menos invasivas permiten el drenaje con catéteres seguido de métodos de necrosectomía mínimamente invasivos (asistida por video) y se asocian con disminución de mortalidad, fallo multiorgánico, lesiones de pared abdominal, diabetes, insuficiencia pancreática exocrina, necesidad de terapia intensiva, días en cuidado intensivo y días de hospitalización. Sin embargo, críticos de estas técnicas señalan que con frecuencia se requieren varias intervenciones, aunque esto no es exclusivo de las técnicas endoscópicas y más bien se asocian con menor número de intervenciones. (Tinoco, et al., 2019)

Las técnicas endoscópicas se perfilan como el estándar de oro para manejo de las complicaciones locales de los pacientes con pancreatitis aguda. Aunque no se

asocian a menor mortalidad que las técnicas percutáneas, las técnicas endoscópicas tienen mayor tasa de éxito, menor recurrencia, necesidad de reintervención y estancia hospitalaria. Actualmente se están utilizando varias técnicas de drenaje endoscópico como los *stents* o catéteres entre la colección y la cavidad gástrica, así como necrosectomía endoscópica directa. Es necesario para el abordaje endoscópico, que la lesión sea mayor a 3 cm de diámetro, que tenga una pared madura (> 4 mm) y que esté a menos de 10 cm de proximidad de la luz gastrointestinal. Hay estudios en curso para evaluar cuál aproximación se asocia con menores complicaciones.

Respecto a la colecistectomía en los casos de pancreatitis biliar, una revisión sistemática de 9 estudios con 998 pacientes con pancreatitis biliar, demostró que la colecistectomía temprana (en el mismo internamiento) se asocia con menor incidencia de admisiones recurrentes por pancreatitis, colecistitis y cólico biliar, con reportes de estas complicaciones hasta en el 25 - 30 % de los pacientes. La realización de este procedimiento no se asoció con mayores complicaciones transoperatorias, conversión a colecistectomía abierta o mortalidad.⁸⁰ Se debe realizar tras la recuperación en todos los pacientes con pancreatitis biliar, incluidos aquellos a los que se les realizó esfinterotomía endoscópica durante la hospitalización, en los casos leves en los primeros 7 días, y en los de mayor severidad o complicaciones locales, cuando se encontraran estables.

El manejo de la pancreatitis aguda requiere un conocimiento adecuado del fenómeno clínico y fisiopatológico subyacente del paciente. La evaluación secuencial, el diagnóstico adecuado y el tratamiento óptimo y oportuno favorecen un adecuado desenlace clínico y se asocian con menor desarrollo de complicaciones, morbilidad y mortalidad. (Morato, et al., 2018)

1.1 Justificación

Las enfermedades de la vesícula son frecuentes en nuestro país, con mayor prevalencia en el sexo femenino. El 20% de los pacientes con cálculos en la vesícula presentarán pancreatitis, de los cuales en 5% se presentarán de forma grave.

La pancreatitis grave puede conllevar a la muerte del paciente que lo padece por desarrollar síndrome de respuesta inflamatoria sistémica y deterioro multi orgánico, estos casos deben de ser asistidos por un equipo multidisciplinario incluido el invaluable trabajo de la enfermera mediante sus intervenciones.

Este trabajo se realiza por la necesidad de aprendizaje sobre intervenciones de enfermería sobre un paciente con tal enfermedad prevalente en nuestro medio, y la investigación va dirigida para ser una guía de revisión para los alumnos de enfermería que se interesen en el caso o que sea una guía para su revisión bibliográfica.

El problema redactado afecta directamente a los pacientes que padecen la enfermedad estudiada creando consecuencias graves en los pacientes que padecen la enfermedad, llegando incluso a la muerte, por lo que es importante el conocimiento de las intervenciones que una enfermera debe de realizar en dichos casos.

Al finalizar el desarrollo del caso, se espera obtener resultados favorables producto de las intervenciones realizadas, lo cual beneficia directamente al paciente estudiado.

Se utiliza para el estudio de caso la ejecución del proceso de atención de enfermería, además del análisis de la problemática a través de la historia clínica. También de se realiza una búsqueda profunda de fuentes bibliográficas para la realización del marco teórico.

No hay trabajos sobre intervenciones de enfermería en estos pacientes por lo cual, el presente servirá como fuente de revisión bibliográfica.

