



UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE ENFERMERIA  
CARRERA DE ENFERMERIA

Dimensión Práctica del Examen Complexivo previo a la obtención del grado  
académico de Licenciado(a) en Enfermería

TEMA PROPUESTO DEL CASO CLINICO

PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTE DE 36 AÑOS DE EDAD  
CON PANCREATITIS AGUDA.

AUTOR

TANIA VANESSA ROMERO CEPEDA

TUTOR

Lcda. Ligia Vargas Angulo

Babahoyo – Los Ríos – Ecuador

2022

## Contenido

<b>DEDICATORIA</b> .....	I
<b>AGRADECIMIENTO</b> .....	II
<b>TITULO DEL CASO CLINICO</b> .....	III
<b>RESUMEN</b> .....	IV
<b>ABSTRACT</b> .....	V
<b>INTRODUCCION</b> .....	VI
<b>I Marco teórico</b> .....	1
<b>1.1. Justificación</b> .....	6
<b>1.2. Objetivos</b> .....	6
<b>1.2.1. Objetivo General</b> .....	6
<b>1.2.2. Objetivos específicos</b> .....	6
<b>1.3. Datos generales</b> .....	7
<b>II. METODOLIGIA DIAGNOSTICA</b> .....	7
<b>2.1. Análisis del motivo de consulta y antecedentes. Historial clínico del paciente.</b> ...	7
<b>2.2. Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis).</b> .....	8
<b>2.4. Información de exámenes complementarios realidades</b> .....	10
<b>2.5. formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo.</b> .....	10
<b>2.6 Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar.</b> .....	12
<b>2.7. Indicaciones de las razones científicas de las acciones de salud considerando valores normales</b> .....	16
<b>2.8. Seguimiento</b> .....	16
<b>2.9. Observaciones</b> .....	17
<b>CONCLUSIONES</b> .....	17
<b>Bibliografía</b> .....	18
<b>ANEXOS</b> .....	19

## **DEDICATORIA**

El presente caso clínico está dedicado en primera instancia a Dios, porque gracias a el y sus pruebas pude tener fortaleza y sabiduría en este largo camino para llegar a cumplir una meta muy importante en mi vida profesional.

A mi madre Bella Angelita Cepeda Maldonado, mi padre Víctor Francisco Romero Espinoza, mis hermanos, quienes estuvieron motivándome para seguir adelante en este recorrido que no ha sido fácil, pero con sus oraciones y palabras de aliento lo he logrado.

**TANIA VANESSA ROMERO CEPEDA**

## **AGRADECIMIENTO**

Mi agradecimiento va dirigido a Dios quien me dio sabiduría, fortaleza y guío mi camino en este recorrido para poder culminar mi etapa profesional, a mi padre Víctor Francisco Romero Espinoza, mi madre Bella Angelita Cepeda Maldonado mi ángel, soporte y fuente de motivación que con sus oraciones y consejos han hecho de mi un ser humano del cual me siento orgullosa, mi hermana Tatiana Romero Cepeda quien ha compartido sus valiosos conocimientos conmigo, mis hermanos, mi novio y a cada una de las personas que han estado pendientes de mí.

También es justo y necesario agradecer a cada profesional que en mis practicas pre profesionales me brindaron sus conocimientos e hicieron que fortalezca y desarrolle mis habilidades en mi formación profesional.

**TANIA VANESSA ROMERO CEPEDA**

**TITULO DEL CASO CLINICO**

PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTE DE 36 AÑOS DE EDAD  
CON PANCREATITIS AGUDA

## RESUMEN

La pancreatitis aguda es una inflamación brusca del páncreas provocada por la activación dentro de él de las enzimas que produce para la digestión. En casos graves, parte del páncreas se destruye en un proceso que se llama necrosis, que produce una reacción inflamatoria generalizada que puede afectar a otros órganos vitales, entre las causas las dos más frecuentes (80%) son los cálculos en la vesícula biliar (colelitiasis) y el consumo excesivo de alcohol. Los cálculos de la vesícula producen pancreatitis al moverse hacia el conducto biliar y atascar la salida del páncreas hacia el intestino. El alcohol tiene un efecto tóxico directo y también puede producir pancreatitis crónica. Otras causas más raras son ciertos medicamentos, aumento importante de los niveles de grasa en sangre (hipertrigliceridemia), aumento sostenido de calcio en sangre (hipercalcemia), obstrucciones de la salida del conducto del páncreas, golpes en el abdomen, algunas intervenciones quirúrgicas y la realización de una prueba llamada colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE). En aproximadamente un 20% de los pacientes no se descubre la causa (pancreatitis aguda idiopática), de los cuales sólo sufren nuevos episodios de pancreatitis un pequeño porcentaje (5%). Se manifiesta casi siempre como un dolor de abdomen continuo e intenso, localizado principalmente en su parte superior, aunque puede ocupar todo el vientre, con frecuencia irradiado a la espalda "en cinturón" y acompañado en la mayor parte de los casos de náuseas y vómitos. Principalmente mediante el análisis de las enzimas pancreáticas en sangre (amilasa o lipasa), que casi siempre están elevadas en la pancreatitis aguda. Otros procesos pueden producir dolor abdominal y aumento de enzimas pancreáticas, y hay pancreatitis agudas que cursan con niveles normales de enzimas pancreáticas, por lo que en algunos casos puede ser necesario realizar una tomografía axial computarizada (TAC o TC) del abdomen, si existe duda.

