



UNIVERSIDAD ANDINA
NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ
ESCUELA DE POSGRADO
PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL



TRABAJO ACADÉMICO
PANCREATITIS AGUDA EN EL SERVICIO DE
EMERGENCIA DEL HOSPITAL CARLOS
MONGE MEDRANO – JULIACA 2023

PRESENTADO POR:

MARLENE PACORI MAMANI

PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD
PROFESIONAL EN ENFERMERÍA EN CUIDADO ENFERMERO
EN EMERGENCIAS Y DESASTRES

JULIACA - PERÚ

2025



UNIVERSIDAD ANDINA
NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ
ESCUELA DE POSGRADO
PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL
TRABAJO ACADÉMICO
PANCREATITIS AGUDA EN EL SERVICIO DE
EMERGENCIA DEL HOSPITAL CARLOS
MONGE MEDRANO – JULIACA 2023

PRESENTADA POR:

MARLENE PACORI MAMANI

PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD
PROFESIONAL EN ENFERMERIA EN CUIDADO
ENFERMERO EN EMERGENCIAS Y DESASTRES

APROBADA POR:

PRESIDENTE

: 
Dra. MARYLUZ CRUZ COLCA

PRIMER MIEMBRO

: 
Dra. GABRIELA BÉTTY ARIAS LUQUE

SEGUNDO MIEMBRO

: 
Dra. MARIA CONCEPCION FIGUEROA VILCA

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

: CIENCIAS DEL CUIDADO DE LA SALUD Y SERVICIOS – SEG09



RESOLUCIÓN DIRECTORAL N°132 - 2025-SEP-EPG/UANCV

Juliaca, 22 de setiembre del 2025

VISTO:

El Expediente N°2025-005860, de la Egresado (a): **PACORI MAMANI MARLENE**, con DNI N° 29571696, con matrícula N° 131129112, del Programa de Segunda Especialidad Profesional en: **ENFERMERÍA EN CUIDADO ENFERMERO EN EMERGENCIAS Y DESASTRES**, de la Sede JULIACA, de la Escuela de Posgrado de la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" de Juliaca.

CONSIDERANDO:

Que, el egresado (a) del Programa de Segunda Especialidad Profesional en: **ENFERMERÍA EN CUIDADO ENFERMERO EN EMERGENCIAS Y DESASTRES** de la Sede JULIACA, de la Escuela de Posgrado de la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" de Juliaca; Solicita sorteo de Jurados y fecha para la Sustentación de Trabajo Académico, habiendo cumplido con los requisitos para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional;

Que, el inciso b) del Artículo N° 5 del Reglamento Específico de Titulación del Programa de Segunda Especialidad Profesional, establece la modalidad de Examen de Suficiencia y Sustentación de Trabajo Académico para optar el Título;

Que, los Artículos N° 12 al N° 21 del Reglamento Específico de Titulación del Programa de Segunda Especialidad Profesional, establecen los procedimientos para el referido Examen de Suficiencia y Sustentación de Trabajo Académico; y

En uso de las atribuciones conferidas a la Dirección en el inciso "j" del artículo 17 del Reglamento General de la Escuela de Posgrado, y el Art. 64 del Estatuto Universitario;

SE RESUELVE:

PRIMERO.- NOMBRAR a los **miembros de Jurado** que calificarán la Sustentación de Trabajo Académico del egresado (a): **PACORI MAMANI MARLENE**, con DNI N° 29571696 y Código N°131129112, del Programa de Segunda Especialidad Profesional en: **ENFERMERÍA EN CUIDADO ENFERMERO EN EMERGENCIAS Y DESASTRES** de la Sede Juliaca, Escuela de Posgrado de la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" de Juliaca; como se detalla en el Artículo Segundo de la presente Resolución, siendo los Jurados los siguientes Docentes:

Presidente	:	Dra. MARYLUZ CRUZ COLCA
Primer Miembro	:	Dra. GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE
Segundo Miembro	:	Dra. MARIA CONCEPCION FIGUEROA VILCA

SEGUNDO.- DETERMINAR que **LA SUSTENTACION DE TRABAJO ACADÉMICO** se llevará de acuerdo al siguiente detalle:

Fecha	:	Viernes 26 de setiembre del 2025
Hora	:	02:00 p.m.
Lugar	:	Aula N° 207 - EPG - CC.N°3 - 2do Piso

TERCERO.- AUTORIZAR la difusión de la presente Resolución a la Coordinación General del Programa de Segunda Especialidad Profesional e interesados.

Regístrese, comuníquese y archívese.



UNIVERSIDAD ANDINA NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ
ESCUELA DE POSGRADO

Dr. Javier Rómulo Quispe Zapana
DIRECTOR (a)



INFORME DE ORIGINALIDAD

20%

INDICE DE SIMILITUD

18%

FUENTES DE INTERNET

5%

PUBLICACIONES

10%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.uancv.edu.pe Fuente de Internet	5%
2	Submitted to Universidad Andina Nestor Caceres Velasquez Trabajo del estudiante	3%
3	1library.co Fuente de Internet	1%
4	www.coursehero.com Fuente de Internet	1%
5	core.ac.uk Fuente de Internet	1%
6	repositorio.ug.edu.ec Fuente de Internet	1%
7	inba.info Fuente de Internet	<1%
8	Submitted to Universidad Catolica San Antonio de Murcia Trabajo del estudiante	<1%
9	fenixfundacion.org Fuente de Internet	<1%
10	www.slideshare.net Fuente de Internet	<1%


Submitted to Universidad de Guayaquil



Metadatos complementarios

TÍTULO	
PANCREATITIS AGUDA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO – JULIACA 2023	
Datos de autor	
Nombres y apellidos	MARLENE PACORI MAMANI
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	29571696
URL de ORCID	https://orcid.org/0009-0003-7393-7240
Datos de asesor	
Nombres y apellidos	No aplica
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	No aplica
URL de ORCID	No aplica
Datos del jurado	
Presidente del jurado	
Nombres y Apellidos	MARYLUZ CRUZ COLCA
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	29590767
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0003-4379-558X
Miembro del jurado 1	
Nombres y apellidos	GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	29344129
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0002-4559-141X



Miembro del jurado 2	
Nombres y apellidos	MARIA CONCEPCION FIGUEROA VILCA
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	02401506
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0002-4252-5265
Datos de investigación	
Línea de investigación	CIENCIAS DEL CUIDADO DE LA SALUD Y SERVICIOS – SEG09
Grupo de investigación	No aplica.
Agencia de financiamiento	Sin financiamiento
Ubicación geográfica de la investigación	<p>Dirección: HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA País: PERÚ Departamento: PUNO Provincia: SAN ROMÁN Distrito: JULIACA -15.4816187, -70.1216237 URL Maps https://maps.app.goo.gl/ajyuaf9ourFnqZfU9</p> 
Año o rango de años en que se realizó la investigación	2023 – 2024
URL de disciplinas OCDE https://concytec-pe.github.io/Peru-CRIS/vocabularios/ocde_ford.html - Librería	Enfermería https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.00 Ciencias médicas, Ciencias de la salud https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.00.00



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO
ESCUELA DE POSTGRADO

Dr. Jesús Mamani Mamani
DIRECTOR
DE INVESTIGACIÓN - EPG



DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo MARLENE PACORI MAMANI, identificado con DNI

Nro. 29571696 en mi condición de egresado de:

- Escuela Profesional
- Programa de Segunda Especialidad
- Programa de Maestría o Doctorado

ENFERMERÍA EN CUIDADO ENFERMERO EN EMERGENCIAS Y DESASTRES

informo que he elaborado el/la Tesis o Trabajo de Investigación, Trabajo Académico denominada:

PANCREATITIS AGUDA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL
CARLOS MONGE MEDRANO – JULIACA 2023

Asesorado por: _____

Es un tema original.

Declaro que el presente trabajo de tesis es elaborado por mi persona y **no existe plagio/copia** de ninguna naturaleza, en especial de otro documento de investigación (tesis, revista, texto, congreso, o similar) presentado por persona natural o jurídica alguna ante instituciones académicas, profesionales, de investigación o similares, en el país o en el extranjero.

Dejo constancia que las citas de otros autores han sido debidamente identificadas en el trabajo de investigación, por lo que no asumiré como tuyas las opiniones vertidas por terceros, ya sea de fuentes encontradas en medios escritos, digitales o Internet.

Asimismo, ratifico que soy plenamente consciente de todo el contenido de la tesis y asumo la responsabilidad de cualquier error u omisión en el documento, así como de las connotaciones éticas y legales involucradas.

El incumplimiento de lo declarado da lugar a responsabilidad del declarante, en consecuencia; a través del presente documento asumo frente a terceros, la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez y/o la Administración Pública toda responsabilidad que pueda derivarse por el trabajo final presentado. Lo señalado incluye responsabilidad pecuniaria incluido el pago de multas u otros por los daños y perjuicios que se ocasionen.

Juliaca 27 de Octubre del 2025



 Firma (Obligatoria)



Huella



DEDICATORIA

A Dios, a la memoria de mi padre Carlos Pacori,
por ser mi guía, por el amor y respaldo
incondicional que me proporcionó, por ser mi pilar,
felicidad y estímulo.



AGRADECIMIENTO

A la UANCV y a sus docentes de la Segunda Especialidad de Emergencias y Desastres, porque fueron guía en el camino del conocimiento adquirido.



INDICE

	Pág.
INDICE	iii
RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
INTRODUCCIÓN	vii
OBJETIVOS	ix

CAPÍTULO I

VALORACIÓN

1.1. DATOS DE FILIACIÓN	1
1.2. MOTIVO DE CONSULTA	2
1.3. ENFERMEDAD ACTUAL.....	2
1.4. ANTECEDENTES	16
1.5. ANTECEDENTES SOCIOECONÓMICOS	17
1.6. EXAMEN FÍSICO	19
1.7. EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD	21
1.8. VALORACIÓN SEGÚN MODELO DE CLASIFICACIÓN DE	21
DOMINIOS Y CLASES	21
1.9. ESQUEMA DE VALORACIÓN	26

CAPITULO II

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

2.1. LISTA DE HALLAZGOS SIGNIFICATIVOS	32
2.2. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA SEGÚN ANÁLISIS DE DATOS SIGNIFICATIVOS.....	32
2.3. ESQUEMA DE LOS DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA.....	34

CAPITULO III

PLANIFICACIÓN

3.1. ESTABLECIMIENTO DE PRIORIDADES.....	36
------------------------------------------	----



3.2. ESTABLECIMIENTOS DE OBJETIVOS..... 37
3.3. PLANIFICACIÓN, EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN 39

CAPITULO IV

EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN

4.1. REGISTRO DE ENFERMERÍA SOAPIE 47
4.2. CUIDADO DE ENFERMERÍA EN LA ADMINISTRACIÓN DE
MEDICAMENTOS: 48

CAPITULO V

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

5.1. DEFINICIÓN..... 49
5.2. ETIOPATOGENIA DE LA PANCREATITIS 50
5.3. FISIOPATOLOGÍA 52
5.4. CLASIFICACIÓN ANATOMOPATOLÓGICA DE LA PANCREATITIS ... 57
5.5. FACTORES DE RIESGO..... 58
5.6. CUADRO CLÍNICO 58
5.7. DIAGNÓSTICO 59
5.8. EPIDEMIOLOGÍA..... 62
5.9. TRATAMIENTO..... 62
5.10. CUIDADOS DE ENFERMERÍA..... 64

CONCLUSIONES

RECOMENDACIONES

REFERENCIAS

ANEXOS



RESUMEN

Este texto describe el proceso de atención de enfermería, que se basa en métodos científicos y teorías de la enfermería, incluyendo fases como evaluación, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Luego, aborda la pancreatitis aguda, una inflamación grave del páncreas que afecta otros órganos y puede causar alta mortalidad debido a complicaciones infecciosas. Las causas principales incluyen alcohol y cálculos biliares, con diagnóstico clínico apoyado en pruebas de laboratorio y estudios radiológicos para pronóstico. El dolor abdominal severo, junto con niveles elevados de enzimas pancreáticas (lipasa y amilasa), es un indicador clave. Tiene como objetivo. El objetivo del texto es ofrecer una descripción detallada del proceso de atención en enfermería y del manejo clínico de la pancreatitis aguda. Explica las fases del proceso de enfermería y destaca los métodos y conocimientos necesarios para brindar una atención efectiva. Asimismo, describe los elementos clínicos, causas, diagnóstico y criterios de laboratorio para la pancreatitis aguda, orientando a los profesionales de salud en su identificación y tratamiento adecuado. En conclusión, El proceso de enfermería es un instrumento fundamental para brindar un cuidado eficiente y humano, especialmente en la etapa de valoración, ya que facilita la identificación de cuidados específicos. Además, establecer un diagnóstico de enfermería concede crear un plan de cuidados prioritario para reducir la gravedad de enfermedades, como la pancreatitis aguda, y evaluar efectivamente las intervenciones.

