



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

ESCUELA DE ENFERMERÍA

CARRERA DE ENFERMERIA

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

TEMA PROPUESTO DEL CASO CLINICO

Aplicación del proceso de atención de enfermería en adulto de 21 años con pancreatitis aguda en el Hospital De Especialidades Abel Gilbert Pontón

AUTOR:

Castillo Sigüenza Gabriel Samuel

TUTORA:

Camino Bravo Ivonne Araceli

Babahoyo - Los Ríos - Ecuador

2018



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

ESCUELA DE ENFERMERÍA

CARRERA DE ENFERMERIA

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

TEMA PROPUESTO DEL CASO CLINICO

APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA EN ADULTO DE 21 AÑOS CON PANCREATITIS AGUDA EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES ABEL GILBERT PONTÓN

AUTOR:

CASTILLO SIGUENZA GABRIEL SAMUEL

TUTORA:

CAMINO BRAVO IVONNE ARACELLI

Babahoyo - Los Ríos - Ecuador

2018

Recibido
[Signature]
21-9-18



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEBABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA
CARRERA DE ENFERMERÍA
UNIDAD DE TITULACIÓN



TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

LIC. MONICA ACOSTA. MSC.
Delegada por la Decana

LIC. TANIA ESTRADA. MSC.
Delegada por la Coordinadora de la Carrera de Enfermería

LIC. LILIAM MEDINA. MSC.
Delegada por el CIDE

ABG. CARLOS FREIRE NIVELA
Secretario General
Facultad de Ciencias de la Salud
Universidad Técnica de Babahoyo





UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERIA
CARRERA DE ENFERMERIA
UNIDAD DE TITULACION



DECLARACIÓN DE AUTORÍA

A: Universidad Técnica de Babahoyo
Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela de Enfermería
Carrera de Enfermería

Por medio del presente deixo constancia de ser el autor del Caso Clínico (Dimensión Práctica) titulado:

APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA EN ADULTO DE 21 AÑOS CON PANCREATITIS AGUDA EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES ABEL GILBERT PONTON Doy fe que el uso de marcas, inclusivas de opiniones, citas e imágenes son de mi absoluta responsabilidad, quedando la Universidad Técnica de Babahoyo exenta de toda obligación al respecto.

Autorizo, en forma gratuita, a la Universidad Técnica de Babahoyo a utilizar esta matriz con fines estrictamente académicos o de investigación.

Fecha: 20- Septiembre del 2018

Autor

Gabriel Samuel Castillo Sigüenza

CI: 175095390-1



Urkund Analysis Result

Analysed Document: GABRIEL CASTILLO.docx (D41562648)
Submitted: 9/18/2018 9:19:00 PM
Submitted By: loterot@utb.edu.ec
Significance: 0 %

Sources included in the report:

Instances where selected sources appear:

0



AUTOR

GABRIEL SAMUEL CASTILLO SIGUENZA

CI: 175095390-1



U. T. B.
Lcda. Ivonne Camino S.
DOCENTE F.C.S.
ESCUELA DE INFERMERIA

DOCENTE-TUTORA

LCDA. CAMINO BRAVO IVONNE ARACELI. MSC.

CI: 120171238-5

Recibido
21-9-18

INDICE GENERAL

TITULO DEL CASO CLINICO	I
RESUMEN	II
SUMMARY.....	III
INTRODUCCIÓN	IV
I. MARCO TEÓRICO	1
1.1. Pancreatitis aguda	1
1.1.1. Definición	1
1.1.2. Fisiopatología.....	2
1.2. Clasificación	3
1.2.1. Leve	3
1.2.2. Grave.....	4
1.2.3. Complicaciones	4
1.3. Etiología	6
1.3.1. Pancreatitis de origen litiásico.....	6
1.3.2. Pancreatitis por alcoholismo.....	7
1.3.3. Hiperlipidemia	8
1.4. Manifestaciones clínicas.....	8
1.5. Diagnóstico	10
1.5.1. Pruebas de laboratorio.....	10
1.5.1.1. amilasa	10
1.5.1.2. Lipasa	10
1.6. Formulación del diagnóstico presuntivo y diferencial	11
1.7. Prevención	11
1.8. Justificación.....	12
1.9. Objetivos	13
1.9.1. Objetivo general	13
1.9.2. Objetivo específico	13
1.10. Datos generales	14
II. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO.....	15
2.1. Análisis del motivo de consulta y antecedentes.	15
2.1.1. Antecedentes patológicos:.....	15
2.2. Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis).....	16

2.3.	Examen físico (Exploración clínica)	17
2.3.1.	Valoración de Enfermería por Patrones Funcionales	18
2.3.1.1.	Patrón percepción – manejo de la salud	18
2.3.1.2.	Patrón nutricional-metabólico	18
2.3.1.3.	Patrón eliminación e intercambio.....	18
2.3.1.4.	Patrón actividad/ejercicio	18
2.3.1.5.	Patrón sueño/descanso.....	19
2.3.1.6.	Patrón percepción/cognición	19
2.3.1.7.	Patrón autopercepción/autoconcepto	19
2.3.1.8.	Patrón rol/relaciones.....	19
2.3.1.9.	Patrón sexual/reproducción	19
2.3.1.10.	Patrón adaptación/tolerancia al estrés	20
2.3.1.11.	Patrón valores/creencias.....	20
2.3.1.12.	Patrón confort.....	20
2.3.1.13.	Patrón crecimiento/desarrollo.....	20
2.3.2.	Patrones disfuncionales	20
2.4.	Información de exámenes complementarios realizados	21
2.5.	Formulación del diagnóstico presuntivo y diferencial	22
2.6.	Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar.....	23
2.7.	Indicación de las razones científicas de las acciones de salud	28
2.8.	Seguimiento	29
2.9.	Observaciones.....	30
	CONCLUSION.....	31
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	32
	ANEXOS	
	ANEXO 1: SOLICITUD DE LA PROPUESTA DEL TEMA DE CASO CLINICO	34
	ANEXO 2: SOLICITUD DE APROBACIÓN DE LA DOCENTE TUTORA DEL CASO CLÍNICO	
	ANEXO 3: REGISTRO DE TUTORÍAS DE CASO CLÍNICO	
	ANEXO 4: SOLICITUD DE ENTREGA DEL TEMA DE CASO CLÍNICO	
	ANEXO 5: REGISTRO DE TUTORÍAS DE CASO CLÍNICO.....	
	ANEXO 6: APROBACIÓN DEL CASO CLÍNICO POR PARTE DE LA DOCENTE TUTORA.....	
	ANEXO 7: SOLICITUD DE ENTREGA DE LOS TRES ANILLADOS	
	ANEXO 8: REGISTRO DE TUTORÍAS DE CASO CLÍNICO.....	

TITULO DEL CASO CLINICO

APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA EN ADULTO DE 21 AÑOS CON DE PANCREATITIS AGUDA EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES ABEL GILBERT PONTÓN

RESUMEN

Se habla de pancreatitis aguda al proceso inflamatorio en el tejido pancreático, cuya función exocrina es secretar el jugo pancreático, el cual contiene enzimas en forma de zimógenos, estas son secretadas desde el conducto de wirsung hasta la primera porción del intestino delgado, el duodeno. La activación precoz de la tripsina produce la auto-digestión de la glándula pancreática, dando origen al proceso inflamatorio. Dependiendo de la gravedad puede llegar afectar tejidos contiguos y llegar a ser muy grave para el paciente. Las causas más comunes de esta enfermedad se relacionan con la producción de cálculos en la vía biliar y el consumo continuo de alcohol. Para el diagnóstico de esta enfermedad va relacionada con las manifestaciones clínicas se presenta dolor abdominal náuseas vómitos y en casos graves presencia de hematomas periumbilical, ayudas diagnósticas se realizan exámenes de amilasa y lipasa q deben estar elevadas 3 veces lo normal para tener una relación con la enfermedad, las ecografías y colangiografías ayudaran para confirmar la enfermedad.