1.2 Objetivos

Objetivo general

- Aplicar el proceso de atención de enfermería en paciente femenina joven con diagnóstico de pancreatitis aguda.

Objetivos específicos

- Realizar la valoración de enfermería según los patrones funcionales.
- Establecer los diagnósticos de enfermería acordes a la valoración de enfermería
- Aplicar el proceso de atención de enfermería y ejecución de intervenciones.
- Enumerar los resultados obtenidos.

1.3 Datos generales**IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE:**

- Sexo: femenino
- Edad: 35 años
- Lugar de nacimiento: Milagro
- Lugar de procedencia: Milagro
- Lugar de residencia: Milagro
- Instrucción: superior
- Ocupación: profesora
- Religión: católica
- Estado civil: casada

II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO**2.1 Análisis del motivo de consulta y antecedentes. Historial clínico del paciente.****Motivo de consulta:**

- Dolor abdominal
- Vómito

- Fiebre.

Antecedentes:**Patológicos personales:**

- Colelitiasis, desde hace 5 años, aún no operada
- Pancreatitis aguda leve de origen biliar hace 1 año, permaneció hospitalizada durante 5 días.

Patológicos familiares:

- Madre (Cáncer de colon)
- Padre (hipertensión arterial)
- Abuelo/as materno/as (ninguno)
- Abuelo/as paterno/as (ninguno)

Alergias: ninguna

Quirúrgicos:

- cesárea hace 5 años.

Tóxicos: Ninguno

Medicación habitual: ninguna

Antecedentes gineco obstétricos:

- G1 P0 C1 A0
- Actualmente no utiliza métodos anticonceptivos.

Nutricionales:

- Alimentación rica en carbohidratos y grasas.

2.2 Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis).

Paciente femenina de 35 años de edad, con antecedentes de cálculos biliares diagnosticados por ecografía hace 5 años, y aún sin resolución quirúrgica, además

de un episodio de pancreatitis aguda de origen biliar hace 1 año por lo que permaneció hospitalizada, sin complicaciones.

Acude a la consulta del servicio de emergencias por presentar cuadro clínico de 72 horas de evolución, caracterizado por dolor abdominal, de tipo cólico, de gran intensidad, con escala de EVA de 8/10, de localización periumbilical, con irradiación en hemicinturón hacia flanco izquierdo, que inicia posterior a ingesta de alimentos copiosos y en de gran contenido de grasa, y con mejoría posterior a medicarse buscapina en tabletas en 1 sola dosis. Su cuadro clínico se acompañó de vómitos de tipo biliosos de poca cantidad, en número de 5 en 24 horas, motivo por el cual decide acudir a médico familiar, quien prescribe sales de rehidratación oral y analgésicos.

Durante las últimas 72 horas su cuadro permaneció estable, pero el día de hoy, horas previas a su consulta, presenta exacerbación del dolor abdominal, aumentando a intensidad 10/10, conservando las características descritas anteriormente, acompañándose de aumento de frecuencia y cantidad del vómito, además de fiebre no cuantificada, motivo por el que acude a emergencias para su valoración.

Al momento de la consulta, paciente con persistencia de la sintomatología, por lo cual se decide su ingreso hospitalario, y la realización de estudios complementarios.

2.3 Examen físico (exploración clínica).

Se trata de paciente femenina, en la tercera década de vida, con antecedentes antes mencionados, que se encuentra en sala de emergencias.

Se encuentra en posición de decúbito lateral derecho, en posición antiálgica forzada, con facie dolorosa, piel con leve tinte icterico y mucosas deshidratadas marcadamente.

Estado de conciencia alerta, escala de Glasgow de 15/15. Estado respiratorio conservado. Hemodinámicamente sin descompensación. Diuresis y catarsis conservada.

A la inspección: cráneo normocéfalo, cabello bien implantado. Se observa ictericia conjuntival. Mucosa oral deshidratada, lengua saburral. A nivel cervical no se observan masas ni pulsos vasculares patológicos. A nivel torácico se observa buena expansión de caja torácica. A nivel abdominal, es globuloso, cicatriz umbilical sin alteraciones, piel con leve tinte icterico. Extremidades simétricas y móviles.

A la palpación: A nivel de cráneo sin novedades. A nivel cervical, no masas, no adenopatías palpables. A nivel torácico, maniobras de expansión pulmonar conservadas, frémito conservado, choque de punta a nivel infra mamilar izquierdo. A nivel abdominal, es blando, poco depresible, muy doloroso a la palpación superficial y profunda, sobre todo a nivel periumbilical, además la maniobra de Murphy es positiva. No se palpan visceromegalias. En extremidades sin novedades

A la percusión de la región torácica sin novedades, a nivel abdominal hay hipertimpanismo.