Palabras Claves: Inflamación de páncreas, métodos científicos, activación intraparenquimatosa



ABSTRACT

This text describes the nursing care process, which is based on scientific methods and nursing theories, including phases such as assessment, diagnosis. Then, it addresses acute pancreatitis, a severe inflammation of the pancreas that affects other organs and can cause high mortality due to infectious complications. The main causes include alcohol and gallstones, with clinical diagnosis supported by laboratory tests and radiological studies for prognosis. Severe abdominal pain, along with elevated levels of pancreatic enzymes (lipase and amylase), is a key indicator. It aims. The objective of the text is to offer a detailed description of the nursing care process and the clinical management of acute pancreatitis. It explains the phases of the nursing process and highlights the methods and knowledge necessary to provide effective care. It also describes the clinical characteristics, causes, diagnosis and laboratory criteria for acute pancreatitis, guiding health professionals in its identification and appropriate treatment. In conclusion, the nursing process is a key tool to offer quality and warm care, especially in the assessment stage, since it facilitates the identification of specific care. In addition, establishing a nursing diagnosis allows the creation of a priority care plan to reduce the severity of diseases, such as effectively evaluate interventions.

Keywords: Pancreatic inflammation, scientific methods, intraparenchymal activation



INTRODUCCIÓN

El Proceso de Enfermería, fundamentado en teorías y métodos científicos, es una herramienta dinámica y crítica que organiza la atención profesional mediante fases interrelacionadas: evaluación, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación, garantizando un cuidado accesible y secuencial. El presente trabajo está basado en un caso clínico de pancreatitis aguda en una mujer de 30 años de edad, a quien se hizo el proceso de Enfermería.

La pancreatitis aguda, es un proceso inflamatorio agudo severa y extensa del páncreas. Ocurre por activación prematura, intrapancreática de zimógenos, como el tripsinógeno que se convierte en tripsina dentro del acino pancreático, lo que inicia una cascada de activación de otras enzimas como elastasa, fosfolipasa A2, carboxipeptidasas y con ello la autodigestión del tejido pancreático, con degradación de proteínas por la tripsina; lípidos, membranas celulares vasos sanguíneos por la fosfolipasa A2, provocando hemorragia, necrosis grasa y necrosis pancreática. La liberación de mediadores inflamatorios como las citoquinas proinflamatorias TNF- α , IL-1, IL-6 y otros reclutan neutrófilos y macrófagos, que agravan la inflamación a través de la producción de radicales libres, proteasas y más citoquinas. Esta condición afecta no solo al páncreas; también tiene efectos variados en otros tejidos y órganos que son regionales o sistémicos. Las lesiones pueden ser leves (edematosas) o muy graves (necrótico-hemorrágicas) y ocurrir en un estado de shock. A pesar del tratamiento intensivo, tienen una alta tasa de mortalidad, el 80% de las muertes ocurren en la etapa avanzada debido a complicaciones infecciosas (1) (2).

En el Perú, tiene una importancia significativa por alta morbilidad y mortalidad, requiere atención especializada muchas veces UCI, y puede tener



señala a litiasis biliar (piedras en la vesícula) (40-50%), muy común, especialmente en mujeres y en regiones con dieta rica en grasas como Puno, así como el consumo excesivo de alcohol (20-40%), especialmente en poblaciones jóvenes y urbanas. Otras causas: medicamentos, traumas quirúrgicos, hipercalcemia y la hipertrigliceridemia.

Existe aumento de casos por aumento de factores de riesgo como obesidad, alcoholismo y enfermedades biliares, generando un costo elevado para el sistema de salud e impacto en la productividad porque afecta principalmente a personas en edad productiva.

Las lesiones pueden ser leves (edematosas) o muy graves (necrótico-hemorrágicas); el 80% de las muertes ocurren por complicaciones infecciosas (1) (2). El diagnóstico de pancreatitis aguda se basa en datos clínicos y de laboratorio. Aunque los estudios radiológicos ayudan a evaluar la gravedad, pronósticos y causas, no son esenciales para confirmar la enfermedad. El dolor abdominal es la manifestación clínica más evidente; comienza abruptamente, se deteriora rápidamente, persiste durante un período prolongado y frecuentemente se expande a uno o ambos flancos y al abdomen, estableciendo la distribución clásica como un dolor central o hemisférico. La pancreatitis suele acompañarse de náuseas, vómitos, ansiedad y malestar general, con abdomen sin signos peritoneales. El aumento de la concentración de enzimas lipasa y amilasa en el torrente sanguíneo casi siempre es indicador de pancreatitis aguda, los criterios de aumento de la tres veces los valores normales contribuye al diagnóstico de pancreatitis, aunque en la rutina clínica se prefiere la lipasa a la amilasa (2).



OBJETIVOS

1. Objetivo general:

Contribuir a mejorar la calidad de atención de enfermería en pacientes con pancreatitis aguda, mediante el proceso de atención de enfermería en el servicio de emergencia del Hospital Carlos Monge Medrano – Juliaca 2024.

2. Objetivos específicos:

- 2.1. Valorar, diagnosticar, planear, ejecutar y evaluar los cuidados de Enfermería en pacientes con pancreatitis aguda en el Servicio de Emergencia en el Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca. 2024.
- 2.2. Brindar atención integral al paciente con pancreatitis aguda con fundamentación científica y mínimas complicaciones posteriores en el servicio de emergencia del Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca 2024.



CAPÍTULO I

VALORACIÓN

1.1. Datos de filiación

- Nombres y Apellidos: GMMD
- Edad : 26
- Etapa de vida : Joven Adulto
- Sexo : Femenino
- Fecha de nacimiento : 12/12/1997
- Lugar de nacimiento : San Gaban
- Grado de instrucción : Secundaria Completa
- Ocupación : Su Casa
- Domicilio : Av. Independencia 836
- Procedencia : Juliaca
- Estado Civil : Conviviente
- N° De Hijos : 02
- Nro De Cama : Camilla
- Idioma : Quechua – Castellano
- Religión : Católico
- Fecha de ingreso : 24/06/24
- Hora de ingreso : 22:20
- Fecha de entrevista : 24/06/24
- Hora de entrevista : 22:22
- Fecha de egreso :
- Informante : Directo
- Admisión : Emergencia



- Forma de llegada : Silla de ruedas

1.2. Motivo de consulta

Convaleciente de 26 años, orientada en tiempo, espacio y persona. Actualmente está experimentando un tipo de molestia estomacal colérico que se origina en la región mesogástrica y progresa hacia el hipocondrio derecho en el cuadrante superior derecho. Experimenta náuseas y vómitos en más de tres ocasiones cada día.

Paciente que utiliza el método anticonceptivo Depo-Provera desde hace 2 años, con ciclo menstrual regular. en el mes de setiembre.

1.3. Enfermedad actual

En una posición semi-Fowler, un paciente que se encuentra actualmente en la sala de emergencias en una camilla describe cómo su dolor está aumentando progresiva y paulatinamente baja, quejumbroso, presenta náusea, vómito de contenido bilioso, cada vez entre 30 a 50 CC., a la palpación mesogastrio e hipocondrio derecho doloroso, presenta inapetencia, no tiene sueño, tiene mucha sed, micciona en forma normal 2 a 3 veces en el día, no hace deposición porque desde hace dos días no consume alimento.

Diagnóstico médico: Síndrome doloroso abdominal

D/C Pancreatitis

D/C Infección del tracto Urinario

D/C Apendicitis aguda



D/C Embarazo ectópico.

Tratamiento médico.

N.P.O.

Cloruro de sodio al 9% 1000 CC. + 1 ampolla de Cloruro de Potasio al 20%

Metamizol 2 gr

Hioscina 20 mg

Omeprazol 40 mg

Metoclopramida 10 mg

Exámenes auxiliares: sangre, orina, ecografía abdominal, EKG

Interconsultas: Ginecología.



Tratamiento médico:

Medicamento	Presentación	Vía	Dosis	Mecanismo de acción
Cloruro de sodio 9/1000	Solución Inyectable al 0.9%, envases de 100, 1000mL.	EV	3 frascos en 24 horas a 30 gotas por minuto.	Compuesto iónico formado por sodio (Na ⁺) y cloruro (Cl ⁻), responsable de la salinidad extracelular. Reacciona con sales metálicas, como el nitrato de plata, formando cloruros insolubles. Sus soluciones modifican propiedades coligativas, alterando ebullición y congelación según su concentración (3, 25).
Cloruro de Potasio	Ampollas de 10 cc	EV	1 ampolla de 10 cc en un frasco de 1000 ml de NaCl.	Se utiliza para compensar deficiencia del potasio en el organismo. Este equilibrio electroquímico permite que el cuerpo mantenga un nivel adecuado de agua. Se usa en casos de deficiencia causada por una mala alimentación, diarrea excesiva o tratamiento diurético (3,25).
Ceftriaxon	1g de Ceftriaxona sódica en polvo + ampolla con 10ml de agua para inyección.	EV.	1g vía Las dosis deben ajustarse para los pacientes más jóvenes, incluso cada día. Según el tipo y la gravedad de la infección, la dosis puede variar de 1 a 2 gramos cada 12 h-24h vía IV o IM. Está contraindicada para pacientes alérgicos a las cefalosporinas.	Antibiótico Beta- Lactámico muy parecido a las penicilinas, de las cefalosporinas de tercera generación, poseen un amplio espectro de propiedades antibacterianas contra microorganismos Gram-positivos y Gram-negativos. De manera análoga a la penicilina, impiden el ensamblaje de la pared celular bacteriana (4,25).



Hioscina	Amp. de 2ml y 10 mg. Grageas:	IM. IV. SC.	Para adultos y niños mayores de 12 años: Ampollas:1 (20 mg) 3 veces al día (IV lenta, IM o SC), máximo 100 mg/día. Grageas: 1-2, 3-4 veces diarias. Gotas: 20-40 gotas, 3-4 veces al día. Niños 1-12 años: 5 gotas, 3 veces diarias.	Contienen y alivian los espasmos, como su nombre indica. Se debe a su acción en la zona dolorida a la gran efectividad del músculo glúteo- pecho en reducir el dolor (4,25).
Ranitidina	Caja con 100 ampollas de 2mL. Jarabe: 7,5 mg/ml Comprimidos: 150-300mg. Ampollas de 5ml: 10mg/ml	V.O . IV.	Orales e IV. Para tratar gastritis, duodenitis o esofagitis causada por reflujo, se sugiere una dosis de 300 mg diariamente, o específicamente, 150 mg dos veces al día durante 4-8 semanas, con una dosis de 150 mg cada noche como dosis de mantenimiento. Una vía intravenosa: inyectar durante 1 a 2 minutos, diluyendo 50 mg en 20 mililitros de solución salina, y luego repetir cada 6 a 8 horas.	Se utiliza para tratar la dispepsia (PUD) y la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE), previene la producción de ácido estomacal. Este receptor es un antagonista H2. La FDA y otras asociaciones han sugerido retirar del mercado ya que contiene un compuesto que puede ser carcinogénico en dosis altas
Captopril	Envase de 30 comprimidos, de 25mg, 50mg y 100mg para ingerir vía oral.	V.O	Para el tratamiento de la hipertensión, la dosis diaria de captopril no debe exceder los 150 mg en la mayoría de los casos. Sin embargo, 450 mg es la dosis máxima diaria de captopril que se debe usar.	Bloquea la proteína peptidasa del centro activo de la enzima convertidora de angiotensina (IECA), ya que es un inhibidor de la enzima. Captopril se ajusta a los centros de anclaje de la molécula original al imitar la forma de los dos últimos péptidos de la angiotensina I (4,25).