En el artículo presente a continuación, está dirigido a un caso clínico de pancreatitis aguda, inducida por una coledocolitiasis residual en una paciente de 21 años con antecedente de colecistectomía de aproximadamente un mes de realizada, la cual ingresó a emergencia con dolor abdominal, náuseas, vómitos y malestar general, una vez ingresa se realiza exámenes de amilasa y lipasas en suero, donde se obtuvo como resultado la elevación de la lipasa de 3 veces por encima del valor normal, el tratamiento fue de soporte hidro líquido, ayuno y analgésico para la recuperación del órgano afectado principal fue una colangiopancreatografía retrograda endoscópica, dando como resultado la recuperación completa de la paciente.

Palabras claves: coledocolitiasis residual, colangiopancreatografía, colecistectomía.

SUMMARY

There is talk of acute pancreatitis to the inflammatory process in the pancreatic tissue, whose exocrine function is to secrete the pancreatic juice, which contains enzymes in the form of zymogens, these are secreted from the wirsung duct to the first portion of the small intestine, the duodenum. The early activation of trypsin produces self-digestion of the pancreatic gland, giving rise to the inflammatory process. Depending on the severity, it can affect adjacent tissues and become very serious for the patient. The most common causes of this disease are related to the production of stones in the bile duct and the continuous consumption of alcohol. For the diagnosis of this disease is related to clinical manifestations abdominal pain nausea vomiting and in severe cases presence of periumbilical hematomas, diagnostic tests are performed amylase and lipase q must be elevated 3 times normal to have a relationship with the disease, ultrasounds and cholangiographies will help to confirm the disease.

In the present article below, it is directed to a clinical case of acute pancreatitis, induced by residual choledocholithiasis in a 21-year-old patient with a history of cholecystectomy approximately one month after the event, who was admitted to emergency with abdominal pain, nausea, vomiting and general malaise, once entered, serum amylase and lipase tests were performed, which resulted in the elevation of the lipase 3 times above normal value, the treatment was liquid hydro, fasting and analgesic for the Recovery of the main affected organ was an endoscopic retrograde cholangiopancreatography, resulting in complete recovery of the patient.

Key words: residual choledocholithiasis, cholangiopancreatography, cholecystectomy.

INTRODUCCIÓN

Este caso clínico está enfocado en dicha patología, presente en una paciente de 21 años de edad que cursó un cuadro clínico característico de pancreatitis aguda, por motivo que fue ingresada a emergencia en el hospital Abel Gilbert Pontón tras ser transferida de un hospital del seguro, presentando dolor abdominal intenso, náuseas, vómitos, malestar general y alza térmica. En el área de emergencia se le canaliza vía periférica para iniciar soporte hidrolítico, y se administra antieméticos para controlar los vómitos, también se le realiza exámenes de amilasa y lipasa en sangre para detectar la elevación de estas enzimas y relacionarlas con la enfermedad de pancreatitis, se traslada a la paciente al área de hospitalización donde se le da indicaciones médicas de mantener restringida la ingesta de comida y la administración de medicamentos antieméticos, protectores gástricos y soporte hídrico, también se le realiza una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE), siendo este una intervención de diagnóstico y tratamiento en pancreatitis aguda por sospecha de litiasis biliar, confirmando la obstrucción de la ampolla de váter por un cálculo impactado, durante la intervención se realiza esfinterotomía para la expulsión del cálculo y el vaciamiento del contenido pancreático acumulado en el conducto de wirsung, este tratamiento definitivo da como resultado la recuperación completa de la paciente.

I. MARCO TEÓRICO

1.1. Pancreatitis aguda

1.1.1. Definición

La pancreatitis aguda es el proceso inflamatorio de la glándula, en consecuencia, a la activación precoz de las enzimas pancreáticas. Independientemente a la etiología, se relaciona con la activación de la tripsina a nivel del parénquima pancreático debido a una alteración en la activación de las enzimas, provocando la auto digestión de la glándula, dando origen al proceso inflamatorio.

La activación del tripsinógeno en tripsina a nivel intra acinar es responsable de la activación en cascada de los demás zimógenos, activando enzimas como la elastasa, la fosfolipasa A₂, esto conlleva a la destrucción celular y dependiendo de la severidad puede producir edema pancreático, necrosis tisular, incluso la liberación de enzimas hacia la zona peritoneal ocasiona daño estructural de órganos y sistemas adyacentes, comprometiendo la vida del paciente.

1.1.2. Fisiopatología

Hasta el momento no se ha encontrado un mecanismo específico que de origen al proceso inflamatorio por causa de la auto digestión. Existen algunos factores como la obstrucción del conducto de wirsung por la obstrucción de una calculo impactado (como resultado de litiasis en la vía biliar), reflujo duodenal por alternación del tono del esfínter de oddi (producida por ingesta de alcohol periódica), isquemia, traumatismo (golpes o traumas a nivel abdominal), medicamentosa, entre otras, siendo las dos primeras las más frecuentes en la aparición de la pancreatitis, también se ha presentado coalescencia de gránulos de zimógenos y enzimas lisosómicas.

Las enzimas pancreáticas son sintetizadas en las células acinares, por mecanismo de exocitosis que se secretan en los gránulos zimógenos. La colecistocinina en conjunto con la secretina son hormonas encargadas de controlar y regular la producción de las secreciones pancreáticas. La mayoría de las enzimas son secretadas en estado inactivas o zimógenos para evitar la auto digestión de la glándula.

El proceso inflamatorio, se origina a una alteración en la activación de los zimógenos en los acinos pancreáticos, principalmente del tripsinógeno que normalmente se activa en el duodeno, donde se produce la secreción de la enzima enteroquinasa en presencia de este llevando a cabo la activación de la tripsina, cuando se presenta dicha alteración, da origen a la activación de la tripsina dentro del páncreas, produciendo la auto digestión de la glándula.

Esta activación da origen a la activación en cadena de los demás zimógenas como la pro fosfolipasa A2 a fosfolipasa y la pro elastasa a elastasa, la primera genera necrosis de tipo de coagulación a nivel parénquima en presencia del ácido biliar, la segunda produce necrosis de vasos sanguíneos causando daño vascular, en conjunto con otras enzimas produce inflamación y destrucción tisular, necrosis de células intracanal o a nivel glandular, si el contenido es invertido a nivel del peritoneo puede llegar a causar necrosis de tejidos aledaños falla sistémica y orgánica.

1.2. Clasificación

Según el consenso de Atlanta realizado en 1992 donde se reunió los criterios más relevantes de la enfermedad, clasifica a la pancreatitis aguda de acuerdo a la severidad en dos grupos, en leve y grave, considerando como leve a la manifestación inflamatoria sin complicaciones y la grave relacionándose a complicaciones locales y fallo orgánico o sistémico.

1.2.1. Leve

La pancreatitis aguda leve es la que responde adecuadamente a un tratamiento médico, se presenta en un 80 %, y se caracteriza por no presentar complicaciones, se la considera a la fase temprana de la enfermedad donde la función orgánica y sistémica aún no se ve afectada, en esta fase solo se presenta edema a nivel tisular, la recuperación es rápida y su estadía hospitalaria es corta, teniendo una recuperación completa. Se realizan exámenes complementarios como ecografía abdominal cuando se sospecha de etiologías de cálculos en la vía biliar, tratando a tiempo la enfermedad y no evolucione a una pancreatitis aguda grave.

1.2.2. Grave

El consenso Atlanta considera una pancreatitis aguda grave cuando hay persistencia en el proceso inflamatorio y existe fallo orgánico o sistémico con presencia de complicaciones locales, tales como pseudoquistes, abscesos, necrosis e infecciones en el parénquima del páncreas, la extravasación del contenido pancreático hacia la región peritoneal y tejidos adyacentes pueden producir necrosis de tejidos y órganos adyacentes, cuando esto sucede es muy peligroso para la salud del huésped produciendo fallo orgánico y sistémico hasta la muerte.