Palabras claves

Pancreatitis, inflamatoria, colelitiasis, hipertrigliceridemia, tomografía axial computarizada

## ABSTRACT

. Acute pancreatitis is a sudden inflammation of the pancreas caused by the activation within it of the enzymes it produces for digestion. In severe cases, part of the pancreas is destroyed in a process called necrosis, which produces a generalized inflammatory reaction that can affect other vital organs, among the two most frequent causes (80%) are stones in the gallbladder (cholelithiasis) and excessive alcohol consumption. Gallstones cause pancreatitis by moving into the bile duct and blocking the outlet of the pancreas into the intestine. Alcohol has a direct toxic effect and can also cause chronic pancreatitis. Other rarer causes are certain medications, a significant increase in blood fat levels (hypertriglyceridemia), a sustained increase in blood calcium (hypercalcemia), obstructions of the pancreatic duct outlet, blows to the abdomen, some surgeries, and performing a test called endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP). In approximately 20% of patients the cause is not discovered (idiopathic acute pancreatitis), of which only a small percentage (5%) suffer from new episodes of pancreatitis. It almost always manifests as continuous and intense abdominal pain, localized mainly in its upper part, although it can occupy the entire belly, often radiating to the back "in a belt" and accompanied in most cases by nausea and vomiting. Mainly by analyzing pancreatic enzymes in the blood (amylase or lipase), which are almost always elevated in acute pancreatitis. Other processes can cause abdominal pain and increased pancreatic enzymes, and there are acute pancreatitis with normal levels of pancreatic enzymes, so in some cases it may be necessary to perform a computerized axial tomography (CAT or CT) of the abdomen, if there is any doubt .

### Keywords

Pancreatitis, inflammatory, cholelithiasis, hypertriglyceridemia, computed tomography

## INTRODUCCION

La pancreatitis es una enfermedad inflamatoria caracterizada por dolor abdominal agudo de intensidad variable y es un motivo frecuente de visita a un servicio ambulatorio de urgencias. Pueden ocurrir formas crónicas con episodios recurrentes, pero la forma más común son los síntomas agudos, que requieren hospitalización y, en ocasiones, cuidados intensivos o manejo quirúrgico. Los factores causales más comunes son los cálculos biliares y el alcoholismo. Se estima que anualmente hay 250.000 casos en Estados Unidos, 70.000 casos en Europa y 15.000 casos en España. De estos, el 20% son clínicamente graves y el 30-50% son fatales. Aunque su diagnóstico se basa en datos clínicos y experimentales, es un método de diagnóstico por imagen naturalmente avanzado, especialmente exploración dinámica, con clasificación morfológica, evaluación de gravedad y carga terapéutica. (M.A.)

El tratamiento de las complicaciones generalmente es de apoyo después de que se han probado algunos tratamientos específicos y no se han obtenido resultados definitivos. En algunos casos, la cirugía se reserva para complicaciones que ocurren en las primeras etapas de la enfermedad, especialmente en las últimas etapas. En este sentido, existe una contradicción entre el resultado de diversas intervenciones quirúrgicas y el momento ideal de la intervención. Los avances en la tecnología de mantenimiento de la vida han reducido la mortalidad por insuficiencia multiorgánica en la primera semana de desarrollo, pero la mortalidad sigue siendo alta, del 11 %, y los casos más graves oscilan entre el 30 % y el 60 %. (M.A.)

## I Marco teórico

La pancreatitis aguda (PA) es conocida como una enfermedad frecuente que produce una inflamación aguda del páncreas, lo que provoca un cambio en otros sistemas humanos (circulación sanguínea, respiración o secreción renal) y por lo tanto crea el inicio del desarrollo de órganos. El fracaso resulta en la muerte del paciente. Esto también es apoyado por la manifestación de infección pancreática por el fenómeno de translocación bacteriana.

### MANIFESTACIONES CLÍNICAS:

- Dolor estomacal (95 - 100%)
- Ictericia (25-30%)
- Emesis y náuseas.
- Distensión abdominal (60-70%)
- Febrícula (70-85%)
- Hematemesis (5%)
- Hipotensión (20-40%)
- Cuadros confusionales (20-35%)

### Clasificación

- **Pancreatitis Aguda Edematosa.** - Se define como una inflamación aguda del parénquima y de los tejidos peripancreáticos, pero puede encontrarse sin necrosis del tejido.  
Se manifiesta casi en el 80% de los casos. El desarrollo de este proceso dura aproximadamente una semana 5.  
Siendo el pronóstico es bueno y sin alteraciones.
- **Pancreatitis Aguda Necrótica.** - La alta mortalidad y la enfermedad son significativas por dos razones principales: el desarrollo del síndrome de insuficiencia multivisceral (SIMV) y la necrosis por infección. Las causas son múltiples, pero predominan la litiasis vesicular (45%) y la intoxicación por alcohol (35%). (R. Gauzit ( Praticien hospitalier )aJ.-L. Pourriat ( Professeur des Universités, 13 de noviembre de 2013).

## EXAMENES AUXILIARES

- Hemograma
- Rx de Tórax
- Bioquímica
- Ecografía abdominal
- Rx simple Abdomen.
- TAC

Nota: Los pacientes con PAG se someten a una tomografía computarizada (TC) de la pared abdominal dentro de los 3 a 10 días. El día del desarrollo, determina el grado de inflamación del páncreas, juntándose para evaluar y registrar la presencia, ubicación y extensión de la necrosis.

### Tratamiento

**Terapia de fluidos.** - Aunque es habitual reconocer que es necesario aportar abundantes líquidos lo antes posible para prevenir posibles fallos orgánicos y necrosis del páncreas.

Para los pacientes con deshidratación, aumento del hematocrito (>44%), aumento de la urea (>43 mg/dL o BUN >20 mg/dL) al ingreso o aumento de la carga de líquidos 12 a 24 horas después de la hospitalización, será beneficioso (p. ej., una o más dosis de sal [500-1000 ml] pueden administrarse en bolo durante 30-60 minutos con una infusión paralela diaria).

**Los antibióticos profilácticos.** - Si se utilizan, se mantienen en aquellos pacientes cuya necrosis es superior al 50% en la TC. Este plan de tratamiento está evaluado en la literatura, además de medidas de protección gástrica.