Imipenem	Presentación Viales de 250 mg y 500 mg. Solución inyectable o contaminante perfusible: 500gm.	IM.	Para infecciones leves, moderadas y severas, la dosis intravenosa máxima es de 2 g/día, y para infecciones graves o severas, puede ser de hasta 4 g/día. No se recomienda dosis >1500g/día por vía intramuscular.	Antibiótico betalactámico. Funciona como un potente inhibidor de beta-lactamasa en bacterias Gram-negativas que son resistentes a la mayoría de los antibióticos beta-lactámicos. Se cree que tiene un efecto bactericida (4,25).
Fentanilo	0.1mg: caja conteniendo 20 ampollas. Inyectable 0.5mg: caja conteniendo 20 ampollas	IV.		El agonista opioide sintético, se utiliza como analgésico y anestésico, con una potencia aproximadamente 77 veces mayor que la de la morfina.



Exámenes auxiliares

hematología clínica

Examen	Valor encontrado	Valor normal	Interpretación
Leucocitos o glóbulos blancos		5.000 – 10.000/mm ³	Son las células encargadas de defender al organismo de patógenos causantes de enfermedades y eliminar residuos y restos de tejidos (5,26).
Plaquetas o trombocitos		150 – 300.000/mm ³	Las plaquetas o trombocitos cumplen función de reparar el daño al lecho vascular que causa la hemorragia. Son responsables de la formación de trombos durante el proceso de coagulación (5,26).
Reticulocitos		0.5-2.5%	Son glóbulos rojos inmaduros, se encuentran en la médula ósea pero pueden pasar a la sangre, donde maduran hasta convertirse en glóbulos rojos maduros en uno o dos días. El examen se realiza para determinar la función normal o patológica de la médula ósea (4,5).
Mielocitos		8.4-14%	Formas inmaduras de neutrófilos, se encuentran en la médula ósea pero debido a ciertas anomalías, pueden encontrarse en la sangre (4,26).
Metamieloistosis		10-26.8%	Formas inmaduras durante la leucopoyesis en médula ósea, bajo condiciones patológicas pueden encontrarse en la sangre (4,26).
Neutrófilos			Son granulocitos polimorfonucleares (PMN), es el más prevalente en la sangre 50–60%. Su función es fagocitar y digerir intracelularmente a las bacterias, eliminando de esta forma y haciendo que el paciente recupere su salud (4,5,26).
Abastionados		0.5%	Son formas jóvenes de neutrófilos, incapaz de cumplir aún la función de un leucocito maduro o segmentado. Aparece anormalmente bajo ciertas condiciones patológicas (4,5).



Segmentados		55-70%	Son neutrófilos maduros cuya función es fagocitar, digerir y eliminar patógenos y son la primera línea celular que llega hacia el sitio de infección o inflamatorio (4,5,26).
Eosinofilos		0-2%	Son leucocitos granulocitos que se encuentran en la sangre en muy pequeñas cantidades. Su función es hacer frente a los parásitos y en estados de alergia (6).
Linfocitos		11-23%	Son leucocitos responsables de la inmunidad adaptativa, son Las células B y T responsables de la inmunidad humoral y celular y los linfocitos granulares grandes o natural Killer(NK) (6,26).
Monocitos		0-0.8%	Son los leucocitos más grandes de la sangre. Son fagocitos que se encuentran circulando en la sangre. Puede fagocitar, procesar y presentar antígeno, desencadenando respuesta inmunológica de tipo humoral y celular para eliminar a los patógenos. Cuando salen de la sangre hacia los tejidos toman el nombre de macrófagos (4,26).
Hematíes o glóbulos rojos o eritrocitos		Mujer 4.4-5.000/mm ³ Varón 4.5 - 5.000/mm ³	Los eritrocitos, producidos en la médula ósea, circulan en la sangre y contienen hemoglobina, una proteína que transporta el 98,5% del oxígeno desde los pulmones a las células del cuerpo, además de contener un 25% de glucosa. resultado del metabolismo celular para ser eliminado durante la espiración hacia el medio externo. El recuento de glóbulos rojos en sangre ayuda a diagnosticar anemia, policitemia, la deshidratación, la desnutrición y la leucemia (4,5).
Hemoglobina		Mujer 12.1-15.1gr % Varón 13.8-17.2gr %	Heteroproteína formado por globina y grupo hemo, cuya función es transportar gases O ₂ y CO ₂ .(4, 5,26).
Hematocrito		40-50cc	Es la parte o el porcentaje de eritrocitos respecto al volumen total de la sangre. Puede usarse para determinar la presencia de anemia,



			policitemia, la deshidratación, la desnutrición y la leucemia (4,5,26).
Factor RH		(+) (-)	Rh es una proteína que se encuentra en los glóbulos rojos o en las membranas de los eritrocitos; su medición permite identificar el tipo de sangre, ya sea Rh o -, sin importar los grupos sanguíneos O, A, B y AB. (5,26).
Velocidad de sedimentación		Varón1-13mm.1ra hora Mujer 1-20mm.2da hora	Prueba que puede revelar inflamación en el cuerpo (4,26).



Bioquímica clínica

Examen	Valor encontrado	Valor normal	Interpretación
Glucosa		70-110mg/dl	Es el azúcar presente en la sangre. Medir en ayunas para diagnosticar diabetes mellitus, si existiera aumento respecto a sus niveles normales (4,27).
Urea		20-45mg/dl	La prueba del BUN evalúa la cantidad de nitrógeno proveniente del subproducto urea en la sangre. La urea proveniente por descomposición de la proteína en el hígado, es eliminada por la orina (4,27).
Creatinina		0.8-1.4mg/dl	La creatinina, producto del metabolismo muscular, es filtrada por los riñones y excretada del cuerpo. Los niveles de creatinina en sangre u orina son indicadores clave para evaluar y determinar la función renal (4,27).
Acido úrico		2.5-6.0mg/dl 2.0-6.0	El ácido úrico se produce al descomponer sustancias nitrogenadas, como las purinas, que provienen del ácido nucleico al morir las células. La mayor parte del ácido úrico se disuelve en la sangre, se filtra por los riñones y se elimina con la orina. Su acúmulo en la sangre, puede formar cristales que se alojan en y alrededor de las articulaciones, generando dolencia como gota, un tipo de artritis que produce hinchazón y dolor en las articulaciones, cálculos o insuficiencia renal (4,27).
Colesterol		172-248mg/dl 175-240	Es un lípido tipo esteroles presente en tejidos, membranas celulares y plasma, es esencial para células saludables. Niveles altos puede arterioesclerosis y dificultar el flujo sanguíneo. En algunas ocasiones, dichos depósitos pueden romperse súbitamente, generando un coágulo que podría causar un infarto cardíaco o un accidente cerebrovascular (4,27).
HDL y LD L Colesterol		30-65mg/dl 40-95	El colesterol en la sangre se transporta como lipoproteínas. Lipoproteína de baja densidad (LDL), es conocido como "malo", distribuye



			<p>colesterol por el cuerpo, pudiendo acumularse en las arterias, provocando su estrechamiento y rigidez.</p> <p>Lipoproteína de alta densidad (HDL): Llamado "bueno", elimina el exceso de colesterol al recoger para transportarlo de vuelta al hígado (4,27).</p>
Triglicéridos		35-165mg/dl	<p>Son un tipo de lípido en la sangre, se denominan grasas si son sólidos y aceites si son líquidos a temperatura ambiente. Los triglicéridos de mamíferos, como grasa de res o manteca, pueden elevar el riesgo de enfermedades cardiovasculares si sus niveles son altos (4,27).</p>
Bilirrubina total (B.T).		Hasta 1mg/dl	<p>Es un pigmento amarillo-anaranjado, que resulta del catabolismo de la hemoglobina debido a hemólisis. La bilirrubina no conjugada o indirecta en la sangre es transportada por la albúmina hacia el hígado, donde se une al ácido glucurónico en los hepatocitos para convertirse en bilirrubina conjugada o directa, ésta es hidrosoluble, por lo que se junta con bilis y se almacena en la vesícula biliar junto con la bilis, luego se excreta hacia el duodeno. Allí, las bacterias intestinales la transforman en estercobilina que da color amarillo a las heces y otra parte es transformado el urobilinógeno que es reabsorbido para luego ser eliminado por el riñón (4,27).</p>
Bilirrubina directa (BD).		Hasta 0.2	<p>Es soluble en agua y se almacena en la vesícula biliar, sale al duodeno y por acción de la flora bacteriana intestinal se convierte en urobilinógeno que se reabsorbe y se elimina por la orina y otra parte en estercobilina (4,27).</p>
Bilirrubina indirecta (BI)		Hasta 0.8	<p>Bilirrubina indirecta, libre o no conjugada, resultada del catabolismo de la hemoglobina en el torrente sanguíneo, unida a la albúmina que circulando en la sangre llega al hígado (4).</p>
Transaminasa glutámico oxalacética (TGO)		Hasta 12u/l	<p>La TGO es una enzima encargada de descomponer proteínas para convertirlas en energía; se localiza principalmente en los hepatocitos del hígado, también en músculos, corazón, glóbulos rojos, páncreas, riñones y</p>



aspartato aminotransferasa (AST).			cerebro. Su evaluación, referido a su aumento en sus niveles sanguíneos es útil para determinar el funcionamiento del hígado. Pero esta enzima también puede encontrarse en el corazón, y por ello, puede servir como indicador en condiciones cardíacas, sugiriendo un infarto o isquemia (4,27).
transaminasa glutámico-pirúvica (TGP) ó alanina aminotransferasa (ALT).		Hasta 12	Enzima que se localiza en el citosol de los hepatocitos y en diversos tejidos. Un aumento en los niveles de esta enzima en la circulación sanguínea puede ser indicador de daño o lesión de hepatocitos, cáncer u otras afecciones. Es más útil y más específico a patologías hepáticas. Sus niveles son evaluados en conjunto con GGT, fosfatasa alcalina, bilirrubina y proteínas (4,27).
Amilasa		<120ua/dl	Enzima encargada de hidrolizar carbohidratos. Se produce mayormente en el páncreas y glándulas salivales. Cuando el páncreas se lesiona o inflama, secreta altas cantidades de amilasa en la sangre. Es habitual detectar una cantidad pequeña de amilasa en la orina, pero niveles altos o bajos de amilasa pueden ser indicativos de un problema en el páncreas o de las glándulas salivales (4).
Proteínas totales		6.1 – 7.9g/dl	Es la suma de todas las proteínas plasmáticas principalmente albúmina y globulina (4,27).
Albumina		3.5 – 4.8g/dl	Es la proteína más abundante de la sangre. El 90% es producido en el hígado y 10% en los riñones. El análisis de laboratorio es para identificar enfermedades hepáticas, deficiencias nutricionales o problemas renales (4,27).
Globulina		2.6-3.1g/dl	Proteínas séricas encargadas del transporte de sustancias y la protección inmunológica circulando en la sangre. Hay alfa, beta y gamma globulinas. Las alfa y beta globulinas son sintetizadas por los hepatocitos y las gamma globulinas por los linfocitos B maduros (plasmocitos) y son las inmunoglobulinas o anticuerpos circulando en la sangre (4,27).



Fosfatasa alcalina (FA)		68-240u/l	Enzima, se encuentra en los tejidos corporales. Su determinación es útil para diagnosticar enfermedad hepática como colestasis o patologías del hueso (4,27).
Fosfatasa ácida		4.8 – 13.5u/l	Enzima que aumenta en hipertrofia prostática, prostatitis, carcinoma prostático y trastornos hematológicos, óseos o hepáticos (4,27).



1.4. ANTECEDENTES

A) Familiares:

Padre: Residir, posee dolores musculares, Ha tenido cirugía debido a una fractura de brazo, no domicilia con su padre.

