



# UTMACH

UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON  
PANCREATITIS AGUDA SEVERA

FAJARDO NAGUA NELSON PATRICIO  
LICENCIADO EN ENFERMERÍA

RIVAS MONTESINOS ANDRES NICOLAS  
LICENCIADO EN ENFERMERÍA

MACHALA  
2019



# UTMACH

UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA  
SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES  
CON PANCREATITIS AGUDA SEVERA

FAJARDO NAGUA NELSON PATRICIO  
LICENCIADO EN ENFERMERÍA

RIVAS MONTESINOS ANDRES NICOLAS  
LICENCIADO EN ENFERMERÍA

MACHALA  
2019



# UTMACH

UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA  
SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

TRABAJO TITULACIÓN  
ANÁLISIS DE CASOS

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON PANCREATITIS  
AGUDA SEVERA

FAJARDO NAGUA NELSON PATRICIO  
LICENCIADO EN ENFERMERÍA

RIVAS MONTESINOS ANDRES NICOLAS  
LICENCIADO EN ENFERMERÍA

CANGO PATIÑO OLGA PIEDAD

MACHALA, 01 DE FEBRERO DE 2019

MACHALA  
2019

**Nota de aceptación:**

Quienes suscriben, en nuestra condición de evaluadores del trabajo de titulación denominado PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON PANCREATITIS AGUDA SEVERA, hacemos constar que luego de haber revisado el manuscrito del precitado trabajo, consideramos que reúne las condiciones académicas para continuar con la fase de evaluación correspondiente.

---

CANGO PATIÑO OLGA PIEDAD  
1101987301  
TUTOR - ESPECIALISTA 1

---

LOAIZA MORA LUISA MARIA  
0701505752  
ESPECIALISTA 2

---

CENTENO SANDOVAL MAXIMA ARGENTINA  
0701900128  
ESPECIALISTA 3

Machala, 01 de febrero de 2019

## Urkund Analysis Result

**Analysed Document:** URKUND DESDE INTRO HASTA RECOMENDACIONES  
PANCREATITIS AGUDA NICOLAS.docx (D47000672)  
**Submitted:** 1/19/2019 12:30:00 AM  
**Submitted By:** anrivas\_est@utmachala.edu.ec  
**Significance:** 5 %

### Sources included in the report:

Cristhian Eduardo Pintado Ruiz (Tratamiento de Pancreatitis Aguda) 2.docx (D16171586)  
PAREDES AGUILAR ALEXANDRA ESTEFANIA\_PINEDA BENITEZ ALISON SAMANTHA\_PT-011018  
(1).docx (D46941773)  
DANIELA-TESIS-.docx (D38094717)  
caso chamorro.doc (D41236812)  
<https://docplayer.es/3295985-Manejo-y-tratamiento-de-la-pancreatitis-aguda-en-la-unidad-de-cuidados-intensivos.html>  
[https://enfermeriaintensiva.files.wordpress.com/2011/04/pancreatitis\\_aguda.pdf](https://enfermeriaintensiva.files.wordpress.com/2011/04/pancreatitis_aguda.pdf)  
<http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/33964/1/CD-1995-RUIZ%20SOLIS.pdf>

### Instances where selected sources appear:

15

## CLÁUSULA DE CESIÓN DE DERECHO DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO DIGITAL INSTITUCIONAL

Los que suscriben, FAJARDO NAGUA NELSON PATRICIO y RIVAS MONTESINOS ANDRES NICOLAS, en calidad de autores del siguiente trabajo escrito titulado PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON PANCREATITIS AGUDA SEVERA, otorgan a la Universidad Técnica de Machala, de forma gratuita y no exclusiva, los derechos de reproducción, distribución y comunicación pública de la obra, que constituye un trabajo de autoría propia, sobre la cual tienen potestad para otorgar los derechos contenidos en esta licencia.

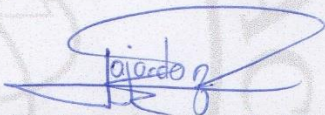
Los autores declaran que el contenido que se publicará es de carácter académico y se enmarca en las disposiciones definidas por la Universidad Técnica de Machala.

Se autoriza a transformar la obra, únicamente cuando sea necesario, y a realizar las adaptaciones pertinentes para permitir su preservación, distribución y publicación en el Repositorio Digital Institucional de la Universidad Técnica de Machala.

Los autores como garantes de la autoría de la obra y en relación a la misma, declaran que la universidad se encuentra libre de todo tipo de responsabilidad sobre el contenido de la obra y que asumen la responsabilidad frente a cualquier reclamo o demanda por parte de terceros de manera exclusiva.

Aceptando esta licencia, se cede a la Universidad Técnica de Machala el derecho exclusivo de archivar, reproducir, convertir, comunicar y/o distribuir la obra mundialmente en formato electrónico y digital a través de su Repositorio Digital Institucional, siempre y cuando no se lo haga para obtener beneficio económico.

Machala, 01 de febrero de 2019



FAJARDO NAGUA NELSON PATRICIO  
0705715290



RIVAS MONTESINOS ANDRES NICOLAS  
0706459518

## **DEDICATORIA**

Dedicamos este trabajo principalmente a Dios, por permitirnos llegar a este momento tan especial en nuestras vidas. A nuestros padres por demostrarnos siempre su cariño y su apoyo incondicional. Al personal docente, quienes les debemos gran parte de nuestros conocimientos, gracias por su paciencia, enseñanza, y la confianza brindada a lo largo de este proceso.

## **AGRADECIMIENTO**

Este trabajo nos ha permitido aprovechar la competencia y la experiencia de muchas personas que deseamos agradecer en este apartado.

Nuestros agradecimientos al Dr. Rodrigo Carrión Castillo, encargado de DOCENCIA E INVESTIGACIÓN del Hospital General Teófilo Dávila de Machala, por permitirnos la realización de este trabajo en el área de estudio.

También agradecemos la colaboración por parte de nuestra tutora en el Proceso de Titulación, Lic. Olga Cango, por sus consejos y sugerencias, para que este trabajo investigativo concluya con éxito.

A nuestros verdaderos amigos/as, quienes, con sus palabras de ánimo, nos ayudaron a no desistir y alcanzar nuestras metas.

Sin duda alguna, todo esto nunca hubiera sido posible sin el amparo incondicional otorgado por nuestros padres, quienes son nuestra fuente de mayor inspiración en esta vida. Gracias a su demostración de amor, paciencia y sacrificio, tuvimos el valor de no rendirnos ante nada y ser perseverante siempre, con la bendición de Dios. Las palabras nunca serán suficientes para testimoniar el aprecio y el agradecimiento hacia ellos.



## RESUMEN

### **Título: PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON PANCREATITIS AGUDA SEVERA**

**Introducción:** La pancreatitis es la inflamación del páncreas que se caracteriza histológicamente por la destrucción de las células acinares, cuyo origen resulta de una activación anormal de las enzimas pancreáticas provocando la autodigestión de la glándula y que, por lo general, requiere hospitalización, se manifiesta en forma aguda o crónica. A nivel mundial la incidencia por año oscila entre 13 a 45 casos por cada 100.000 en la primera, mientras que en la segunda varía entre 5 a 12 por cada 100.000, siendo la causa más común la pancreatitis biliar en un 32-49%, seguida de la alcohólica con un 20-31-8%, el 10% se relaciona con hiperlipemias, infecciones virales, perfusión pancreática, deteriorada. Entre el 20-30% de los pacientes con pancreatitis aguda presentan un curso grave, generalmente con aparición de sepsis, síndrome de distrés respiratorio, insuficiencia renal y fallo multiorgánico con una tasa de mortalidad del 25% debido a las complicaciones derivadas.

**Presentación del caso:** Paciente de 21 años de edad de sexo femenino acude al área de Emergencia en el Hospital Teófilo Dávila por presentar cuadro clínico de 6 días de evolución caracterizado por dolor abdominal de moderada intensidad que ha progresado a gran intensidad acompañado de náuseas que llevan al vómito por varias ocasiones, hace 24 horas se suma alza térmica no cuantificadas y se coordina para la realización de exámenes de laboratorio, (glóbulos blancos: 21.69 UL; neutrófilos: 83.7%; linfocitos: 8.9%; hematocrito: 38.6%; glucosa: 113 mg/dl, bilirrubina total: 1.61 mg/dL; bilirrubina directa: 1.05 mg/dl; creatinina: 0.43 mg/ dl, amilasa de 1.322 UL y lipasa de 1.319 U/L), cuyos resultados influenciaron para el ingreso hospitalario con diagnóstico médico de Pancreatitis aguda severa a la unidad de cuidados intensivos.

**Objetivo General:** Analizar el caso de una paciente con pancreatitis aguda severa mediante la revisión de la historia clínica y la búsqueda bibliográfica para la elaboración de planes de cuidados de enfermería que permitan restaurar su salud.

**Método:** Se hizo la revisión de la historia clínica única de la paciente, además de una búsqueda bibliográfica en bases de datos como: Pub Med, Scielo, Science Direct, Redalyc y NNN Consult, con el propósito de encontrar evidencia científica actual respecto al caso.

**Resultados:** Los hallazgos de interés encontrados como: edad, sexo, factores de riesgo, manifestaciones clínicas, diagnóstico, exámenes de laboratorio (amilasa/lipasa), estudios de imagen, tratamiento y complicaciones coinciden significativamente con lo reportado por investigadores. En este caso, la paciente fue ingresada a UCI el 13 de noviembre del 2018 para observación estricta por el personal de salud, su evolución fue poco satisfactoria.

**Conclusiones:** se tomó en cuenta la Teoría de Virginia Henderson, acerca de las 14 necesidades básicas del ser humano, siendo las más afectadas: 2: alimentación e hidratación; 4: movilización y 9: seguridad/protección, cuyos planes de cuidados estuvieron enfocados en los siguientes diagnósticos de enfermería: dolor agudo, riesgo de infección, desequilibrio nutricional, deterioro de la movilidad física, y manejo inefectivo del régimen terapéutico. El proceso de atención de enfermería aplicado en pacientes con Pancreatitis aguda severa, realza el rol de los profesionales de enfermería al considerar este método científico en el ámbito académico y laboral.

**Palabras claves:** Pancreatitis aguda severa, Proceso de Atención de Enfermería, Teoría de Virginia Henderson.

## ABSTRACT

**Title:** NURSING CARE PROCESS IN PATIENT WITH SEVERE ACUTE PANCREATITIS

**Introduction:** Pancreatitis is the inflammation of the pancreas that is characterized histologically by the destruction of the acinar cells, whose origin results from an abnormal activation of the pancreatic enzymes causing the autodigestion of the gland and that, in general, requires hospitalization, manifests itself in acute or chronic form. Worldwide, the incidence per year ranges from 13 to 45 cases per 100,000 in the first, while in the second it varies between 5 to 12 per 100,000, the most common cause being biliary pancreatitis in 32-49%, followed by of the alcoholic with 20-31-8%, 10% is related to hyperlipemia, viral infections, pancreatic perfusion, impaired, ductal obstructions, drugs, hypercalcemia. Between 20-30% of patients with PA have a severe course, with the appearance of sepsis, respiratory distress syndrome, renal failure and multiorgan failure with a mortality rate of 25% due to complications derived.

**Case presentation:** A 21-year-old female patient went to the Emergency Area at the Hospital Teófilo Dávila for presenting a clinical picture of 6 days of evolution characterized by moderate-intensity abdominal pain that has progressed at high intensity accompanied by nausea that carries to vomit several times, 24 hours ago thermal boost is added and not quantified and coordinated for the performance of laboratory tests, (white blood cells: 21.69 UL, neutrophils: 83.7%, lymphocytes: 8.9%, hematocrit: 38.6%, glucose: 113 mg / dl, total bilirubin: 1.61 mg / dL, direct bilirubin: 1.05 mg / dl, creatinine: 0.43 mg / dl, amylase of 1.322 UL and lipase of 1.319 U / L), whose results influenced hospital admission with diagnosis Severe acute pancreatitis physician to the intensive care unit

**General Objective:** To analyze the case of a patient with severe acute pancreatitis through the review of the clinical history and the bibliographic search for the elaboration of nursing care plans that allow to restore their health.

**Method:** The review of the patient's unique clinical history was made, as well as a bibliographic search in databases such as Pub Med, Scielo, Science Direct, Redalyc and NNN Consult, with the purpose of finding current scientific evidence regarding the case.

**Results:** The findings of interest found as: age, sex, risk factors, clinical manifestations, diagnosis, laboratory tests (amylase / lipase), imaging studies, treatment and complications coincide significantly with that reported by researchers. In this case, the patient was admitted to the ICU on November 13, 2018 for strict observation by the health personnel, its evolution was unsatisfactory.

**Conclusions:** the theory of Virginia Henderson was taken into account, about the 14 basic needs of the human being, being the most affected: 2: feeding and hydration; 4: mobilization and 9: safety / protection, whose care plans were focused on the following nursing diagnoses: acute pain, risk of infection, nutritional imbalance, deterioration of physical mobility, and ineffective management of the therapeutic regimen. The process of nursing care applied in patients with severe acute pancreatitis, highlights the role of nursing professionals when considering this scientific method in the academic and work environment.

**Key Words:** Severe Acute Pancreatitis, Nursing Care Process, Theory of Virginia Henderson.

## ÍNDICE

|   |    |
|---|----|
| <b>RESUMEN</b>  | 2  |
| <b>ABSTRACT</b>   | 4  |
| <b>INTRODUCCIÓN</b>   | 8  |
| <b>CAPÍTULO I. GENERALIDADES DEL OBJETO DE ESTUDIO</b>                | 10 |
| <b>1.1 DEFINICIÓN Y CONTEXTUALIZACIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO</b>       | 10 |
| <b>1.2 DESCRIPCIÓN BREVE DEL CASO</b>                                 | 11 |
| <b>1.3 HECHOS DE INTERÉS</b>  | 11 |
| <b>1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN</b>                              | 12 |
| <b>OBJETIVO GENERAL</b>   | 12 |
| <b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b>  | 12 |
| <b>CAPÍTULO II. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICO-EPISTEMOLÓGICA DEL ESTUDIO</b> | 13 |
| <b>2.1 DESCRIPCIÓN DEL ENFOQUE EPISTEMOLÓGICO DE REFERENCIA</b>       | 13 |
| <b>2.1.1 Teoría general de la Historia Natural de la Enfermedad</b>   | 13 |
| <b>2.2. BASES TEÓRICAS DE LA INVESTIGACIÓN</b>                        | 15 |
| <b>2.2.1 PANCREATITIS AGUDA SEVERA</b>                                | 15 |
| <b>2.2.2 FISIOPATOLOGÍA</b>   | 15 |
| <b>2.2.3 ETIOLOGÍA</b>  | 15 |
| <b>2.2.4 FACTORES DE RIESGO</b>                                       | 16 |
| <b>2.2.5 CLASIFICACIÓN</b>  | 17 |
| <b>2.2.6 SISTEMAS DE PUNTUACIÓN</b>                                   | 17 |
| <b>2.2.7 MANIFESTACIONES CLÍNICAS</b>                                 | 18 |
| <b>2.2.8 DIAGNÓSTICO</b>  | 18 |
| <b>2.2.9 TRATAMIENTO</b>  | 19 |
| <b>2.2.10 COMPLICACIONES</b>  | 21 |
| <b>2.2.11 TEORÍA DE VIRGINIA HENDERSON</b>                            | 22 |
| <b>2.2.12 PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA</b>                       | 23 |
| <b>2.2.12 CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PANCREATITIS AGUDA SEVERA</b>     | 24 |
| <b>3.1. DISEÑO O TRADICIÓN DE INVESTIGACIÓN SELECCIONADA:</b>         | 26 |
| <b>3.1.1 Área de estudio</b>  | 26 |
| <b>3.1.2 Unidad de análisis</b>                                       | 26 |
| <b>3.1.3 Tipo de investigación</b>                                    | 26 |
| <b>3.1.4 Métodos:</b>   | 26 |

|   |    |
|---|----|
| <b>3.1.5 Técnicas de investigación</b>                                      | 27 |
| <b>3.1.6 Categorías</b>   | 27 |
| <b>3.1.7 Aspectos éticos-legales:</b>                                       | 27 |
| <b>3.2 PROCESO DE RECOLECCIÓN DE DATOS EN LA INVESTIGACIÓN</b>              | 27 |
| <b>CAPÍTULO IV. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN</b>                          | 30 |
| <b>4.1 DESCRIPCIÓN Y ARGUMENTACIÓN TEÓRICA DE RESULTADOS</b>                | 30 |
| <b>4.1.2 REPORTES DE ENFERMERÍA</b>   | 31 |
| <b>4.1.3 PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA EN PANCREATITIS AGUDA SEVERA</b> | 33 |
| <b>DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA</b>   | 35 |
| <b>5. DISCUSIÓN</b>   | 37 |
| <b>7. RECOMENDACIONES</b>   | 43 |
| <b>ANEXOS</b>   | 44 |
| <b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>   | 58 |

## INTRODUCCIÓN

El páncreas es el órgano ubicado en la parte superior del abdomen, detrás del estómago, y se divide en cabeza, cuerpo y cola, y que desempeña un papel importante en la digestión (enzimas, que descomponen los alimentos en el intestino) y en la regulación de los niveles de glucosa en la sangre (producción de insulina y glucagón) (1). Por consiguiente, la pancreatitis es la inflamación del páncreas que se caracteriza histológicamente por la destrucción de las células acinares, cuyo origen resulta de una activación anormal de las enzimas pancreáticas provocando la autodigestión de la glándula y que por lo general, requiere hospitalización, se manifiesta en forma aguda o crónica (2). Para el diagnóstico de Pancreatitis aguda severa se consideran los siguientes criterios: 1) dolor abdominal (inicio agudo, intenso, de localización en epigastrio que generalmente se irradia hacia la espalda), 2) elevación de los niveles séricos de amilasa y lipasa, por lo menos en 3 ocasiones y 3) hallazgos característicos de Pancreatitis aguda por medio de estudio de imágenes, tales como: tomografía computarizada (TC), resonancia magnética (RM) o ecografía transabdominal, complementando con la historia clínica y examen físico (3).