**Analgesia.** - Procedimientos sencillos como la colocación de una sonda nasogástrica la presencia de trastorno gástrico, vómitos u obstrucción intestinal puede aliviar el malestar. El uso de anticonvulsivos y analgésicos comunes suele ser eficaz. Aunque los medicamentos antiinflamatorios no esteroideos son efectivos, todavía se usan principalmente debido a su valor económico y sus posibles consecuencias. Esto sucede mejor cuando se aplica a trampas de opio o por inyección continua. En estos casos se administra petidina (50 mg cada 4-6 horas).

## Tratamiento Quirúrgico.

Durante muchos años, la cirugía de resección pancreática (esplenectomía completa, resección duodenal) fue la primera opción de tratamiento para la necrosis pancreática aguda como una forma de alterar el curso de la enfermedad fatal y la alta mortalidad. Quedó claro que, a pesar de la audacia de este tipo de manejo, las tasas de mortalidad y enfermedad seguían siendo altas. Esto lleva a un cambio de manejo en una dirección conservadora y personal, lo que produce indicaciones específicas de tratamiento quirúrgico. (López<sup>\*\*\*</sup>)

Dentro de las técnicas quirúrgicas descritas se encuentran:

- Necrosectomía abierta con abdomen abierto y drenaje: Después de la resección de la necrosis, el abdomen permanece abierto y el paciente es llevado al quirófano durante 48 horas para limpiar la carúncula hasta reemplazar el tejido de necrosis restante, lo que se denomina "marsupielización". Además, se colocan tubos de succión para el drenaje superficial, se cubre la herida con materiales protectores y se coloca una malla, denominada "técnica de sándwich". Las heridas cierran por segunda intención.
- Necrosectomía abierta con lavado postoperatorio continuo: Esta técnica involucra dos o más sondas de irrigación de doble lumen (20 a 24 French) y una sonda de goma siliconada de un solo lumen (28 a 32 French), cada uno con sus propios extremos cortados en una saco menor y área necrótica. El extremo más pequeño de luz es la entrada y el más grande para la salida. Para el bombardeo se utilizan de 35 a 40 litros de solución Salina. Pueden remover los drenos dentro de 2 a 3 semanas.
- Necrosectomía abierta con abdomen cerrado y drenaje: es similar al lavado continua después de la cirugía. Eliminando las áreas necróticas, bloquee la pared abdominal y ubique el colector de drenaje, utilizando un drenaje de cigarrillos (drenos de Penrose relleno con una gasa). Se pueden retirar por separado cada 2 días reemplazando partir de los 7 días posteriores a la cirugía.

### **Técnicas mínimamente invasivas:**

Hoy en día existen opciones alternativas a la cirugía abierta, que se conocen como técnicas mínimamente invasivas. En general, ofrecen una variedad de ventajas, como menos riesgo de peritonitis, menor incidencia de fístula intestinal, de infección de la herida quirúrgica, ruptura de la incisión, posibilidad de tolerancia oral más temprana y desventajas de un abordaje difícil, junto con el riesgo vascular y pérdida masiva de sangre.

Dentro de las técnicas descritas se encuentran:

- **Drenaje percutáneo:** Esta técnica fue descrita en 1998 por Freeny y colaboradores con el fin de prevenir sepsis. Se obtuvo apoyo del tratamiento de primera línea de la necrosis pancreática aguda. La naturaleza mínimamente invasiva de este dispositivo permite una intervención temprana para la necrosis severa. Puede usarse como tratamiento inicial o como tratamiento combinado con otras técnicas o para reducir la acumulación de líquido que perdura después de la cirugía. El abordaje del retroperitoneo se realiza a través del flanco izquierdo, donde se dirigen catéteres de tamaño 12-30 french por TC o ultrasónicos, previo enjuague con solución salina cada 8 horas. Entre las recomendaciones para el uso de esta técnica se encuentra la necrosis infectada, probada por resultado positivo en todos los cultivos y deterioro clínico a pesar del máximo manejo médico. Asociadas con un 20% de mortalidad y un 28% de morbilidad, las complicaciones más comunes son perforación de colon, hemorragia intraabdominal, fístula gastrointestinal y páncreas. (Kokosis G, nov-21;2014)
- **Manejo laparoscópico:** El abordaje laparoscópico para la pancreatitis necrótica no ha sido ampliamente propuesto, ni existen varios estudios disponibles. Los primeros reportes sobre esta técnica se han dado hace poco más de una década, mientras que Yassini y colaboradores. Publicó su primer informe en 1996. Luego, en 2006, Perch describió la técnica que utiliza de 3 puertos, con un puerto para el abordaje infracólico y una disección roma con los dedos o con un endodisector, además se colocan

varios drenos. Se observa mortalidad 11% y morbilidad 58%, las principales complicaciones son fístula pancreática e infecciones de la dura Clostridium botulinum. no muy utilizado debido a la complejidad técnica. (Bello B, 2012 December 12)