Madre: adulta mayor, no vive junto con su madre. Sin antecedentes.

Hijos: 3 gestaciones, 2 viven y 01 fallecido al año de edad.

Sin antecedentes

B) Personales

Antecedentes patológicos (enfermedades anteriores)

- EDAS
- IRAS

Creencias y costumbres

Es devoto católico y sigue principios indígenas.

Hábitos Nocivos

- No fuma
- No bebe, poco en algunos compromisos.
- No drogas

1.5. Antecedentes socioeconómicos

Carga familiar: paciente conviviente y tiene 2 hijos.

Posición en la familia: madre.



Vivienda: casa propia

- 1 ()
- 2 (X)
- 3 ()
- De 4 a más ()

Servicios básicos: agua, luz y desagüe

Consumo de agua:

- Agua hervida (X)
- Directa ()
- Purificada ()

Almacenamiento:

- Balde sin proteger ()
- Balde protegido (X)
- Tanque ()

Eliminación de excretas:

- Desagüe (X)
- Letrina pública ()
- A campo abierto ()

Iluminación:

- Luz eléctrica (X)
- Lámparas ()



- Mechero ()
- Vela ()

Consumo de alimentos

- Desayuno: sopa a veces kuaquer, mazamorra con pan
- Almuerzo: sopa y segundo
- Cena: a veces sopa a veces segundo.

Servicios de salud (acude):

- Hospital (X)
- Centro de salud ()
- Farmacias ()
- Médico particular ()
- Curanderos (x)

1.6. Examen físico

A) Aspecto General:

Paciente femenina de 30 años de edad, en etapa adulta joven, delgada, cuerdo, alineado temporalmente, espacio e individuo, afebril en posición álgida de cubito dorsal, con facies álgida, conjuntivas palpebrales rosadas, mucosas orales secas, cabecera a 45° ventilando espontáneamente con FIO2 al 21%.

B) Funciones Vitales

- Presión arterial : 129/71mmhg



- Temperatura : 36.1°C
- Frecuencia cardiaca : 92x´
- Frecuencia respiratoria : 28x´

C) Medidas antropométricas

- Peso : 64kg
- Talla : 1.62cm

D) Exploración Céfalo caudal

- Piel: color amarillo marrón en regular estado hidratación
- Tejido celular subcutáneo: normal de buena distribución y consistencia.
- Cabeza: Normo céfalo, cabellos negros de buena implantación con presencia de algunas canas, no se encuentran zonas dolorosas en regular estado de higiene.
- Ojos: simétricos, isocóricas, foto reactiva a la luz, conjuntivas rosadas, pestañas de buena implantación normal.
- Oídos: pabellón auricular simétrico de buena implantación de tamaño normal de buena sensibilidad.
- Nariz: forma normal, tamaño proporcional a la cara, posición del tabique recto simétrico, fosas nasales permeables, no se encuentra zonas dolorosas.
- Boca: Labios simétricos, de tamaño normal, mucosas orales secas. Piezas dentales algunas dos ausentes, lengua normal, reflejo nauseoso presente.



- Garganta: normal.
- Cuello: cilíndrico simétrico móvil, Se observan desplazamientos habituales de flexión y giro, sin evidencia de ganglios agrandados a la exploración.
- Tórax: piel no presencia de cicatrices, movimiento torácicos presentes vibraciones vocales presentes, murmullo vesicular presente, amplitud y amplexación conservada.
- Mamas: simétricos, de consistencia blanda, no presencia tumores.
- Pulmones: murmullo vesicular presente vibraciones vocales presentes
- Cardiovascular: Sonidos cardíacos normales y rítmicos, sin soplo
- Abdomen: Suave y compresible, con sensibilidad dolorosa al tacto, predominando en el hipocondrio derecho, sonidos hidra aéreos disminuidos presentes.



- Genitales; adecuado para sexo y edad.
- Extremidades superiores e inferiores: simétricas móviles con presencia de vía periférica en MSI.
- Estado neurológico: El paciente se encuentra alerta, consciente y ubicado en tiempo, espacio y entorno personal, con puntuación de Glasgow de 15/15. Sin signos meníngeos ni alteraciones focales. Utiliza un lenguaje adecuado y completo.

1.7. Evolución de la enfermedad

Paciente femenina de 30 años., en estado sensitivo, presenta dolor abdominal en epigastrio que irradia a hipocondrio derecho acompañado con náuseas y vómito de contenido bilioso, inapetencia, quejumbrosa, con diagnóstico médico "PANCREATITIS AGUDA" con una evolución progresiva, presenta una temperatura de 36.1 °C, pulso de 92 por minuto, ritmo respiratorio de 22 inhalaciones por minuto y tensión arterial: 110/60 mmHg.mm hg y con una ventilación espontanea de 92 %, FIO2 al 21%.

1.8. Valoración según modelo de clasificación de dominios y clases

Dominio 1: Promoción de la salud

Datos subjetivos. - paciente refiere no saber sobre su enfermedad

Manifiesta sentirse aburrida y preocupada.

Datos objetivos. - paciente intranquilo inquieto por no saber de qué trata su enfermedad.



Se percibe a la paciente tensa

Dominio 2: Nutrición

Datos subjetivos. -paciente refiere tener sed en abundancia,

Manifiesta seguir una dieta habitual, en la que desayuna sopa y mate, almuerza un segundo plato o caldo, y cena mate en algunas ocasiones con pan.

Datos objetivos. - se observa a la paciente delgada Muestra sequedad en las mucosas de la boca, está apática a la comida por el dolor estomacal, tiene mucha sed y no puede comer debido a las náuseas y vomito de contenido bilioso tres a cuatro veces al día de hace 3 días.

Actualmente se encuentra en NPO por los vómitos que presenta.

Dominio 3: Eliminación e intercambio

Datos subjetivos. - paciente indica estar orinando en escasa cantidad y presentar sudoración desde que tuvo enfermedad.

No hay deposición porque no ingiere dieta.

Datos objetivos. - se le observa al Paciente con sudor frío en el rostro y manos

Dominio 4: Actividad/reposo

Datos subjetivos. - pacientes refiere que ya está cansado de estar postrado en cama "me duele la cabeza, el pecho cuando respiro".

Datos objetivos. - se le Se nota al paciente con expresión del rostro de



enojo, preocupada y molestias.

Dominio 5: Percepción/cognición

Datos subjetivos. - paciente refiere acordarse de todo como y dice

“espero me recupere pronto ¿Es grave lo que tengo?”

Datos objetivos. - se le observa al paciente llorosa, intranquila, nerviosa

Glasgow 15/15

Dominio 6: Autopercepción

Datos subjetivos. - paciente refiere sentirse mal y no saber qué hacer con su enfermedad

Datos objetivos. Se le observa preocupada por los dolores. Muestra tristeza y lágrimas en los ojos con inspiración profunda.

Dominio 7: Rol/relaciones

Datos subjetivos. - paciente refiere preocupación por sus hijos, confía en su relación estable

Datos objetivos. - paciente manifiesta estar más tranquila, su relación es estable y que por lo cual su pareja cuidara de sus hijos

Dominio 8: Sexualidad y reproducción

Datos subjetivos. Paciente refiere tener esposo y tres hijos de los cuales uno falleció

Datos objetivos. Se observa en la historia clínica paciente con ninguna alteración usuaria de un método anticonceptivo.



Dominio 9: Afrontamiento / Tolerancia al estrés

Datos subjetivos. paciente refiere tener temor a la hospitalización y ansiedad cuando salga a la calle.

Datos objetivos. se observa al paciente un poco deprimido, Se observa al paciente con expresión facial ansiosa, debido a su estado actual, con un grado de tensión y estrés por su salud.

Dominio 10: Principios vitales

Datos subjetivos. Paciente refiere "soy católico y creo en Dios".

Datos objetivos. Se aprecia al paciente levantar la cabeza cuando se le pregunta o se le realiza la entrevista.

Dominio 11. Seguridad / protección

Datos subjetivos. - se aprecia a la paciente un poco quejumbrosa, ansiosa por la presencia de dolor abdominal.

Datos objetivos. - se observa al paciente con presencia de vía periférica en miembro superior izquierdo, permeable

Dominio 12: Confort

Datos subjetivos. Paciente refiere no estar cómodo con posición semi fowler y que le duele el estómago e hipocondrio derecho.

Datos objetivos. Se observa paciente incomodo por estar mucho tiempo en camilla



Dominio 13: Crecimiento y desarrollo

Datos subjetivos. Paciente refiere no estar bien en cuanto al físico corporal

Datos objetivos. Se aprecia al paciente con mejora de las dimensiones de los sistemas de acuerdo al sexo, raza y contextura corporal.



ESQUEMA DE VALORACIÓN

Nombre del paciente: GMMD

Edad: 30 años

Diagnóstico médico: Pancreatitis aguda. Emergencia: Cama 2

DATOS RELEVANTES	DOMINIOS Y CLASES	BASE TEORICA	CODIGO ETIQUETA	FACTOR RELACIONADO
<p>Datos subjetivos: Paciente refiere presentar dolor a nivel del abdomen de tipo cólico insoportable.</p> <p>Datos objetivos: Paciente adulto joven de 30 años, orientad en tiempo y espacio con funciones vitales T°36.1°C, FC 92X FR 32X´P/a 110/70 mm hg, se observa a la paciente quejumbrosa, ceño fruncido, irritada, incómoda.</p>	<p>Dominio: 12 Confort</p> <p>Clase:1 confort físico</p>	<p>El dolor, una experiencia sensorial y emocional desagradable, es la principal razón de consulta médica. Su evaluación incluye nivel, duración y causa, alertando sobre posibles lesiones. Es crucial actuar rápidamente para prevenir daños adicionales y proteger los tejidos afectados (25).</p> <p>El dolor sufrido por el paciente conlleva a: ausencia en el trabajo, alteraciones en la eliminación intestinal, dificultad para concentrarse, problemas con la higiene personal y otros trastornos de la movilidad, afectación del sueño, etc.).</p> <p>comportamientos frecuentemente relacionados con el dolor incluyen: llorar, gestos faciales de angustia y posturas o movimientos atípicos, sudoración, ansiedad, cambio de signos vitales</p>	Dolor agudo (00132)	Agentes lesivos biológicos.



Día 2.

DATOS RELEVANTES	DOMINIO Y CLASES	BASE TEÓRICA	CÓDIGO ETIQUETA	FACTOR RELACIONADO
<p>Datos Subjetivos: El paciente indica no puedo comer nada debido a las náuseas y vómitos, tengo mucha sed.</p> <p>Datos Objetivos: Se observa al paciente con mucosa oral deshidratada, presenta vomito contenido bilioso</p>	<p>Dominio: 2 Nutrición Clase 5: Hidratación</p>	<p>Es la expulsión del contenido gástrico a través de la boca, lo cual implica apertura oral, inspiración intensa, cierre de la glotis y contracción abrupta del diafragma (8).</p> <p>Violenta contracción muscular abdominal y torácica, junto con la acción del píloro y la relajación de los esfínteres gástrico y esofágico, que lleva a la expulsión del contenido gástrico, conllevando a una deshidratación y desajuste en los niveles de electrolitos, causando irritación esofágica, gastritis, debido a la pérdida del moco que protege la mucosa. Liberación gástrica de ácido clorhídrico, disminución de la presión arterial por pérdida de líquido y sodio.</p> <p>Arritmias cardíacas asociadas a la pérdida de electrolitos como potasio, calcio y magnesio, que pueden desencadenar alcalosis o acidosis, hipopotasemia, hipoclorémica, oliguria, anuria, ulcera de cardias (1, 22,25).</p>	<p>Riesgo de desequilibrio electrolítico .Código: 00195</p>	<p>Náuseas y vómitos</p>



DATOS RELEVANTES	DOMINIOS Y CLASES	BASE TEÓRICA	CODIGO ETIQUETA	FACTOR RELACIONADO
<p>Datos subjetivos: Paciente refiere que Tiene mucho temor a la hospitalización y que nunca había venido al hospital</p> <p>Datos objetivos: Se observa a la Paciente angustiada por su condición de salud, mostrando sudoración en rostro y manos.</p>	<p>Dominio 9: habilidad para lidiar y resistir el estrés.</p> <p>Clase 2: Respuesta de afrontamiento.</p>	<p>La ansiedad es una respuesta natural del cuerpo ante una situación que percibe como peligrosa, estresante o desafiante</p> <p>Cada individuo reacciona de manera diferente, dependiendo de la enfermedad, la personalidad del individuo y su situación de vida.</p> <p>Comparado con su hogar, el hospital se presenta como un entorno frío y distante, en el que debe compartir habitación, adaptarse a un horario riguroso para comidas, descanso y visitas, y encontrarse rodeado de nuevas personas, cada una con un propósito específico (22,25).</p>	<p>Ansiedad</p> <p>Código: 00146</p>	<p>Cambios en su estado de salud.</p>



CAPITULO II

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

2.1. Lista de hallazgos significativos

- La paciente reporta dolor abdominal desde hace 3 días, motivo por el cual busca atención médica en el hospital Carlos Monge Medrano
- Refiere náuseas y vómito de contenido bilioso 100 a 200 CC., tres veces al día.
- Presenta actitud quejumbrosa, fruncimiento de ceño y boca seca, tiene mucha sed.