A nivel mundial la incidencia por año de Pancreatitis aguda severa oscila entre 13 a 45 casos por cada 100.000, mientras que por pancreatitis crónica varía entre 5 a 12 por cada 100.000 (4), siendo la causa más común la pancreatitis biliar en un 32-49%, seguida de la alcohólica con un 20-31-8% (5), el 10% se relaciona con hiperlipemias, infecciones virales, perfusión pancreática, deteriorada, obstrucciones ductal, fármacos, hipercalcemia.

Un estudio epidemiológico en el que se utilizaron datos del Reino Unido y Europa demostró que la Pancreatitis aguda severa aumenta conforme la edad aumenta (50-75 años), aunque también puede presentarse en edades pediátricas. La frecuencia es mayor en un 10-30% en hombres, en comparación con mujeres. Siendo la Pancreatitis aguda severa, el diagnóstico gastrointestinal para pacientes hospitalizados más común en los Estados Unidos (más de 270,000 pacientes en 2009), responsable de USD \$ 2,6 mil millones en costos de atención médica (6). Por otra parte, el 20-30% de los pacientes con PA presentan un curso grave, con aparición de sepsis, síndrome de distrés respiratorio, insuficiencia renal y fallo multiorgánico con un tasa de mortalidad del 25% debido a las complicaciones derivadas (7,8).

En este contexto, la teoría utilizada de referencia es la establecida por Virginia Henderson para proponer planes de cuidados de enfermería basado en las necesidades afectadas. Uno de los problemas más polémicos en enfermería en la actualidad es la observación clínica deficiente durante la práctica asistencial en el ámbito hospitalario (9). Por lo tanto, resulta importante la realización de este trabajo investigativo, ya que en los últimos años las enfermedades digestivas constituyen un grave problema de salud pública para el país, donde el rol que cumplen el profesional de enfermería es esencial en la prevención y promoción de la salud desde el primer nivel de atención, con la modificación de estilos de vida (sedentarismo, dieta alta en grasas, consumo de bebidas gaseosas, entre otros).



## **CAPÍTULO I. GENERALIDADES DEL OBJETO DE ESTUDIO**

### **1. 1 DEFINICIÓN Y CONTEXTUALIZACIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO**

La Pancreatitis aguda severa, es la inflamación brusca del páncreas, como resultado de la activación de las enzimas que produce para la digestión dentro de este órgano, que se caracteriza por dolor abdominal en el cuadrante superior izquierdo (epigastrio), asociado con náuseas y vómitos, sensación de llenura, distensión abdominal, hipo, y oliguria suele aparecer después de ingesta de comida grasosa o alcohol (10).

De acuerdo a la tasa de morbimortalidad, la incidencia de Pancreatitis aguda severa ha alcanzado cifras asombrosas desde 4,9 a 73,4 casos por cada 100.000 personas. En países de América Latina, como en Brasil, para el año 2006 se presentaron 15,9 casos por cada 100.000 personas; en México con una prevalencia del 3%, en Perú los datos estadísticos proporcionados reflejaron 28 casos por cada 100.000 personas (11); en Colombia, el 80% se atribuyen a causa biliar, 9% de tipo alcohólica, 5,1% por traumatismos, 4% a hipercalcemia, 1,3% a áscaris y el 0,6% corresponde a otras causas (12); En Estados Unidos el número de egresos hospitalarios supera los 300.000 con un costo de más de \$2 mil millones (13); mientras que en Europa es de 70.000 casos.

En Ecuador, según datos estadísticos proporcionados por el INEC (2014), se presentaron 4,374 casos (Hombres: 1,882; Mujeres: 2,492), de los cuales 108 fallecieron en ese mismo año. A nivel local, en la provincia de El Oro, hubo 228 pacientes hospitalizados por PA (14). Años más tarde, en el 2016, datos revelados por el Ministerio de Salud Pública hubo 332 casos (Hombres: 125; Mujeres: 207), de los cuales 27 corresponden a la Provincia de El Oro (15), sin embargo, el perfil de mortalidad ascendió a 248 muertes respectivamente (Hombres: 133 y Mujeres: 115) (16). A nivel local, en Machala, la cifra de mortalidad disminuyó en el 2016 a 3 fallecimientos por esta causa (17).

Por lo que, sin duda, un punto clave es conocer la etiología, antecedentes patológicos, gravedad, pronóstico y complicaciones desde que el paciente ingresa a la unidad hospitalaria, con el fin de brindar un manejo adecuado y oportuno y con ello evitar secuelas fatídicas.

## **1.2 DESCRIPCIÓN BREVE DEL CASO**

Paciente de 21 años de edad de sexo femenino acude al área de Emergencia en el Hospital Teófilo Dávila por presentar cuadro clínico de 6 días de evolución caracterizado por dolor abdominal de moderada intensidad que ha progresado a gran intensidad acompañado de náuseas que llevan al vómito por varias ocasiones, hace 24 horas se suma alza térmica no cuantificadas y se coordina para la realización de exámenes de laboratorio, cuyos resultados influenciaron para el ingreso hospitalario con diagnóstico médico de Pancreatitis aguda grave a la unidad de cuidados intensivos.

## **1.3 HECHOS DE INTERÉS**

De las raíces griegas "pan" (todas) y "kreas" (carne o carne), el término "páncreas" fue acuñado por primera vez por Ruphos de Éfeso (100 A.C.), para describir un órgano que no tenía cartílago ni hueso. Sin embargo, Nicholaes Tulp (1652), un anatomista holandés, fue quien publicó la primera descripción clínica de la Pancreatitis aguda severa (18).

Whitcomb (2013), desde el punto de vista histológico alude la destrucción de células acinares como consecuencia de la autodigestión secundaria a la activación del zimógeno, se piensa que la activación prematura de la tripsina constituye el evento inicial que conduce a la cascada inflamatoria y que culmina con Pancreatitis aguda severa (19). Por lo general, es un proceso reversible en el que las funciones tanto endocrinas como exocrinas se tornan anormales, en la primera, regresa al estado normal un lapso después de la etapa aguda, mientras que, en la segunda, dependiendo de la extensión de la lesión parenquimatosa, en algunos casos se puede necesitar de un año para recuperarse en lo absoluto (12,20).

Moreira & López (2010) señalan que, en situaciones críticas, parte del páncreas se necrotiza, causando una reacción inflamatoria generalizada que puede afectar a otros órganos importantes del ser humano, comprometiendo así, su vida (21). En ese sentido, un estudio realizado hace poco más de una década por Carnovale et al, indican que, de los 1.135 casos, hubo 55 fallecidos por PA (4.8%), mientras que al tomar en cuenta las formas graves, fue del 13.5% (22), similar a lo observado por Fu et al (2007) (23). Sin embargo, Popa et al (2016), en un análisis posterior mostró estadísticas significativas respecto a la tasa de mortalidad, alcanzando el 21.1%, en tanto que por formas severas, la cifra ascendió a 45.63%, siendo la principal causa de muerte en tales estudios por un

fallo del sistema multiorgánico (24). En Estados Unidos, fue responsable de 8.653 muertes en 2009, con una tasa de mortalidad de 1 por cada 100.000 habitantes, situándose como la 14<sup>va</sup> causa de muerte gastrointestinal con un costo aproximado de 2.6 mil millones de dólares en gastos de hospitalización (25).

## **1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

### **OBJETIVO GENERAL**

Analizar el caso de una paciente con Pancreatitis aguda severa mediante la revisión de la historia clínica y la búsqueda bibliográfica para la elaboración de planes de cuidados de enfermería que permitan restaurar su salud.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Describir el caso de Pancreatitis aguda severa en base a la información recopilada de la historia clínica del paciente.
- Comparar las características clínicas del paciente con Pancreatitis aguda severa con la evidencia científica disponible mediante la búsqueda bibliográfica y con ello determinar la congruencia en los resultados.
- Proponer planes de cuidados de enfermería en base a las necesidades afectadas del paciente con Pancreatitis aguda severa.

## **CAPÍTULO II. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICO-EPIDEMIOLOGICA DEL ESTUDIO**

### **2.1 DESCRIPCIÓN DEL ENFOQUE EPIDEMIOLOGICO DE REFERENCIA**

#### **2.1.1 Teoría general de la Historia Natural de la Enfermedad**

La Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud, en uno de sus módulos, establece que cada enfermedad tiene su forma propia de evolucionar de manera natural, en ausencia de una intervención externa (26). Leavell y Clark proponen dos períodos: el prepatogénico y el patogénico, los cuales a continuación se los relaciona con la patología de base (Pancreatitis aguda).

**1. Período prepatogénico:** hace referencia al momento de interacción entre el agente causal, el ambiente y el huésped (triada ecológica) y en el que aún no se presentan signos ni síntomas.

- **Agente:** es el microorganismo (físico, químico o biológico) que puede desencadenar la enfermedad, por la acción de algún estímulo potencial. Por ejemplo: cálculos en la vesícula, tumores pancreáticos, estructura anormal del órgano, traumatismos abdominales contusos, alto consumo de grasas y alcoholismo.
- **Huésped:** se refiere a aquellas personas expuestas al alto consumo de alcohol, tabaquismo, presentan un índice de masa corporal por encima de los parámetros normales.
- **Ambiente:** es el escenario en el que interactúan el agente y el huésped. Por ejemplo, si una persona lleva en su organismo la bacteria *Escherichia coli* y se va al clima húmedo las bacterias necesitan de ese entorno para reproducirse y si a ello se le suma el alto consumo de grasas contribuye a el páncreas que se inflame.

Son tres los niveles de prevención que se deben cumplir conforme la etapa en que se encuentre la enfermedad: en la primaria (fomento de la salud y a la protección específica); en la secundaria en cambio, (diagnóstico precoz, el tratamiento temprano y la limitación del daño), y en la terciaria, se destaca la rehabilitación de la persona a fin de mejorar su independencia (26).

**Prevención primaria:** evitar el consumo de alcohol, promover la educación médica durante la consulta al centro de salud y/o en el domicilio del individuo y sus allegados,

con el propósito de detectar tempranamente, anormalidades o situaciones fuera de lo común.

**Protección específica:** es decir cuando el individuo porta la enfermedad, es importante, ayuno absoluto, tratamiento del dolor con analgésicos potentes, sueros y antiácidos.

**2. Período patogénico:** se suscitan cambios (celulares/tisulares) tanto en la estructura y funcionamiento del huésped previo a un estímulo efectivo. El horizonte clínico por su parte, indica el momento en el que la patología es aparentemente clínica debido a la presencia de signos y síntomas (26).

**Manifestaciones clínicas:** abarcan una serie de signos y síntomas características de pancreatitis aguda severa, el principal, es el dolor abdominal en epigastrio que se irradia hacia la espalda, en hemicinturón, persistente, disnea, náuseas, vómitos, diarrea, hiperglucemia, ictericia en la cabeza del páncreas, hipoventilación, piel húmeda y fría.

**Complicaciones:** son varias las complicaciones que pueden presentarse, entre ellas: síndrome de dificultad respiratoria, insuficiencia renal, deshidratación, hemorragias internas en páncreas, colapso de pulmones, hipovolemia.

### **Prevención terciaria**

- **Secuelas:** diabetes, lupus, cáncer pancreático, extracción del páncreas, drenaje de vesícula al exterior para permitir el vaciamiento de la bilis.
- **Rehabilitación:** evitar bebidas cafeinadas y alimentos irritantes, dieta de alimentos blandos y bajos en grasa es esencial.

El resultado final en el estado de salud de la persona se traducirá a que ésta se cure, se agrave, desarrolle algún tipo de discapacidad (secuela) o fallezca.

## **2.2. BASES TEÓRICAS DE LA INVESTIGACIÓN**

### **2.2.1 PANCREATITIS AGUDA SEVERA**

La pancreatitis, que habitualmente se describe como la inflamación del páncreas, es una condición grave que se manifiesta en formas agudas o crónicas. La Pancreatitis aguda (reversible) tiene un inicio repentino y una duración corta, mientras que la Pancreatitis crónica (irreversible) se desarrolla gradualmente y empeora conforme avanza el tiempo, lo que resulta en un daño permanente de los órganos adyacentes (27).

### **2.2.2 FISIOPATOLOGÍA**

La fisiopatología de la Pancreatitis aguda severa se caracteriza por una pérdida compartimental intracelular y extracelular, por una obstrucción del transporte secretor pancreático y por una activación de enzimas pancreáticas (28). En la Pancreatitis aguda biliar, la obstrucción del flujo de salida con hipertensión del conducto pancreático y un efecto tóxico de las sales biliares contribuyen a la ruptura de los conductos pancreáticos, con la consiguiente pérdida de la compartimentación extracelular (29). Lizarazo (2008), revela en su estudio que, el alcohol induce alteraciones funcionales de las membranas plasmáticas y altera el equilibrio entre las enzimas proteolíticas y los inhibidores de la proteasa, lo que desencadena la activación de las enzimas, la autodigestión y la destrucción celular (30), aumentando así, la permeabilidad del páncreas, por lo que, una vez que la enfermedad inicia, aparece edema intersticial e infiltración inflamatoria, seguido de isquemia, necrosis, hemorragia, el desarrollo de complicaciones sistémicas, tales como: síndrome de respuesta inflamatoria sistémica, la sepsis y la insuficiencia orgánica múltiple (31).

### **2.2.3 ETIOLOGÍA**

**1) Litiasis biliar:** presente en el 40-50% de los casos, alrededor del 20-30% se encuentra el cálculo enclavado en la papila, es más frecuente en mujeres (32).

**2) Alcohol:** 30% de las pancreatitis agudas, el consumo continuo de alcohol (4-6 bebidas/día >5 años) representa la segunda causa, al disminuir el umbral de activación de la tripsina produciendo necrosis celular, siendo más prevalente en hombres, posiblemente por las diferencias en la ingesta o genética (33).

**3) Post-Colangiopancreatografía Retrógrada Endoscópica (CPRE):** hiperamilasemia en el 50% de las CPRE y síntomas en el 1-10% (32).

4) Postquirúrgica: en cirugía mayor cardíaca y abdominal con una alta mortalidad (10-45%) (32).