- Manejo endoscópico retroperineal: Este abordaje es un abordaje laparoscópico modificado, que implica un drenaje guiado por TC. Consiste en agrandar o dilatar el tracto y colocar un nefroscopio rígido, endoscopio o incluso laparoscopio, hasta que se evidencie necrosis. Luego haga una incisión a nivel traslumbrar izquierdo o una pequeña incisión subcostal (5–7 cm) luego se debrida y se lava hasta que se elimine la necrosis. La mortalidad oscila entre el 0% y el 20% y la insalubridad se relaciona con el 10-30%. (Concepción A, 2012).
- Manejo endoscópico: La resección endoscópica de la necrosis se usa ampliamente como tratamiento para la necrosis pancreática infecciosa. se realiza bajo sedación por midazolam, propofol o fentanilo. El acceso endoscópico se puede realizar a través del estómago o el duodeno. La punción del líquido de recolección se puede realizar por imagen directa de la protuberancia o por guía ultrasónica, hecha con una aguja #19 y una guía insertada a través del fluoroscopio, el tracto se dilata de 8 mm con balón, luego coloque 2 o más stents de plástico y se irriga con 1 litro de solución salina durante 24 horas. (Domínguez E, marzo 2007 )
- Manejo combinado Recientemente, el abordaje gradual, o paso a paso en la pancreatitis aguda necrotizante ha ganado popularidad., Este tratamiento se realiza durante los primeros estadios de la enfermedad (la primera semana) con fondo perforado o endoscópico para prevenir la sepsis. Si el drenaje de la sepsis falla, el siguiente paso es utilizar técnicas mínimamente invasivas, como la necrosis del retroperitoneo guiada por video. El propósito de esta administración es controlar la sepsis y no la eliminación completa del tejido necrótico infectado. Este proceso reduce las complicaciones y la mortalidad al reducir el traumatismo y la respuesta inflamatoria que provoca la intervención quirúrgica en un paciente en estado crítico. El estudio PANTER

de 2010 se publicó comparando la gestión de la conservación y el uso de enfermedades incurables mínimamente gestionadas. Entre los resultados, se observaron mejores resultados en el tratamiento menos invasivo en términos de enfermedad (16-38%) y mortalidad. (7-27%). (. Fernández A, 2013)

## **1.1. Justificación**

La pancreatitis aguda es una enfermedad decreciente que en la mayoría de los casos su diagnóstico depende de la pericia médica, debido a que los profesionales deben colocarla dentro de los posibles diagnósticos a descartar, teniendo en cuenta la variabilidad que existen debido a las distribuciones por edad, sexo y etiología; si el paciente no es tratado a tiempo recibiendo una atención oportuna puede ser letal, es por ello que esta enfermedad tiene un alto índice de morbilidad en pacientes.

Ante ello este estudio busca optimizar las intervenciones de enfermería en pacientes que presentan el diagnóstico de pancreatitis aguda que acude al servicio de emergencia del Hospital Alfredo Noboa Montenegro para un oportuno diagnóstico y tratamiento y si evitar futuras complicaciones

## **1.2. Objetivos**

### **1.2.1. Objetivo General**

Aplicar el proceso atención de enfermería a un paciente con diagnóstico médico de pancreatitis aguda.

### **1.2.2. Objetivos específicos**

- Analizar el cuadro clínico, la conducta diagnóstica y evolución terapéutica en un paciente diagnosticado con pancreatitis aguda.
- Identificar las necesidades del paciente con diagnóstico de pancreatitis aguda utilizada la teorizante de Virginia Henderson.
- Establecer las intervenciones de enfermería en un paciente con pancreatitis aguda en base a las necesidades identificadas
- Evaluar los resultados de las intervenciones en base al seguimiento terapéutico y notas de evolución clínica.

### 1.3. Datos generales

Nombre	NN
Edad	36 años
Sexo	Femenino
País de origen	Ecuador
Lugar de Nacimiento	Guaranda
Residencia Actual	Yugahuglla
Tipo de sangre	O +
Religión	Católica
Identificación étnica	Indígena
Nivel de Escolaridad	No refiere

## II. METODOLIGIA DIAGNOSTICA

### 2.1. Análisis del motivo de consulta y antecedentes. Historial clínico del paciente.

Motivo de consulta

Dolor abdominal

**Antecedentes patológicos personales:** pancreatitis hace 4 años por causa de dislipidemia mixta severa

**Antecedentes quirúrgicos:** No refiere

**Alergias:** No refiere

**Antecedentes patológicos familiares:** no refiere

**Hábitos y Estilo de vida:**

Alimentación: 3 veces al día.

Micciones: 4 veces al día.

Deposiciones: 1 veces al día.

Exposición a carburantes de biomasa: Desde hace 30 años hasta la actualidad

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

Paciente refiere que hace 24 horas presenta dolor abdominal a nivel de epigastrio que se irradia a región lumbar en hemicintura de tipo cólicos acompañado de nauseas que llevan al vomito por una asociación de restos de contenido alimentarios, como causa aparente ingesta de comida copiosa (papas fritas), por lo que acude a esta casa de salud.

## 2.3. Examen Físico

Signos Vitales	
Tensión arterial	90/60
Frecuencia cardiaca	68xmin
Frecuencia respiratoria	21xmin
Temperatura	39°
Saturación de oxigeno	96%
Talla	1.50 m

Paciente consiente orientada en tiempo, espacio y persona.

Cabeza: normocéflica.

Ojos: Pupilas isocóricas, normo reactivas a la luz y acomodación.

Boca: MO semihúmeda

Tórax: expansible conservada, no ruidos sobreañadidos

Corazón: rítmico no soplos.

Abdomen: tejido adiposo abundante, suave, depresible, doloroso a la palpación superficial y profunda a nivel de epigastrio, puntos apendiculares negativos, RHA conservados.

Extremidades: no edema, pulsos distales presentes, tono fuerza y sensibilidad conservada.