A la auscultación, a nivel torácico, campos pulmonares ventilados, sin ruidos patológicos agregados. Ruidos cardiacos rítmicos, sin soplos audibles. Ruidos hidro aéreos ausentes.

Signos vitales:

Presión arterial: 130/85 mmHg – Pulso: 115 x min – Frecuencia respiratoria: 18 x min – Temperatura: 38.5 °C – Saturación de oxígeno: 96%

Valoración de enfermería por patrones funcionales:

1.- Necesidad de respirar: actualmente paciente con buena mecánica ventilatoria, sin presentar descompensación a pesar del proceso inflamatorio severo que desencadena la pancreatitis.

2.- Necesidad de nutrición e hidratación: su estado nutricional es desequilibrado debido a la gran ingesta de alimentos ricos en grasas y carbohidratos que forman parte de su dieta diaria. Su estado nutricional se ve severamente disminuido, producto del proceso inflamatorio severo del páncreas. Actualmente paciente sin

poder ingerir alimentos o líquidos por vía oral, debido al NPO propuesto por su diagnóstico.

3.- Necesidad de eliminación: catarsis y diuresis conservada.

4.- Necesidad de movimiento: sin antecedentes de alteración de actividad física. Actualmente paciente en posición forzada decúbito lateral derecha debido a que adopta una posición antiálgica.

5.- Necesidad de descanso y sueño: no refiere antecedentes de alteración del sueño. Sin embargo, actualmente debido a su patología tiene problemas para conciliarlo. Refiere temor

6.- Necesidad de vestirse y desvestirse: sin alteraciones.

7.- Necesidad de termorregulación: paciente febril desde su ingreso, con temperaturas mayores a 38 grados c.

8.- Necesidad de higiene y protección de la piel: piel conservada, se observa signos de deshidratación moderada.

9.- Necesidad de evitar peligros: conservada.

10.- Necesidad de comunicarse: conservada.

11.- Necesidad de vivir según sus creencias y religiones: paciente católica sin presentar negatividad al tratamiento o a transfusiones sanguíneas en caso de necesitarlas.

12.- Necesidad de trabajo y realización: paciente actualmente trabaja como profesora de educación primaria. Refiere sentirse realizada profesionalmente y se siente a gusto con su actividad diaria.

13.- Necesidad de jugar/ participar en actividades recreativas: se divierte en sus fines de semana libre, realiza viajes cortos junto su familia. Actualmente por su enfermedad paciente no tiene energía para realizar actividades recreativas.

14.- Necesidad de aprendizaje: se actualiza constantemente debido a su profesión.

2.4 Información de exámenes complementarios realizados.

Prueba de laboratorio	Resultado	Valor referencial
Glóbulos blancos	19.7 uL	4-10
Neutrófilos%	85.0%	40-75%
Linfocitos%	39.2%	20-45%
Glóbulos rojos	4.25 uL	4-5
Hemoglobina	12.8 g/dL	11.5-17
Hematocrito	39.1%	36-42%
Plaquetas	425.000 u/L	150.000-400.000
Glicemia	120 mg/dL	70-110
TGO	115 U/l	Hasta 40
TGP	110 U/l	Hasta 42
Colesterol total	185 mg/dL	Hasta 200
Triglicéridos	143 mg/dL	Hasta 150
Urea	16 md/dL	5-18 mg/dL
Creatinina	0.8 md/dL	0.5-0.8
Proteínas totales	6.5 g/dL	6-8
Globulinas	3.2 g/dL	2-3.5
Albúmina	5.2 g/dL	3.8-5.4
Amilasa	1230 U/l	28-100
Bilirrubina total	2.3 mg/dL	Hasta 1 mg/dL
Bilirrubina directa	1,8 mg/dL	Hasta 0,8 mg/dL
Bilirrubina indirecta	0,3 mg/dL	Hata 0,4 mg/dL
Lipasa	1109 U/l	13-60
Sodio	135 mmol/L	136-145
Potasio	4.0 mmol/L	3.5-4.5
Proteína C reactiva	245 mg/dl	Hasta 10 mg/dl
Procalcitonina	15 ng/ml	Hasta 0,5 ng/ml
Lactato deshidrogenasa	520 UI/l	105-333 UI/l
RX ESTÁNDAR DE TÓRAX		
Informe:		
Sin patología en parénquima pulmonar – ángulos costo frénicos y costos diafragmáticos libres – silueta cardiaca dentro de lo normal		
RX ABDOMEN SIMPLE		
Informe:		
Signos radiográficos de íleo paralítico. No se observa aire libre en cavidad peritoneal.		