5) Hipertrigliceridemia: con trigliceridemia >1000 mg/dl. Mecanismo desconocido (32).

**6) Idiopática:** representa el 10% de los casos (32).

**7) Fármacos:** Azatioprina, valproato, estrógenos, metronidazol, pentamidina, sulfonamidas, tetraciclinas, eritromicina, trimetropina, nitrofurantoina, diuréticos de asa, tiazidas, metildopa, mesalamina, sulindac, paracetamol, salicilatos, cimetidina, ranitidina, corticoides, procainamida, cocaína, IECA (32).

**8) Infecciones (32):**

· Virus: VIH, CMV, parotiditis, Coxsackie, EBV, rubeola, varicela, adenovirus.

· Bacterias: Mycoplasma, Salmonella, Campylobacter, Legionella, Leptospira, TBC.

· Parásitos: Áscaris, Fasciola hepática.

**9) Traumatismo abdominal**

**10) Metabólica: hipercalcemia (34),** insuficiencia renal.

**11) Obstructiva:** obstrucción de la ampolla de Vater (tumores periampulares, divertículo yuxtacapilar, síndrome del asa aferente, enfermedad de Crohn duodenal), coledococoele, tumor pancreático, hipertonia del esfínter de Oddi (32).

**12) Tóxicos:** veneno de algún animal peligroso.

**13) Vascular:** vasculitis, hipotensión, HTA maligna, capas de colesterol (32).

**14) Miscelánea:** pancreatitis hereditaria, úlcera duodenal penetrada, hipotermia, trasplante de órganos, fibrosis quística, quemaduras (32).

#### **2.2.4 FACTORES DE RIESGO**

Está demostrado que la obesidad produce la formación de cálculos biliares, la causa más común de PA (35). En un metanálisis reciente en comparación con los sujetos que tenían

un IMC normal, los sujetos obesos ( $\text{IMC} > 30 \text{ kg/m}^2$ ) tenían un mayor riesgo de PA (36). Se relaciona con el volumen de tejido adiposo visceral y el mecanismo de la lesión se asocia con los efectos proinflamatorios de los ácidos grasos insaturados generados por la lipólisis (37,38). También se consideran otros factores, como aumento en el nivel de glucosa en sangre al ingreso ( $> 11.1 \text{ mmol / L}$ ) (39), sexo masculino, tabaquismo y consumo de alcohol (40).

### 2.2.5 CLASIFICACIÓN

Según la clasificación revisada de Atlanta (2016) se distinguen dos tipos de pancreatitis aguda (41):

**Pancreatitis edematosa intersticial:** se encuentra en aproximadamente el 75% de los pacientes que se presentan con PA, consiste en edema e inflamación del páncreas y es típicamente un proceso autolimitado con un curso clínico leve que podría resolverse durante los primeros siete días (42).

**Pancreatitis necrotizante:** Se estima que alrededor del 5-10% la padecen. Es una forma mucho más grave de pancreatitis que se caracteriza por la afeción del tejido pancreático y peripancreático (75-80%), cuando hay una extensa necrosis grasa peripancreática (20%), y cuando se limita únicamente al páncreas (5%) páncreas. Por lo general, con la ayuda de estudios de imagen de alta precisión (TC o RM) puede diagnosticarse esta patología luego de una semana de haberse iniciado la enfermedad (43).

### 2.2.6 SISTEMAS DE PUNTUACIÓN

Actualmente existen varios sistemas de puntuación: APACHE II (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation), SOFA (Sepsis-related Organ Failure Assessment), BISAP (Índice de gravedad en la pancreatitis aguda), etc., que ayudan a estratificar la gravedad de PA. De acuerdo con Majdoub y colaboradores (2016), la puntuación APACHE II contiene 12 parámetros fisiológicos como son: temperatura corporal, presión arterial media, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno, PH arterial, niveles de sodio y potasio, creatinina, hematocrito, leucocitos y escala de Glasgow, fue diseñado en 1985, para evaluar la enfermedad y predecir la mortalidad en UCI y debe realizarse durante las primeras 24 a 72 horas de hospitalización (44). Tee et al (2018), afirma que un aumento en la puntuación SOFA durante los primeros 7 días, predice una tasa de mortalidad tardía en la PA grave (45).



Zerem (2014), considera que el BISAP es eficaz para ayudar a identificar a los pacientes con mayor riesgo de insuficiencia orgánica, además establece que una puntuación de  $> 3$  se vincula con una tasa de mortalidad entre el 5-20% (46). Por otro lado, un estudio comparativo entre los sistemas de puntuación: Índice de gravedad de la tomografía computarizada (CTSI), puntaje de Ranson, APACHE II y BISAP, siendo éste último el que ocupa el tercer lugar en la predicción en la insuficiencia orgánica, mientras que en el diagnóstico de PA grave, en la necrosis pancreática y en el ingreso en la UCI ocupa el 4to lugar en cuanto a la precisión (47). Paralelamente a lo reportado por estudios anteriores, Popa et al (2016), concluyen que no existe un factor pronóstico confiable para la mortalidad en pacientes con PA pero que si se asocia varios de ellos se puede lograr una predicción precisa de la misma (24).

### **2.2.7 MANIFESTACIONES CLÍNICAS**

De acuerdo a su clasificación, en la PA edematosa intersticial se puede observar un agrandamiento difuso y aumento debido a la presencia de inflamación y edema, mientras que en los casos de PA necrotizante se evidencia muerte celular del tejido pancreático o peripancreático (25).

### **2.2.8 DIAGNÓSTICO**

Se sospecha PA cuando el individuo presente dos de los tres criterios establecidos: 1) dolor abdominal agudo, con sensibilidad principalmente en la parte superior del abdomen, 2) niveles elevados de las enzimas pancreáticas: lipasa o amilasa sérica, al menos en 3 ocasiones, y 3) estudios de imagen que confirmen el diagnóstico (ecografía transabdominal, TC, RM), ya que su uso tienen una importancia fundamental en la determinación de la gravedad, el reconocimiento de las complicaciones y la elección terapéutica (48).

Ecografía: debido a que más de la mitad de pacientes con Pancreatitis aguda severa se relacionan con los cálculos biliares, la ecografía transabdominal es la indicada en estos casos, aunque para otras enfermedades como la coledocolitiasis presenta una pobre sensibilidad (7).

Tomografía Computarizada (TC): es una técnica ampliamente utilizada y superior a las ecografías abdominales debido a su alta precisión y sensibilidad para el diagnóstico y el grado de extensión de la PA, por lo que la evaluación precoz para conocer la causa y la

gravedad de la misma, es de vital importancia para el tratamiento oportuno y el monitoreo respectivo al paciente (49).

Resonancia Magnética (RM): el uso de la RM en la Pancreatitis aguda severa conlleva múltiples beneficios en la detección y caracterización de ciertas complicaciones locales que involucran trastornos necróticos, hemorrágicos, infecciosos, vasculares y pseudoquistes, además de tener un valor predictivo para el pronóstico de la enfermedad en comparación con la TC (50).

## **2.2.9 TRATAMIENTO**

Resulta importante, que se lleve a cabo un diagnóstico adecuado por parte del médico, triage oportuno, cuidados de apoyo de calidad, monitoreo periódico, tratamiento de las complicaciones y prevención de recaídas por parte del paciente (3).

### **TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO**

**Control del dolor:** los analgésicos que se usan preferentemente son los opioides, ya que el riesgo de complicaciones o eventos adversos graves es menor en relación a otros, entre los cuales tenemos: bupremorfina, petidine, pentazocina, fentanyl y morfina (33).

**Reanimación con fluidos:** en los casos de hipovolemia que conllevan a hipoperfusión del lecho esplénico constituyen factores perjudiciales para la PA debido a la hemoconcentración y azoemia resultante. Algunos estudios experimentales recomiendan tomar en cuenta una administración precoz y agresiva durante las primeras 12 a 24 horas (33).

La Asociación Americana de Gastroenterología sugiere la administración de solución cristaloide de 200 a 500 ml/hora o 5-10 ml/kg de peso/hora (2500 a 4000 ml durante las primeras 24 horas de estar hospitalizado el paciente con el fin de mantener una presión arterial media correcta (65 mmHg) así como un gasto urinario de 0.5 ml/kg de peso/hora, y de esta manera, reducir los niveles de nitrógeno ureico en la sangre (33).

Adicionalmente, cabe resaltar que el lactato de Ringer tiene mejores resultados en contraste con la solución salina normal, dado que disminuye significativamente los marcadores inflamatorios (PCR) y la incidencia de Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica. Mientras que las soluciones coloides deberían tomarse en cuenta cuando el

individuo presente un hematocrito menor del 25% y albúmina frente a hipoalbuminemia <2 g/dl (33).

### **Antibióticos**

Generalmente la Pancreatitis aguda no requiere de antibioticoterapia, aunque alrededor de un tercio de los casos evolucionan a PA necrotizante infectada y presentan un riesgo elevado de muerte mayor al 50%. Por lo que su uso, está dirigido en casos de neumonías, infección de las vías urinarias, colangitis, flebitis o sepsis. Por otro lado, cabe mencionar que en los casos de PA leve, moderada, grave o necrosis estéril, la utilización de antibióticos no está indicado debido a que aumenta la prevalencia de infecciones por hongos y la aparición de microorganismos multidrogo-resistentes. Algunas revisiones sistemáticas de Cochrane aluden que los carbapenémicos, principalmente Imipenem/cilastatin, representan la monoterapia empírica más segura para el tratamiento de la infección pancreática, además de las quinolonas, metronidazol y cefalosporinas a dosis elevadas, dado que los agentes patógenos más aislados son la Escherichia coli, Bacteroides, Enterobacter, Klebsiella, Streptococcus faecalis, Staphylococcus epidermidis y Staphylococcus aureus (33).

### **Otros fármacos:**

El uso de los AINES en la Pancreatitis aguda severa durante algunas décadas ha sido un punto interesante, pues se relaciona con la activación de leucocitos y la liberación de citoquinas inflamatorias y quimiocinas en la progresión de esta patología, mientras que en casos de pancreatitis con inflamación severa la Dexametasona resultó más efectiva (51).

**Los agentes antisecretores:** en un inicio el uso del glucagón, somatostatina, atropina, octreotida y cimetidina resultaron ser los de mayor éxito (52). Los inhibidores de la proteasa: posiblemente favorecen la autodigestión pancreática, como el mesilato de gabexato, el nafamostat y la aprotinina, sin embargo, no hay evidencia científica de que haya un beneficio terapéutico por lo que su uso no es frecuente (52). En la actualidad, está demostrado que los antagonistas del factor activador de plaquetas, como lexipafant, antioxidantes, corticosteroides, nitroglicerina, anticuerpos anti-interleucina-10 (anti-IL-10) y anticuerpos contra el factor de necrosis tumoral-alfa (anti-TNF- $\alpha$ ) no tienen valor

en el tratamiento de la PA (52). La heparina también cumple un papel importante debido a su mecanismo de anticoagulación, se lo asocia con su efecto antiinflamatorio, ayudando a mejorar la microcirculación sanguínea y los cambios morfológicos en el páncreas. (51).

En el presente estudio, los medicamentos prescritos por el médico de turno fueron: Piperacilina + Tazobactam 4.5 g IV cada 8 horas, Solución salina 0.9% 1000cc + 1 ampolla Fentanilo IV a 5 ml/hora, Omeprazol 40 mg IV cada 12 horas, Levofloxacino 500 mg IV cada 12 horas, Amikacina 1 g IV cada día, Meropenem 1g IV cada 8 horas y Ácido ascórbico 2 g IV cada día (Ver Tabla N° 4).

### **Tratamiento endoscópico**

Cuando la pancreatitis es causada por cálculos biliares, existe la posibilidad de quitarlos mediante una colangiografía retrógrada endoscópica dentro de las 72 horas posteriores al inicio de los síntomas. Después de completar el tratamiento para la pancreatitis aguda severa, la vesícula biliar se extirpa quirúrgicamente para prevenir las recaídas.

### **TRATAMIENTO QUIRÚRGICO**

**Colecistectomía:** Según las guías de práctica clínica para el tratamiento de la pancreatitis aguda de causa biliar, sugiere realizar una colecistectomía durante la fase temprana (primeros tres días) al ingreso hospitalario o en las próximas tres semanas de haberse diagnosticado inicialmente la enfermedad (53).

**Drenaje quirúrgico abierto:** El tratamiento de la necrosis pancreática infectada consiste en la extirpación de todo el tejido muerto a través de una necrosectomía abierta, no obstante, la realización de esta cirugía trae algunas complicaciones derivadas, tales como: hernias incisionales (24%), diabetes (38%) y el uso de enzimas pancreáticas (33%), por lo que actualmente se han implementado técnicas menos invasivas (25).

#### **2.2.10 COMPLICACIONES**

Debido al secuestro de fluidos en la Pancreatitis aguda severa, producido por la pérdida de líquido intravascular (acumulación de líquido pancreático-retroperitoneal, edemas, derrame pleural), lo cual induce a la disminución de ingreso de líquidos: vómitos, ayuno y acumulación del líquido en el tracto digestivo) y en consecuencia puede desencadenar una hipovolemia, shock, insuficiencia renal, síndrome de respuesta inflamatoria sistémica, debido a un fallo orgánico (54).

Las principales complicaciones por las que se requiere una cirugía urgente son: síndrome compartimental abdominal, necrosis infectada, isquemia intestinal no oclusiva, fístulas, complicaciones vasculares (trombosis), pseudoquiste, peritonitis severa (55).

### **2.2.11 TEORÍA DE VIRGINIA HENDERSON**

La teoría de Virginia Henderson (1897-1996), se fundamenta en las 14 necesidades básicas de todo ser humano y en el nivel de dependencia (a través de los cuidados) e independencia (a través de la promoción de salud) que posea para la satisfacción de las mismas, o a tener una muerte tranquila y digna (56).

En su teoría incluyó tres niveles de relaciones enfermera-paciente en los que el enfermero/a actúa como: 1) sustituta del paciente, 2) colaboradora para el paciente y 3) compañera del paciente, mediante la interacción interpersonal, de tal manera que pueda “meterse en la piel” del enfermo y así pueda conocer las necesidades afectadas y de qué manera ayudarle (57).

### **14 NECESIDADES BÁSICAS SEGÚN V. HENDERSON**

La identificación de las 14 necesidades establecidas en su teoría, favorece la prestación de cuidados de enfermería al paciente. Las cuales son (58):

1. Respirar normalmente
2. Comer y beber adecuadamente
3. Eliminar los desechos corporales
4. Moverse y mantener posturas correctas
5. Dormir y descansar
6. Elegir la vestimenta adecuada de acuerdo al clima, así como la capacidad de vestirse y desvestirse.
7. Mantener la temperatura corporal dentro de los parámetros normales.
8. Mantener el cuerpo limpio, aseado y proteger la integridad de la piel.
9. Evitar peligros y evitar lesionar a otras personas.

10. Comunicarse con los demás, expresar sentimientos, emociones, necesidades, opiniones.

11. Rendir culto de acuerdo a su propia fe.

12. Ocuparse en algo que le haga sentirse realizado consigo mismo.

13. Participar en las diferentes actividades recreativas.

14. Aprender, descubrir y satisfacer la curiosidad y utilizar los recursos sanitarios.

### **2.2.12 PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**

El proceso de atención de enfermería (PAE) data desde 1955, es el método científico que nos permite organizar las actividades y cuidados dirigidos al paciente, el cual está formado por cinco etapas (Valoración, Diagnóstico enfermero, Planificación, Ejecución y Evaluación), las mismas que están estrechamente relacionadas durante la práctica asistencial (59).