## **Valoración de enfermería por patrones funciones (Virginia Henderson)**

1. **Necesidad de respirar:** La paciente no presenta alteraciones en esta necesidad en ningún momento de su ingreso.
2. **Necesidad de nutrición e hidratación:** normohidratado, con IMC de 33.3 obesidad tipo I. la paciente expresa llevar una dieta rica en alimentos grasos
3. **Necesidad de eliminación:** autónoma para la eliminación, refiere micciones con una frecuencia de 3 veces al día y deposiciones con una frecuencia de 1 vez por día
4. **Necesidad de movimiento:** refiere dolor de tipo cólico el cual limita a movilidad sobre todo al principio del cuadro clínico.
5. **Necesidad de descanso y sueño:** paciente presenta sueño alterado, debido a la sintomatología no le permite descansar apropiadamente.
6. **Necesidad de vestirse y desvestirse:** paciente es autosuficiente para en la satisfacción de la necesidad, paciente prefiere utilizar vestimenta acorde a su identificación étnica.
7. **Necesidad de termorregulación:** paciente presenta picos febriles, por lo cual se le administra medicamentos antipiréticos se evalúa curva térmica.
8. **Necesidad de higiene y protección de la piel:** autosuficiente para satisfacer esta necesidad.
9. **Necesidad de evitar el peligro:** expresa culpa por la inadecuada alimentación la cual afecta su estado de salud.
10. **Necesidad de comunicación:**
11. paciente expresa sus necesidades y preocupaciones al personal de salud
12. **Necesidad de vivir según sus creencias y religiones:** no alterado
13. **Necesidad de trabajo y realización:** paciente se encarga de los quehaceres de hogar y cuidado de los niños
14. **Necesidad de jugar/ participar en actividades recreativas:** no es una persona activa, en su tiempo libre prefiere salir a la puerta de su hogar y hablar con las vecinas o solo prefiere ver televisión.

**15. Necesidad de aprendizaje:** paciente refiere que le gustaría tener un nivel más alto de preparación, pero las tareas del hogar y el cuidado de sus hijos no se lo permite

#### 2.4. Información de exámenes complementarios realidades

Prueba de laboratorio	Resultado	Valor referencial
Glóbulos blancos	6.20 uL	4-10
Hemoglobina	16.6 g/dL	13.5-17.5
Hematocrito	43.5%	41-53%
Plaquetas	240.000 u/L	150.000-400.000
Neutrófilos%	41.8%	40-75%
Linfocitos%	44.4%	20-45%
Glicemia	105.1 mg/dL	70-100
Urea	24.5 mg/dL	12.6-42.6 mg/Dl
Creatinina	0.80 mg/dL	0.4-1.2
Cloro	109.1 mmol/L	94-100
Potasio	3.58 mmol/L	3.5-5
Sodio	138.5 mmol/L	135-148
Amilasa	1888.0 U/L	300
Lipasa	1600.3 U/L	600

Prueba de laboratorio	Resultado	Valor referencial
Glóbulos blancos	6.20 uL	4-10
Hemoglobina	12.3 g/dL	13.5-17.5
Hematocrito	36.1%	41-53%
Plaquetas	167.000 u/L	150.000-400.000
Neutrófilos%	40.8%	40-75%
Linfocitos%	44.4%	20-45%
Glicemia	115.1 mg/dL	70-100
Urea	32 mg/dL	12.6-42.6 mg/Dl
Creatinina	0.60 mg/dL	0.4-1.2
Cloro	109.1 mmol/L	94-100

Potasio	3.5 mmol/L	3.5-5
Sodio	138.5 mmol/L	135-148
Amilasa	1300.0 U/L	300
Lipasa	1000. U/L	600

Prueba de laboratorio	Resultado	Valor referencial
Glóbulos blancos	6.20 uL	4-10
Hemoglobina	7.5 g/dL	13.5-17.5
Hematocrito	30.5%	41-53%
Plaquetas	300.000 u/L	150.000-400.000
Neutrófilos%	41.8%	40-75%
Linfocitos%	28 %	20-45%
Glicemia	95.7 mg/dL	70-100
Urea	16.7 mg/dL	12.6-42.6 mg/Dl
Creatinina	0.37 mg/dL	0.4-1.2
Cloro	98.1 mmol/L	94-100
Potasio	3.58 mmol/L	3.5-5
Sodio	138.5 mmol/L	135-148
Amilasa	560 U/L	300
Lipasa	790 U/L	600