Se presenta alrededor de un 15 a 20 % de los casos de pancreatitis, su tratamiento es quirúrgico y su recuperación es lenta, la mortalidad es mucho mayor que la leve llegando a un 25 y 35%, por lo que un diagnóstico precoz es muy esencial y el tratamiento debe ser especializado.

1.2.3. Complicaciones

- **Colecciones líquidas:** Es la acumulación o exudado del líquido pancreático en la zona intersticial de la glándula o debido a la ruptura de sus conductos, por lo general no posee una pared propia, las células que le rodean son propias de las de la glándula, comúnmente se presentan en la pancreatitis aguda edematosa o leve y son reabsorbidas durante las 4 primeras, sin embargo, la persistencia de estas colecciones conlleva a formarse pseudoquistes, aunque se presenta escasamente.

- **Pseudoquistes:** se originan cuando las colecciones líquidas superan las 4 semanas, estos están constituidos por un tejido conectivo y con una pared compuesta de tejido granular y fibroso bien definida, están compuestas así mismo como las colecciones, por líquido pancreático sin presencia de necrosis o ligeramente necrosada, se encuentran a nivel extra pancreáticas limitadas con órganos cercanos.

- **Abscesos:** se desarrolla previa a una pancreatitis aguda, son colecciones intraabdominales bien definidas, se encuentran constituidos por pus y en cercanía al páncreas, la presencia de necrosis es escasa o a su no puede presentar.

- **Necrosis:** en la necrosis, el páncreas presenta un área del tejido ya sea local o del parénquima no viable.

1.3. Etiología

Las causas principales de la pancreatitis aguda se le atribuye a la litiasis en la vía biliar en más del 40% de los casos, a pesar de ser la etiología más frecuente, aproximadamente solo el 10 % que padece litiasis desarrolla una pancreatitis aguda, el alcoholismo es otra de las principales etiologías, en un promedio del 30% de casos, y las causas idiopáticas pueden llegar hasta un 15%, otras etiologías son las metabólicas, por traumatismo abdominal, por medicamentos, e infecciones, entre otras.

1.3.1. Pancreatitis de origen litiásico

La bilis es producida dentro del hígado, el cual es drenado hacia el conducto hepático común, este conducto a su vez se junta con el conducto cístico, la fusión de estos dos conductos forman el conducto colédoco por donde se seguirá drenando la bilis hasta llegar al conducto de wirsung de la glándula pancreática, aquí en conjunto con el jugo pancreático se drena a través de la ampolla de váter, hacia el duodeno, cuando no se drena la bilis, esta es almacenada en la vesícula biliar, y por razones patológicas el estado de la bilis en la vesícula se vuelve más espesa, convirtiéndose en barros biliares, microlitiasis, cada vez más grandes, que al desplazarse por el conducto colédoco puede llegar a obstruir el vaciado normal del jugo pancreático, en la pancreatitis aguda litiásica se han encontrado cálculos de hasta 5 mm, los depósitos de barro biliar y micro cálculos en las paredes del conducto o en la ampolla de váter, producen estenosis de la vía biliar, espasmos del esfínter de oddi, disminución de la luz del conducto pancreático.

En la pancreatitis producida por origen de cálculos biliares se ha establecido teorías las que incluyen: la impactación de un cálculo biliar en la ampolla de váter,

bloqueando el flujo del jugo pancreático, aumentando la presión ductal del páncreas y reflujo biliar hacia el conducto pancreático conllevando a un daño celular y activación de las enzimas por la presencia de la bilis, y la teoría del paso de un cálculo por la ampolla de váter produciendo daño en el esfínter de oddi, permitiendo el reflujo de enzimas pancreáticas activadas en el duodeno hacia el canal pancreático ocasionando la respuesta inflamatoria.

1.3.2. Pancreatitis por alcoholismo

Para adquirir una pancreatitis por causa etílica es necesario haber tenido un consumo de alcohol continuo de aproximadamente 10 a 20 años de consumo, representa en un 30% de las causas de pancreatitis y está presente en un mayor de los casos en hombres, debido a la ingesta crónica de alcohol cuando esta se la diagnostica ya el páncreas se encuentra lo suficientemente dañado por lo que mayormente se asocia a una pancreatitis crónica, no se conoce las causas específicas que desencadena el proceso inflamatorio.

Por lo general se le atribuye al aumento de la acidez gástrica, y la producción de gastrina, ocasionando que este neurotransmisor estimule el aumento de la secreción de enzimas pancreáticas, al igual que se produciría espasmos a nivel del esfínter de oddi ocasionando hipertensión intraductal, y con la hipersecreción desencadenar el proceso inflamatorio. También se considera que en forma directa los químicos que se presenta en el alcohol afectan al duodeno y altera el tono del esfínter de oddi haciendo que este se relaje, por efecto a la sensibilidad de la acetilcolina, este mismo hace que el páncreas produzca un jugo pancreático rico en proteínas y por la dilatación del esfínter facilita el reflujo duodenal pancreático.

1.3.3. Hiperlipidemia

Las alteraciones anormales del metabolismo de los lípidos se considera la tercera causa etiología en la pancreatitis aguda, al igual que las demás etiologías no se conoce como actúa en la enfermedad, pero se considera que niveles elevados de lipasa en el páncreas transforma a los triglicéridos en ácidos grasos, resultando tóxico para el páncreas y desencadenando el proceso inflamatorio. Debido a presencia de inhibidores de amilasa resulta difícil el diagnóstico de pancreatitis mediante exámenes de amilasa en suero.

La hipertrigliceridemia está relacionada a ocasionar una pancreatitis, niveles mayores a partir de 500mg/dl de triglicéridos ocasiona ataques leves, por ello se considera que a partir de niveles mayores de 1000 mg/dl produce daños a nivel del parénquima para inducir una pancreatitis aguda, en los pacientes que lo padecen por lo general presentan xantelasmas.

1.4. Manifestaciones clínicas

El dolor abdominal es la manifestación más común en la pancreatitis aguda presentándose en un 95 a 100% de los casos, se inicia con un dolor brusco a nivel del hipogastrio muy intenso, en apuñalada, este suele irradiarse a uno o ambos hipocondrios incluso hasta la espalda en forma de Hemicinturón, el dolor puede durar segundos hasta minutos, con un periodo que puede llegar hasta más de una semana. El dolor disminuye cuando el paciente se inclina hacia adelante.

La presencia de fiebre suele darse hasta en un 70 % y no siempre es un signo de una infección de pancreatitis, por lo general se presenta debido a una respuesta al proceso inflamatorio que generalmente se da en la primera semana con un aumento de temperatura no mayor de 38,4 °C, superiores a esta se presenta a partir de la segunda o tercera semana y se relaciona a la presencia de infección de los tejido pancreáticos, que da al inicio de la pancreatitis aguda grave. La presencia de náuseas y vómitos se da en un 70 a 90 %, se presenta entre la ingesta de comidas con características acuosas o biliosas y no mejora el dolor abdominal.

A la inspección en el abdomen se puede observar distensión abdominal en un 60 y 70 % de los casos, que es acompañado con sensibilidad y dolor a la palpación, puede deberse a la disminución del peristaltismo intestinal, o por el proceso inflamatorio propio de la enfermedad, se pueden también palpar masas como quistes y en casos graves se observa equimosis en el área umbilical o a nivel de los flancos.

La ictericia se presenta en un 20 a 30 %, se presenta cuando la etiología es por litiasis biliar, como la coledocolitiasis, por obstrucción de cálculos en la vía biliar, produciendo la liberación de sustancias vasoactivas como la histamina.