2.2. Diagnósticos de enfermería según análisis de datos significativos

A. Definción

Dolor...Situación en el que una persona presenta y manifiesta la sensación de malestar o síntoma intenso, que se experimenta por más de un segundo y menos de seis meses (7), (6).

Diagnóstico de enfermería

Dolor agudo R/C agentes lesivos biológicos E/P expresión verbal.



B. Definición

Deshidratación

Diagnóstico de enfermería

Posible desequilibrio electrolítico por náuseas y vómitos.

C. Definición

Ansiedad

Condición donde un individuo o grupo muestra signos de ansiedad y reactividad del sistema nervioso ante una amenaza vaga o indefinida (6) (7) (8).

Diagnóstico de enfermería.

Ansiedad relacionada con factores estresantes, su salud y el temor.

D. Definición.

Infección

Estado en el que una persona está en riesgo de ser Sujeto a la invasión de un microorganismo, ya sea oportunista o patógeno (7).

Diagnóstico de enfermería

Riesgo de patología asociado a las agravantes de la enfermedad actual.

E. Definición

Riesgo de alteración en la actividad peristáltica gastrointestinal, con posibles aumentos, disminuciones o falta de función (7).

Diagnóstico de enfermería

Riesgo de alteraciones en el desplazamiento gastrointestinal debido a (R/C).
cambios en los hábitos alimentarios



F. Definición

Ingesta deficiente de nutrientes para cumplir con las demandas metabólicas.

Diagnóstico de enfermería

Consumo menor a las exigencias del organismo corporales R/C aversión hacia los alimentos.

G. Definición

Despertarse a causa de factores externos durante un tiempo limitado (9). Diagnóstico de enfermería

Dificultad en el patrón de sueño relacionada con (R/C) alteraciones del entorno.



2.3. DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

Nombre del paciente. GMMD

Edad: 30 años

Servicio: emergencia-

Diagnóstico médico: Pancreatitis aguda. Cama: camilla 2

DATOS RELEVANTES	ETIQUETA	DOMINIO	CLASE	CÓDIGO	FACTOR RELACIONADO	PROBLEMA
Me duele mi estómago desde hace 3 días	dolor	12; confort	1.Confort físico	00132	Agente lesivo biológico E/P expresión verbal	Potencial
Tengo náuseas y vómitos	Riesgo de desequilibrio electrolítico	2 nutrición	Hidratación	00193	Náuseas y vomito	Potencial
Expresa miedo temo a la hospitalización	ansiedad	9; afrontamiento/ Tolerancia al estrés	2. Respuestas de afrontamiento	00146	Factores estresantes. Estado de salud E/P temor	Real
Hospitalización	Riesgo de infección	9. confort	1. Confort físico	00146	Complicaciones de la patología, procedimientos invasivos.	potencial
Alteraciones del entorno	Trastorno del patrón de sueño	4; actividad/ reposo	1.Sueño reposo	00198	Alteraciones del entorno	real



CAPITULO III PLANIFICACIÓN

3.1. Establecimiento de prioridades.

A. Diagnóstico de enfermería

Dolor severo relacionado con (R/C) Agentes lesivos biológicos E/P expresión verbal

Dominio 12: Confort clase 1: Confort físico

código: 000132

B. Diagnóstico de enfermería

Riesgo de alteración en el equilibrio electrolítico debido a (R/C) náuseas y vómitos

Dominio 2: Nutrición

Código: 00195

Clase 5: Hidratación

C. Diagnóstico de enfermería

Riesgo de infección debido a las complicaciones de la condición patológica presente

Dominio 11: Seguridad/ Protección



Clase 1: Infección

Código: 00004

D. Diagnóstico de enfermería

Ansiedad R/C Variaciones en la condición de salud.

Dominio 9: Resiliencia emocional

Clase 2: Abordaje edaptativo Código: 00146

E. Diagnostico de enfermeria

Desajuste en el ciclo de sueño por alteraciones del entorno. Codigo:
00198

Clase 1: Sueño reposo

Dominio 4: Actividad/ reposo

3.2. Establecimientos de objetivos.

A. Diagnóstico de enfermería.

Dolor agudo R/C agentes lesivos biológicos E/P expresión verbal

Objetivo:

Disminuir el dolor con la administración de analgésicos

B. Diagnóstico de enfermería

Riesgo de desajuste electrolítico vinculado a episodios de náuseas y vómitos

Objetivo:

Conservar equilibrio de electrolitos, reemplazando pérdidas de volumen a



volumen, supervisando y midiendo vómito y deshidratación.

C. Diagnóstico de enfermería

Riesgo de afición debido a las repercusiones de la condición patológica presente.

Objetivo

Reducir la entrada de microorganismos mediante procedimientos invasivos con asepsia rigurosa y lavado de manos.

D. Diagnóstico de enfermería

Tensión debido a modificaciones en el estado de salud. **Objetivo**

Conseguir su disposición en la implementación de mecanismos que favorezcan su salud.

E. Diagnóstico de enfermería

Trastorno del patrón del sueño R/C Alteraciones del entorno.

Objetivo

Lograr que la paciente recupere el ciclo circadiano y no altere sus horas de descanso.



Nombre del paciente: GMMD
Edad: 30 años. Servicio: Emergencia.
Diagnóstico médico: Pancreatitis aguda

Plan de cuidados de enfermería

NOC	NIC	FUNDAMENTO CIENTÍFICO	EVALUACIÓN
<p>Clase 05: Hidratación. 0601: Equilibrio hídrico: Equilibrio de agua entre los espacios dentro y fuera de las células del cuerpo. Indicadores</p> <ul style="list-style-type: none"> - Humedad de membrana, mucosas. - Sed - pulsos periféricos - Hidratación cutánea - Presión arterial 	<p>4200 terapia intravenosa – Infusión y regulación de líquidos y medicamentos intravenosos. Actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comprobar la orden de la terapia intravenosa. - Suministrar líquidos intravenosos a temperatura ambiente. - Vigilar la frecuencia del flujo E.V. - Observar la permeabilidad. - Registrar los ingresos y egresos. 	<p>Se debe garantizar un aporte adecuado de líquidos, conforme a las órdenes médicas y las necesidades del paciente. Los líquidos administrados por vía parenteral deben ser aplicados de acuerdo con lo prescrito, considerando tanto la cantidad y tipo de solución como la velocidad de infusión (1, 25). La permeabilidad de la vía intravenosa es crucial para permitir la correcta administración de los líquidos parenterales de acuerdo a necesidad del organismo. La monitorización de los signos vitales permite observar los cambios principales en el funcionamiento del sistema corporal. Es necesario reportar cualquier irregularidad en el balance de líquidos y garantizar una dosificación adecuada.</p>	<p>El paciente presenta mucosa oral hidratada, no refiere sensación de sed y sus signos vitales se encuentran dentro de los rangos normales.</p>



Nombre del paciente: GMMMD
Edad: 30 años. Servicio: Emergencia
Diagnóstico: Pancreatitis aguda.
Plan de cuidados de enfermería.

DIAGNÓSTIC ENFERMERÍA	NOC	NIC	BASE CIENTÍFICA	EVALUACIÓN
Riesgo de infección por desconocimiento de las medidas para evitar la exposición a agentes infecciosos..	<p>Conocimiento Comprensión del paciente sobre la infección, su tratamiento y medidas preventivas de complicaciones.</p> <p>Elementos que influyen en la transmisión. Manifestaciones de la infección. Relevancia de la limpieza de las manos. Acciones destinadas a fortalecer la resistencia frente a infecciones. Importancia del seguimiento del tratamiento.</p>	<p>Control de infecciones Minimizar el contagio y transmisión de clase V: Control de riesgo: - Control de peligros, gestión de riesgos, manejo de amenazas, supervisión de riesgos, manejo preventivo de riesgos -Instruir y explicar al paciente a cerca de las técnicas conocidas del lavado de manos y su práctica necesaria. - - - Poner en práctica precauciones universales. -Asegurar una manipulación estéril de todas las líneas intravenosas.</p>	<p>Este aspecto puede ser el más simple, pero es el más fundamental, crucial para evitar infecciones adquiridas en el hospital: Este aspecto, aunque aparentemente simple, es esencial para prevenir infecciones nosocomiales; su naturaleza básica resulta crucial en la protección contra infecciones hospitalarias acciones necesarias para evitar la propagación del contagio. Limpiar la piel disminuye la contaminación (25). La limpieza reduce la cantidad de bacterias en la piel. Bloquea el acceso o limita la propagación de microorganismos, infección y contaminación (1) . Reduce la propagación de la infección. Disminuye las opciones de transmisión de contaminación</p>	<p>No se consigue eficazmente debido a la permanencia del paciente en el servicio, sumado a la gran preocupación del paciente por su situación de salud.</p>



Nombre del paciente: GMMMD
Edad: 30 años. Servicio: Emergencia.
Diagnóstico médico: Pancreatitis aguda

DIAGNÓST ENFERM	NOC	NIC	BASE CIENTÍFICA	EVALUACIÓN
Ansiedad R/C cambios en el estado de salud.	<p>CODIGO : 00146</p> <p>DOMINIO 09: Afrontamiento y tolerancia Clase 5: Respuesta de afrontamiento.</p> <p>1211 Nivel de ansiedad: Intensidad de la preocupación, tensión o inquietud, originada por una fuente no identificada.</p> <p>Dominio 03: Salud psicosocial Clase 1: Bienestar emocional.</p> <p>Manos húmedas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inquietud - Irritabilidad - Ansiedad verbaliza da <p>Sudoración.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Reducción de la ansiedad - Aliviar la inquietud, miedo o preocupaciones vinculadas a una fuente incierta de posibles riesgos previstos. <p>Área 03: Conductual Clase T: Promoción del bienestar psicológico.</p> <p>Actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> - Explicar las sensaciones a experimentar durante el procedimiento. - Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico - Permanecer con el paciente para dar seguridad y reducir miedo. - Escucharla con atención sus inquietudes. 	<p>Adecuada información sobre la enfermedad, de manera precisa, disminuye el miedo, refuerza la conexión enfermera- paciente y permite que tanto el paciente como su familia enfrenten la situación con mayor realismo. Esta información es clave para aclarar malentendidos, identificar riesgos reales y permitir al paciente tomar decisiones fundamentadas.</p> <p>Además, reafirma el valor del paciente como ser humano, reconociendo su necesidad de atención para afrontar la enfermedad. El entorno sigue siendo seguro, lo que ayuda a reducir el estrés y el aislamiento, promoviendo una comunicación eficaz, aprende enfrentar el estrés y la ansiedad; se favorece la producción de endorfinas, lo cual contribuye a aliviar el dolor y mejorar el Estado de ánimo (25, 22, 18)</p>	<p>No se consigue reducir completamente la ansiedad debido a la estancia del paciente, la dinámica de la relación paciente-enfermero y el tiempo insuficiente para abordar sus inquietudes.</p>