## 2.5. formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo.

### Diagnostico presuntivo:

1. Gastroenteritis
2. Ulcera duodenal penetrante

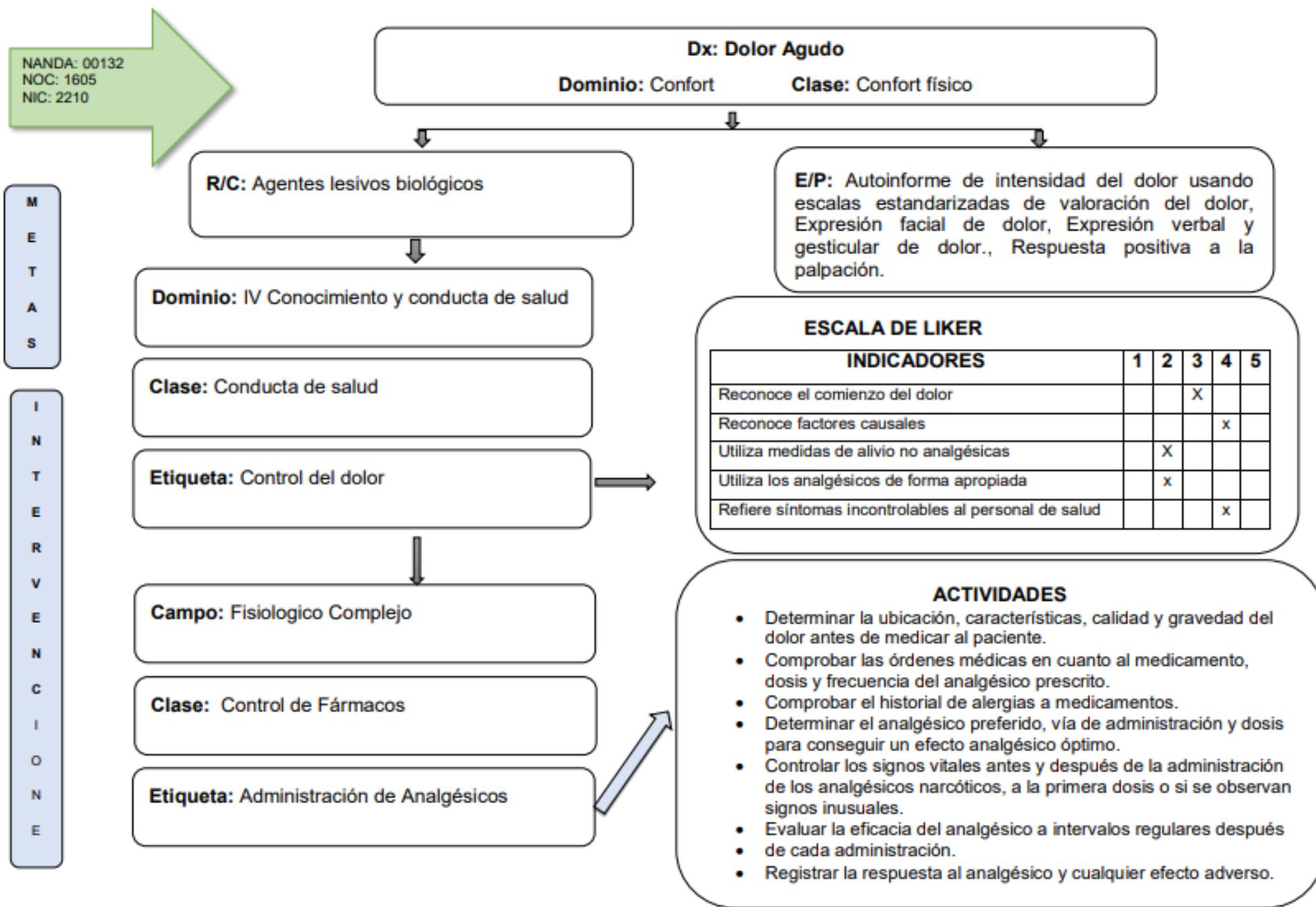
### Diagnostico deferencial:

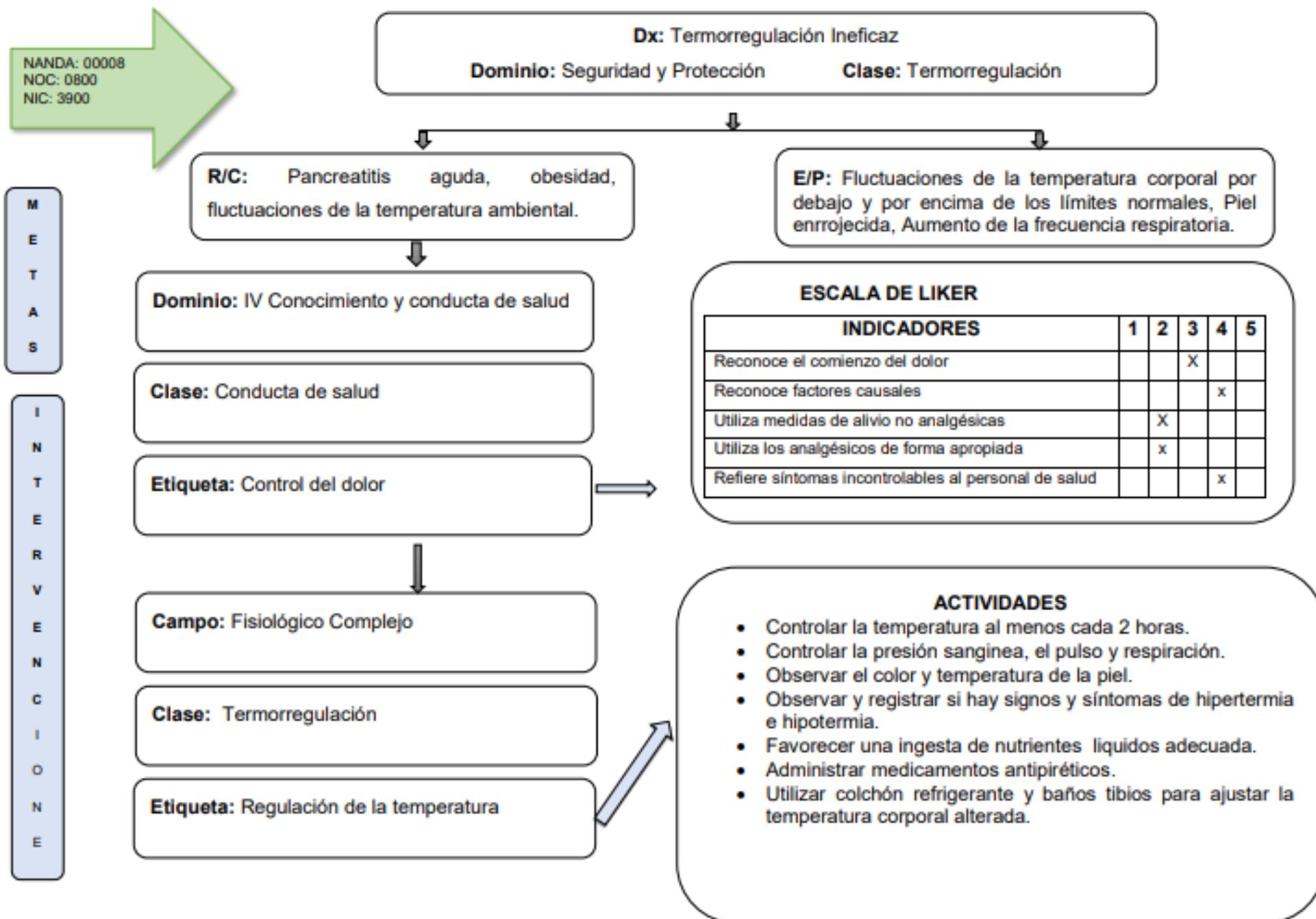
1. Colecistitis o colangitis
2. Colitis isquémica