Cuando la pancreatitis aguda es severa puede haber sangrado retroperitoneal, siendo visible en el abdomen la presencia de equimosis, de acuerdo a la localización si se encuentra la equimosis localizada a nivel periumbilical toma nombre de signo de Cullen y si esta se localiza a nivel de los flancos toma nombre de signo de Gray Turner, otras manifestaciones que suelen presentarse son disnea, taquipnea, hipotensión, hipertensión y shock.

1.5. Diagnóstico

1.5.1. Pruebas de laboratorio

1.5.1.1. amilasa

Cuando se presenta una pancreatitis aguda la amilasa en la sangre se eleva durante las primeras horas, desde que inicia el cuadro clínico de la enfermedad, y se mantendrá elevada durante 3 a 7 días luego de este periodo los valores regresaran a la normalidad, cuando esta permanece elevada por más días se sospecha de complicaciones tales como quistes pancreáticos, para que la amilasa sea un indicador de pancreatitis debe estar elevada por encima de 3 veces de su valor normal, una amilasa sérica elevada no siempre estará ligada a una pancreatitis ya que la amilasa a más de ser producida en el páncreas también lo hacen las glándulas salivales, otras enfermedades como insuficiencia renal, embarazos ectópicos, del intestino delgado, producen el aumento de amilasa sérica. Una buena valoración del examen físico, con un cuadro clínico relacionado a la pancreatitis y un resultado de 3 veces mayor el valor de amilasa será más preciso para confirmar la enfermedad. Valores normales de amilasa tampoco descarta la presencia de pancreatitis debido que este vuelve a su normalidad debido a su eliminación a nivel glomerular por lo es excretada por la orina.

1.5.1.2. Lipasa

La lipasa al igual que la amilasa se eleva en las primeras horas del inicio de las manifestaciones clínicas, con la diferencia que la lipasa estará más tiempo elevada en la sangre, teniendo más sensibilidad y especificidad que la amilasa. debido a que la lipasa sérica permanece más tiempo en la sangre, ayudara al diagnóstico de pancreatitis en una fase tardía, siendo esta prueba más eficiente en el diagnóstico, se deben considerarse valores tres veces mayores a los normales para considerar una pancreatitis, sin embargo, valores elevados de

lipasa se relacionan con otras enfermedades como colecistitis, infarto intestinal, cálculos del conducto colédoco, enfermedades ulcero péptica grave.

1.6. Formulación del diagnóstico presuntivo y diferencial

Diagnóstico presuntivo: pancreatitis

Diagnóstico diferencial: ulcera duodenal penetrante

Diagnóstico definitivo: pancreatitis aguda

1.7. Prevención

Las etiologías más comunes en la aparición de pancreatitis aguda se encuentra las de origen litiásico, alcohólico y metabólicos, por ello como medidas preventivas se recomienda evitar el consumo de alimentos ricos en grasas para evitar la formación de cálculos vesiculares, de igual manera el sobre peso u obesidad ya que son factores predispuesto en la trigliceridemia, pudiendo originar una pancreatitis aguda de origen metabólico, teniendo una dieta equilibrada baja en grasas y con una actividad física diaria evitaremos padecer esta enfermedad, así mismo el consumo de alcohol excesivo es un factor importante en el origen de pancreatitis, controlar o evitar la ingesta excesiva de alcohol evitara la enfermedad.

1.8. Justificación

La pancreatitis aguda es una enfermedad que se presenta en la población en general, siendo una enfermedad gastrointestinal sus factores más frecuentes en el origen de esta, son la litiasis biliar, por alcoholismo y metabólicas. Este documento nos permitirá comprender y analizar de mejor manera la fisiopatología, manifestaciones clínicas y los tratamientos de la enfermedad en el ámbito teórico, y de este modo poder relacionar con el cuadro clínico, la evolución de la enfermedad presente en la paciente y la respuesta al tratamiento médico y las intervenciones de enfermería, adquiriendo un mayor conocimiento teórico-práctico.

Este caso clínico es de gran importancia en la valoración del paciente y las intervenciones de enfermería a realizar. Interpretando las necesidades que padece el enfermo, mediante la valoración de los patrones funcionales, de este modo detectar el patrón o los patrones disfuncionales del paciente enfermo, y poder establecer un plan de cuidado con las intervenciones de enfermería necesarias para cubrir el padecimiento del enfermo, en conjunto con las indicaciones y tratamiento médico brindar una atención de calidad y calidez durante su estadía hospitalaria ayudando a la recuperación de la paciente.

1.9. Objetivos

1.9.1. Objetivo general

Aplicar el proceso de atención de enfermería en adulto de 21 años con pancreatitis aguda en el hospital de especialidades Abel Gilbert Pontón. para identificar los problemas y ayudar en la recuperación de la paciente

1.9.2. Objetivo específico

- Analizar la historia clínica y valorar el estado de salud mediante el examen físico del paciente, identificando alteraciones en su proceso fisiológico.
- Identificar un diagnóstico de enfermería basado en el NANDA, de acuerdo a los patrones disfuncional que presente la paciente.
- Ejecutar las acciones de enfermería que se realicen de acuerdo al diagnóstico NANDA establecido, priorizando el patrón más afectado
- Evaluar los resultados obtenidos mediante las intervenciones y tratamientos médicos que se han realizado.

1.10. Datos generales

Nombre y apellidos: NN

Edad: 21 años

Raza: mestizo

Lugar de procedencia: ciudadela el tamarindo

Residencia actual: Yaguachi

Numero de historia clínica: 09xxxxxx9

Sexo: femenino

Estado civil: soltera

Grupo sanguíneo: O+

Número de hijos: ninguno

Religión: católica

Nivel de estudio: 4to semestre de universidad

Ocupación: estudiante universitaria

II. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO

2.1. Análisis del motivo de consulta y antecedentes.

Paciente de 21 años de edad afiliada al seguro social, acompañada por su madre es ingresada hospital de especialidades Abel Gilbert pontón tras ser transferida del hospital del seguro, orientada en tiempo y espacio, con fascias dolorosas y leve presencia de ictericia, refiere malestar general, dolor abdominal de intensidad moderad en zona hipogástrica con irradiación a región hipocondrio izquierdo y espalda, alza termina de 38.4, náuseas y vómitos, astenia anorexia y disminución del apetito.

2.1.1. Antecedentes patológicos:

- **Antecedentes patológicos familiares**
 - Madre: hipertensión arterial
 - Abuelo paterno: diabetes mellitus

- **Antecedentes patológicos y quirúrgicos personales**
 - Colectomía

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

Paciente femenino de 21 años de edad afiliada al seguro social, es transferida del hospital del seguro "Luis Vernaza" en acompañamiento con su madre al hospital público "Abel Gilbert pontón", la cual refiere haberse realizado una intervención quirúrgica de colecistectomía hace 25 días, la paciente refiere haber iniciado un cuadro clínico de hace aproximadamente 4 días con aparición brusca de intenso dolor abdominal de segundos a minutos de duración, a nivel de hipogastrio, irradiado a región hipocondrio izquierdo y región dorsal de la espalda en Hemicinturón, acompañado con náuseas y vómitos de alimenticios y acuosos con hipertermia que oscilaba entre 37.5 a 38.4, astenia, anorexia y disminución de apetito, al ingreso hospitalario la paciente se encuentra orientada en tiempo y espacio, presenta piel semihidratada, facies dolorosas e ictericia leve.

Para el ingreso hospitalario se realiza la toma de signo vitales los cuales presentaba P/A: 110/60, pulso: 110/min, frecuencia respiratoria: 22xmin, temperatura: 38.4°C, con un peso de 53 kg y una talla de 1,59 m, se le realiza ecografía abdominal, pruebas de laboratorio, amilasa y lipasa en sangre los cuales tuvieron resultados altos, dando un ingreso hospitalario de pancreatitis aguda.