CAPITULO IV. EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN

Registro de enfermería SOAPIE

Nombre del paciente: GMMD. Edad:30 años. Servicio: Emergencia. Camilla:

02. Diagnostico medico: Pancreatitis aguda

S	El paciente comenta: "Hace tres días que tengo dolor en el estómago" y se pasa hacia atrás de mi espalda, se me está complicando con vómitos y nauseas".
O	Paciente adulta ingresa al servicio de emergencias en silla de ruedas, acompañado por familiar, indicando dolor abdominal, viene en posición álgida, quejumbrosa, ansiosa, preocupada, piel rosada, tibia al tacto, facie sudorosa con ceño fruncido, mucosas orales secas, presenta vómito de aspecto bilioso 100 cc aproximadamente, con ventilación espontánea, abdomen blando depresible, doloroso a la palpación en el mesogastrio y en el hipocondrio derecho, además de ligeras molestias en la región genital S/E. Funciones vitales: Presión Arterial 100/70 mm Hg, Temperatura 36.1 C°, Pulso 65 x min. Frecuencia respiratoria 28 x min, Saturación 90.
A	Dolor agudo R/C con agentes lesivos biológicos Riesgo de desequilibrio electrolítico, R/C vómitos y nauseas, el paciente presenta un riesgo aumentado de shock hipovolémico y las posibles complicaciones de la enfermedad, lo que puede comprometer el sistema inmunológico y otras funciones vitales
P	<ul style="list-style-type: none"> • Mitigar o disminuir el dolor • Sostener la estabilidad de los electrolitos • Minimizar la probabilidad de infección • El paciente promete cuidar su salud después de la sesión educativa.
I	<ul style="list-style-type: none"> • Valoración de funciones vitales • Instalación de catéter venoso periférico permeable en MSI, toma de muestra de sangre y orina, evaluación médica • Brindar cuidados de enfermería, comodidad y confort • Reposición de líquidos. Recuperación de volumen corporal perdido. Suministro de medicamentos para el dolor. Solicitud de interconsulta con ginecología. • Realización de exámenes de laboratorio y estudios de imagen. Suministro de fármacos antimicrobianos • Orientación sobre procedimientos aplicados, con énfasis en la enfermedad. • Se dio una sesión educativa respecto a un estilo de vida saludable.
E	Tranquila, estable, T° 37°C, Pulso 80 X', respiración 20 X' saturación 90% Paciente acepto que complicaciones tendría posteriormente si no sigue con la terapia y con su alimentación.



4.1. Cuidado de enfermería en la administración de medicamentos:

Los correctos en la administración de medicamentos.

1. Medicamento correcto
2. Paciente correcto
3. Dosis correcta
4. Vía correcta
5. Hora correcta
6. Verificar fecha de vencimiento o caducidad del medicamento
7. Preparar y administrar personalmente el medicamento
8. Registrar personalmente el medicamento y la hora de administración
9. Velocidad de infusión correcta
10. Informarse de posibles alteraciones o efectos adversos de medicamentos usados.



CAPITULO V

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

5.1. Definición

La pancreatitis es una inflamación del páncreas, debido a la activación y liberación de sus propias enzimas en el mismo páncreas en vez de hacerlo en el intestino. La mayoría de los casos son de gravedad (80-90%) (10). El desarrollo clínico varía desde casos hasta formas graves con complicaciones serias, algunas de las cuales requieren intervención quirúrgica (11). La pancreatitis aguda, cuando es leve es principalmente autolimitada y la recuperación se puede obtener en una semana, pero cerca del 20 % de los pacientes pueden desarrollar pancreatitis aguda moderada o grave, que se asocia con insuficiencia orgánica y deterioro en la función endocrina y/o exocrina del páncreas por necrosis extensa de las células del parénquima y tejido peripancreático, con una mortalidad alrededor del 30%. (12) (13).

La pancreatitis aguda leve puede avanzar a formas severas, con alta mortalidad. Episodios recurrentes pueden derivar en pancreatitis crónica o cáncer de páncreas, perjudicando el pronóstico y la calidad de vida del paciente, Con la reciente actualización de diversas guías médicas, se han logrado importantes



avances en la reanimación con líquidos, el uso de antibióticos, el soporte nutricional y el tratamiento de complicaciones (14) (15).

5.1. Etiopatogenia de la pancreatitis

Entre las principales causas de páncreas aguda se encuentran los cálculos biliares (45%) y el consumo de alcohol (20%) en la mayoría de los países.

otras causas menos frecuentes incluyen el uso de fármacos o drogas, la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE), hipercalcemia, hipertrigliceridemia, traumatismos quirúrgicos, y enfermedades autoinmunes, genéticas e infecciosas, que también son desencadenantes conocidos de la inflamación tanto local como sistémica (15) (3) (13).

Colelitiasis

Es el factor principal que desencadena la pancreatitis aguda, 20-70% de los casos, la colelitiasis incrementa con la edad, lo que explica en parte la creciente incidencia de pancreatitis crónica asociada a los cambios demográficos. La obstrucción del esfínter de Oddi por un cálculo fue la causa inicial confirmada de pancreatitis aguda necrotizante; la obstrucción del conducto pancreático y/o infusión ductal de ácido biliar es un método efectivo para inducir pancreatitis aguda experimental (12) (1) (13).

Alcohol

Es la segunda causa de pancreatitis aguda en Norte América y Europa, en Europa del Este es la principal causa (12) (13) (1) (10).



La hipertrigliceridemia es causa de pancreatitis aguda, es la tercera causa (15) (13).

Fármacos

Los fármacos son causa en 5% de los casos, posiblemente con frecuencias mayores como cofactores, existen relativamente pocos estudios de pancreatitis aguda asociada a fármacos y tabaquismo (15) (12).

5.2. Fisiopatología

El páncreas es una glándula alargada y estrecha ubicada transversalmente en la parte posterior del abdomen, detrás del estómago. Su porción derecha, conocida como cabeza, es la más ancha y se sitúa en la curva del duodeno, la primera sección del intestino delgado. La parte izquierda, de forma cónica, denominada cuerpo, se extiende ligeramente hacia arriba, terminando en la cola cerca del bazo (16) (17) (11).

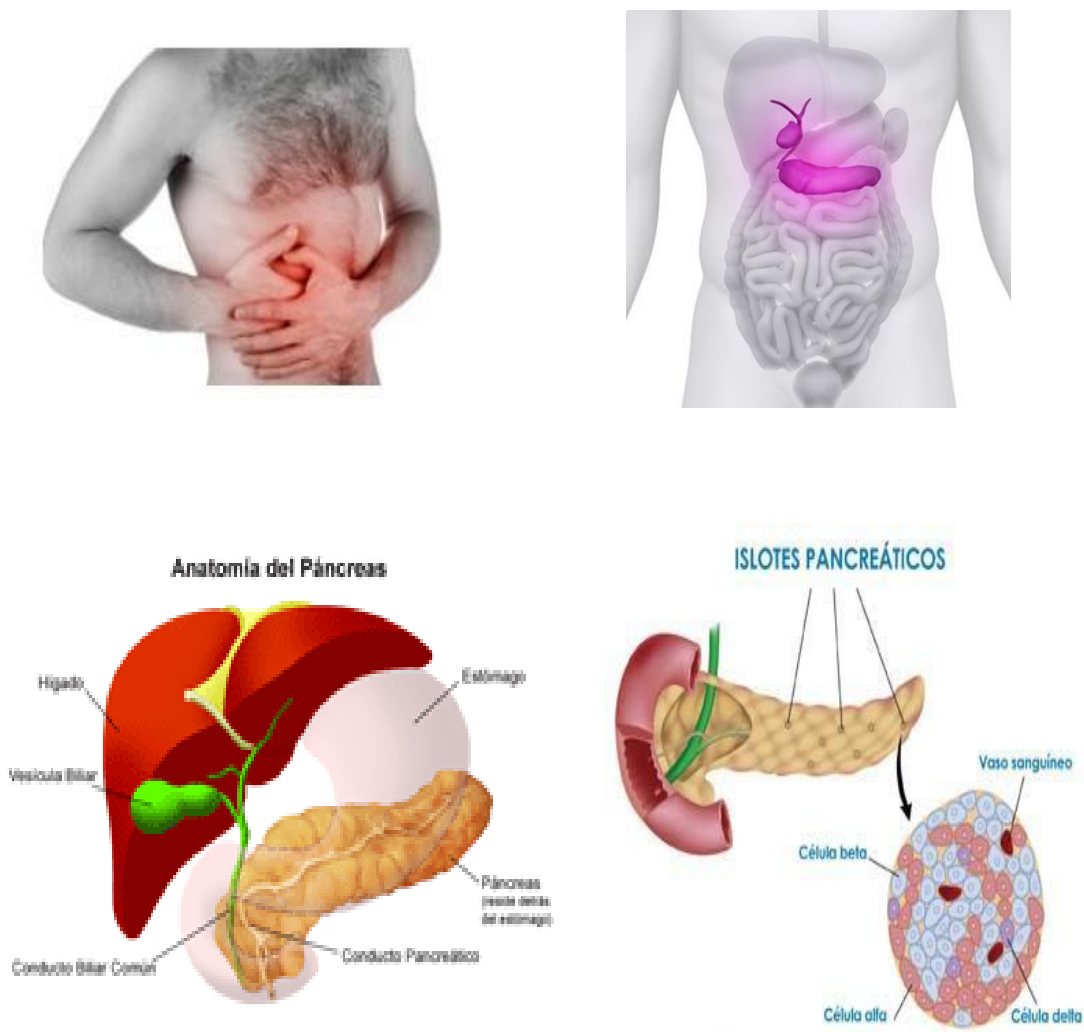
El páncreas está compuesto por tejido exocrino y endocrino. El tejido exocrino produce aproximadamente 1.200-1.500 ml diarios de jugo pancreático, que se libera en el duodeno a través del conducto pancreático principal. Este jugo contiene bicarbonato, que neutraliza el ácido gástrico, y enzimas como amilasa, lipasa y proteasas, esenciales para la digestión de carbohidratos, grasas y proteínas. El tejido endocrino, formado por los islotes de Langerhans, secreta hormonas como insulina y glucagón directamente al torrente sanguíneo, regulando el metabolismo de la glucosa, además, se secretan ribonucleasas y desoxirribonucleasas para la degradación de ácidos nucleicos. La enterocinasa,



presente en la mucosa duodenal, activa el tripsinógeno convirtiéndolo en tripsina, lo que inicia un proceso en cascada que activa otras enzimas proteolíticas (17) (8) (9) (11).

El sistema endocrino se compone de células alfa que secretan glucagón, células beta que producen insulina, células delta que liberan somatostatina, células PP (gamma) que secretan polipéptido pancreático y células épsilon que generan grelina. Estas hormonas viajan a través del torrente sanguíneo y llegan a los diversos órganos y tejidos del cuerpo, donde desempeñan roles clave en la regulación del metabolismo y otros procesos fisiológicos blancos. Esta parte endocrina se denomina islotes de Langerhans, la mayoría de los islotes son esféricos, aunque también pueden ser planos o alargados, hay alrededor de un millón de islotes, que representa 1% al 2% de la masa pancreática⁴.y en mayor número se encuentra en parte central del páncreas y porción distal del páncreas (14) (9).

Figura 1. Anatomía del páncreas



El páncreas exocrino produce enzimas que desdoblan carbohidratos, grasas y proteínas en el duodeno. Estas enzimas se secretan inactivas y se activan al llegar al duodeno. Además, el tejido exocrino libera bicarbonato para neutralizar el ácido estomacal en el duodeno. El páncreas endocrino segrega hormonas como insulina y glucagón, regulando los niveles de glucosa en sangre y somatostatina, que inhiben la liberación de insulina y glucagón (17) (1).



Si las enzimas se activan prematuramente en el espacio intersticial, pueden iniciar un proceso de autodigestión del tejido pancreático; pueden también activar otras proenzimas inactivas, creando una reacción en cadena continua. Las enzimas proteolíticas, como tripsinógeno y quimotripsinógeno, se producen, almacenan y liberan en su forma inactiva (19) (15) (13).