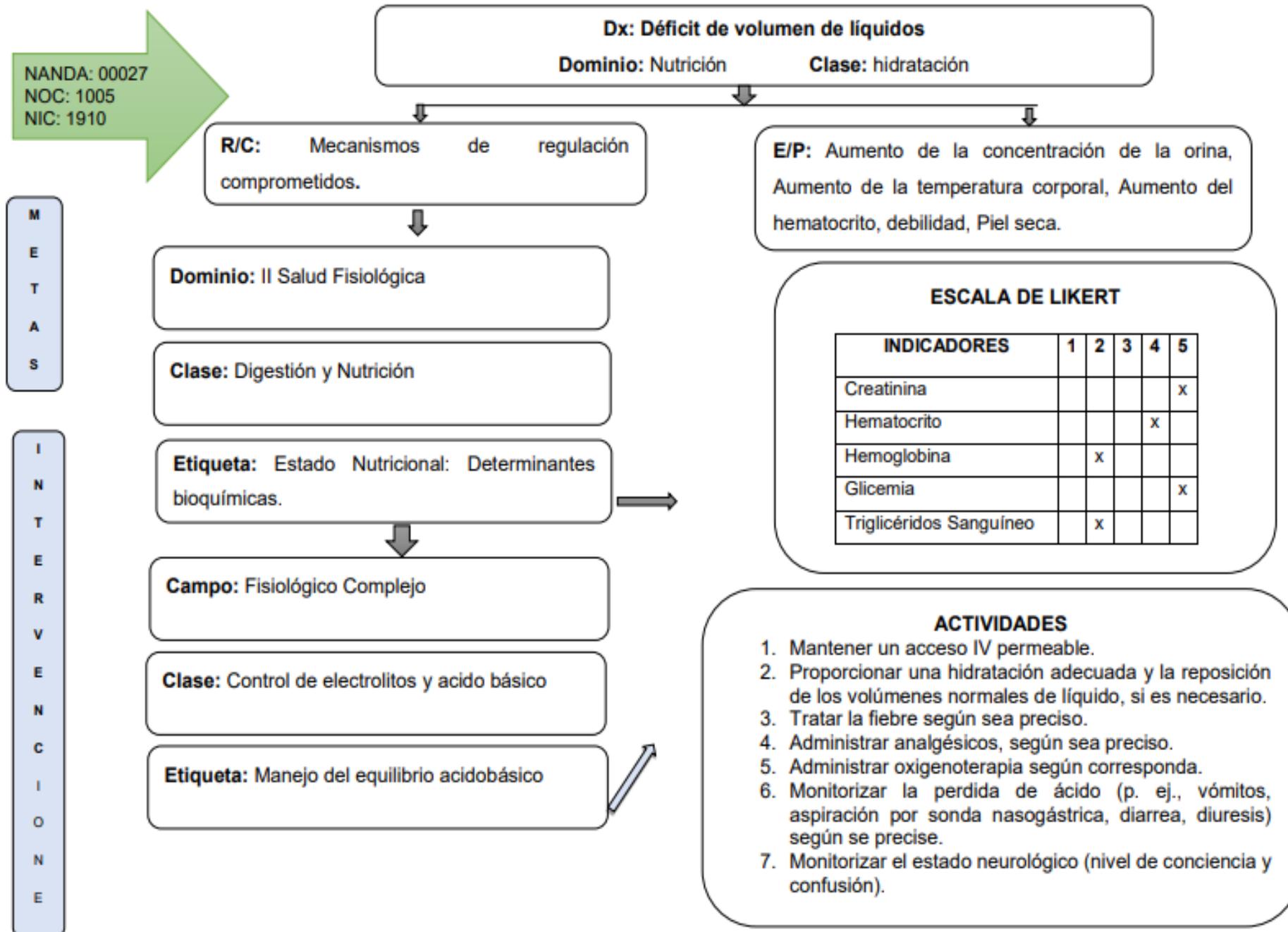
### Diagnóstico definitivo:

1. Pancreatitis

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







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

El siguiente estudio de caso clínico esta fundamentado en el MODELO DE LAS NESECIDADES HUMANAS de VIRGINIA HENDERSON.

El modelo de Virginia Henderson es totalmente compatible con el PE, aspecto fundamental para que tenga aplicación en la práctica. Además, es muy importante poder integrar junto con el modelo de cuidados y el proceso enfermero (PE), los lenguajes estandarizados NANDA, NOC Y NIC.

De acuerdo con este modelo, la persona es un ser integral, con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que interactúan entre sí y tienden al máximo desarrollo de su potencial. (Benavent MA, 2009)

La pancreatitis aguda (PA) o proceso inflamativo del páncreas, es una enfermedad que puede presentar desde casos leves y autolimitados hasta otros con fallo multiorgánico y muerte. Otros autores consideran que la pancreatitis aguda como su palabra lo indica es un estado inflamatorio de un páncreas sin alteraciones, que se presenta clínicamente con dolor abdominal y con un aumento considerable de amilasa y lipasa, que puede resolverse sin secuelas o recidivar en brotes. La incidencia de pancreatitis aguda (PA) varía entre las poblaciones, Las cifras del Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC), según el registro de egresos hospitalarios durante el año 2013, en Ecuador se encontró 4061 casos, con un total de fallecidos de 104 lo que da una tasa de letalidad de 2.5%. (Laica Sailema, 2018).