2.3. Examen físico (Exploración clínica)

Piel: piel semihidratada, ictericia leve, panículo adiposo escaso, piel de elasticidad y turgencia moderada.

Cara: facies dolorosas semi pálida, cejas y pestañas bien implantadas e integra, nariz normal, sin presencia de secreciones, mucosas semihidratadas, labios secos.

Cuello: cilíndrico móvil simétrico, sin presencia de adenopatías.

Tórax anterior: a la inspección tórax simétrico, normo expansible, senos lineales, mamas simétricas, pezones normo coloreados y pronunciados, sin red venosa ni presencia de secreciones, a la palpación sin presencia de masas, ni lesiones aparentes.

Tórax posterior: a la inspección piel sin presencia de lesión aparente, a la auscultación murmullos vesiculares presentes, sin ruidos agregados.

Abdomen: a la inspección ligeramente distendido, buena coloración, doloroso en zona de hipogastrio irradiado a hipocondrio izquierdo y región dorsal, a la palpación doloroso sin masas palpables, ruidos peristálticos ligeramente disminuidos.

2.3.1. Valoración de Enfermería por Patrones Funcionales

2.3.1.1. Patrón percepción – manejo de la salud

La paciente es ingresada al hospital, presentado dolor abdominal hipogástrico irradiado al hipocondrio izquierdo y espalda, náuseas y vómitos, malestar general, alza térmica, se administra medicación intravenosa y se encuentra en cuidados de enfermería.

2.3.1.2. Patrón nutricional-metabólico

Refiere consumir las 3 comidas diarias, de cantidad y variedad normales, sin embargo, por motivos universitarios tiene cierta frecuencia de comer en la calle comidas rápidas, con un IMC actual de: 20,96, la facies actual presenta leve ictericia, piel y mucosas semihidratadas.

2.3.1.3. Patrón eliminación e intercambio

No presenta dificultad en las deposiciones, realiza 1 o 2 deposiciones diarias, refiere no presentar estreñimiento, no ingiere laxantes, con características blandas de color marrón, eliminación vesicular normal sin incontinencia. Actualmente presenta náuseas acompañada con vómitos acuosos frecuentes.

2.3.1.4. Patrón actividad/ejercicio

No realiza mucha actividad física por el tiempo que demanda su universidad, en su tiempo libre le dedica a la actividad física a caminar 20 min con su hermana dos veces al mes, la presión arterial es de 110/60 y su frecuencia respiratoria 22 por minuto.

2.3.1.5. Patrón sueño/descanso

Refiere dormir aproximadamente 8 horas cumpliendo sus horas adecuadas de sueño y tomar una siesta de descanso en la tarde después de almuerzo, no padece de insomnio, manifiesta tener un sueño confortable.

2.3.1.6. Patrón percepción/cognición

La paciente no presenta dificultades para oír, ni para ver, los sentidos del gusto y el olfato no se encuentran alterados, con un nivel sensorial sin alteración, estado cognitivo alerta orientada en tiempo y espacio, responde a la entrevista y preguntas realizadas por el personal de salud.

2.3.1.7. Patrón autopercepción/autoconcepto

Se encuentra tranquila a pesar de sentir preocupación por su enfermedad, se autodescribe como una chica extrovertida, dedicada a su estudio, de raza mestiza. Busca obtener información de su enfermedad para mantenerse informada de su evolución.

2.3.1.8. Patrón rol/relaciones

Vive en casa de sus padres, y su núcleo familiar está compuesta por su padre, madre y su hermana menor, no presenta problemas familiares de gran impacto, tiene una buena relación con su hermana, del mismo modo con sus amigos cercanos.

2.3.1.9. Patrón sexual/reproducción

La paciente refiere haber tenido su menarquia a los 12 años, no tiene hijos, nunca ha estado embarazada, ni ha tenido un aborto, mantiene relaciones sexuales con su pareja, pero no utiliza métodos anticonceptivos hormonales, refiere usar método de ritmo.

2.3.1.10. Patrón adaptación/tolerancia al estrés

Habitualmente los problemas de su vida cotidiana son expresados a su madre como apoyo emocional. La paciente al momento se encuentra en un estado de ansiedad y nerviosismo por la enfermedad y su estadía hospitalaria, el personal de enfermería brinda apoyo emocional.

2.3.1.11. Patrón valores/creencias

La paciente refiere ser católica ya que sus padres lo son, no asiste continuamente a la iglesia, pero dice cree en dios y se apoya en el para su recuperación de la salud.

2.3.1.12. Patrón confort

La paciente se encuentra con malestar debido al dolor abdominal presente, no se siente en comodidad física.

2.3.1.13. Patrón crecimiento/desarrollo

Sin alteraciones.

2.3.2. Patrones disfuncionales

- Patrón eliminación e intercambio
- Patrón nutricional/metabólico
- Patrón confort

2.4. Información de exámenes complementarios realizados

Hematología			
Lipasa	206 U/L		12-70U/L
Gematrocito	32.3	%	
Leucocitos	4.10	/mm ³	4-10
Neutrofilos	1.81	/mm ³	2-7.5
Linfocitos	1.87	/mm ³	1-4
Monocitos	0.18	/mm ³	0-9.99
Eosinófilos	0.26	/mm ³	0-0.5
Basófilos	0.01	/mm ³	0-02
Neutrófilos	43.80	%	0-99.9
Linfocitos	45.30	%	0-99.9
Monocitos	4.40	%	0-99.9
Eosinófilos	6.20	%	0-99.9
Basófilos	0.30	%	0-99.9
Eritrocitos	3.99	/mm ³	3.8-5.8
Hemoglobina	10.80	g/dl	11.5-16
Hematocrito	33.30	%	37-47
Volumen corpuscular medio	83.00	Fl	80-100
Concentración media hemoglobina	27.10	Pg	27-32
Diámetro globular medio	14.3		
Concentracion corpuscular media hemoglobila	32.50	g/dl	32-36
Plaquetas	464.00	/mm ³	150-500
Volumen medio plaquetario	9.60	U/mm ³	6-11
Plaquetocrito	0.44	%	

QUÍMICA SANGUINIA			
Gamma GT	207.00	U/L	5-36
Amilasa en suero	125	U/L	28-100
Calcio en suero	9,70	Mg/dl	8.6-10
Fosforo en suero	3.8	Mg/dl	2.7-4.5
Magnesio en suero	1.70	Mg/dl	1.8-2.4
Sodio en suero	142.0	Meq/dl	136-145
Potasio en suero	3.50	Meq/dl	3.5-5.1
Cloro en suero	100	Meq/dl	98-107
Proteínas totales	7.3	g/dl	6.3-8.2
Triglicéridos	178	Mg/dl	0-150

2.5. Formulación del diagnóstico presuntivo y diferencial

Diagnóstico presuntivo: pancreatitis

Diagnóstico diferencial: ulcera duodenal penetrante

Diagnóstico definitivo: pancreatitis aguda

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

De acuerdo a las manifestaciones clínicas descrita por el cuadro clínico que presento la paciente se sospechaba de un diagnóstico presuntivo de pancreatitis aguda el cual fue confirmado tras la realización de pruebas de laboratorio, los cuales dieron resultados elevados de lipasa en suero tres veces su valor normal, sin embargo la amilasa no lanzó resultado tan alto por los días de evolución de la enfermedad, ya que los exámenes de laboratorio se realizaron después de los 5 días de inicio de la enfermedad y, como dice la teoría esta se encontraba estableciéndose a sus valores normales. En los exámenes no se ve reflejada presencia de leucocitosis, siendo un buen pronóstico para la paciente ya que es un indicador de no presentar infección.