ECOGRAFIA ABDOMEN Y PELVIS
<p>Informe: Vesícula biliar distendida, con paredes engrosadas de hasta 6mm, con presencia de múltiples cálculos en su interior, el de mayor tamaño es de 9mm, con líquido libre peri vesicular, el conducto colédoco se observa dilatado, con un diámetro de hasta 9mm sin observarse litos en su interior. A nivel del páncreas se observa edema de la cabeza y cuello, con signos ecográficos de pancreatitis aguda. Se observa escaso líquido en fondo de saco de Douglas.</p>
TAC DE ABDOMEN Y PELVIS SIMPLE Y CON CONTRASTE IV
<p>Informe: A nivel de la región pancreática, se observa páncreas edematoso, con inflamación de la grasa peripancreática, además de observarse colecciones retroperitoneales con gas en su interior, que no captan flujo al contraste IV, lo que podría corresponder a necrosis pancreática infectada. Además, se observa vesícula biliar distendida, con líquido periesiclar, y litos en su interior. Se observa líquido libre en pelvis.</p>

2.5 Formulación del diagnóstico presuntivo y diferencial.

Diagnóstico presuntivo:

- Síndrome doloroso abdominal

Diagnóstico diferencial:

- Pancreatitis aguda severa
- Colecistitis aguda moderada

Diagnóstico definitivo:

Diagnóstico médico:

- Pancreatitis aguda severa, de origen biliar.
- Colecistitis aguda moderada, calculosa.
- Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica

Diagnóstico de enfermería:

- Riesgo de desequilibrio de volumen de Líquidos (00025), *relacionado con* pérdida de líquido al tercer espacio debido al proceso inflamatorio del páncreas, *manifestado por* piel y mucosas deshidratadas.

- Dolor agudo (00132)
- Ansiedad (00146), *relacionado con* incertidumbre de lo que ocurrirá con su enfermedad y sus complicaciones, *manifestado por* cambios de comportamiento y depresión.
- Riesgo de shock (00205), *relacionado con* pancreatitis aguda severa, necrosis pancreática infectada, *manifestado por*, taquicardia y fiebre como signos iniciales de síndrome de respuesta inflamatoria sistémica.

2.6 Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar.

El sedentarismo falta de actividad física que lo relaciona con una dieta alta en azucares grasas y carbohidratos.