#### **ETAPAS DEL PAE**

- 1. Valoración:** consiste en la recopilación de la información que permite determinar el estado de salud actual del individuo, así como la respuesta para afrontar tal situación, lo cual es posible mediante la observación y la exploración física.
- 2. Diagnóstico Enfermero:** es catalogado como el “juicio clínico” acerca de las respuestas del individuo, familia o comunidad frente a problemas de salud, ya sea reales o potenciales, en el que se requiere de las actividades de enfermería para solucionarlo o disminuirlo. Los elementos que lo conforman son: etiqueta diagnóstica, definición del diagnóstico, características definitorias y factores relacionados.
- 3. Planificación:** en esta fase se determinan las actividades de enfermería que ayudarán a resolver o disminuir los problemas detectados, a los cuales se debe priorizar de acuerdo al grado de importancia.
- 4. Ejecución:** se basa en la realización de las actividades previamente planificadas.
- 5. Evaluación:** consiste en comparar los objetivos planteados con los resultados obtenidos a fin de conocer si el plan de cuidados de enfermería culminó exitosamente o no.

### **2.2.12 CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PANCREATITIS AGUDA SEVERA**

Enfermería es considerada una de las labores más humanas cuyo objeto primordial es el cuidado del paciente, es por ello que los profesionales debemos estar al tanto y pendiente de todo lo que le suscite en la unidad hospitalaria mientras se encuentre internado. Por esta razón, el enfermero/a se expone ante riesgos biológicos principalmente, tales como: sangre, secreciones orgánicas (pus, vómito, orina, entre otros), accidentes con cortopunzantes provenientes de material contaminado y el contacto con pacientes que tengan enfermedades infectocontagiosas (60).

En el caso de la PA, pese a que el mecanismo exacto de la lesión se desconoce, se cree que es un reflujo biliar en el conducto pancreático o la estenosis del esfínter de Oddi, a través de cualquiera de estas vías, las enzimas pancreáticas, normalmente inactivas dentro de la glándula, se activan y comienzan a digerir el tejido pancreático (61), por lo que, al utilizar el conocimiento de los principales problemas de colaboración, los diagnósticos de enfermería, la fisiopatología, los parámetros de evaluación apropiados y las intervenciones de enfermería que se mencionaron anteriormente, la enfermera o enfermero pueden elaborar planes de cuidados eficaces para tratar al paciente con esta patología..

Durante la recepción del paciente, lo primero que se hace es la valoración, en la cual se pregunta acerca del motivo de consulta, signos y síntomas, antecedentes patológicos (personales y familiares), evolución del cuadro clínico y alergia a algún medicamento específico. Al ingreso del paciente, se deben monitorizar los signos vitales (tensión arterial, frecuencia cardíaca, saturación de oxígeno, frecuencia respiratoria y diuresis) de manera que cualquier alteración en cualquier de ellos permite detectar a tiempo la presencia de fallo multisistémico debido a complicaciones por PA: fallo circulatorio (hipotensión), fallo respiratorio (taquipnea, desaturación), fallo renal (incremento de creatinina > 1,8 mg/dl), oliguria. Posteriormente, se procederá a canalizar dos vías periféricas y se colocará una sonda vesical (si fuera necesario) para el control exacto de la diuresis.

Con respecto a la fluidoterapia intravenosa en pacientes con pancreatitis aguda severa, ésta debe iniciarse de forma temprana y agresiva para mejorar la estabilidad hemodinámica sobretodo dentro de las primeras 6 horas de ingreso (62), por lo que de

preferencia se recomienda utilizar soluciones cristaloides (solución salina o solución Ringer de Lactato) en lugar de soluciones coloides (63).

Por otra parte, dado que el dolor es el principal síntoma de esta patología, la analgesia es esencial para su control, de preferencia se sugiere utilizar medicamentos por vía venosa debido a su rápido efecto, entre ellos: paracetamol, metamizol, opiáceos menores y mayores, además, se debe evitar fármacos antiinflamatorios no esteroideos (62). Durante el control de signos vitales, se debe informar al médico en caso de que se produzca hipertermia ( $>38^{\circ}\text{C}$ ), aun habiendo administrado antipiréticos indicados y no hayan sido efectivos; la presencia de hipotensión o hipertensión, vómitos persistentes, disnea, distensión abdominal de forma brusca.

En cuanto al apoyo nutricional, en la pancreatitis leve, se puede iniciar con una dieta inicial de líquidos claros, mientras que en la pancreatitis grave, la alimentación debe ser a tolerancia por vía enteral a través de una sonda nasogástrica (62).

Por lo tanto, resulta esencial que los enfermeros/as desarrollemos un amplio conocimiento acerca del manejo de la PA que incluye el control del dolor, la administración de líquidos por vía parenteral, el cuidado nutricional y comprendamos la importancia de un seguimiento cercano y meticuloso de los pacientes con esta enfermedad (64).



## **CAPÍTULO III. PROCESO METODOLÓGICO**

### **3.1. DISEÑO O TRADICIÓN DE INVESTIGACIÓN SELECCIONADA:**

#### **3.1.1 Área de estudio**

El presente estudio de caso se lleva a cabo en el Hospital Teófilo Dávila de la ciudad de Machala, ubicado en las calles: Buenavista, Boyacá, Buenavista, Guabo y Tarqui. Los servicios de salud que ofrece son: Emergencia/Urgencia, Diabetología, Medicina General, Oftalmología, Cirugía Vascular, Cirugía general, Cirugía Plástica, Cirugía Maxilofacial, Cardiología, Psiquiatría, Psicología, Pediatría, Traumatología, Alergología, Dermatología, Ginecología, Urología, Neumología, Neurología, Nefrología, Neonatología, Neurocirugía, entre otros servicios (65).

#### **3.1.2 Unidad de análisis**

Paciente de 21 años de edad, de sexo femenino con diagnóstico de Pancreatitis aguda severa.

#### **3.1.3 Tipo de investigación**

El diseño del presente trabajo investigativo es cualitativo-descriptivo, porque se enfoca en las características clínicas de la unidad de análisis desde que ingresa la paciente hasta que es dada de alta.

#### **3.1.4 Métodos:**

- Método clínico: porque se hace la presentación de un caso clínico, detallando la evolución de la paciente durante su estadía hospitalaria.
- Método analítico: porque se hizo la descomposición de la historia clínica en categorías para su respectivo análisis.
- Método sintético: porque tales categorías de análisis se integraron.

### 3.1.5 Técnicas de investigación

Se hizo la revisión de la historia clínica única de la paciente, además de una búsqueda bibliográfica en bases de datos como: Pub Med, Scielo, Science Direct, Redalyc y NNN Consult, con el propósito de encontrar evidencia científica actual respecto al caso.

### 3.1.6 Categorías

Datos de filiación, motivo de consulta, antecedentes patológicos (personales, familiares, quirúrgicos, obstétricos) signos vitales, exploración física, enfermedad actual, tratamiento médico, exámenes de laboratorio, ecografía abdominal y reportes de enfermería.

### 3.1.7 Aspectos éticos-legales:

- **Principio de Confidencialidad:** basándose en el principio básico de la ética profesional, el profesional de la salud está en la obligación de no revelar información confidencial del paciente.
- **Principio de No maleficencia:** significa no hacer daño de manera física, psicológica o emocional la paciente, en este caso se cumple al 100%.
- **Principio de Autonomía:** se basa en el consentimiento informado firmado por la propia paciente, autorizando que le realicen los procedimientos médicos y de enfermería para la restauración de su salud.
- **Principio de Beneficencia:** representa un enfoque humanista, dado que involucra hacer el bien al prójimo, por lo que, bajo esta modalidad, se garantiza absolutamente que se cumple con este principio, y además proporcionará beneficios al personal de salud al reportar hallazgos de interés.

## 3.2 PROCESO DE RECOLECCIÓN DE DATOS EN LA INVESTIGACIÓN

Para acceder al contenido de la historia clínica única de la paciente, objeto de estudio, se emitió un oficio dirigido a la Coordinadora de la Carrera de Enfermería, Lic. Sandra Verónica Falconí Peláez, de la Universidad Técnica de Machala, solicitando se permita tener acceso a la misma para la realización del análisis del caso, lo cual fue aceptado satisfactoriamente por el Dr. Rodrigo Moisés Carrión Castillo, encargado de DOCENCIA E INVESTIGACIÓN en el Hospital General Teófilo Dávila (Ver Oficio en Anexos).

Se entrevistó personalmente a la paciente, preservando su identidad, y aplicando los principios éticos, con la finalidad de obtener información detallada de la evolución de su enfermedad que no se refleja en la historia clínica única.

### **3.3. SISTEMA DE CATEGORIZACIÓN EN EL ANÁLISIS DE DATOS**

**Historia Clínica:** cada uno de los componentes de este documento legal se desintegraron en diferentes categorías de análisis, entre las cuales se mencionan las siguientes:

**Datos de filiación:** son los datos personales que el paciente refiere, en relación a la edad, género, ocupación, nivel de educación y lugar de residencia.

**Motivo de consulta:** es la razón por la cual acude al centro hospitalario para la atención médica ante su enfermedad, que por lo general el principal motivo es el dolor.

**Antecedentes patológicos:** tiene que ver con las enfermedades previas que tanto el paciente como sus familiares han presentado a lo largo de su vida y que podría tener relación con su enfermedad actual.

**Signos vitales:** son aquellas medidas que toma el profesional de enfermería principalmente para valorar el estado hemodinámico del paciente.

**Exploración física:** es el examen físico que se hace de manera céfalo-caudal a fin de detectar alguna anomalía en alguna parte del cuerpo humano a través de la inspección, palpación, auscultación y percusión.

**Enfermedad actual:** es la entidad patológica por la que en ese momento el paciente está atravesando, y que luego de la valoración médica, se decide el ingreso hospitalario previo diagnóstico.

**Tratamiento médico:** son las prescripciones que el médico refleja durante el pase de visita, indicando la dosis, la frecuencia y la duración que el medicamento tendrá que administrarse al paciente mientras se encuentre hospitalizado.

**Exámenes de laboratorio:** es una prueba diagnóstica que permite examinar a partir de las muestras obtenidas (sangre, heces, orina) si existen alguna alteración en alguno de los parámetros de referencia.

**Ecografía abdominal:** es un estudio imagenológico que permite visualizar a órganos internos de la cavidad abdominal, con el objetivo de revelar algún hallazgo patológico en alguno de ellos.

**Reportes de enfermería:** es el registro que realiza el personal de enfermería por cada turno, en el que se establecen las observaciones y actividades enfocadas en el cuidado del paciente.

## CAPÍTULO IV. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

### 4.1 DESCRIPCIÓN Y ARGUMENTACIÓN TEÓRICA DE RESULTADOS

Datos de filiación: Paciente de 21 años de edad de sexo femenino, nacida en Guanazán, residente en el cantón Machala, estado civil soltera, instrucción primaria, ocupación: empleada doméstica, religión católica.

**Fecha de Ingreso:** 13/11/2018 Hora: 15:45

- Antecedentes patológicos personales: Pancreatitis aguda hace dos años hospitalizada.
- Antecedentes patológicos familiares: No Refiere.
- Antecedentes quirúrgicos: ninguno
- Antecedentes Obstétricos: FUM: 1-11-2018. Abortos: ninguno.
- Alergias: ninguna.

**Motivo de Ingreso:**

**13/11/2018 (15:45):** Paciente acude al área de Emergencia en el Hospital Teófilo Dávila por presentar cuadro clínico de 6 días de evolución caracterizado por dolor abdominal de moderada intensidad que ha progresado a gran intensidad acompañado de náuseas que llevan al vómito por varias ocasiones, hace 24 horas se suma alza térmica no cuantificadas, se coordina para la realización de exámenes de laboratorio.

**Examen físico**

Al examen físico de ingreso, como hallazgos relevantes se encontró paciente hipotensa, taquipneica e hipertérmica.

- Signos Vitales: T°: 38°C, TA: 70/40 mmHg, FC: 100 lpm, FR: 24 rpm, SO<sub>2</sub>: 99%.
- Facies álgicas. Mucosas orales secas.
- Cuellos sin adenopatías.
- Neurológico: Glasgow 15/15, consciente, orientado en las 3 esferas.
- Piel: semipálida, sin evidencia de lesiones dérmicas, turgente.
- Ojos: conjuntivas rosadas, pupilas isocóricas, reactivas a la luz.
- Tórax: simétrico, campos pulmonares conservados.
- Corazón: ruidos cardiacos rítmicos, normofonéticos, no se auscultan soplos.
- Pulmonar: ruidos hidroaéreos conservados.

- Abdomen: semiblando doloroso a la palpación superficial en epigastrio y mesogastrio.
- Extremidades: simétricas, sin presencia de adenopatías ni edema.

**Diagnóstico de ingreso:** Pancreatitis aguda severa

**Evolución:** dada la clínica que presentó la paciente y los hallazgos de laboratorio (glóbulos blancos: 21.69 UL; neutrófilos: 83.7%; linfocitos: 8.9%; hematocrito: 38.6%; glucosa: 113 mg/dl, bilirrubina total: 1.61 mg/dL; bilirrubina directa: 1.05 mg/dl; creatinina: 0.43 mg/ dl, amilasa de 1.322 UL y lipasa de 1.319 U/L (Ver Tabla N° 1 en Anexo), médico de turno decide su ingreso hospitalario.

·APACHE II: 10 puntos

·SOFA: 2 puntos

·BISAP: 2 puntos

#### **4.1.2 REPORTE DE ENFERMERÍA**

**13/11/2018 TURNO DE 13:00 A 19:00 (15:45)** Ingresa al área de emergencia, usuario femenina de 12 años de edad con diagnóstico médico de Pancreatitis aguda severa, examen físico neurológico de 15/15, patrón respiratorio espontáneo sin soporte de O<sup>2</sup> con saturación de oxígeno 95%, hipotérmica 34.5°C, ritmo sinusal, frecuencia cardiaca con tendencia a la taquicardia, se coloca catéter venoso central (CVC) en yugular derecha externa, con catéter periférico #18 vía permeable, se administra bolo de 500 ml de Solución Salina al 0.9 %, NPO con sonda nasogástrica, refiere dolor abdominal, diuresis por medio de sonda Foley, con, queda de cuidado y observación, pendiente resultados de exámenes de laboratorio.

**14/11/2018 TURNO DE 07:00 A 14:30** Paciente consciente, orientada en tiempo, espacio y persona con Glasgow de 15/15, pupilas isocóricas, reactivas a la luz, facies pálidas, mucosas orales semihúmedas, con presencia de sonda nasogástrica bien cerrada, con tórax simétrico, monitorización continua de PA: 98/57 mmHg, FC: 86 x1 , R: 16 x1, T°: 37.1 °C, SO2: 97 %, con su abdomen tenso doloroso a la palpación, zona genital normal con presencia de sonda vesical permeable, por lo cual elimina diuresis de pigmentación colúrica, tono y fuerza muscular conservable.

**15/11/2018 TURNO 19:00 a 07:00** Paciente durante el turno permanece tranquila, durmiendo en intervalos normales, hemodinámicamente estable TA: 114/67 mmHg, FC: 64 lpm, FR:18 rpm, T°: 37.5 °C, SO<sub>2</sub>: 97-98%, tolerando oxígeno al ambiente, facies semipálidas, en su nariz presencia de sonda nasogástrica, la cual permanece cerrada, se realiza nebulizaciones, con sus mucosas orales húmedas, con CVC pasando medicación prescrita por bomba de infusión tórax simétrico con presencia de electrodos, abdomen blando y no doloroso a la palpación, diuresis colúrica, genitales íntegros, extremidades simétricas, se administra su crema anti escara y cambio de posición. NOTA: No se realiza el control de glicemia porque no hay tirillas.

**16/11/2018 TURNO 13:00 a 20:30** Paciente se encuentra en condiciones generales, consciente, orientada en las tres esferas, con presencia de CVC permeable, con febrícula de 37.7°C, TA: 105/72 mmHg, FC: 76 lpm, FR: 18 rpm. Refiere tener dolor leve a nivel de flanco izquierdo, se observa facies rubicundas, reflejo nauseoso presente, llenado capilar conservado.

**17/11/2018 TURNO 19:00 A 07:00** Paciente hemodinámicamente estable, recibe tratamiento médico indicado, se le realiza terapia respiratoria, presencia de CVC. Signos vitales: TA: 122/80 mmHg, FC: 61 lpm, FR: 25 rpm.

**18/11/2018 TURNO 19:00 a 07:00** Recibe tratamiento indicado por su vía central y se realiza terapia respiratoria, no se realiza control de glicemia por no tener tirillas. Diuresis 4105, gasto urinario 4.2 cc k/h en 24 horas.

