



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



TRABAJO ACADÉMICO

**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA APLICADO
A PACIENTE CON PANCREATITIS AGUDA EN EL
SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL
SAN MARTÍN DE PORRES MACUSANI 2024**

PRESENTADO POR:

JACKELYN FIORELLA MAYTA CONDORI

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

**JULIACA – PERÚ
2024**



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

TRABAJO ACADÉMICO


**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA APLICADO
A PACIENTE CON PANCREATITIS AGUDA EN EL
SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL
SAN MARTÍN DE PORRES MACUSANI 2024**

PRESENTADO POR:

JACKELYN FIORELLA MAYTA CONDORI

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

APROBADO POR:

PRESIDENTE DEL JURADO : 
Dra. SANDRA ALEJANDRA FERNADEZ MACEDO

MIEMBRO DEL JURADO : 
Dr. ALFREDO SAMUEL MACHACA CALDERON

MIEMBRO DEL JURADO : 
Dra. GLADYS MARUJA TORRES CONDORI

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN: CIENCIAS DEL CUIDADO DE LA SALUD Y SERVICIOS - SEG09



**UNIVERSIDAD ANDINA
"NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"
ESCUELA DE POSGRADO**



RESOLUCIÓN DIRECTORAL N°643-2024-SEP-EPG/UANCV

Juliaca, 24 de diciembre del 2024

VISTO:

El Expediente N°2024-013836 del Egresado (a): **MAYTA CONDORI JACKELYN FIORELLA** con DNI N°70854014 y Código N°1710100844 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 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): **MAYTA CONDORI JACKELYN FIORELLA** del Programa de Segunda Especialidad Profesional en: **ENFERMERÍA EN CUIDADO ENFERMERO EN EMERGENCIAS Y DESASTRES** en la Sede Juliaca de la Escuela de Posgrado de la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" de Juliaca; como se detalla en el Artículo Segundo de la presente Resolución, siendo Jurados los siguientes Docentes:

Presidente	:	Dra. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO
Primer Miembro	:	Dr. ALFREDO SAMUEL MACHACA CALDERON
Segundo Miembro	:	Dra. GLADYS MARUJA TORRES CONDORI

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

Fecha	:	Lunes 30 de diciembre del 2024
Hora	:	09:30 am
Lugar	:	Aula N° 209 - EPG - UANCV - JULIACA

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
Dra. Lorena Vilchez Condori Cari
DIRECTOR (a)

Caf/ Arev. EPG-2024 (02)
CARGO [01]
LWCC/mho



PROYECTO DE TESIS DE ENFERMERÍA APLICADO A PACIENTE CON PANCREATITIS AGUDA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL SAN MARTÍN DE PORRES MACUSANI 2024

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.uancv.edu.pe Fuente de Internet	14%
2	Submitted to Universidad Andina Nestor Caceres Velasquez Trabajo del estudiante	2%
3	1library.co Fuente de Internet	1%
4	idoc.pub Fuente de Internet	1%
5	Submitted to National University College - Online Trabajo del estudiante	<1%
6	repositorio.autonomadeica.edu.pe Fuente de Internet	<1%
7	repositorioinstitucional.uaslp.mx Fuente de Internet	<1%
8	tixas.ru Fuente de Internet	<1%
9	Chahua, Lisbeth Vanesa Atahuachi. "Cuidados de enfermería aplicados a un paciente con diagnóstico de accidente cerebrovascular isquémico y hemorrágico, Hospital Manuel Núñez Butrón Puno - 2024.", Universidad	<1%



METADATOS COMPLEMENTARIOS – UANCV

TITULO DEL TRABAJO ACADÉMICO	
PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA APLICADO A PACIENTE CON PANCREATITIS AGUDA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL SAN MARTÍN DE PORRES MACUSANI 2024	
Datos de autor	
Nombres y apellidos	JACKELYN FIORELLA MAYTA CONDORI
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	70854014
URL de ORCID	https://orcid.org/0009-0002-4969-7438
Datos de asesor	
Nombres y apellidos	NO APLICA
Tipo de documento de identidad	NO APLICA
Numero de documento de identidad	NO APLICA
Datos del jurado	
Presidente del jurado	
Nombres y apellidos	SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO
Tipo de documento	DNI
Numero de documento de identidad	01309221
URL de ORCID	https://orcid.org/0009-0007-4145-7030
Miembro Del Jurado 1	
Nombres y apellidos	ALFREDO SAMUEL MACHACA CALDERON
Tipo de documento	DNI
Numero de documento de identidad	29433035
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0002-5849-7764