Tratamiento y medicación en el paciente

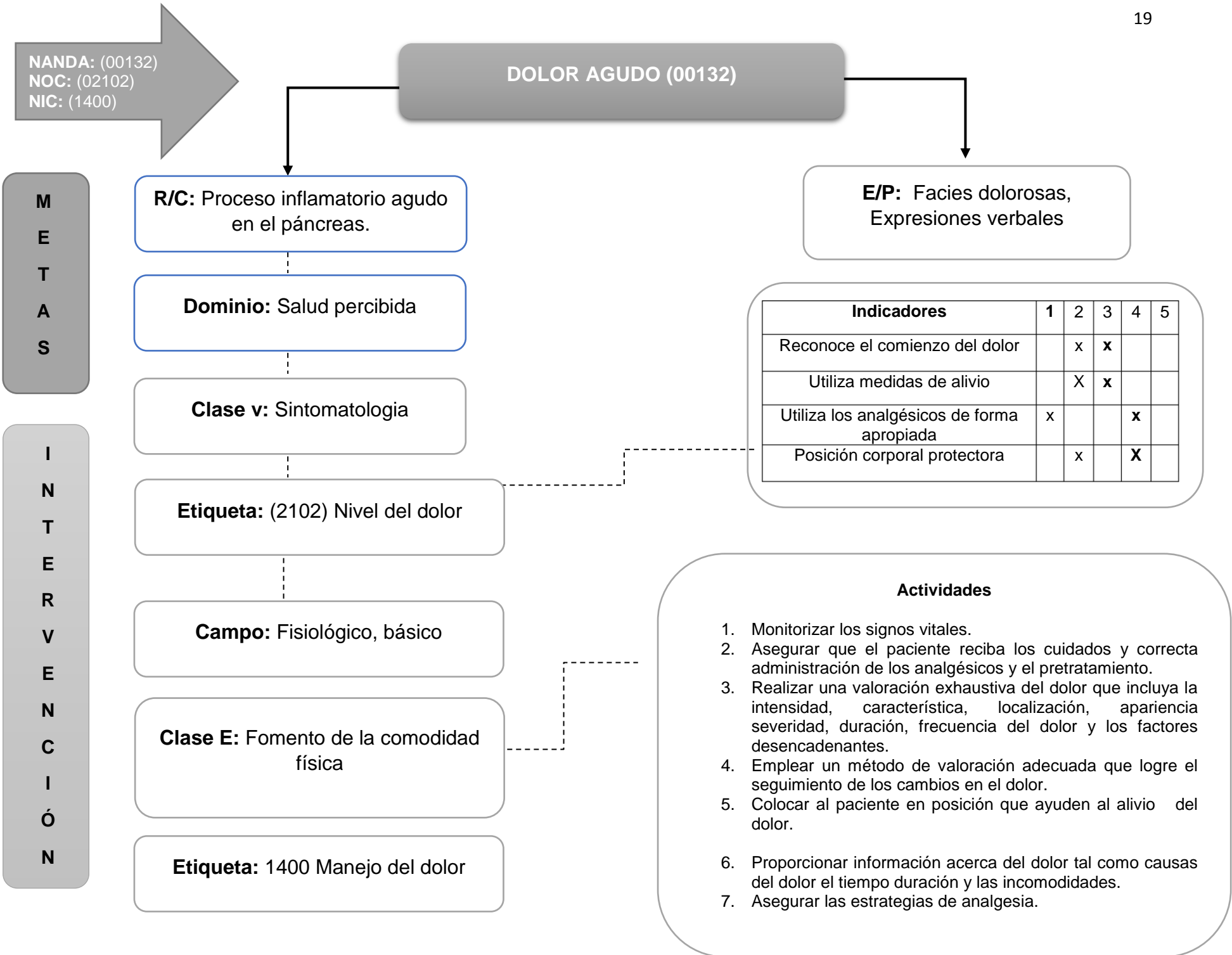
Medicación

- lactato de ringer 1000 cc , administrar IV a 125 ml.hora
- omeprazol.amp 40 mg, administrar IV cada día
- paracetamol amp 1 gramo, administrar IV cada 6 H
- metoclopramida amp 10 mg administrar IV cada 8 h
- ampicilina más sulbactam amp 1.5 g administrar IV cada 6 horas