1. Estas proenzimas permanecen resguardadas en los gránulos de zimógeno, separados de las enzimas lisosomales que podrían activarlas y del citoplasma, que serviría como sustrato para enzimas activas.
2. Los zimógenos también almacenan antitripsina, una proteína capaz de neutralizar incluso la tripsina activa.
3. Las enzimas se transportan a través del polo apical de las células acinares hacia el lumen de pequeños conductos, desde donde llegan a conductos mayores.
4. El epitelio ductal forma una barrera que impide la filtración de enzimas activas hacia el tejido pancreático.

Estas secreciones son esenciales para llevar a cabo la actividad digestiva en el tracto gastrointestinal (14) (18) (11).

Durante la fase intestinal, el contenido de ácido ($\text{pH} < 4,5$) en el duodeno activa la liberación de secretina desde su mucosa. La secretina estimula al páncreas a secretar agua y bicarbonato, neutralizando el ácido clorhídrico y elevando el pH a niveles óptimos (7-9) para la actividad enzimática. También inhibe la secreción gástrica y el flujo biliar. La llegada de alimentos al duodeno desencadena la liberación de colecistocinina (CCK), que promueve la secreción pancreática rica en enzimas y contrae la vesícula biliar, liberando sales biliares. Estas sales



emulsionan las grasas, facilitando la acción de enzimas como lipasa y fosfolipasa (12) (11), la sobrecarga de calcio y la activación de tripsinógeno son los mecanismos patogénicos intracelulares más importantes. En los últimos años, se ha informado que los exosomas, como herramienta de transporte y almacenamiento de proteínas, ácidos nucleicos y lípidos, están ampliamente involucrados en los procesos fisiopatológicos de diversas enfermedades y pueden desempeñar un papel regulador biológico en la evolución de la pancreatitis aguda (5). Algunos exosomas pueden llegar al hígado directamente a través del sistema portal y luego se retienen en el tejido hepático. Los exosomas restantes pueden degradarse por el aumento de la actividad hidrolítica del líquido ascítico asociado a la pancreatitis antes de transferirse al tejido hepático (19) (2).

5.3. Clasificación anatomopatológica de la pancreatitis

Desde el punto de vista anatomopatológico y macroscópico, la pancreatitis aguda se presenta en dos formas principales: la forma edematosa, que tiene un curso clínico generalmente favorable, y la forma necrohemorrágica, que generalmente se asocia con complicaciones graves y una evolución más severa; la principal diferencia entre la pancreatitis aguda y la crónica radica en la recuperación funcional del páncreas en la forma aguda, mientras que en la crónica se produce un daño permanente al órgano, lo que lleva a fibrosis o cicatrización y afecta su función (10) (15) (20).

5.4. Factores de riesgo

Consumo excesivo de alcohol y fumar, las personas fumadoras tienen, en promedio, tres veces más probabilidades de desarrollar pancreatitis crónica, la



presencia de diabetes eleva el riesgo de pancreatitis (20).

5.5. Cuadro clínico

La manifestación clínicas más evidente es el dolor abdominal epigástrico, náuseas, vómitos, dolor abdominal que se irradia a la espalda, el dolor puede durar de horas a días; también se observan náuseas en aproximadamente el 90% de los pacientes y pueden persistir durante varios días. Sin embargo, el diagnóstico clínico de pancreatitis aguda requiere que se cumpla dos de los siguientes tres criterios: dolor abdominal superior, que se irradiaba a la espalda; lipasa y/o amilasa sérica generalmente tres veces más altas que el límite superior normal; El valor diagnóstico de lipasa y amilasa séricas es limitado en pancreatitis hiperlipidémica y alcohólica, y sus niveles no reflejan la gravedad.. Si los síntomas y análisis son típicos, las imágenes no son necesarias en las primeras 72 horas, pero si hay dudas, se recomienda TC abdominal (14) (13).

5.6. Diagnóstico

El diagnóstico incluye la evaluación de la historia clínica, dirigido a ingesta de alcohol y medicación, antecedentes familiares y litiasis biliar (12) (8).

Examen físico

Las manifestaciones clínicas cambian con la gravedad de la pancreatitis aguda; en casos leves, se puede sentir dolor leve al tocar el abdomen, mientras que en casos graves, el dolor abdominal es intenso y no hay ruidos intestinales al auscultar. El síndrome de Cullen y Turner ocurre en aproximadamente 3% de los pacientes y se asocia con aproximadamente un 37% de mortalidad. Estos signos



a menudo se asocian con pancreatitis hemorrágica; sin embargo, ninguno de estos signos es inespecífico para el sangrado (21) (14) (20) (19).

Análisis de sangre

En el laboratorio por niveles elevados de amilasa y lipasa sanguínea, en especial la amilasa muestra buena sensibilidad (75-92%) pero baja especificidad (20-60%), ya que también se origina en otros órganos. Valores superiores a tres veces lo normal aumentan su especificidad, pero disminuyen la sensibilidad, pero sus niveles descienden rápidamente, mientras que la lipasa, es más específica y con mayor duración en la sangre, es útil en fases tardías de la enfermedad. Un avance prometedor es la prueba rápida de tripsinógeno-2 en orina, que ofrece resultados en 5 minutos y es útil para detectar pancreatitis aguda. Este marcador, con menor reabsorción tubular que tripsinógeno-1, muestra un aumento precoz en sangre y orina durante las primeras horas del proceso inflamatorio, especialmente en casos graves, y persiste hasta 4 semanas (8) (14) (22).

Imagenología

La tomografía abdominal con contraste y la resonancia magnética son las mejores para ver la patología pancreática. Sin embargo, la tomografía computarizada abdominal con contraste es el método de referencia para evaluar la gravedad de la pancreatitis (12) (1) (13). La tomografía computarizada abdominal se usa para diagnosticar pancreatitis y suele ayudar a evaluar su gravedad. Una tomografía computarizada sin contraste determina la magnitud de la inflamación pancreática y extra pancreática (23) (21).



Una resonancia magnética del abdomen está indicada en pacientes con sospecha de enfermedad del conducto biliar común que no se puede visualizar en la ecografía. De lo contrario, una resonancia magnética no está indicada para el diagnóstico de pancreatitis. La resonancia magnética es un examen no invasivo con alto contraste tisular y una variedad de secuencias de adquisición que pueden ayudar a determinar el diagnóstico, las complicaciones y la gravedad de la pancreatitis aguda. Debido a los cambios de la clasificación de Atlanta, en particular, la redefinición de pancreatitis necrotizante ofrece una nueva comprensión de esta enfermedad. En la práctica clínica, todavía falta unificar los estándares entre los radiólogos y los médicos, como las características de imagen de los pseudoquistes, la necrosis amurallada, la necrosis peri pancreática y, en especial, las características de imagen de resonancia magnética de la pancreatitis aguda (12) (23).

5.7. Epidemiología

Presenta una alta tasa de morbilidad con alrededor de 34 casos por cada 100.000 personas/año a nivel mundial, diversos estudios epidemiológicos coinciden en señalar que la pancreatitis aguda ocurre generalmente entre los 30 y 70 años de edad y es más prevalente en mujeres debido a la patología biliar y en hombres por causa alcohólica, aunque en forma general se menciona que el 67% es de origen biliar, 15% alcohólica, 8% hipertrigliceridemia, 7% indeterminada y el 2% post-CPRE (24).

La mortalidad es de 5-10% y puede llegar hasta 35% si hay complicaciones y si es necro hemorrágica 50%. La tasa de mortalidad global es del 5% y aumenta



con la edad y las comorbilidades (14) (12).

5.8. Tratamiento

Es el reposo gástrico, fluido terapia y antibioterapia. Sin embargo, requiere de un diagnóstico preciso y una evaluación de la gravedad en su fase inicial. La terapia en los últimos años, ha sufrido cambios considerables; donde la terapia mínimamente invasiva es el eje, con participación multidisciplinaria, y el enfoque escalonado. Las intervenciones con fármacos eficaces y dianas terapéuticas muy novedosas serán de gran utilidad para el tratamiento de la pancreatitis aguda (24) (19).

La terapia de soporte activo, abarcando el seguimiento de la función orgánica y la detección temprana de complicaciones, es esencial en el manejo de pacientes con pancreatitis aguda. El estudio de las causas de la pancreatitis aguda y la valoración de la efectividad de los tratamientos actuales son cruciales para evitar la evolución de la enfermedad a corto plazo y elevar la calidad de vida de los pacientes (20) (24) (11).

Resucitación fluida

El tratamiento con líquidos es útil para prevenir la hipovolemia y la hipoperfusión de órganos. La infusión excesiva y rápida de líquidos puede afectar negativamente aumentando la incidencia de complicaciones respiratorias y abdominales, el requerimiento de líquidos de los pacientes debe evaluarse cada 4 a 6 horas después de las primeras 24 a 48 horas de la admisión (8) (10) (21).



Medidas de soporte nutricional

El soporte nutricional es muy importante, el paciente requiere ayuno para no causar trabajo a los intestinos y páncreas. Proteger la mucosa intestinal es inhibir la translocación bacteriana y por tanto reducir el riesgo de necrosis peripancreática infecciosa y una respuesta inflamatoria sistémica (24) (19).

Profilaxis antibiótica y uso de probióticos

Varios estudios y metaanálisis señalan que los antibióticos profilácticos son ineficaces para prevenir infecciones y no reducen la incidencia de complicaciones y mortalidad entre los pacientes. Los antibióticos profilácticos pueden estar relacionados con la aparición de infecciones adquiridas en el hospital, infecciones fúngicas y resistencia a múltiples fármacos. El uso de probióticos está relacionado con el aumento de mortalidad por lo que está altamente contraindicado (12) (1), y los antibióticos de uso común están perdiendo gradualmente su eficacia, con el problema cada vez más grave de la resistencia bacteriana en todo el mundo (13) (24).

5.9. Prevención

La prevención primaria se dirige principalmente a la población general sin pancreatitis aguda, reducir para reducir el consumo de alcohol. Una vez que se encuentran la hiperlipidemia y la diabetes, se deben realizar exámenes físicos regulares para controlar activamente los lípidos y el azúcar en la sangre (15).

5.10. Cuidados de enfermería

- Mediar con protector gástrico.
- Control de funciones vitales



- Instalar vía periférica
- Control de funciones biológicas.
- Hidratación
- Administrar fluidoterapia.
- El paciente debe permanecer en ayunas
- Administrar antibioticoterapia profiláctica según orden médica.
- Colocar al paciente en posición semi fowler, para disminuir el dolor y que tenga la mayor comodidad posible.



CONCLUSIONES

Primera. La aplicación del proceso de atención de enfermería -PAE, demostró ser una herramienta eficaz y contribuyó a mejorar grandemente la calidad de atención de enfermería en pacientes con pancreatitis aguda en el servicio de emergencia del Hospital Carlos Monge Medrano, ya que se aplicó de manera sistemática cada una de las etapas del PAE (valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación), lo que permitió optimizar la atención y brindar cuidados más seguros, personalizados y con fundamentos científicos.

Segunda. Se valoraron, diagnosticaron, planificaron, ejecutaron y evaluaron los cuidados de enfermería en pacientes con pancreatitis aguda en el servicio de emergencia del Hospital Carlos Monge Medrano. Este proceso permitió identificar las necesidades reales y potenciales del paciente con pancreatitis aguda, diseñar intervenciones efectivas y realizar un seguimiento oportuno de la evolución clínica, cumpliendo así con el primer objetivo específico.

Tercera. Se brindó una atención integral al paciente con pancreatitis aguda, fundamentada en conocimientos científicos actualizados y protocolos de atención, lo que contribuyó a minimizar las complicaciones posteriores y mejorar el pronóstico del paciente. Este enfoque integral permitió reforzar el rol profesional de enfermería dentro del equipo de salud en situaciones críticas como la pancreatitis aguda.



RECOMENDACIONES

Primera. Al jefe de emergencia y responsables que toman decisiones que la relación entre el paciente y la enfermera/o es muy importante en servicios de emergencia, debe existir comunicación eficaz con el paciente, presentarse, reconocer al paciente por su nombre, si el paciente tiene algún problema de visión u otros. Además, crear confianza, brindar atención al lenguaje no verbal, tranquilizar, ser empático y brindar la información necesaria y agradecer la ayuda.