## **2.8. Seguimiento**

Paciente femenina permaneció dos semanas y 3 días en el área de medicina interna del Hospital Alfredo Noboa Montenegro, donde se le realizo la debida valoración clínica y se le practicaron los correspondientes exámenes de laboratorio los cuales permitieron los siguientes diagnósticos; Pancreatitis Aguda, Enterocolitis, Derrame Pleural Izquierdo, Anemia Normocítica Normocrómica. Se procede a colocar sonda vesical a la paciente al momento de su ingreso, posteriormente se realiza las actividades de enfermería de acuerdo a las necesidades de la paciente, tales como: administración de medicamentos prescritos por el médico, aplicación de fluido terapia,

control de signos vitales, curación de vía periférica y sonda vesical, colocación de oxígeno, medidas de higiene y confort. Paciente fue valorada constantemente por médico tratante, el cual extendió interconsulta con terapia respiratoria, inmediatamente paciente recibe terapia respiratoria, teniendo resultados favorables en su recuperación finalmente al cumplir con el régimen terapéutica planificado se le fue otorgada el alta médica con tratamiento ambulatorio y las debidas recomendaciones por parte del personal de salud

### **2.9. Observaciones**

Se le comunico a la paciente y a su familiar la necesidad del ingreso hospitalario, con el fin de realizarle los debidos estudios clínicos y laboratorio que nos permitan realizar un diagnóstico certero u oportuno y brindarle la correcta información concerniente a las intervenciones y planes terapéuticos con la finalidad de su pronta recuperación, se hace la entrega de los consentimientos informados a firmar.

Gracias a la oportuna intervención el estado clínico de la paciente presento una notoria mejoría posterior al tratamiento terapéutico.

### **CONCLUSIONES**

Finalizado el estudio de caso se concluye que, al ser aplicado el proceso atención de enfermería a paciente de 36 años de edad con diagnóstico médico de pancreatitis aguda, llegamos a informarnos más a fondo de dicha patología, su cuadro clínico, la conducta diagnóstica, su evolución y ciertas complicaciones que puede ocasionar al no ser tratada a tiempo, por tal motivo se elaboró un plan de cuidados de enfermería de acuerdo a las necesidades de la paciente.

Es importante realizar el proceso atención de enfermería ya que nos permite brindarle al paciente los cuidados de acuerdo a su necesidad de manera racional, lógica y sistemática.

## **Bibliografía**

- . Fernández A, S. A. (2013). "Necrosectomía laparoscópica en pancreatitis aguda". *Revista Cubana de Cirugía*.
- Bello B, M. J. (2012 December 12). *Minimally invasive treatment of pancreatic necrosis*. World Journal of Gastroenterology .
- Benavent MA, F. C. (2009). *Desde el origen de la enfermería hasta la disciplina enfermera. Los modelos de cuidados. en Fundamentos de Enfermería*. Madrid: Colección Enfermería siglo 21.
- Concepción A, G. A. (2012). "*Pancreatitis Aguda*". Bol Med Hosp Infant Mex.
- Domínguez E, G. J. (marzo 2007 ). Indicaciones quirúrgicas en la pancreatitis aguda necrotizante. "*Revista de Medicina Intensiva*, Artículo nº A67. Vol 7.
- Kokosis G, P. A. (nov-21;2014). "*Surgical management of necrotizing pancreatitis: An overview*". World Journal of Gastroenterology.
- Laica Sailema, N. R. (2018). Perfil epidemiológico de pancreatitis aguda del hospital general Ambato del less. Ambato, Tungurahua, Ecuador.
- López\*\*\*, I. F. (s.f.). Manejo quirúrgico de la pancreatitis aguda. *REVISTA MEDICA DE COSTA RICA Y CENTROAMERICA*, 7. Obtenido de <https://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/616/art12.pdf>
- M.A., A. M. (s.f.). *principios de urgencias, emergencias y cuidados intencivos*. uni.net.
- R. Gauzit ( Praticien hospitalier )aJ.-L. Pourriat ( Professeur des Universités, p. h. (13 de noviembre de 2013). *Pancreatitis aguda necrótica*. pasis: EL SEVIER.

## ANEXOS

HOSPITAL "ALFREDO NOBOA MONTENEGRO"					
ESTABLECIMIENTO	NOMBRE	APELLIDO	SEXO	EDAD	N° HISTORIA CLÍNICA
Hospital Alfredo N. M.	Luz, Evelyn	Masabanda Taparta	F	1	0201945151

1. EVOLUCIÓN			2. PRESCRIPCIONES	
FECHA PRESENTADO	HORA	NOTAS DE EVOLUCIÓN	FARMACOTERAPIA E INDICACIONES (PARA ENFERMERA Y OTRO PERSONAL)	ALIMENTO FARMACOS INTERACCIONES
16/03/22	8:15	<p>Evaluación Nocturna</p> <p>Paciente femenina de 34 años de edad con diagnósticos de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Pancreatitis aguda</li> <li>Dislipidemia mixta</li> <li>Hipotalemia</li> <li>Derrame pleural</li> <li>Anemia</li> <li>DH 4</li> </ul> <p>S. Paciente refiere que durante la tarde realizó 8 deposiciones líquidas, fetidas de color oscuro amarillento.</p> <p>O TA: 100/70, FC: 105, FR: 20, T° 36.7, Sat: 94% Boca: NO secas Abdomen: Distendido, doloroso a la palpación, superficial y profunda de manera generalizada. Tórax: Expansibilidad conservada, Pulmones: crepitantes en base pulmonar izquierda. Riquiocardio no soplos.</p> <p>A. Paciente al momento presenta alza térmica con fiebre de 38.7°C por lo que se indica administrar paracetamol 1gr IV STAT.</p> <p>P. Continuar con indicaciones.</p> <p>IRM Conbar.</p>		



## Document Information

---

Analyzed document	TANIA ROMERO.docx (D142258351)
Submitted	7/21/2022 4:30:00 AM
Submitted by	
Submitter email	loterot@utb.edu.ec
Similarity	10%
Analysis address	loterot.utb@analysis.arkund.com

## Sources included in the report

---