Medidas generales

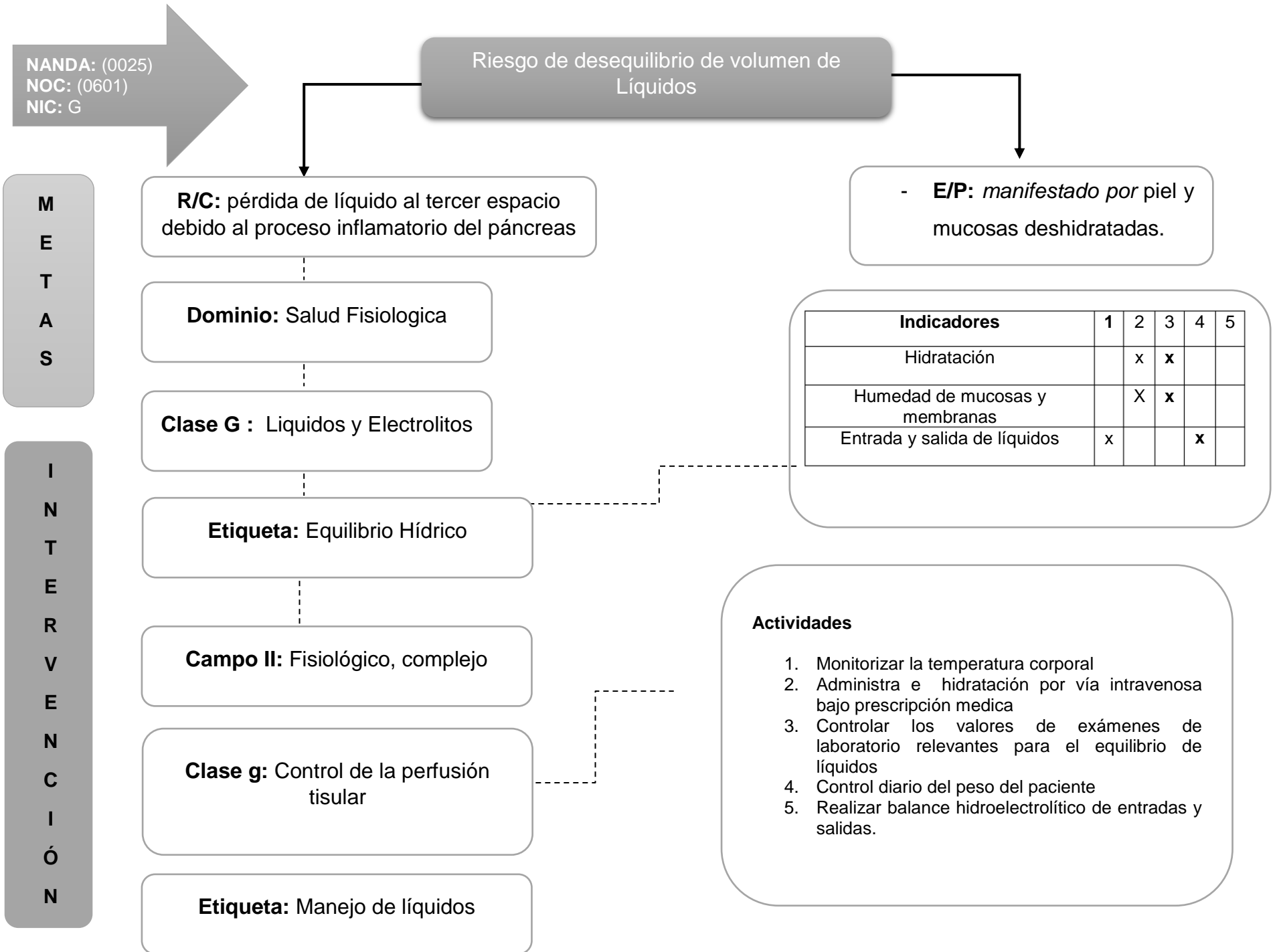
- NPO
- control de signos vitales cada turno
- hemoglucotest cada 12 horas
- colocar sonda nasogastrica abierta

- colocar sonda vesical y medir diuresis
- reposo relativo
- laboratorio de control
- valoración por medicina interna
- comunicar novedades



M
E
T
A
S

I
N
T
E
R
V
E
N
C
I
Ó
N



2.7 Indicaciones de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales.

Durante mucho tiempo se pensó que la pancreatitis aguda grave se debía tratar de manera inmediata por cirugía abdominal, sin embargo, la evidencia actual indica que el tratamiento quirúrgico es el último escalón a seguir, partiendo del concepto de que a mayor síndrome de respuesta inflamatoria tiene el paciente, mayor falla multi orgánica presentar, lo que aumenta el porcentaje de mortalidad del paciente.

Actualmente se realiza un tratamiento escalonada, dejando para el final el tratamiento quirúrgico en caso de requerirlo, y si es de esa manera se lo realizaría de manera mínimamente invasiva.

El actuar de enfermería es clave para el mejoramiento de las condiciones clínicas de la paciente, ya que estos pacientes son tratados en cuidados intensivos generalmente durante varias semanas, en la que la enfermera va a estar al cuidado de cerca del paciente.

2.8 Seguimiento.

El caso clínico desde su ingreso se trató de un proceso complejo. Ingresa por el área de emergencia con un cuadro de descompensación general.

Posterior a los análisis realizados e imágenes, se establecen los diagnósticos médicos y de enfermería.

Durante su hospitalización en sala de emergencias, se realizan intervenciones de enfermería, entre las cuales tenemos: la aplicación de medicamentos acorde a la prescripción médica, canalización de vía periférica, monitorización de signos vitales, cuidados y prevención de caídas, entre otras.

El paciente presenta descompensación generalizada, por lo cual se decide en conjunto con el personal de salud, de que paciente debe de ser derivada a una casa de salud de tercer nivel.

Paciente es referida a hospital de otra localidad en la que se cuenta con servicio de terapia intensiva.

2.9 Observaciones.

Todas las intervenciones realizadas por el equipo de salud fueron comentadas al paciente y familiares, quienes se encontraban de acuerdo con los procedimientos, por lo que se continúa con la firma de consentimientos informados.