**19/11/2018 TURNO 07:00 a 13:00** Paciente con escala de Glasgow 15/15, facies pálidas, mucosas orales semihúmedas, cuello presencia de vía central, rubicundo, abdomen blando depresible no doloroso a la palpación, genitales íntegros, diuresis de 760 cc y gasto urinario de 6.3 cc k/h. Pasa al área de cirugía, consciente orientada. Pendiente: TAC de abdomen y orden de ecografía de hígado y vías biliares.

**20/11/2018 TURNO 07:00 A 13:00** Paciente durante el turno consciente, facies pálidas, respiración espontánea, sin presencia de edema, terapia respiratoria con TRIFLU, pendiente colangiografía y se ejecuta cuidados de enfermería. TA: 110/60 mmHg, FC: 72 lpm, T°: 37°C, FR: 20 rpm.

**21/11/2018 TURNO 13:00 A 20:30** Paciente hemodinámicamente estable, con presencia de CVC, pendiente interconsulta con gastroenterología y colangiografía. TA: 110/70 mmHg, FC: 74 lpm, FR: 20 rpm.

**22/11/2018 TURNO 07:00 a 13:00** Paciente hemodinámicamente estable, abdomen blando no doloroso a la palpación, micción espontánea, extremidades inferiores con tono y fuerza muscular conservado, micción 1, no realiza deposición durante el turno. TA: 80/60 mmHg, FC: 70 lpm, T°: 36.65°C, FR: 20 rpm.

**23/11/2018 TURNO 19:30 a 07:00** Paciente durante el turno de la noche permanece tranquilo, orientado, signos vitales estables: TA 100/60, FC: 72 lpm, FR: 20 rpm, T° 36.6°C, facies ligeramente pálidas, mucosas orales semihúmedas, abdomen blando depresible no doloroso a la palpación, tono y fuerza muscular conservado, vía venosa permeable, se administra tratamiento médico indicado. Pendiente: trámite de referencia a unidad de mayor complejidad (trabajo social).

**24/11/2018 TURNO 13:00 a 20:30** Paciente permanece en reposo, consciente, orientado en tiempo, persona y espacio, facies ligeramente pálidas, se encuentra con CVC en espera de CPRE, se administra tratamiento médico indicado.

#### **4.1.3 PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PANCREATITIS AGUDA SEVERA**

De acuerdo con la valoración de enfermería según establece Virginia Henderson en su Teoría, se procedió a la propuesta de los planes de cuidados de enfermería que permitirán restaurar su salud para lo cual, los datos encontrados se organizan secuencialmente según las cinco etapas del PAE, que a continuación se detallan:

#### **VALORACIÓN DE ENFERMERÍA SEGÚN LA TEORÍA DE VIRGINIA HENDERSON**

La valoración de enfermería se llevó a cabo mientras la paciente fue ingresada a la UCI y posteriormente lleva a sala de hospitalización.

**1.Respirar normalmente:** inicialmente la respiración se vio afectada, dado que la paciente presenta taquipnea con una frecuencia respiratoria de 24 respiraciones por minuto, acompañado de disnea, se administró oxigenoterapia debido a que la paciente



desatura en reiteradas ocasiones mientras se encontraba en UCI y posteriormente su respiración mejoró hasta alcanzar los niveles normales (eupneico).

- 2.Comer y beber adecuadamente:** sonda nasogástrica permeable recibiendo alimentación enteral, comenzando con dieta líquida, semiblanda, sin grasas.
- 3.Eliminar los desechos corporales:** presentó náuseas que llevaron al vómito en varias ocasiones. Presencia de sonda vesical Foley con diuresis de pigmentación colúrica.
- 4.Moverse y mantener posturas correctas:** dado al cuadro clínico de la paciente hubo la necesidad de trasladar a la unidad de cuidados intensivos para una valoración estricta en reposo absoluto, posteriormente se aplica crema antiescaras para evitar las úlceras por presión, también se realiza cambios de posición.
- 5.Dormir y descansar:** debido al dolor abdominal de gran intensidad, la paciente presenta insomnio principalmente por las noches, luego de la administración de analgésicos, paciente refiere sentirse mejor y poder conciliar el sueño.
- 6. Elegir la vestimenta adecuada de acuerdo al clima, así como la capacidad de vestirse y desvestirse:** aunque esta necesidad no se vio afectada, la paciente contaba con el apoyo de su familiar y personal de enfermería.
- 7.Mantener la temperatura corporal dentro de los parámetros normales:** al ingreso hospitalario presentó hipertermia, sin embargo, posteriormente la temperatura corporal fluctúa con hipotermia 34.5°C y con la administración de medicamentos antipiréticos y los cuidados de enfermería la temperatura corporal se encuentra dentro de lo normal.
- 8.Mantener el cuerpo limpio, aseado y proteger la integridad de la piel:** se realiza el aseo bucal TID con clorhexidina al 0.12% y el aseo diario con clorhexidina al 2%.
- 9.Evitar peligros y evitar lesionar a otras personas:** presenta riesgo medio de caídas, y consciente permanentemente, con escala de Glasgow 15/15 por lo que no hay peligro de que la paciente lesione a quienes le rodean.
- 10.Comunicarse con los demás, expresar sentimientos, emociones, necesidades, opiniones:** Se comunica con lenguaje poco claro, refiere haber consumido alcohol por mucho tiempo y además sentirse preocupada por el impacto de su enfermedad en su calidad de vida.

**11.Rendir culto de acuerdo a su propia fe:** religión católica.

**12.Ocuparse en algo que le haga sentirse realizado consigo mismo:** por el momento labora como empleada doméstica, no culminó sus estudios.

**13.Participar en las diferentes actividades recreativas:** refiere no realizar ejercicio con frecuencia.

**14.Aprender, descubrir y satisfacer la curiosidad y utilizar los recursos sanitarios:** manifiesta poco interés en aprender acerca de los cuidados que debe seguir para implementar en su estilo de vida cuando sea dada de alta en el hospital y adherirse al tratamiento médico para su pronta recuperación.

## **DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA**

En esta etapa se priorizaron los problemas principales de la paciente, entre los cuales se mencionan los siguientes:

- (00132) Dolor agudo R/agentes lesivos biológicos M/P verbalización de dolor, facies álgicas, inquietud, gemidos.
- (00004) Riesgo de infección R/C procedimiento invasivo E/P presencia de sonda vesical, sonda nasogástrica, vía venosa M/P hipertermia.
- (00002) Desequilibrio nutricional R/C incapacidad para digerir o absorber nutrientes debido a factores biológicos M/P aversión de la comida, sequedad de la piel y mucosas.
- (00085) Deterioro de la movilidad física R/C pancreatitis aguda severa M/P reposo en cama, debilidad generalizada, informe verbal de discomfort.
- (00081) Manejo inefectivo del régimen terapéutico R/C complejidad del régimen terapéutico: realización de CPRE, M/P verbalización de la dificultad con la integración de uno o más de los regímenes prescritos para el tratamiento de la enfermedad.

**PLANIFICACIÓN:** La planificación de las actividades de enfermería de acuerdo a los diagnósticos de enfermería identificados se refleja en Anexos.

**EJECUCIÓN:** Como se trata de una propuesta, las intervenciones de enfermería no se pusieron en marcha, más bien es una sugerencia para el alivio de las molestias en pacientes con pancreatitis aguda severa.

**EVALUACIÓN:** Cabe mencionar, que para evaluar los resultados NOC, se utilizó la escala de Likert, con sus respectivos indicadores, los cuales varía dependiendo del diagnóstico de enfermería establecido.

NOTA: Los planes de cuidados de enfermería pueden apreciarse al final de este documento en la sección de Anexo

## 5. DISCUSIÓN

El presente estudio se propuso con el objetivo de analizar el caso de paciente con Pancreatitis aguda severa y a su vez, destacar el rol que cumple el profesional de enfermería frente a esta patología que continúa siendo un grave problema de salud pública.

Para la discusión de los resultados se consideraron los siguientes aspectos: edad, sexo, factores de riesgo, manifestaciones clínicas, diagnóstico, exámenes de laboratorio (amilasa/lipasa), estudios de imagen, tratamiento médico, complicaciones, la teoría de enfermería y el proceso de atención de enfermería de referencia aplicado en este caso.

En relación a la edad, Porto et al (2015) considerando los estadios: 1) leve, 2) moderada, 3) grave y 4) crítica de la PA, en ese orden, la media se presentó en personas adultas: 48,9 años, 55,5 años, 71,6 años y 70 años respectivamente (66), similar a lo encontrado por Ríos et al (2017) (67), en ambas investigaciones permaneció prevalente el sexo femenino. En contraste con el presente estudio, coincide con respecto al sexo, pero diverge de la edad ya que se trata de una paciente joven adulta de 21 años de edad con diagnóstico de Pancreatitis aguda severa.

En cuanto a la etiología de la Pancreatitis aguda severa, el alcohol se presenta con mayor frecuencia en hombres, mientras que en las mujeres es más común que la causa sea por cálculos biliares (25), tales resultados son corroborados por Bogado et al (2015) en su investigación (68). Suzuki et al (2014), sugieren que la etiología en el caso de los niños puede deberse a: medicamentos, infecciones, traumatismos y las anomalías anatómicas, por ejemplo, quistes de colédoco (29).

Los resultados obtenidos en el estudio de Alfonso et al (2017), los factores de riesgo de la PA, encontrados fueron: alcoholismo (38,10%), tabaquismo (23,81%), litiasis de vías biliares y antecedentes de pancreatitis (22,22%), diabetes mellitus e hiperlipidemia (9,52%), infecciones (4,76%), tumores (3,17%), idiopática (28,57%), trauma abdominal y asma bronquial (1,59%) (40). Por otro lado, la investigación de Sempere et al, revela que los pacientes diagnosticados con Pancreatitis aguda severa, y obesos tuvieron una comorbilidad significativamente mayor, una mayor proporción de Pancreatitis grave, y una respuesta inflamatoria sistémica más intensa (69). Otro estudio realizado en el 2013, demuestra en los resultados que la Pancreatitis aguda severa después de la CPRE

corresponde al 8,69% (70), por lo tanto, ante esta situación se recomienda que el médico debe evaluar esta posibilidad, especialmente debido al riesgo potencial que esta complicación podría tener en estos pacientes.

Cargua & Salvador (2017) afirman que la clínica del dolor abdominal, los hallazgos encontrados en la exploración física y la localización nos da una idea topográfica de una probable etiología diagnóstica. Por ejemplo, si el dolor se presenta en el cuadrante inferior derecho se sospecha de una apendicitis, si está en el cuadrante superior derecho (colecistitis), en el cuadrante inferior izquierdo (diverticulitis sigmoidea), y por último si persiste en epigastrio (pancreatitis) (71). Por su parte, Vera (2011), manifiesta que las manifestaciones clínicas nos orienta a Pancreatitis aguda severa, por la presencia del dolor repentino, persistente y se irradia habitualmente a la región lumbar, en forma de cinturón en un 90% de los pacientes, se vincula también con la aparición de otros síntomas como: náuseas, vómitos, distensión abdominal, el íleo paralítico, la ictericia y el colapso cardiocirculatorio (32), con menor frecuencia: anorexia e hipertermia, signo de rebote por la palpación abdominal, peristalsis disminuida y rara vez, en casos excepcionales se presenta los signos de Grey-Turner, que se caracteriza por la coloración violácea en zonas locales alrededor del ombligo y en los costados que corresponde a una Pancreatitis aguda hemorrágica (72). En el presente estudio, la sintomatología que presentó la paciente fue dolor abdominal de grave intensidad, con náuseas que llegan al vómito por varias ocasiones, hipotensión, temperatura corporal fluctuante con cifras desde 34.5 a 38 °C, lo cual coincide con lo reportado por investigaciones previas.

Un estudio realizado hace 10 años por Sutton et al, muestra que de los 44 pacientes (2,9%) diagnosticados de Pancreatitis aguda severa, 28 de ellos (63,6%) presentaron un aumento de amilasa y lipasa sérica por 3 ocasiones fuera del rango normal, donde la lipasa tiene una sensibilidad mayor que la amilasa (64% vs. 50%) y una especificidad de (97% vs 99%) respectivamente (73), lo cual puede deberse a que está elevada durante más tiempo (74). Por otro lado, otro aspecto interesante a considerar es cuando estos niveles séricos se mantienen por debajo de los parámetros normales se trata de una pancreatitis crónica (75). Por esta razón, Muniraj et al (2015) recomiendan que cuando el diagnóstico no está claro, el tratante debe contar con la experticia necesaria para establecer diagnósticos diferenciales a fin de conocer las diversas causas que pudieran desencadenar un incremento en los niveles séricos de amilasa y lipasa (76). En definitiva, tales resultados han reforzado nuestro punto de vista sobre la correlación existente entre estas enzimas

como valores predictivos para Pancreatitis aguda severa. Estos resultados concuerdan con el presente estudio, ya que los exámenes de laboratorio que le realizaron a la paciente reflejaron evidentemente un aumento significativo de los valores de las enzimas pancreáticas de amilasa (1.322 UL) y lipasa (1.319 UL), las cuales se elevan debido a la fuga de células acinares pancreáticas en el espacio intersticial y su posterior absorción en la circulación.

Los estudios de imagen considerados de mayor precisión son: la TC y la RM. En este caso, a la paciente le realizaron una ecografía abdominal, cuyo informe médico por imagenología revela que el colédoco presenta imagen sugestiva de quiste, por lo que se sugiere realizar TC simple y contrastada de abdomen, en la base del tórax se observa presencia de derrame pleural bilateral que se asocia atelectasia basal derecha, el páncreas impresiona aumentado de tamaño de aspecto globuloso, con presencia de edema, ecogenicidad heterogénea, no se precisa colecciones intra o peripancreática, presencia de ligera cantidad de líquido libre en cavidad, más evidente en Morrison y espacio esplenorrenal (Ver Tabla N° 5).

En cuanto al tratamiento, basándonos en los resultados de Moggia et al (2017), no hay evidencia de que cualquier terapia farmacológica agregado a la atención de apoyo disminuye las muertes a corto plazo, por lo que los ensayos futuros deben incluir la calidad de vida relacionada con la salud y su vez, deben seguir a los pacientes por lo menos de 3 a 12 meses (77). Conforme con Motta et al (2015), en su estudio plantea la idea de que “menos es más”, opuesto a lo estipulado por otros investigadores respecto a que una fluidoterapia agresiva conlleva mejores resultados (78). Bolado y colega (2016), aseveran que el pilar del tratamiento es la fluidoterapia intravenosa, para lo cual se recomienda el uso de Ringer de Lactato (38) y debe evitarse la administración de soluciones coloides (63). No obstante, en el presente estudio, el médico de turno prescribió administrar Solución Salina al 0.9% 2000 ml vía intravenosa en dos horas y luego a 150 ml/hora. En lo que respecta al ámbito nutricional, debe iniciarse con líquidos claros conforme a la tolerancia se podía optar por dietas sólida (79), mientras en casos como PA grave, la nutrición se da a través de una sonda nasogástrica.

Gaap & Chandra (2018), han especulado que el riesgo del desarrollo de complicaciones y la muerte (con presencia de falla multiorgánica, shock hipotensivo, peritonitis severa) es mayor cuando el individuo con Pancreatitis aguda severa, padece de comorbilidades

(80), como diabetes mellitus tipo 2 hipertensión, hiperlipidemia, cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular, insuficiencia renal, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y asma (81). Para Fisher & Gardner (2012), Quinlan & Murphy et al (2014), es de suma importancia la intervención y el tratamiento oportuno durante las primeras 48 a 72 horas, así como el monitoreo para prevenir la morbi-mortalidad asociadas con el agravamiento esta enfermedad (82,83,84). En este caso, la paciente fue ingresada a UCI el 13 de noviembre del 2018 para observación estricta por el personal de salud, su evolución fue poco satisfactoria.