Segunda. A la jefa de Enfermeras del servicio de emergencia que los cuidados de enfermería en pacientes con diagnóstico de pancreatitis aguda, requieren el conocimiento y uso de un proceso de Enfermería, como un instrumento válido y una herramienta necesaria, porque utiliza el enfoque metodológico y se fundamenta en las teorías de la ciencia de enfermería.

Tercera. Protocolizar y/o codificar las actividades de enfermería en el servicio de emergencia del Hospital Carlos Monge Medrano- Juliaca.



REFERENCIAS

1. Romea MJ, Moreno J, Deus C, León J, Mozota A, Garrido M, et al. Pancreatitis aguda. Servicios de Urgencias, Cirugía y Cuidados Intensivos. [Online].; 2001 [cited 2024. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-integral-63-articulo-pancreatitis-aguda-13022406>.
2. Oña JA, Noriega VR. Pancreatitis aguda: una revisión sistemática. [Online].; 2023 [cited 2024. Available from: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/pancreatitis-aguda-una-revision-sistemica/>.
3. Calvo SB. Cloruro de potasio: qué es y para qué sirve. [Online].; 2022 [cited 2024. Available from: <https://www.mundodeportivo.com/uncomo/salud/articulo/cloruro-de-potasio-que-es-y-para-que-sirve-51852.html>.
4. Medlineplus. Prueba de ácido úrico. [Online].; 2022 [cited 2024. Available from: <https://medlineplus.gov/spanish/pruebas-de-laboratorio/prueba-de-acido-urico/>.
5. Rivadeneyra DE, Galán ZR, Zamora BI. Guía de Laboratorio de Hematología. Universidad Veracruzana. [Online].; 2020 [cited 2024. Available from: <https://www.uv.mx/qfb/files/2020/09/Guia-de-Hematologia-Laboratorio.pdf>.
6. INC. Linfocito. [Online].; s/f. [cited 2024. Available from: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/linfocito>.
7. Crosignani A, Spina S, Marrazzo F, Cimbanassi S, Regenmortel N, Fumagalli R, et al. Intravenous fluid therapy in patients with severe acute pancreatitis admitted to the intensive care unit: a narrative review. [Online].; 2022 [cited 2024. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36251136/>.



8. Guillaumes S, Blanco I, Sans MD, Clavé P, Farré A, Lluís F. Pancreatitis aguda revisión. Gastroenterología y Hepatología. [Online].; 1996 [cited 2024]. Available from: <http://med.unne.edu.ar:8080/revistas/revista112/pancrea.htm>.
9. Álvarez AC, Dobles RT. Pancreatitis aguda: fisiopatología y manejo inicial. [Online].; 2019 [cited 2024]. Available from: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022019000100013.
10. Corbello JL. Pancreatitis Aguda Grave Buenos Aire: Sociedad de Medicina Interna de Buenos Aires; 1998.
11. Zheng Z, Xuan Y, Yuan Q, Feng C, Fei L. A narrative review of the mechanism of acute pancreatitis and recent advances in its clinical management. [Online].; 2021 [cited 2024]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8014344/>.
12. Sleisenger MH, Fordtran JS. Enfermedades Gastrointestinales, fisiopatología, diagnóstico y tratamiento. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.; 1995.
13. Andreu H, Vilella A. Diagnóstico diferencial diagnóstico etiológico de pancreatitis.: Sección d'Aparell Digestiu. Fundació Hospital Son Llàtzer.; 2024.
14. Casal L, Meana J, Karatanasópuloz CM, Casal JP, Casal JL. Pancreatitis aguda.: Revista de Posgrado de la Cátedra de Medicina.; 2002.
15. Isselbacher KJ, Braunwald E, Wilson JD, Fauci AS, Kasper DL, Harrison. Principios de Medicina Interna. 13th ed. vol I c21, editor.: Editorial Interamericana - McGraw - Hill.; 1994.
16. Tortora G, Derrickson B. Principios de anatomía y fisiología. 13th ed. España.: Editorial Panamericana; 2013.
17. Moore KL. Anatomía con orientación clínica. 7th ed. España.: Editorial



Panamericana.; 2014.

18. Martínez JC. Pancreatitis Aguda. Manual de Patología Quirúrgica. Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile; 1997.
19. Leppäniemi A, Tolonen M, Tarasconi A, Segovia H, Gamberini E, Kirkpatrick AW. guidelines for the management of severe acute pancreatitis. World Journal of Emergency Surgery. [Online].; 2019 [cited 2024. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31210778/>.
20. Rocamora A, Castillo JM. Pancreatitis aguda. [Online].; 1999 [cited 2024. Available from: <http://www.uninet.edu/tratado/c0304i.html>.
21. Hormati A, Alemi F, Mohammadbeigi A, Sarkeshikian SS, Saeidi M. Prevalence of endoscopic retrograde cholangiopancreatography complications and amylase sensitivity for predicting pancreatitis. [Online].; 2020 [cited 2024. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32889967/>.
22. Tian H, Chen L, Wu X, Li FX, Cai YT, Song SW. Infectious Complications in Severe Acute Pancreatitis: Pathogens, Drug Resistance, and Status of Nosocomial Infection in a University-Affiliated Teaching Hospital. 10100710620019059249th ed.: Digestive Diseases and Sciences; 2020.
23. Sun H, Zuo HD, Lin Q, Yang D, Zhou T, Tang MY, et al. MR imaging for acute pancreatitis: the current status of clinical applications. [Online].; 2019 [cited 2024. Available from: <https://doi.org/10.21037/atm.2019.05.37>.
24. Brunschot S, Bakker OJ, Besselink MG, Bollen TL, Fockens P, Gooszen HG. reatment of Necrotizing Pancreatitis. Clinical Gastroenterology and Hepatology. [Online].; 2012 [cited 2024. Available from: [https://www.cghjournal.org/article/S1542-3565\(12\)00520-4/fulltext](https://www.cghjournal.org/article/S1542-3565(12)00520-4/fulltext).
- 25 Jinez SL, Sorroza RN, Jinez JH, Jinez SB, Iglesias MI, Álvarez PI. (2018). Farmacología médica teoría y conceptos. Editorial Mawil - Ecuador, 2018. http://186.71.28.67/isbn_site/catalogo.php?mode=detalle&nt=6913



- 26 Rodgers GP, Young NS. (2019). Bethesda Manual de hematología clínica. 4a edición. Editorial Wolters cluwer- National Institutes of Health de Bethesda, Maryland. <https://campus.com.pe/producto/bethesda-manual-de-hematologia-clinica-4a-edicion-2/>
- 27 Sorroza RN, Jinez JH, Jinez S, Jinez SB, Erazo LD, Serafín AD, Aray AM, Cajas FN. (2021). Bioquímica Clínica para Ciencias de la Salud. Edición, Editorial: Mawil Publicaciones -Ecuador. [chrome-extension://efaidnbnmnnibpcajpcglclefindmkaj/https://mawil.us/wp-content/uploads/2021/10/bioquimica-clinica-para-ciencias-de-la-salud.pdf](https://mawil.us/wp-content/uploads/2021/10/bioquimica-clinica-para-ciencias-de-la-salud.pdf)



ANEXOS



ANEXO 1
FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN

AUTORIZACIÓN PARA LA INCORPORACIÓN DE LOS
TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN
EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL UANCV

Formato digital

Fecha de entrega: 27-10-25

1. Datos del autor (es):

Nombres y Apellidos: MARLENE PACORI MAMANI

Dirección: JR. JUAN SANTOS 169 BR. INDEPENDENCIA

DNI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°: 29571696

Teléfono: 969801008 email: mar.lenypama@outlook.com

Nombres y Apellidos: _____

Dirección: _____

DNI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°: _____

Teléfono: _____ email: _____

Facultad y/o Escuela de Posgrado: PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL

Escuela Profesional o Mención: ENFERMERÍA EN CUIDADO ENFERMERO EN EMERGENCIAS Y DESASTRES

Título o Grado Académico a optar: SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL

Asesor: _____

Esta obra se encuentra dentro de las siguientes denominaciones:

Trabajo de Investigación Tesis Trabajo de Suficiencia Profesional Trabajo Académico

Título: PANCREATITIS AGUDA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL

CARLOS MONGE MEDRANO – JULIACA 2023

Palabras claves, (3 a 5 términos): Inflamación de páncreas, métodos científicos, activación intraparenquimatosa

¿Esta obra se desarrolló en la UANCV ^{1,2}?

2

¹ Indicar si su producción intelectual ha empleado recursos tales como, instalaciones, laboratorios, insumos, equipos, bases de datos, asesoría técnica por parte del personal de la UANCV, financiamiento, entre otros relacionados.

² Si su producción intelectual se desarrolló en la UANCV totalmente o parcialmente, deberá autorizar el depósito en el Repositorio de manera obligatoria.



2. Referencia de tesis:

Bachiller Título 2da Especialidad Maestría Doctorado

3. Licencias:

a) Licencia estándar:

Bajo los siguientes términos, autorizo el depósito de mi tesis en el Repositorio Digital de la UANCV.

Con la autorización de depósito de mi producción Intelectual, otorgo a la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" una licencia no exclusiva para reproducir, distribuir, comunicar al público, transformar (únicamente mediante su traducción a otros idiomas) y poner a disposición del público mi producción intelectual (incluido el resumen), en formato físico o digital, en cualquier medio, conocido o por conocerse, a través de los diversos servicios por la Universidad, creados o por crearse, tales como el Repositorio Digital de tesis UANCV, colección de producción intelectual, entre otros, en el Perú y en el extranjero por el tiempo y veces que considere necesarias, y libres de remuneraciones.

En virtud de dicha licencia, la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" podrá reproducir mi producción intelectual en cualquier tipo de soporte y en más de un ejemplar, sin modificar su contenido, solo con propósitos de seguridad, respaldo y preservación.

Declaro que la producción intelectual es una creación de mi autoría y exclusiva titularidad, coautoría con titularidad compartida, y me encuentro facultado a conceder la presente licencia y, asimismo, garantizo que dicha producción intelectual no infringe derechos de autor de terceras personas.

La Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" consignará el nombre del y/o los autor(es) de la producción intelectual, y no le hará ninguna modificación más que la permitida en la licencia.

Autorizo su publicación (marque con una X)

- Sí, autorizo que se deposite inmediatamente.
- Sí, autorizo que se deposite a partir de la fecha (d/m/a): _____
- No autorizo.

b) Licencia CREATIVE COMMONS 4.0 INTERNACIONAL:

Si usted concede una licencia CREATIVE COMMONS sobre su producción intelectual, mantiene la titularidad de los derechos de autor de esta y, a la vez, permite que otras personas puedan reproducirla, comunicarla al público y distribuir ejemplares de esta, bajo las condiciones siguientes:

¿Quiere permitir usos comerciales de su producción intelectual?

Sí: significa que usted permite la reproducción, distribución y comunicación pública de la producción intelectual incluso con fines comerciales.

No: significa que usted permite la reproducción, y comunicación pública de la producción intelectual, pero sin fines comerciales.

- Sí autorizo
- No autorizo

Jurisdicción de su Licencia

Todas las licencias CREATIVE COMMONS son de ámbito mundial, sin embargo, usted puede elegir entre la opción "internacional" o una adaptada a su jurisdicción, como para el caso peruano.

La opción "internacional" emplea el lenguaje y la terminología de los tratados internacionales; en cambio, la adaptada a su jurisdicción, recoge las particularidades de la legislación peruana.

En consecuencia, **la opción "internacional" goza de una mayor eficacia a nivel mundial, gracias a que tiene jurisdicción neutral.** Mientras que la opción adaptada a la jurisdicción del Perú goza de una mayor eficacia ante los tribunales peruanos.

Internacional

Nacional

Línea de investigación: CIENCIAS DEL CUIDADO DE LA SALUD Y SERVICIOS – SEG09

Firma de Autor



huella digital

27. octubre - 2025

Fecha