- **Tratamiento**

- Cloruro de sodio al 0.9% 1000 mililitros pasar endovenoso a 100 mililitros por hora.
- Ranitidina 50 miligramos endovenoso cada 12 horas
- Metoclopramida 10 miligramos endovenoso cada 12 horas
- Realizar CPRE

- **Dieta:**

Restringida el consumo de alimentos paciente en NPO (nada por vía oral)

El mayor factor en el origen de la pancreatitis aguda se le atribuye a la formación de cálculos en la vía biliar, los cuales al descender pueden obstruir o disminuir la luz en el paso del jugo pancreático, en este caso la paciente anteriormente (25 días atrás) había sido intervenida quirúrgicamente por problemas de colelitiasis por el cual se le realizó una colecistectomía. Uno de las complicaciones, a pesar de no ser tan frecuente, es la presencia de barros biliares o micro-litiasis

residuales en el conducto colédoco, que al descender pueden llegar a obstruir o disminuir el paso del líquido pancreático hacia el duodeno.

La obstrucción de la ampolla de váter no permite la salida del líquido pancreático originando cambios en la presión intraductal y a su vez facilita el reflujo bilio-pancreático, a pesar que no se conocen con exactitud las causas de la activación de la enzima tripsina se le atribuye a este proceso a su activación el cual induce al proceso inflamatorio de la glándula.

La activación de la tripsina produce la activación consecutiva de las demás enzimas inactivas produciendo la auto-digestión del páncreas conllevando a la elevación de amilasa y lipasa sérica, dándose reflejado en los exámenes de laboratorio realizados a la paciente, ayudando a la confirmación de pancreatitis aguda.



PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

NANDA: Dx. Confort
NOC: Clase Q
NIC: Clase 3 F.B

Confort: dolor agudo

- R/C: pancreatitis aguda

- E/P: expresión facial de dolor y manifestaciones verbales del dolor.

M
E
T
A
S

Dominio: 4 conocimiento y conducta de salud

Clase: Q conducta de salud

Etiqueta: 1605 control del dolor

I
N
T
E
R
V
E
N
C
I
O
N
E
S

Campo: 1 fisiológico básico

Clase: E Fomento de la comodidad física.

Etiqueta: 1400 Manejo del dolor.

ESCALA DE LIKERT

INDICADORES	1	2	3	4	5
Reconoce factores causales				x	
Reconoce el comienzo del dolor				x	
Utiliza medidas de alivio no analgésicas				x	
Utiliza los analgésicos de forma controlada				x	
Refiere síntomas al profesional sanitaria					x

- ACTIVIDADES**
1. Control de signos vitales
 2. evaluar con el paciente y el equipo de cuidados, la eficacia
 3. Observar signos no verbales de molestias.
 4. Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes.
 5. Explorar factores que alivian/empeoran el dolor.
 6. Fomentar periodos de sueño y descanso que faciliten el alivio del dolor.
 7. Animar al paciente a utilizar medicación analgésica adecuada
 8. Enseñar los principio del manejo del dolor
 9. Utilizar medidas de control del dolor antes de que esta sea muy intenso



PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Nutrición: riesgo de desequilibrio de volumen

NANDA: Nutrición
NOC: Clase G
NIC: Clase G

- R/C: pancreatitis aguda

- E/P: presencia de náuseas y vómitos, mucosas semihidratadas.

M
E
T
A
S

Dominio: 2 salud fisiológica

Clase: G Líquidos y electrolitos

Etiqueta: 0602 hidratación

I
N
T
E
R
V
E
N
C
I
O
N
E
S

Campo: 2 fisiológico: complejo

Clase: G control de electrolitos y ácido básico.

Etiqueta: 2000 Manejo de electrolíticos.

ESCALA DE LIKERT

INDICADORES	1	2	3	4	5
Turgencia cutánea				x	
Membranas mucosas húmedas			x		
Disminución de la presión arterial				x	
Perdida de peso				x	
Aumento de la temperatura corporal			x		

ACTIVIDADES

1. Observar si los electrolitos en suero son normales, según disponibilidad
2. Observar si hay manifestaciones de desequilibrio de electrolitos
3. Mantener un acceso I.V. permeable
4. Suministrar líquidos según prescripción, si es adecuado
5. Obtener muestras de para análisis de laboratorio de los niveles de electrolitos
6. Fomentar la orientación
7. Consultar al médico si persistieran o empeoraran los signos y síntomas del desequilibrio de electrolitos



PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA



Eliminación e intercambio: motilidad gastrointestinal disfuncional

NANDA: Eliminación e intercambio
NOC: Clase K
NIC: Clase E

– R/C: pancreatitis aguda

E/P: Abdomen distendido, dolor abdominal, cambio en los ruidos intestinales, vómitos, náuseas

M
E
T
A
S

Dominio: 2 salud fisiológica

Clase: K digestión y nutrición

Etiqueta: 1015 función gastrointestinal

I
N
T
E
R
V
E
N
C
I
O
N
E
S

Campo: 1 fisiológico: básico

Clase: E Fomento de la comodidad física.

Etiqueta: 1570 manejo del vomito.

ESCALA DE LIKERT

INDICADORES	1	2	3	4	5
Ruidos abdominales				x	
Dolor abdominal		x			
Distensión abdominal				x	
nauseas			x		
vómitos			x		

ACTIVIDADES

1. Valorar el color, la consistencia, la presencia de sangre y la duración de la emesis así como el grado en el que es forzada
2. Asegurarse de que se han administrado antieméticos eficaces para prevenir el vomito.
3. Identificar los factores que pueden causar o contribuir al vomito
4. Colocar al paciente de forma adecuada para prevenir la aspiración
5. Proporcionar alivio (ej. Poner toallas frías en la frente, lavar la cara o proporcionar ropa limpia o sujetarle la cabeza) durante el episodio del vomito.
6. Empezar una dieta líquida absoluta y no carbonatada.
7. Controlar el equilibrio electrolítico.

2.7. Indicación de las razones científicas de las acciones de salud

Al ingreso hospitalario en el área de emergencia se controló los signos vitales, se realizó una valoración física para establecer el estado en que se encontraba la paciente, se canalizó una vía periférica para iniciar sueroterapia y se administra antieméticos, en este caso la metoclopramida para evitar las náuseas y vómitos presentes en el cuadro clínico, de esta manera para que la paciente no siga deshidratándose, y mantener el estado hidroelectrolítico de la paciente.

Una vez hospitalizada se continua con soluciones de mantenimiento y la administración de antieméticos (metoclopramida) acompañado con protectores gástricos (ranitidina), tras los exámenes de laboratorio realizados se confirma el diagnóstico de una pancreatitis aguda y se sospecha el origen de una coledocolitiasis residual, por motivo que se le restringe la ingesta de comida para evitar la producción de enzimas producidas por el páncreas, ayudando esto a la recuperación del mismo.

Se le realiza una colangiopancreatografía retrograda endoscópica (CPRE), como un procedimiento de diagnóstico y de tratamiento muy eficaz en pancreatitis de origen litiásico, este procedimiento ayudo en el tratamiento de la enfermedad ya que se pudo evidenciar la obstrucción del conducto y la ampolla de váter, mediante una esfinterotomía se extrajo el cálculo y se vació el contenido pancreático que estaba produciendo la enfermedad.

2.8. Seguimiento

Primer día

La paciente es ingresada al área de emergencia, donde se la valora y toma signos vitales, se le realiza exámenes de laboratorio de amilasa y lipasa sérica para medir los valores que se encuentran, los cuales dan resultados altos de lipasa dando un diagnóstico presuntivo de pancreatitis, se canaliza vía periférica para iniciar sueroterapia, se administra medicamentos antieméticos.

Segundo día

Es trasladada al área de hospitalización donde se encuentra en observación médica especializada, se mantiene con medicación y suero de mantenimiento, se le restringe la ingesta de alimentos para mantener el páncreas en reposo y obtener recuperación propia del órgano.

Tercer día

La paciente continúa con el tratamiento médico, se repiten los exámenes de laboratorio para controlar los niveles de amilasa y lipasa sérica en la evolución de la enfermedad. Se indica una CPRE para el siguiente día.