Si bien el PAE es considerado el método científico de la disciplina de enfermería, estudios previos evidencian la falta de su aplicación como tal, como el de Gutiérrez et al (2017) quienes asocian varios factores de riesgo que limitaron su uso, tales como: falta de tiempo (98%), no forma parte de sus funciones laborales (14%), la preparación recibida en la universidad es insuficiente (6%) y poco conocimiento (2%) (85), similares resultados fueron encontrados por otros investigadores: Pokorski et al; Kabir & Hasantehrani (2009), Shelile et al (2014); Batista & Alvarado (2015) (86,87,88). En consecuencia, Tiga y colegas (2014), promueven la participación por parte de los docentes para evaluar desde las aulas de tercer nivel de educación y con ello garantizar que los estudiantes de enfermería cumplan con las competencias, los conocimientos y aptitudes necesarias para que en el futuro brinden cuidados de calidad al ejercer su profesión (89).

Desde esta perspectiva, es importante considerar un modelo de enfermería de práctica profesional caracterizado por un sistema compuesto de estructura, procesos, y los valores que apoyan los profesionales de enfermería en la prestación de los cuidados. Huitzi et al (2014), afirman que la teoría de Virginia Henderson es el postulado más conocido y más utilizado en los últimos años a nivel mundial para implementar el proceso de enfermería, en ese sentido, los profesionales enfermeros aceptan la propuesta de satisfacer las necesidades de los pacientes y buscan generar la independencia de cada persona (90). La relación enfermera-paciente es fundamental, la cual se logra efectivamente, mediante una actitud empática, una buena comunicación, la confianza y seguridad que proporcionamos al enfermo cuando se realicen los procedimientos de rutina por el contrario, si esto no sucede, surgirán problemas que afectarán en su recuperación y a su vez su estadía hospitalaria se prolongará por más tiempo (91).

Por último, cabe mencionar que un entorno de trabajo propicio y el trabajo en beneficia no solo al paciente sino también al personal de enfermería, médicos e institución sanitaria. En relación a los pacientes, reduce las tasas de mortalidad y ellos se sienten más satisfechos con la atención recibida, para la práctica asistencial de enfermería contribuye a mayores niveles de satisfacción profesional y menores niveles de agotamiento, mientras que para las instituciones sanitarias se da una reducción del ausentismo por parte de los profesionales de la salud (92).



## 6. CONCLUSIONES

El caso de la paciente femenina de 21 años de edad con pancreatitis aguda severa, analizado mediante la historia clínica y la búsqueda de referencias bibliográficas permitió comparar la congruencia con los resultados de otros autores. En ese sentido, los hallazgos de interés encontrados como: edad, sexo, factores de riesgo, manifestaciones clínicas, diagnóstico, exámenes de laboratorio (amilasa/lipasa), estudios de imagen, tratamiento y complicaciones coinciden significativamente con lo reportado por investigadores.

Actualmente, es claro que las teorías de enfermería, aunque son conocidas por los estudiantes y profesionales de enfermería desafortunadamente no son utilizadas a menudo, porque probablemente no consideren necesario en el ámbito laboral, sin embargo, cabe destacar la importancia que reflejan los postulados establecidos por enfermeras que a lo largo de los años han trascendido notablemente y que han hecho grandes aportaciones en esta disciplina. En el presente estudio de caso, la teoría de enfermería que se tomó en cuenta fue la de Virginia Henderson, acerca de las 14 necesidades básicas del ser humano, siendo las más afectadas: 2: alimentación e hidratación; 4: movilización y 9: seguridad/protección.

Finalmente se concluye que, el proceso de atención de enfermería aplicado en pacientes con Pancreatitis aguda severa, realza el rol de los profesionales de enfermería al considerar este método científico en el ámbito académico y laboral.

## **7. RECOMENDACIONES**

Los profesionales de la salud, poner en práctica los protocolos establecidos por el Ministerio de Salud Pública vigente en nuestro país, para el manejo adecuado de pacientes con Pancreatitis aguda severa.

El docente de la carrera de enfermería, motivará a sus estudiantes a realizar estudios de caso, que sin duda enriquecerá los conocimientos en investigación científica y además de promover el desarrollo del pensamiento crítico, dado que para la realización de este tipo de trabajos se requiere de un análisis profundo para comprender aspectos relevantes en esta disciplina.

A los estudiantes de la carrera de enfermería, considerar como teoría epistemológica de referencia en los trabajos de análisis de caso, algún modelo de enfermería que se relacione satisfactoriamente con el mismo, y que además lo tengan como referencia no solo en el ámbito académico sino también en el laboral.

# ANEXOS



**Memorando Nro. MSP-CZ7-HTD-GDI-2018-0187-M**

**Machala, 11 de diciembre de 2018**

**PARA:** Lcda. ~~Enf.~~ Sandra Verónica Falconi Peláez

Srta. Ing. Nelis Isabel Hurtado León  
**Analista Responsable de Admisiones**

**ASUNTO:** UTMACH - Lcda. Sandra Falconi - Solicita se permita tener acceso a información de Historia Clínica para realizar análisis del caso a Fajardo Nagua Nelson y Rivas Montesinos Andrés Nicolás

De mi consideración:

En respuesta al Documento No. MSP-CZ7-HTD-AUS-2018-2162-E, suscrito por la Lcda. Sandra Falconi en el cual Solicita se permita tener acceso a información de Historia Clínica # 394407, de la paciente Cuenca Cajamarca Eliana Estefanía para realizar análisis del caso a los estudiantes Fajardo Nagua Nelson y Rivas Montesinos Andrés.

En este sentido comunico que la presente investigación es de tipo descriptiva retrospectiva, no involucra el manejo de muestras biológicas, tampoco utiliza financiamiento de entidades públicas por lo cual consideramos factible se realice en nuestra institución.

Por lo tanto, solicitamos muy comedidamente se brinde todas las facilidades a los investigadores para que pueda acceder a la historia clínica y recopile la información necesaria para su investigación.

Particular que comunico para los fines pertinentes.

Atentamente,

**Dr. Rodrigo Moisés Carrión Castillo**  
**DOCENCIA E INVESTIGACIÓN**

Referencias:  
- MSP-CZ7-HTD-AUS-2018-2162-E

Anexos:

ínica para realizar analisis del caso a fajardo nagua nelson y rivas montesinos andres nicolas .pdf

**TABLA N°1. RESULTADOS DE LABORATORIO - HEMATOLOGÍA**

| <b>HALLAZGOS</b>             | <b>13/11/2018</b> | <b>14/11/2018</b> | <b>15/11/2018</b> | <b>RANGO DE REFERENCIA (mín. – máx.)</b> |
|------------------------------|-------------------|-------------------|-------------------|--|
| <i>Glóbulos Blancos</i>      | *21.69 U/l        | *19.49 U/l        | * 19.84 U/l       | 5.00 – 9.50                              |
| <i>Glóbulos Rojos</i>        | 4.26 U/l          | *3.83 U/l         | *3.63 U/l         | 4.00 – 5.50                              |
| <i>Hemoglobina</i>           | 13.20 g/dl        | *11.90 g/dl       | *11.20 g/dl       | 12.00 – 16.00                            |
| <i>Hematocrito</i>           | 38.60 %           | *35.30 %          | *33.90            | 36.00 – 48.00                            |
| <i>Plaquetas</i>             | 279.000 U/l       | 281.000 U/l       | 251.000           | 150.000 – 450.00                         |
| <i>Neutrófilos</i>           | * 83.7 %          | * 85.1 %          | * 89.1%           | 37.0 – 72.0                              |
| <i>Linfocitos</i>            | * 8.9 %           | * 7.7 %           | * 6.4 %           | 20.0 – 50.0                              |
| <i>Glucosa</i>               | *113 mg/dl        | 96 mg/dl          | *73 mg/dl         | 75 – 99                                  |
| <i>Creatinina</i>            | *0.43 mg/dl       | *0.38 mg/dl       | *0.42 mg/dl       | 0.70 – 1.20                              |
| <i>Urea</i>                  | 28.10 mg/dl       | 16.60 mg/dl       | *16.00 mg/dl      | 16.60 – 48.50                            |
| <i>Bilirrubina total</i>     | *1.61 mg/dl       | 0.87 mg/dl        | 0.54 mg/dl        | 0.00 – 1.10                              |
| <i>Bilirrubina directa</i>   | *1.05 mg/dl       | *0.47 mg/dl       | 0.24 mg/dl        | 0.00 – 0.30                              |
| <i>Bilirrubina indirecta</i> | 0.55 mg/dl        | 0.39 mg/dl        | 0.30 mg/dl        | 0.00 – 0.75                              |

|                |             |             |             |             |
|----------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| <i>Amilasa</i> | *1.322 U/l  | *1.443 U/l  | *881 U/l    | 28 – 100    |
| <i>Lipasa</i>  | *1.319 U/l  | *1.023 U/l  | * 556 U/l   | 13 – 60     |
| <i>Sodio</i>   | 139 mEq/l   | 143 mEq/l   | 137 mEq/l   | 135 – 145   |
| <i>Potasio</i> | *3.90 mEq/l | *3.40       | *3.30 mEq/l | 3.50 – 5.30 |
| <i>Cloro</i>   | *110 mEq/l  | * 115 mEq/l | *113 mEq/l  | 98 – 109    |

| <b>HALLAZGOS</b>        | <b>16/11/2018</b> | <b>18/11/2018</b> | <b>20/11/2018</b> | <b>24/11/2018</b> |
|-------------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| <i>Glóbulos Blancos</i> | *21.23            | *21.94 U/l        | *17.37 U/l        | *12.73 U/l        |
| <i>Glóbulos Rojos</i>   | *3.74             | *3.53 U/l         | *3.80 U/l         | 4.75 U/l          |
| <i>Hemoglobina</i>      | * 11.70 g/dl      | *11.10 g/dl       | *11.90 g/dl       | 13 g/dl           |
| <i>Hematocrito</i>      | * 34.40%          | *32.20%           | *34.10%           | 39 %              |
| <i>Plaquetas</i>        | 268.000           | 244.000           | 267.000           | 365.000           |
| <i>Neutrófilos</i>      | * 88.7%           | *88.1%            | 87.5%             | 64.4%             |
| <i>Linfocitos</i>       | * 6.0%            | *5.8%             | 7.9%              | 24.5%             |
| <i>Glucosa</i>          | 80 mg/dl          | 91 mg/dl          | *109 mg/dl        | *131 mg/dl        |

|                              |              |              |               |             |
|------------------------------|--------------|--------------|---------------|-------------|
| <i>Creatinina</i>            | *0.28 mg/dl  | *0.20 mg/dl  | * 0.24 mg/dl  | *0.44 mg/dl |
| <i>Urea</i>                  | *14.10 mg/dl | *12.30 mg/dl | * 12.80 mg/dl | 23.50 mg/dl |
| <i>Bilirrubina total</i>     | 0.52 mg/dl   | 0.53 mg/dl   | 0.47 mg/dl    | 0.58 mg/dl  |
| <i>Bilirrubina directa</i>   | 0.23 mg/dl   | 0.20 mg/dl   | 0.21 mg/dl    | 0.16 mg/dl  |
| <i>Bilirrubina indirecta</i> | 0.30 mg/dl   | 0.33 mg/dl   | 0.26 mg/dl    | 0.41 mg/dl  |
| <i>Amilasa</i>               | *730 U/l     | *430 U/l     | *290 U/l      | *212 U/l    |
| <i>Lipasa</i>                | * 510 U/l    | *490 U/l     | *386 U/l      | * 359 U/l   |
| <i>Sodio</i>                 | 139 mEq/l    | *134 mEq/l   | *134 mEq/l    | 137 mEq/l   |
| <i>Potasio</i>               | 3. 60 mEq/l  | * 3.40 mEq/l | 3.70 mEq/l    | *2.80 mEq/l |
| <i>Cloro</i>                 | *117 mEq/l   | *111 mEq/l   | 109 mEq/l     | 103 mEq/l   |

**TABLA N°2. RESULTADOS DE LABORATORIO - GASOMETRÍA ARTERIAL**

| <b>HALLAZGOS</b>           | <b>13/11/2018</b> | <b>15/11/2018</b> | <b>17/11/2018</b> | <b>18/11/2018</b> | <b>RANGO DE REF.<br/>(mín. – máx.)</b> |
|----------------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|--|
| <i>PH gases arteriales</i> | *7.310            | *7.260            | * 7.299           | 7.399             | 7.350 – 7.450                          |
| <i>PO2</i>                 | *169.7 mmHg       | *62.4 mmHg        | * 40.3 mmHg       | 97.6 mmHg         | 83.0 – 108.0                           |

|                      |            |            |           |             |             |
|----------------------|------------|------------|-----------|-------------|-------------|
| <i>PCO2</i>          | *29.0 mmHg | *29.5 mmHg | 33.4 mmHg | * 25.2 mmHg | 32.0 – 45.0 |
| <i>Saturación O2</i> | 99.3%      | 86.1%      | 67.2 %    | 97.4 %      | 95-100%     |
| <i>BE ecf</i>        | 8.9        | * - 14.1   | *-10.4    | * -9.6      | - 3.0 – 3.0 |

**TABLA N°3. RESULTADOS DE LABORATORIO- INMUNOLOGÍA**

|   |            |            |            |            |
|---|------------|------------|------------|------------|
| <p><b>PROCALCITONINA</b></p> <p>&lt;0.5 ng/ml representa un bajo riesgo de sepsis severa y/o shock séptico.</p> <p>&gt; 2.0 ng/ ml representan un alto riesgo de sepsis severa y/o shock séptico.</p> | 0.16 ng/ml | 0.12 ng/ml | 0.10 ng/ml | 0.0 - 0.50 |
|---|------------|------------|------------|------------|



**TABLA N° 4. RESUMEN DE TRATAMIENTO Y PROCEDIMIENTOS  
TERAPEÚTICOS**

|  |  |
|--|--|
| <p><b>13/11/2018</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Nada por vía oral (NPO)</li> <li>● Control de signos vitales.</li> <li>● Control de ingesta y excreta</li> <li>● Posición semifowler</li> <li>● Cloruro de Sodio al 0.9% 2000 ml IV pasar en 2 horas y luego a 150 ml/hora.</li> </ul>   | <p><b>14/11/2018</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Monitoreo signos vitales continuo</li> <li>● Control de ingesta y excreta</li> <li>● Control de Glasgow y pupilas.</li> <li>● Control de glicemia cada 8 horas.</li> <li>● Cabecera 30-45°</li> <li>● Aseo bucal TID con clorhexidina al 0.12%.</li> <li>● Aseo diario con clorhexidina al 2%.</li> <li>● Cambios de posición.</li> <li>● Solución salina 0.9% IV 120 ml/h.</li> <li>● Piperacilina + Tazobactam 4.5 g IV cada 8 h.</li> <li>● Solución salina 0.9% 1000cc + 1 ampolla Fentanilo IV a 5 ml/h.</li> <li>● Omeprazol 40 mg IV cada 12 h.</li> <li>● Solución Salina 0.9% 500 cc IV STAT</li> <li>● Levofloxacino 500 mg IV cada 12 h.</li> <li>● Amikacina 1 g IV QD</li> </ul>  |
| <p><b>19/11/2018</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Dieta líquida</li> <li>● Control signos vitales cada 8 h.</li> <li>● Control de ingesta y excreta</li> <li>● Posición semifowler</li> <li>● Solución salina 0.9% 1000 cc + cloruro de potasio 20 mEq IV a 40 ml/h.</li> <li>● Omeprazol 40 mg IV QD</li> <li>● Paracetamol 1g IV c/8 h</li> <li>● Meropenem 1 g IV c/8 h (3)</li> <li>● Levofloxacino 500 mg IV c/12 h (5)</li> <li>● Ácido ascórbico 2 g IV QD</li> <li>● Fitomenadiona 10 mg IV c/12 h.</li> <li>● Ejercicios con triflu c/h</li> <li>● Interconsulta terapia física y respiratoria.</li> <li>● TAC simple de tórax</li> <li>● TAC trifásico abdominal 8:30 am</li> <li>● ECO abdominal</li> <li>● Revaloración con resultados.</li> </ul> | <p><b>20/11/2018</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Dieta blanda hipograsa + líquidos</li> <li>● Control signos vitales cada 8 h.</li> <li>● Cuidados de enfermería</li> <li>● Control de glicemia QD</li> <li>● Posición semifowler</li> <li>● Deambulación</li> <li>● Solución salina 0.9% 1000 cc + cloruro de potasio 20 mEq IV a 40 ml/h.</li> <li>● Omeprazol 40 mg IV QD</li> <li>● Meropenem 1g IV c/8 h. (7)</li> <li>● Levofloxacino 500 mg IV c/12 h (6).</li> <li>● Amikacina 1 IV QD (6)</li> <li>● Ácido ascórbico 2 g IV c/12 h.</li> <li>● Ejercicios respiratorios con triflu</li> <li>● Pendiente valoración por gastroenterología.</li> <li>● Biometría hemática de control.</li> <li>● Continuar trámite de referencia a unidad de mayor complejidad (Trabajo social)</li> <li>● Comunicar novedades.</li> </ul> |