Miembro Del Jurado 2	
Nombres y apellidos	GLADYS MARUJA TORRES CONDORI
Tipo de documento	DNI
Numero de documento de identidad	02360070
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0002-5861-0392
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>País: Perú</p> <p>Departamento: Puno</p> <p>Provincia: Carabaya</p> <p>Distrito: Macusani</p> <p>Hospital: San Martín De Porres</p> <p>Coordenadas</p> <p>Latitud: 14°03'57.8"S</p> <p>Longitud: 70°24'53.7"W</p> <p>URL maps:</p> <p>https://tinyurl.com/22qf25n6</p> 
Año o rango de años en que se realizó la investigación	Abril 2024 – diciembre 2024
URL de disciplinas OCDE	<p>Ciencias de la Salud</p> <p>https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.00</p> <p>Salud Pública</p> <p>https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.05</p>
https://concytec-pe.github.io/Peru-CRIS/vocabularios/ocde_ford.html#3.02.00	



VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN
 ESCUELA DE POSTGRADO

 Dr. Ramón Amador Beltrán Cárdenas
 DIRECTOR
 DE INVESTIGACIÓN - EPG



DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo Jackelyn Fiorella Mayta Condori, identificado con DNI Nro. 70854014 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:

"Proceso de atención de enfermería aplicada a paciente con pancreatitis aguda en el servicio de emergencia del hospital San Martín de Porres Macusani 2024"

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 30 de Junio del 2025


FIRMA (obligatoria)



Huella



DEDICATORIA

A todos los que contribuyeron a la realización de este proyecto académico. Quisiera expresar mi agradecimiento a mis colegas por su paciencia y por compartir sus conocimientos durante la Segunda Especialidad Profesional en Enfermería. Sus contribuciones me permiten mejorar la calidad de la atención de enfermería en situaciones de emergencia y desastre.



AGRADECIMIENTO

A la Escuela de Posgrado de la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez. Quisiera expresar mi agradecimiento a los docentes de la segunda especialidad profesional de enfermería en atención de emergencias y desastres por compartir sus valiosos conocimientos y experiencias conmigo.



ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA..... iii

AGRADECIMIENTO..... iv

ÍNDICE GENERAL v

ÍNDICE DE TABLAS viii

RESUMEN ix

ABSTRACT x

INTRODUCCIÓN..... xi

OBJETIVOSxxiv

 - *OBJETIVO GENERAL*.....xxiv

 - *OBJETIVOS ESPECÍFICOS*.....xxiv

CAPÍTULO I

VALORACIÓN

1.1. DATOS DE FILIACIÓN: 1

1.2. MOTIVO DE CONSULTA 1

1.3. ENFERMEDAD ACTUAL 2

1.4. ANTECEDENTES..... 9

1.5. EXAMEN FÍSICO 10



1.6. EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD 13

1.7. VALORACIÓN DE CLASIFICACIÓN DE DOMINIOS Y CLASES 14

1.8. ESQUEMA DE VALORACIÓN 17

CAPÍTULO II

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

2.1 LISTADO DE DATOS SIGNIFICATIVOS 24

2.2 DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA 24

CAPÍTULO III

PLANIFICACIÓN

3.1. DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA 30

3.2. ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS 31

3.3. ESQUEMA DE PLANIFICACIÓN 36

CAPÍTULO V

EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN

4.1. REGISTRO DE ENFERMERÍA: SOAPIE 41

 SOAPIE N° 01: 07-08-2024 41

 SOAPIE N° 02 44

CAPÍTULO V

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

5.1. Marco teórico 47



5.2. ETIOLOGÍA	49
5.3. FISIOPATOLOGÍA.....	52
5.4. CUADRO CLÍNICO.....	54
5.5. CLASIFICACIÓN	55
5.6. DIAGNÓSTICO.....	58
CONCLUSIONES.....	67
RECOMENDACIONES.....	69
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	70
ANEXO.....	72
ANEXO 1.....	73



ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1 Tratamiento médico.....	4
TABLA 2 Exámenes auxiliares	5
TABLA 3 Bioquímico.....	6
TABLA 4 Examen de orina.....	7
TABLA 5 Aga y electrolitos: 09-08-2017	8
TABLA 6 Valores calculados	8
TABLA 7 Esquema de valoración.....	17
TABLA 8 Esquema de diagnóstico	26
TABLA 9 Valoración	44
TABLA 10 Valoración 2	46



RESUMEN

Título. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA APLICADO A PACIENTE CON PANCREATITIS AGUDA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL SAN MARTIN DE PORRES MACUSANI 2024. **Objetivo.** Lograr la pronta recuperación y rehabilitación del paciente con pancreatitis aguda, aplicando el PAE. **Procedimiento.** El Proceso de Atención de Enfermería (PAE) se organiza habitualmente en cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Con esos pasos se formuló diagnóstico de pancreatitis aguda y se señalaron los problemas de salud más urgentes. Posteriormente, se realizó una evaluación completa para medir cómo funcionó el PAE en el tratamiento de la anemia del niño. Al revisar los resultados, se detectaron oportunidades para mejorar los próximos programas. El esquema SOAPIE facilitó la puesta en marcha y la revisión profunda del plan de cuidados. **Conclusión,** la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería (PAE) en el manejo del paciente con pancreatitis aguda en el servicio de emergencia del Hospital San Martín de Porres Macusani permitió establecer una intervención integral y efectiva. La implementación de intervenciones basadas en diagnósticos de enfermería específicos favoreció la estabilización clínica, reduciendo complicaciones y promoviendo su pronta recuperación y rehabilitación. Este enfoque demuestra que el PAE es una herramienta esencial para garantizar una atención de calidad, humanizada y personalizada, contribuyendo al bienestar del paciente y al logro de los objetivos terapéuticos establecidos.

Palabras claves. Pancreatitis aguda, colecistectomía, náuseas, control del dolor.



ABSTRACT

Title. NURSING CARE PROCESS APPLIED TO A PATIENT WITH ACUTE PANCREATITIS IN THE EMERGENCY DEPARTMENT OF SAN MARTIN DE PORRES MACUSANI HOSPITAL 2024. **Objective.** To achieve the prompt recovery and rehabilitation of patients with acute pancreatitis by applying the EAP, aimed at addressing basic needs through the development of a care plan for such a situation.

Procedure. The Nursing Care Process (EAP) is typically organized into five steps: assessment, diagnosis, planning, execution, and evaluation. These steps led to a diagnosis of acute pancreatitis, and the most urgent health problems were identified. A comprehensive evaluation was then conducted to measure how the EAP worked in treating the child's anemia. A review of the results identified opportunities for improving future programs. The SOAPIE framework facilitated the implementation and thorough review of the care plan. **In conclusion**, the application of the Nursing Care Process (NCP) to the management of patients with acute pancreatitis in the emergency department of San Martín de Porres Macusani Hospital allowed for the establishment of a comprehensive and effective intervention. The implementation of interventions based on specific nursing diagnoses favored clinical stabilization, reducing complications, and promoting rapid recovery and rehabilitation. This approach demonstrates that the NCP is an essential tool for ensuring quality, humane, and personalized care, contributing to patient well-being and the achievement of established therapeutic objectives.

Keywords: Acute pancreatitis, cholecystectomy, nausea, pain management.



INTRODUCCIÓN

La profesión de enfermera, reconocida por su notable versatilidad, recibe cambios de forma más directa que muchas otras especialidades. En este sentido, surge una necesidad apremiante de formación especializada en campos como el cuidado en emergencias y desastres, de modo que el equipo sanitario pueda ofrecer compañía técnica y emocional a quien transita una crisis vital, dentro o fuera del hospital.

La pancreatitis como inflamación del páncreas que rara vez se limita a ese órgano, pues afecta también estructuras vecinas e incluso tejidos distantes. Su cuadro clínico varía tanto que algunos pacientes parecen recuperarse rápidamente mientras otros presentan complicaciones graves y una morbimortalidad elevada. Por ello, un diagnóstico temprano unido a un tratamiento sistemático se torna esenciales para detener el avance de la enfermedad y evitar desenlaces fatales. En este contexto, la enfermera guía su acción mediante el (PAE), un modelo científico que estructura la observación, la intervención y la evaluación de los cuidados.