Cuarto día

Se prepara a la paciente para la intervención de la colangiopancreatografía retrograda endoscópica (CPRE), se le realiza la CPRE con esfinterotomía para extraer el cálculo y expulsar el contenido pancreático que afectaba el órgano, después de la intervención vuelve a su sala de hospitalización para su recuperación final.

Quinto día

Tras la intervención del CPRE la paciente, se indica a la paciente una dieta líquida/blanda, se da alta médica y se recomienda una dieta equilibrada hipograsa para su recuperación completa.

2.9. Observaciones

La enfermedad se mantuvo controlada por las indicaciones médicas, como la restricción de alimentos que facilitó la recuperación propia del órgano, evitando que continúe la auto digestión producida por la secreción de las enzimas, la administración de antieméticos y antiulcerosos también ayudó a controlar la enfermedad, sin embargo, el tratamiento definitivo de la enfermedad fue la realización del CPRE, ya que su origen de la enfermedad se debía a una coledocolitiasis residual, obteniendo buenos resultados en la recuperación de la paciente.

Para realizar esta intervención se informó los riesgos y beneficios que implicaba el procedimiento, la paciente aceptó la intervención sin problema ya que se explicó que era una intervención eficaz en pancreatitis aguda de origen litiásico, luego de la información brindada la paciente procedió a firmar el consentimiento informado.

La paciente reaccionó debidamente al tratamiento médico y en conjunto con el personal de enfermería se brindó las intervenciones adecuadas, una correcta administración de medicamentos, cuidado directo a la paciente, con la finalidad de brindar una atención de calidad y calidez para lograr la mejoría completa de la salud de la enferma.

CONCLUSION

Se logró realizar una eficaz valoración física que, en conjunto con los exámenes de laboratorios realizados a la paciente, se pudo obtener una rápida evolución en el diagnóstico de la pancreatitis aguda, de este modo evitar el progreso a complicaciones graves propias de la enfermedad como la presencia de quistes, necrosis e infecciones que comprometerían la vida del paciente.

Una vez realizada la valoración se identificó las alteraciones fisiológicas presentes en la paciente, basándose en los patrones funcionales se pudo formular los diagnósticos de enfermería, que fueron enfocados en los patrones que se encontraban alterados en el enfermo.

Las actividades e intervenciones de enfermería que se realizaron, se hicieron de acuerdo a los patrones disfuncionales que presentaba la paciente, priorizando estas las actividades, se tomó en cuenta el patrón que se encontraba más afectado. A lo largo de todo este proceso se obtuvo como resultado una buena evolución de la enfermedad mediante el tratamiento y cuidados de enfermería realizados al paciente de manera eficaz, que fueron apropiados para la recuperación completa de la paciente.

Así mismo como personal de enfermería se recomendó a la paciente a llevar una dieta equilibrada e hipo grasa con una mayor actividad física en su vida diaria como medida preventiva de la enfermedad, con la finalidad de mejorar su calidad de vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Huerta-Mercado Tenorio, J. (2013). Tratamiento médico de la pancreatitis aguda. *Revista Médica Herediana*, 24(3), 231-236.
- NIETO, J. A., & RODRÍGUEZ, S. J. (2010). Manejo de la pancreatitis aguda: guía de práctica clínica basada en la mejor información disponible. *Revista Colombiana de Cirugía*, 25(2).
- Scelza, A., & Balboa, O. (2002). PANCREATITIS AGUDA. *Francia*, 294(34), 33.
- Ledesma-Heyer, J. P., & Amaral, J. A. (2009). Pancreatitis aguda. *Medicina interna de México*, 25(4), 285-294.

Linkografía

- https://www.aegastro.es/sites/default/files/archivos/ayudas-practicas/42_Pancreatitis_aguda.pdf
- <https://empendium.com/manualmibe/chapter/B34.II.5.1>.
- <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/pancreag.pdf>
- http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2013000300010
- <https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/pancreatitis-aguda>
- <https://www.msmanuals.com/es-ec/professional/trastornos-gastrointestinales/pancreatitis/pancreatitis-aguda>
- <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/pancreatitis/diagnosis-treatment/drc-20360233>
- <https://www.niddk.nih.gov/health-information/informacion-de-la-salud/pruebas-diagnosticas/colangiopancreatografia-retrograda-endoscopica>
- <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/007479.htm>
- <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000287.htm>

ANEXOS

ANEXO 1: SOLICITUD DE LA PROPUESTA DEL TEMA DE CASO CLINICO



UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERIA
CARREA DE ENFERMERIA
UNIDAD DE TITULACIÓN



Babahoyo, 05 de Julio del 2018

Dra. Alina Izquierdo Cirer. MSc.
COORDINADORA DE LA UNIDAD DE TITULACIÓN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
Presente. -

De mi consideración:

Por medio de la presente, yo, **CASTILLO SIGUENZA GABRIEL SAMUEL**, con cédula de ciudadanía **175095390-1**, egresado de la Carrera de **ENFERMERIA**, de la Facultad de Ciencias de la Salud, me dirijo a usted de la manera más comedida para hacerle la entrega de la Propuesta del tema del Caso Clínico (Dimensión Práctica): **APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA EN PACIENTE DE 21 AÑOS CON DIAGNOSTICO DE PANCREATITIS AGUDA EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "ABEL GILBERT PONTÓN**, el mismo que fue aprobado por la Docente Tutora: **LCDA. CAMINO BRAVO IVONNE ARACELLY. MSC.**

Esperando que mi petición tenga una acogida favorable, quedo de usted muy agradecida.

Atentamente,

CASTILLO SIGUENZA GABRIEL SAMUEL
C.I: 175095390-1



5-7-18

Recibido

ANEXO 2: SOLICITUD DE APROBACIÓN DE LA DOCENTE TUTORA DEL CASO CLÍNICO



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERIA
UNIDAD DE TITULACIÓN



APROBACIÓN DE LA TUTORA

Yo, LCDA. CAMINO BRAVO IVONNE ARACELLY. MSC., en calidad de la Docente Tutora de la Propuesta del Tema del Caso Clínico (**Componente Práctico**): **APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA EN PACIENTE DE 21 AÑOS CON DIAGNOSTICO DE PANCREATITIS AGUDA EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES ABEL GILBERT PONTÓN**, elaborado por el estudiante egresado: **CATILLO SIGUENZA GABRIEL SAMUEL**, de la Carrera de **ENFERMERIA** de la Escuela de enfermería, en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo, considero que el mismo reúne los requisitos y méritos necesarios en el campo metodológico y en el campo epistemológico, por lo que lo **APRUEBO**, a fin de que el trabajo investigativo sea habilitado para continuar con el proceso de titulación determinado por la Universidad Técnica de Babahoyo.

En la ciudad de Babahoyo a los 05 días del mes de Julio del año 2018.

LCDA. CAMINO BRAVO IVONNE ARACELLY. MSC.