|  |  |
|--|--|
| <p><b>21/11/2018</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Continuar iguales indicaciones.</li> <li>· Iniciar trámite para colangiografía.</li> </ul>   | <p><b>22/11/2018</b></p> <p>Continuar iguales indicaciones.</p>  |
| <p><b>23/11/2018</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Dieta blanda hipograsa + líquidos</li> <li>● Control de signos vitales c/8 h</li> <li>● Cuidados de enfermería</li> <li>● Posición semifowler</li> <li>● Deambulación</li> <li>● Solución salina 0.9% 1000 ml pasar IV a 40 ml/h</li> <li>● Omeprazol 40 mg IV QD</li> <li>● Meropenem 1 g IV c/8 h (7)</li> <li>● Levofloxacino 500 mg IV c/12 h (7)</li> <li>● Amikacina 1g IV QD</li> <li>● Fitomenadiona 10 mg IV c/12 h</li> <li>● Ejercicios respiratorios con trifu</li> <li>● Pendiente valoración por gastroenterología</li> <li>● Continuar trámite de referencia a unidad de mayor complejidad (trabajo social).</li> <li>● Comunicar novedades.</li> </ul> | <p><b>24/11/2018</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Nada por vía oral</li> <li>● Control de signos vitales</li> <li>● Posición semifowler.</li> <li>● Deambulación.</li> <li>● Dextrosa al 5% e solución salina 1000 cc IV a 60 ml/h</li> <li>● Omeprazol 40 mg IV QD</li> <li>● Meropenem 1 g IV c/8 h (8)</li> <li>● Levofloxacino 500 mg IV c/12 h (8)</li> <li>● Amikacina 1 g IV QD (10)</li> <li>● Ácido ascórbico 2 g IV QD</li> <li>● Fitomenadiona 10 mg IV QD</li> <li>● Colangiografía 10 am</li> <li>● Comunicar novedades.</li> </ul> |

## TABLA N°5 INFORME DE IMAGENOLOGÍA-TAC SIMPLE Y CONTRASTADA DE ABDOMEN

- En la base del tórax se observa presencia de derrame pleural bilateral que se asocia atelectasia basal derecha.
- El hígado de tamaño normal, en el segmento VIII presencia de imagen de aspecto quístico que mide 13 x 8mm, no realza después de la administración del medio de contraste.
- Vesícula biliar de pared gruesa, no observó imágenes ocupativas en su luz por este método.
- No se observan dilatación de vías biliares intrahepáticas, el colédoco presenta dilatación focal en su tercio medio donde mide 23 mm, a nivel distal el colédoco es de tamaño conservado.
- El páncreas está incrementado de tamaño de aspecto globuloso.
- El estómago y duodeno distendidos con contenido líquido en su interior, no se precisa niveles hidroaéreos.
- El bazo es de tamaño normal, con densidades homogéneas en estudio simple y contrastado.
- Ambos riñones con bordes regulares, relación corticomedular conservada, densidades homogéneas que se observan en fase nefrográfica.
- A nivel del ovario izquierdo presencia de imagen hipodensa que mide 30 x 28 mm.
- Líquido laminar a nivel periesplénico.

### CONCLUSIONES:

- DILATACIÓN A NIVEL DEL TERCIO MEDIO DEL COLÉDOCOC, SUGIERE QUISTE TIPO IB.
- COMPLEMENTAR CON COLANGIORESONANCIA.
- PANCREATITIS EDEMATOSA
- IMAGEN QUISTICA HEPÁTICA
- QUISTE EN OVARIO IZQUIERDO + DERRAME PLEURAL BILATERAL.

**TABLA N°6. PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN DOLOR AGUDO**

**NECESIDAD AFECTADA: 9 SEGURIDAD Y PROTECCIÓN**

| <b>DIAGNÓSTICO (NANDA)</b>  | <b>RESULTADOS (NOC)</b>   | <b>INTERVENCIONES (NIC)</b>   | <b>EVALUACIÓN</b>   |
|---|---|---|---|
| <p>(00132) Dolor agudo R/agentes lesivos biológicos M/P verbalización de dolor, facies álgicas, inquietud, gemidos.</p> | <p><b>(2102) Nivel del dolor</b></p> <p><b>Indicadores:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dolor referido</li> <li>2. Duración de los episodios del dolor.</li> <li>3. Expresiones faciales de dolor.</li> </ol> | <p><b><u>1400) Manejo del dolor</u></b></p> <p>Valoración exhaustiva del dolor: localización, características, duración, frecuencia, intensidad del dolor y factores desencadenantes.</p> <p><b><u>(2210) Administración de analgésicos</u></b></p> <p>Comprobar las prescripciones médicas en cuanto a medicamento, dosis y frecuencia del analgésico indicado.</p> <p>Verificar el historial de alergias a medicamentos.</p> <p>Controlar los signos vitales antes y después de la administración de analgésicos.</p> <p>Evaluar la eficacia del analgésico a intervalos regulares.</p> <p>Registrar la respuesta al analgésico y cualquier efecto adverso.</p> | <p><b>Escala:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Grave</li> <li>2. Sustancial</li> <li>3. Moderado</li> <li>4. Leve</li> <li>5. Ninguno</li> </ol> <p><b>Indicadores:</b></p> <p>Mantener a:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Grave (1)</li> <li>2. Moderado (3)</li> <li>3. Sustancial (2)</li> </ol> <p><b>Mantener en: 6</b></p> <p>Aumentar a:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Moderado (3)</li> <li>2. Leve (4)</li> <li>3. Ninguno (5)</li> </ol> <p><b>Aumentar en: 12</b></p> |

**TABLA N°7. PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN RIESGO DE INFECCIÓN**

**NECESIDAD AFECTADA: 9 SEGURIDAD Y PROTECCIÓN**

| <b>DIAGNÓSTICO (NANDA)</b>  | <b>RESULTADOS (NOC)</b>   | <b>INTERVENCIONES (NIC)</b>   | <b>EVALUACIÓN</b>   |
|---|---|---|---|
| <p>(00004) Riesgo de infección R/C procedimiento invasivo E/P presencia de sonda vesical, sonda nasogástrica, vía venosa M/P hipertermia.</p> | <p align="center"><b><u>(0703) Estado infeccioso</u></b></p> <p><b>Indicadores:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fiebre</li> <li>2. Signos/síntomas relacionados con flebitis: dolor, calor, rubor y tumor.</li> <li>3. Aumento de leucocitos</li> </ol> | <p align="center"><b><u>(6550) Protección contra las infecciones</u></b></p> <p>Observar los signos y síntomas de infección sistémica y localizada (enrojecimiento, calor externo o drenaje en la piel y las membranas mucosas).</p> <p>Observar el grado de vulnerabilidad del paciente a las infecciones.</p> <p>Mantener las normas de asepsia para el paciente de riesgo.</p> <p>Realizar técnicas de aislamiento, si es preciso.</p> <p>Proporcionar los cuidados adecuados a la piel en las zonas edematosas.</p> <p align="center"><b><u>(1876) Cuidados del catéter urinario</u></b></p> <p>Mantener el sistema de drenaje urinario cerrado.</p> <p>Mantener la permeabilidad del sistema de catéter urinario.</p> <p>Limpiar la zona dérmica genital a intervalos regulares.</p> | <p><b>Escalas:</b></p> <p>Intenso (1, Sustancial (2), Moderado (3), Ligero (4) y Ninguno (5).</p> <p><b>Indicadores:</b></p> <p><b>Mantener a:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sustancial (4)</li> <li>2. Moderado (3)</li> <li>3. Intenso (1)</li> </ol> <p><b>Mantener en: 8</b></p> <p><b>Aumentar a:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ligero (4)</li> <li>2. Ninguno (5)</li> <li>3. Moderado (3)</li> </ol> <p><b>Aumentar en: 12</b></p> |

**TABLA N°8. PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA**

**NECESIDAD AFECTADA: 4 Movilización**

| <b>DIAGNÓSTICO (NANDA)</b>  | <b>RESULTADOS (NOC)</b>  | <b>INTERVENCIONES (NIC)</b>   | <b>EVALUACIÓN</b>  |
|---|--|---|--|
| <p>(00085) Deterioro de la movilidad física R/C pancreatitis aguda severa M/P reposo en cama, debilidad generalizada, informe verbal de disconfort.</p> | <p align="center"><b><u>Movilidad (0208)</u></b></p> <p><b>Indicadores:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mantenimiento de la posición corporal.</li> <li>2. Ambulación</li> <li>3. Se mueve con facilidad.</li> </ol> | <p><b><u>Terapias de ejercicios: deambulaci3n (0221)</u></b></p> <p>Animar a la paciente a sentarse en la cama, en un lado de la cama o en una silla seg3n tolerancia.</p> <p>Mantener la cama a baja altura, si resulta oportuno.</p> <p>Ayudar a la paciente con la deambulaci3n inicial, si es necesario.</p> <p>Ayudar a la paciente a ponerse de pie y a deambular distancias determinadas.</p> <p>Fomentar una deambulaci3n independiente dentro de los l3mites de seguridad.</p> | <p><b>Escala:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gravemente comprometido</li> <li>2. Sustancialmente comprometido</li> <li>3. Moderadamente comprometido</li> <li>4. Levemente comprometido</li> <li>5. No comprometido</li> </ol> <p><b>Indicadores:</b><br/>Mantener a:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gravemente comprometido (1)</li> <li>2. Sustancialmente comprometido (2)</li> <li>3. Moderadamente comprometido (3)</li> </ol> <p><b>Mantener en: 6</b></p> <p>Aumentar a:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sustancialmente comprometido (2)</li> <li>2. Moderadamente comprometido (3)</li> <li>3. Levemente comprometido (4)</li> </ol> <p><b>Aumentar en: 9</b></p> |

**TABLA N°9. PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL**

**NECESIDAD AFECTADA: 2 ALIMENTACIÓN E HIDRATACIÓN**

| <b>DIAGNÓSTICO (NANDA)</b>   | <b>RESULTADOS (NOC)</b>   | <b>INTERVENCIONES (NIC)</b>  | <b>EVALUACIÓN</b>   |
|--|---|--|---|
| <p align="center">(00002)<br/>Desequilibrio nutricional R/C incapacidad para digerir o absorber nutrientes debido a factores biológicos M/P aversión de la comida, sequedad de la piel y mucosas</p> | <p><b>(1008) Estado nutricional y de líquidos</b><br/><b>Indicadores:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Ingestión alimentaria oral</li> <li>Ingestión de líquidos orales</li> </ol> <p><b>(0602) Hidratación</b><br/><b>Indicadores</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Membranas mucosas húmedas</li> <li>Diuresis dentro de los límites normales</li> </ol> | <p><b>(1100) Manejo de la nutrición</b><br/>Ajustar la dieta al estado de salud del paciente. Pesarse al paciente a intervalos adecuados.</p> <p><b>(4120) Manejo de líquidos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Administrar fluidoterapia manteniendo el nivel de flujo intravenoso prescrito.</li> <li>Registro preciso de ingresos: líquidos infundidos.</li> <li>Registro preciso de egresos: diuresis, aspirado nasogástrico, vómitos, etc.</li> <li>Vigilar el estado de hidratación: observación de las mucosas, turgencia de la piel y sed.</li> <li>Monitorización de signos vitales</li> </ul> | <p><b>Escalas:</b><br/>*Desde Gravemente comprometida (1) hasta no comprometida (5).</p> <p><b>Indicadores:</b><br/>Mantener a:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Gravemente comprometida (1)</li> <li>Sustancialmente comprometida (2)</li> <li>Moderadamente comprometida (3)</li> <li>Sustancialmente comprometida (2)</li> </ol> <p><b>Mantener en: 7</b></p> <p>Aumentar a:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Sustancialmente comprometida (2)</li> <li>Moderadamente comprometida (3)</li> <li>No comprometida (5)</li> <li>Levemente comprometida (4)</li> </ol> <p><b>Aumentar en: 16</b></p> |

| <p align="center"><b>TABLA N°10. PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN MANEJO INEFECTIVO DEL RÉGIMEN TERAPÉUTICO</b></p>  |   |   |   |
|---|---|---|---|
| <p align="center"><b>NECESIDAD AFECTADA: 9 SEGURIDAD/PROTECCIÓN</b></p>   |   |   |   |
| <p align="center"><b>DIAGNÓSTICO (NANDA)</b></p>  | <p align="center"><b>RESULTADOS (NOC)</b></p>   | <p align="center"><b>INTERVENCIONES (NIC)</b></p>   | <p align="center"><b>EVALUACIÓN</b></p>   |
| <p>(00081) Manejo inefectivo del régimen terapéutico R/C complejidad del régimen terapéutico: realización de CPRE, M/P Verbalización de la dificultad con la integración de uno o más de los regímenes prescritos para el tratamiento de la enfermedad.</p> | <p align="center"><b>(1813)</b><br/><b><u>Conocimiento:</u></b><br/><b><u>régimen</u></b><br/><b><u>terapéutico</u></b></p> <p><b>Indicadores:</b></p> <p>1. Descripción de la dieta prescrita.</p> <p>2. Descripción de los procedimientos prescritos.</p> | <p align="center"><b>(5618) Enseñanza procedimiento/tratamiento</b></p> <p>Explicar el procedimiento/tratamiento con un lenguaje claro y comprensible.</p> <p align="center"><b>(5614) Enseñanza: dieta prescrita</b></p> <p>Evaluar el nivel actual del paciente a cerca de la dieta prescrita.</p> <p>Instruir al paciente o familia sobre las comidas permitidas o prohibidas.</p> | <p><b>Escalas:</b></p> <p>Ninguno (1)</p> <p>Escaso (2)</p> <p>Moderado (3)</p> <p>Sustancial (4)</p> <p>Extenso (5)</p> <p><b>Indicadores:</b></p> <p>Mantener a:</p> <p>1. Escaso (2)</p> <p>2. Moderado (3)</p> <p><b>Mantener en: 5</b></p> <p>Aumentar a:</p> <p>1. Moderado (3)</p> <p>2. Sustancial (4)</p> <p><b>Aumentar en: 7</b></p> |



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Röder P, Wu B, Liu Y, Han W. Pancreatic regulation of glucose homeostasis. *Experimental & molecular medicine*. 2016; 48(3).
2. Álvarez F, Castañeda N. *Revista Medica*. [Online].; 2014. Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revmed/md-2013/md132g.pdf>.
3. Bustamante D, García A, Umanzor W, Leiva L, Barrientos A, Diek L. *Archivos de Medicina*. [Online].; 2018. Available from: <http://www.archivosdemedicina.com/medicina-de-familia/pancreatitis-aguda-evidencia-actual.pdf>.
4. Yadav D, Lowenfels A. *Gastroenterology*. [Online].; 2013. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3662544/>.
5. Velásquez R, Cárdenas L. *Ciujano General*. [Online]. México; 2017. Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/cirgen/cg-2017/cg173c.pdf>.
6. Peery A, Dellon E, Lund J, Crockett S, McGowan C, Bulsiewicz W, et al. *Gastroenterology*. [Online].; 2012. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3480553/>.
7. Shah A, Mourad M, Bramhall S. *Journal of inflammation research*. [Online].; 2018. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5849938/>.
8. Breijo A, Prieto J. Pancreatitis Aguda. *Artículo de Revisión. Intra Med Journal*. 2014; 3(2): p. 1-14.
9. Younas A, Sommer J. *International Journal of Caring Sciences*. [Online]. Islamabad, Pakistan; 2015. Available from: [http://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/23\\_ahtisham.pdf](http://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/23_ahtisham.pdf).
10. López C. Pancreatitis aguda recurrente: presentación de caso. *Revista electrónica Medicina, Salud y Sociedad*. 2014 Mayo-Agosto; 4(3).
11. Valdivieso M, Vargas L, Arana A, Piscoya A. *Acta Gastroenterol Latinoam*. [Online].; 2016. Available from: <http://www.actagastro.org/numeros-anteriores/2016/Vol-46-N2/Vol46N2-PDF07.pdf>.
12. Nieto J, Rodríguez S. Manejo de la pancreatitis aguda: guía de práctica clínica basada en la mejor información disponible. *Revista Colombiana de Cirugía*. 2010; 25(2): p. 76-96.
13. Shyu J, Sainani N, Sahni A, Chick J, Chauhan N, Conwell D, et al. *RadioGraphics*. [Online].; 2014. Available from: <https://pubs.rsna.org/doi/10.1148/rg.345130012#>.
14. Ministerio de Salud Pública. *Anuario de Estadísticas Hospitalarias: Egresos y Camas*. [Online].; 2014. Available from: [http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas\\_Sociales/Camas\\_Egresos\\_Hospitalarios/Publicaciones-Cam\\_Egre\\_Host/Anuario\\_Camas\\_Egresos\\_Hospitalarios\\_2014.pdf](http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/Camas_Egresos_Hospitalarios/Publicaciones-Cam_Egre_Host/Anuario_Camas_Egresos_Hospitalarios_2014.pdf).
15. Ministerio de Salud Pública. Principales causas de morbilidad ambulatoria. [Online].; 2016. Available from: <https://public.tableau.com/profile/darwin5248#!/vizhome/Perfildemorbididadambulatoria2016/Men?publish=yes>.