La paciente recibe una atención buena en el momento de su ingreso, los diagnósticos médicos fueron oportunos y en el tiempo indicado, por lo cual la decisión de derivar a la paciente fue correcta.

Las intervenciones realizadas por parte de enfermería van acordes a las intervenciones médicas.

CONCLUSIONES:

- Se aplica el proceso de atención de enfermería mientras la paciente permanece en hospitalización del hospital de estudio del caso.
- El análisis de los patrones funcionales fue importante para establecer aquellos alterados y poder establecer los diagnósticos de enfermería que ayudarían a la toma de decisiones en cuanto a las intervenciones.
- Las intervenciones realizadas por parte de enfermería fueron importantes para mantener estable a la paciente mientras se la derivaba a otra unidad de salud.
- Los resultados fueron pocos por el tiempo corto de estancia hospitalaria del paciente, sin embargo, fueron alentadores.
- Las enfermedades de vesícula no tratadas en el tiempo indicado pueden conllevar a un problema grave pancreático.
- La pancreatitis aguda severa tiene alto riesgo de mortalidad.
- Los casos de pancreatitis aguda severa, deben ser manejados en hospitales de tercer nivel.

Para concluir, gracias a la aplicación del proceso atención de enfermería en paciente joven con diagnóstico de Pancreatitis aguda de origen biliar, se logró identificar la sintomatología y realizar el diagnóstico utilizando la taxonomía y teorizantes de la NANDA, NIC Y NOC. El modelo de enfermería utilizado fue basado en el modelo de Virginia Henderson con su teoría sobre las necesidades y el desarrollo humano, identificando las 14 necesidades Básicas, que van desde las necesidades físicas y psicológica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alvarez, P., & Dobles, C. (2019). Pancreatitis aguda: fisiopatología y manejo inicial. *Acta Médica Costarricense*, 61(1). Obtenido de https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022019000100013
- Alvarez, P., & Dobles, C. (2019). Pancreatitis aguda: fisiopatología y manejo inicial. *Acta Médica Costarricense*, 61(1). Obtenido de https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022019000100013
- Bolado, F., & Madaria, E. (2016). Novedades en el manejo de la pancreatitis aguda. *Gastroenterología y Hepatología*, 39(1), 102-108. Obtenido de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0210570516301819>
- Contreras, V., Gonzalez, I., Valdivieso, P., & Oliveira, G. (2015). Nutrición parenteral total en una paciente gestante con pancreatitis aguda e hipertrigliceridemia por déficit de lipoproteín lipasa. *Nutrición Hospitalaria*, 32(4). doi:<https://dx.doi.org/10.3305/nh.2015.32.4.9608>
- Garro, U., & Thuel, G. (2020). Diagnóstico y tratamiento de pancreatitis aguda. *Revista Médica Sinergia*, 5(7), 1-16. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=94816>
- Lévy, P. (2015). Pancreatitis aguda. *EMC - Tratado de Medicina*, 19(4), 1-6. doi:[https://doi.org/10.1016/S1636-5410\(15\)74689-1](https://doi.org/10.1016/S1636-5410(15)74689-1)
- Lorenzo, D., & Debourdeau, A. (2022). Pancreatitis aguda. *EMC tratado de medicina*, 26(1). Obtenido de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1636541022460399>
- Morato, O., Pavis, I., Olzarbe, L., Radosevic, A., Vasquez, A., & Sanchez, J. (2018). Minimally invasive surgery in the era of step-up approach for treatment of severe acute pancreatitis. *International Journal of Surgery*, 51, 164-169.

Obtenido de
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1743919118304953>

Tinoco, J., Aguilar, L., Sanchez, A., Perea, E., Muñoz, V., Diaz, D., & Tamayo, M. (2019). Retroperitoneoscopia en pancreatitis aguda. *Andaluza*, 281-283.

Obtenido de
https://www.asacirujanos.com/admin/upfiles/revista/2019/Cir_Andal_vol30_n3_04.pdf

Tuffi, F. (2020). Pancreatitis Aguda. *Colombia medica*, 1972(1). Obtenido de
<http://uvsalud.univalle.edu.co/colombiamedica/index.php/comedica/article/view/3268>

ANEXOS

Proceso atención de enfermería en paciente
femenina con dolor abdominal, de tipo cólico
Dx: Pancreatitis aguda