CI: 120171238-5



ANEXO 3: REGISTRO DE TUTORÍAS DE CASO CLÍNICO

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHYO
 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
 UNIDAD DE TITULACIÓN
 PERÍODO MAYO-OCTUBRE 2018
 CARRERA DE ENFERMERIA



FECHA DE ENTREGA DEL DOCUMENTO: 5-Julio 2018

REGISTRO DE TUTORIAS DE CASO CLINICO (PRIMERA ETAPA)

NOMBRE DEL DOCENTE TUTORA: LINA CAMINO IVONNE FIRMA: [Firma]

TEMA DEL CASO CLINICO: Aplicación del proceso de Atención de enfermería en paciente de 21 años con diagnóstico de Ponceletis Aguda en el Hospital de especialidades Abel Gilbert Benítez

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: Gabriel Castillo Sigüenza

CARRERA: Enfermería

Horas de Tutorías	Fecha de Tutorías	Tema tratado	Tipo de tutoría		Porcentaje de Avance	FIRMAN		Pag. N°.
			Presencial	Virtual		Docente	Estudiante	
4:00H	2/7/2018	Revisión del tema caso clínico		<input checked="" type="checkbox"/>	20%	[Firma]	[Firma]	
10:00H	3/7/2018	Valoración del motivo de ingreso		<input checked="" type="checkbox"/>	20%	[Firma]	[Firma]	
7:00H	4/7/2018	Murajo del Examen físico del paciente con ponceletis		<input checked="" type="checkbox"/>	20%	[Firma]	[Firma]	
10:00H	4/7/2018	Intervenciones clínicas del paciente con ponceletis		<input checked="" type="checkbox"/>	20%	[Firma]	[Firma]	
11:00H	5/7/2018	Indicación de la complementación y manejo general		<input checked="" type="checkbox"/>	20%	[Firma]	[Firma]	



recibido
5-7-18
[Firma]

LIC. MARILU HINCHOSA G. MSc.
 COORDINADORA DE TITULACIÓN
 CARRERA DE ENFERMERIA

ANEXO 4: SOLICITUD DE ENTREGA DEL TEMA DE CASO CLÍNICO



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERIA
ESCUELA DE ENFERMERIA
UNIDAD DE TITULACIÓN



Babahoyo, 01 de Agosto del 2018

Dra. Alina Izquierdo Cirer. MSc.
COORDINADORA DE LA UNIDAD DE TITULACIÓN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
Presente.-

De mi consideración:

Por medio de la presente, yo, **CASTILLO SIGUENZA GABRIEL SAMUEL**, con cédula de ciudadanía **175095390-1**, egresado de la Carrera de **Enfermería**, de la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad Técnica de Babahoyo, me dirijo a usted de la manera más comedida para la entrega del tema del Caso Clínico: **APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA EN ADULTO DE 21 AÑOS CON PANCREATITIS AGUDA EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES ABEL GILBERT PONTON**

Por la atención que se dé a la presente me quedo de usted muy agradecida.

Atentamente,

CASTILLO SIGUENZA GABRIEL SAMUEL
EGRESADO
C.I 175095390-1




Alina Izquierdo Cirer
01/08/2018 10:32

ANEXO 5: REGISTRO DE TUTORÍAS DE CASO CLÍNICO

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIDAD DE TITULACIÓN
PERÍODO MAYO-OCTUBRE 2018
CARRERA DE ENFERMERIA

FECHA DE ENTREGA DEL DOCUMENTO: 26 Julio 2018





REGISTRO DE TUTORIAS DE CASO CLINICO (PRIMERA ETAPA)

NOMBRE DEL DOCENTE TUTOR: Camino Bravo Ivonne FIRMA: 

TEMA DEL CASO CLINICO: Aplicación del proceso de Atención de enfermería en adultos de 21 años con Pancreatitis aguda en hospital de Especialidades Abel Gilbert Portón

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: Castillo Suyen Gabriela Samuel

CARRERA: Enfermería

Horas de Tutorías	Fecha de Tutorías	Tema tratado	Tipo de tutoría		Porcentaje de Avance	FIRMAS		Pag. N°
			Presencial	Virtual		Docente	Estudiante	
2	24-01-18	Localización de Caso Clínico	X		50%			
2	25-01-18	Corrección de caso Clínico	X		50%			



26-07-18
56-18


LIC. MARÍA TRINIDAD ROSA G. MISC.
COORDINADORA DE TITULACIÓN
CARRERA DE ENFERMERIA

ANEXO 6: APROBACIÓN DEL CASO CLÍNICO POR PARTE DE LA DOCENTE TUTORA



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERIA
CARRERA DE ENFERMERIA
UNIDAD DE TITULACION



APROBACIÓN DE LA TUTORA

Yo, **Lcda. Camino Bravo Ivonne Araceli. MSC.**, en calidad de Docente - Tutora del estudiante Sr. **GABRIEL SAMUEL CASTILLO SIGUENZA** el mismo que está matriculado en la modalidad del Examen Complexivo (Dimensión Práctica), con el tema, **“APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA EN ADULTO DE 21 AÑOS CON PANCREATITIS AGUDA EN EL HOSPITAL ABEL GILBERT PONTON”**, de la Carrera de Enfermería de la Escuela de Enfermería, en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo, considero que el mismo reúne los requisitos y méritos necesarios en el campo metodológico y en el campo epistemológico, por lo que lo **APRUEBO**, a fin de que el Caso Clínico (Dimensión Práctica) pueda ser presentado para continuar con el proceso de titulación, el mismo debe ser sustentado y sometido a evaluación por parte del jurado que designe el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo.

En la ciudad de Babahoyo a los 17 días del mes de Septiembre del año 2018

Lcda. Ivonne Camino B.
DOCENTE F.C.S.
ESCUELA DE ENFERMERIA

Lcda. Camino Bravo Ivonne Araceli. MSC.

CI: 120171238-5



Recibido

21-9-18

ANEXO 7: SOLICITUD DE ENTREGA DE LOS TRES ANILLADOS



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERIA
CARRERA DE ENFERMERIA
UNIDAD DE TITULACION



Babahoyo, 20 de Septiembre del 2018

Dra. Alina Izquierdo Cirer. MSc.
COORDINADORA DE LA UNIDAD DE TITULACIÓN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
Presente.

De mis consideraciones:

Por medio de la presente, Yo, **Gabriel Samuel Castillo Sigüenza**

, con cédula de ciudadanía **175095390-1**, egresado de la Escuela de Enfermería, Carrera Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo, me dirijo a usted de la manera más comedida para hacer la entrega de los tres anillados del Caso Clínico (Dimensión Práctica), tema **APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA EN ADULTO DE 21 AÑOS CON PANCREATITIS AGUDA EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES ABEL GILBERT PONTON**, para que pueda ser evaluado por el Jurado asignado por el H. Consejo Directivo determinado por la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo.

Atentamente

Gabriel Samuel Castillo Sigüenza

CI: 175095390-1



ANEXO 8: REGISTRO DE TUTORÍAS DE CASO CLÍNICO



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
 UNIDAD DE TITULACIÓN
 PERÍODO MAYO-OCTUBRE 2018
 CARRERA DE ENFERMERÍA

FECHA DE ENTREGA DEL DOCUMENTO: 20-09-2018

REGISTRO DE TUTORIAS DE CASO CLINICO

NOMBRE DEL DOCENTE TUTOR: Camino Bravo Ivonne Araceli FIRMA: *[Signature]*
 TEMA DEL CASO CLINICO: Aplicación del proceso de Atención de enfermería en Adulto de 21 años con Paracetólicas
 Asuda en el Hospital Abel Gilbert Portón
 NOMBRE DEL ESTUDIANTE: Castillo Siguencia Gabriel Samuel
 CARRERA: Enfermería

Pag. Nº. _____

Horas de Tutorías	Fecha de Tutorías	Tema tratado	Tipo de tutoría		Porcentaje de Avance	FIRMAN	
			Presencial	Virtual		Docente	Estudiante
1	04-08-2018	Revisión de Introducción Teórica	X		12.5%	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
1	15-08-2018	Corrección de Nueva Teoría	X		12.5%	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
2	20-08-2018	Reestructuración del PAF	X		12.5%	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
1	27-08-2018	Revisión del PAF	X		12.5%	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
2	03-09-2018	Corrección de Observación y Seguimiento		X	12.5%	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
1	10-09-2018	Corrección de Confusiones	X		12.5%	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
1	14-09-2018	Revisión final del caso		X	12.5%	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
1	17-09-2018	Revisión del caso Clínico	X		12.5%	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>



LIC. MARILYN HINOJOSA G. MSc.
 COORDINADORA DE TITULACIÓN