16. Ministerio de Salud Pública. Información estadística y geográfica de salud. [Online].; 2016. Available from: <https://public.tableau.com/profile/darwin5248#!/vizhome/defunciones2016/Historia1?publsh=yes>.
17. Ministerio de Salud Pública. Perfil de Mortalidad por sexo 2016. [Online].; 2016. Available from: <https://public.tableau.com/profile/darwin5248#!/vizhome/defunciones2016/Historia1?publsh=yes>.
18. Pannala R, Kidd M, Modlin I. Acute pancreatitis: a historical perspective. [Online].; 2009. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19390402/>.
19. Whitcomb D. Genetic Risk Factors for Pancreatic Disorders. [Online].; 2013. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3684061/>.
20. Peláez M. Pancreatitis crónica y pancreatitis autoinmune. [Online].; 2013. Available from: <http://www.revistagastroenterologiamexico.org/es-pdf-S037509061300089X>.
21. Moreira V, López a. Pancreatitis aguda. [Online]. Madrid; 2010. Available from: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1130-01082010000900010](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082010000900010).
22. Carnovale A, Rabitti P, Manes G, Esposito P, Pacelli L, G U. Journal of the pancreas. [Online].; 2005. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16186665>.
23. Fu C, Yeh C, Hsu J, Jan Y, Hwang T. World Journal of Gastroenterology. [Online].; 2007. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4146974/>.
24. Popa C, Badiu D, Rusu O, Grigorean V, Neagu S, Strugaru C. Mortality prognostic factors in acute pancreatitis. [Online].; 2016. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5141403/>.
25. Garber A, Frakes C, Arora Z, Chahal P. Mechanisms and Management of Acute Pancreatitis. Gastroenterology Research and Practice. 2018.
26. Organización Panamericana de la Salud. Módulo de Principios de Epidemiología para el control de enfermedades (MOPECE). Segunda edición revisada. [Online]. Washington; 2011. Available from: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=informacao-e-analise-saude-096&alias=1270-modulos-principios-epidemiologia-para-control-enfermedades-mopece-unidad-2-salud-enfermedad-poblacion-0&Itemid=965](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=informacao-e-analise-saude-096&alias=1270-modulos-principios-epidemiologia-para-control-enfermedades-mopece-unidad-2-salud-enfermedad-poblacion-0&Itemid=965).
27. Banks P, Conwell D, Toskes P. The Management of Acute and Chronic Pancreatitis. [Online].; 2010. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2886461/>.
28. Membrillo A, González R, Rascón D. Evaluación de los niveles de amilasa y lipasa posterior a la realización de biopsia por aspiración con aguja fina guiada por ultrasonido endoscópico en lesiones del páncreas. [Online].; 2017. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S000974111630086X>.
29. Suzuki M, Kan J, Shimizu T. Acute pancreatitis in children and adolescents. [Online].; 2014. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4231506/>.

30. Lizarazo J. Fisiopatología de la pancreatitis crónica. [Online]. Bogotá, Colombia; 2008. Available from: <http://www.redalyc.org/pdf/3377/337731588014.pdf>.
31. Jones M, Morgan O, Kaye A, Kaye A. Drug-Induced Acute Pancreatitis: A Review. [Online].; 2015. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4365846/>.
32. Vera O. Manejo y Tratamiento de la Pancreatitis Aguda en la Unidad de Cuidados Intensivos. [Online].; 2011. Available from: [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-89582011000100009](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582011000100009).
33. Bustamante D, García A, Umazor W, Leiva L, Barrientos A, Diek L. Pancreatitis Aguda: Evidencia Actual. [Online].; 2018. Available from: <http://www.archivosdemedicina.com/medicina-de-familia/pancreatitis-aguda-evidencia-actual.pdf>.
34. Tun M, Martínez J, Obregón G, Romero LVJ. Pancreatitis aguda asociada con hipercalcemia. [Online].; 2015. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S000974111500064X>.
35. Yadav D, Lowenfels A. The Epidemiology of Pancreatitis and Pancreatic Cancer. [Online].; 2013. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3662544/>.
36. Hong S, Qiwen B, Ying J, Wei A, Chaoyang T. Body mass index and the risk and prognosis of acute pancreatitis: a meta-analysis. [Online].; 2011. Available from: 10.1097/MEG.0b013e32834b0e0e.
37. Navina S, Acharya C, DeLany J, Orlichenko L, Baty C, Shiva S, et al. Lipotoxicity Causes Multisystem Organ Failure and Exacerbates Acute Pancreatitis in Obesity. [Online].; 2011. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3321362/>.
38. Bolado F, De-Madaria E. Novedades en el manejo de la pancreatitis aguda. [Online].; 2016. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0210570516301819>.
39. Jin Z, Xu L, Wang X, Yang D. Medical science monitor : international medical journal of experimental and clinical research. [Online].; 2017. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5340223/>.
40. Alfonso I, Salabert I, Alfonso J, Álvarez M, Torres A, Semper A. Factores de riesgo para pancreatitis aguda en el Hospital Comandante Faustino Pérez de Matanzas. Revista Médica Electrónica. 2017 Nov-Dic; 39(6).
41. Foster B, Jensen K, Bakis G, Shaaban A, Coakley F. Radiographics. [Online].; 2016. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27163588>.
42. Cerda L. Cirujano General. [Online].; 2013. Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/cirgen/cg-2013/cgs131h.pdf>.
43. Boumitri C, Brown E, Kahaleh M. Clinical Endoscopy. [Online].; 2017. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5565044/>.
44. Majdoub A, Bahloul M, Ouaz M, Chtara K, Msakni Y, Regaieg K, et al. International journal of critical illness and injury science. [Online].; 2016. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5051060/>.

45. Tee Y, Fang H, Kuo I, Lin Y, Huang S, Yu M. *Medicine*. [Online].; 2018. Available from: Serial evaluation of the SOFA score is reliable for predicting mortality in acute severe pancreatitis.
46. Zerem E. *World journal of gastroenterology*. [Online].; 2014. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4194569/>.
47. Harshit A, Singh M. *Gastroenterology report*. [Online].; 2018. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5952961/>.
48. Dias G, Rodríguez L, Máfia R, De Medeiros B, Medeiros G, Martins V. *Arquivos brasileiros de cirurgia digestiva : ABCD = Brazilian archives of digestive surgery*. [Online].; 2016. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5074676/>.
49. Raghuwanshi S, Gupta R, Vyas M, Sharma R. *Journal of clinical and diagnostic research : JCDR*. [Online].; 2016. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4963736/>.
50. Xiao B, Zhang X, Tang W, Zeng N, Zhai Z. *World Journal of Gastroenterology*. [Online].; 2010. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2883129/>.
51. Kambhampati S, Park W, Habtezion A. *World Journal of Gastroenterology*. [Online].; 2014. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4258556/>.
52. Janisch N, Gardner T. *F1000 Research*. [Online].; 2015. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4754010/>.
53. Cienfuegos J, Rotellar F. *Revista Española de Enfermedades Digestivas*. [Online].; 2016. Available from: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1130-01082016000300001](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082016000300001).
54. Madaria E. *Procesos en Gastroenterología*. [Online].; 2013. Available from: <http://www.elsevier.es/es-revista-gastroenterologia-hepatologia-14-articulo-fluidoterapia-pancreatitis-aguda-S0210570513000691>.
55. Navadgi S, Pandanaboyana S, Windsor J. *The Indian Journal of Surgery*. [Online].; 2015. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4689706/>.
56. Galvis M. *Revista Cuidarte*. [Online].; 2015. Available from: <https://www.revistacuidarte.org/index.php/cuidarte/article/view/172/471>.
57. Raile M. *Modelos y teorías en enfermería*. 8va edición: Editorial Elsevier; 2015.
58. Hernando A. *Revista Enfermería C y L*. [Online].; 2015. Available from: <http://www.revistaenfermeriacyl.com/index.php/revistaenfermeriacyl/article/view/162>.
59. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. *Revista Salud Pública Paraguay*. [Online].; 2013. Available from: <http://www.ins.gov.py/revistas/index.php/rspp/article/viewFile/24/10>.
60. Següel F, Valenzuela S, Sanhueza O. *Ciencia y enfermería*. [Online].; 2015. Available from: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532015000200002](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532015000200002).
61. Muñoz G. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica LXXII*. [Online].; 2015. Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2015/rmc151zh.pdf>.

62. Boadas J, Balsells J, Busquets J, Codina A, Darnell A, García F, et al. Valoración y tratamiento de la pancreatitis aguda. Documento de posicionamiento de la Societat Catalana de Digestologia, Societat Catalana de Cirurgia y Societat Catalana de Pàncrees. [Online].; 2015. Available from: <http://www.elsevier.es/es-revista-gastroenterologia-hepatologia-14-articulo-valoracion-tratamiento-pancreatitis-aguda-documento-S0210570514002465>.
63. Gardner T, Swaroop S, Pearson R, Chari S. Clinical Gastroenterology and Hepatology. [Online].; 2008. Available from: [https://www.cghjournal.org/article/S1542-3565\(08\)00494-1/fulltext](https://www.cghjournal.org/article/S1542-3565(08)00494-1/fulltext).
64. Johnstone C. Nursing Standard (Royal College of Nursing (Great Britain)) : 1987). [Online].; 2018. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29952150>.
65. Ministerio de Salud Pública. 112.054 pacientes recibieron atención en el Hospital Teófilo Dávila de enero a agosto de 2018. [Online].; 2018. Available from: <http://htdeloro.gob.ec/index.php/375-112-054-pacientes-recibieron-atencion-en-el-hospital-teofilo-davila-de-enero-a-agosto-de-2018>.
66. Porto M, Vomel C, Centurión J, Montiel A. Cirugía Paraguaya. [Online].; 2015. Available from: <http://scielo.iics.una.py/pdf/sopaci/v39n1/v39n1a02.pdf>.
67. Ríos F, Villarreal E, Martínez L, Vargas E, Galicia L, Ortiz M, et al. Revista Chilena de Cirugía. [Online].; 2017. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0379389317301102>.
68. Ferreira M, Ramírez J, Grance J, Aquino C. Cirugía Paraguaya. [Online].; 2015. Available from: [http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2307-04202015000200003](http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2307-04202015000200003).
69. Sempere L, Martinez J, de Madaria E, Lozano B, Sanchez J, Jover R, et al. Obesity and fat distribution imply a greater systemic inflammatory response and a worse prognosis in acute pancreatitis. [Online].; 2008. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18497538>.
70. Jiménez M. Factores de riesgo para desarrollar pancreatitis aguda post colangiopancreatografía retrógrada endoscópica en el Hospital San Juan de Dios durante el año 2013. [Online].; 2016. Available from: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/618/art10.pdf>.
71. Cargua O, Salvador G. Repositorio Digital de la Universidad San Francisco de Quito. [Online].; 2017. Available from: <http://repositorio.usfq.edu.ec/handle/23000/6757>.
72. Consuelo A, García J. Pancreatitis aguda. [Online].; 2012. Available from: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-11462012000100002](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462012000100002).
73. Sutton P, Humes D, Purcell G, Smith J, Whiting F, Wright T, et al. Anales de la Royal College of Surgeons of England. [Online].; 2009. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2758431/>.
74. Ismail O, Bhayana V. Clinical Biochemistry. [Online].; 2017. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28720341>.
75. Oh H, Kwon C, El Hajj I, Easler J, Watkins J, Fogel E, et al. Gut and Liver. [Online].; 2017. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29081212>.

76. Muniraj T, Dang S, Pitchumoni C. Journal of Critical Care. [Online].; 2015. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26411523>.
77. Moggia E, Koti R, Belgaumkar A, Fazio F, Pereira S, Davidson B, et al. The Cochrane database of systematic reviews. [Online].; 2017. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28431202>.
78. Motta G, Alberto O, Colín M, Rodríguez H, Méndez J, Mata D, et al. Revista de Sanidad Militar. [Online].; 2015. Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/sanmil/sm-2015/sm152e.pdf>.
79. Huerta J. Revista Médica Herediana. [Online].; 2013. Available from: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1018-130X2013000300010](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2013000300010).
80. Gaap J, Chandra S. Pancreatitis, aguda. [Online].: StatPearls [Internet].; 2018. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482468/>.
81. Kiat T, Gunasekaran S, Junnarkar S, Low J, Woon W, Shelat V. Annals of hepato-biliary-pancreatic surgery. [Online].; 2018. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5981140/>.
82. Quinlan J. Acute pancreatitis. American family physician. 2014; 90(2): p. 632-9.
83. Murphy K, O'Connor O, Maher M. American Journal of Roentgenology. [Online].; 2014. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25341160>.
84. Fisher J, Gardner T. The American Journal of Gastroenterology. [Online].; 2012. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22858994>.
85. Gutiérrez O, Torres C, Loba N. Revista Cuidarte. [Online].; 2017. Available from: <https://www.revistacuidarte.org/index.php/cuidarte/article/view/480/917>.
86. Batista M, Alvarado E. Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social. [Online].; 2015. Available from: <http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=59840>.
87. Shelile Z. Nursing process: perceptions and experiences of nurses in a district public hospital in Lesotho. [Online]. South Africa; 2014 [cited 2018 Junio 09. Available from: [https://repository.nwu.ac.za/bitstream/handle/10394/13430/Shelile\\_MZ.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repository.nwu.ac.za/bitstream/handle/10394/13430/Shelile_MZ.pdf?sequence=1&isAllowed=y).
88. Pokorski S, Moraes M, Chiarelli R, Paganin A, Rejane E. Nursing process: from literature to practice. What are we actually doing. [Online]. Brasil; 2009. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n3/04.pdf>.
89. Tiga D, Parra D, Domínguez C. Revista Cuidarte. [Online].; 2014. Available from: <https://www.revistacuidarte.org/index.php/cuidarte/article/view/96/180>.
90. Huitzi J, Elorza M, Urkia J, Asurabarrena C. Revista latino-americana de enfermagem. [Online].; 2014. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4292680/>.
91. Ramírez P, Müggenburg C. Enfermería Universitaria. [Online].; 2015. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S166570631500038X>.

92. Sales L, Pinto M, Vancini C, Barbosa M, Silva A. Revista Latino-Americana de Enfermagem. [Online].; 2017. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5363330/>.