El presente informe académico de enfermería se centra en el cuidado proporcionado a una paciente con pancreatitis aguda atendida en el Hospital San Martín de Porres de Macusani en 2024. El documento fue elaborado utilizando información extraída de la historia clínica, datos recogidos durante una entrevista directa y el diagnóstico médico oficial. Con estos elementos, se definieron intervenciones específicas que incluyen un diagnóstico fundamentado en la tipología de NANDA, la planificación de resultados esperados según la Clasificación NOC, las actividades de la intervención siguiendo NIC, y, finalmente,



la evaluación del impacto de los cuidados.

El primer paso consistió en reunir la valoración del paciente, abarcando todos los dominios clínicos y en diálogo tanto con el propio enfermo como con su familia. Luego, esa información histórica se tradujo en un diagnóstico estructurado, tomando en cuenta los hallazgos más relevantes y apoyándonos en la taxonomía de la NANDA Internacional y otras fuentes. Con las dificultades identificadas, el tercer apartado organizó una planificación clara, cruzando los datos con los (NOC) y (NIC) expresadas en manuales especializados. Efectuada la preparación, se llevaron a cabo las intervenciones cada día que el paciente permaneció en Urgencias, respetando la secuencia prevista y documentando cualquier ajuste. La evaluación, por su parte, no aguardó el final; fue continua y se registró paralelamente a cada paso para comprobar que se ejecutara lo planeado. El informe concluye con un análisis de resultados, recomendaciones para el personal y se acompaña de lista de lecturas consultadas, así como de anexos fotográficos y gráficos que ilustran el caso.

La pancreatitis es una inflamación del páncreas que, por su naturaleza, raramente se limita a este órgano aislado; a menudo afecta también las estructuras adyacentes e incluso tejidos distantes. El cuadro clínico presenta tal diversidad que unos pacientes parecen restablecerse en pocas horas, mientras que otros desarrollan complicaciones graves y enfrentan tasas elevadas de morbilidad y mortalidad. Por esa razón, un diagnóstico temprano, junto con un tratamiento sistemático, resulta crucial para frenar la progresión de la enfermedad y prevenir desenlaces letales. En ese escenario, el personal de enfermería orienta su intervención a través del Proceso de Atención de Enfermería (PAE), un modelo científico que organiza la observación, la acción terapéutica y la evaluación de los



cuidados ofrecidos.

El primer paso consistió en recoger la valoración integral del paciente, abordando todos los dominios clínicos y conversando tanto con el enfermo como con su familia. Esa información histórica se convirtió después en un diagnóstico estructurado, seleccionando los hallazgos más relevantes y apoyándonos en la taxonomía de NANDA Internacional y otras fuentes reconocidas. Con las dificultades identificadas, el tercer apartado organizó una planificación clara, contrastando los datos con los resultados esperados (NOC) y las intervenciones (NIC) expuestas en manuales especializados. Una vez preparada la estrategia, cada día que el paciente permaneció en Urgencias se ejecutaron las actividades, respetando la secuencia prevista y anotando cualquier modificación. La evaluación, por su parte, no aguardó el final; fue continua y se registró junto a cada paso para comprobar que lo planeado se cumpliera. El informe concluye con un análisis de resultados, recomendaciones para el personal y se acompaña de lista de lecturas consultadas, además de anexos fotográficos y gráficos que ilustran el caso.

La pancreatitis aguda se define por una inflamación rápida y profunda del páncreas, capaz de dañar el órgano que anteriormente se consideraba sano, a menudo a través de un proceso de autodigestión mediado por enzimas pancreáticas activadas prematuramente. La enfermedad es más frecuente entre los cuarenta y los sesenta años, y en sus variantes más críticas puede alcanzar tasas de mortalidad que oscilan entre el 30 y el 50 por ciento, dependiendo de la extensión de la necrosis pancreática y peripancreática, de las condiciones basales del paciente y de la inmediatez y la calidad de la terapia intensiva proporcionada. Durante su curso son habituales complicaciones locales, como pseudquistes o



abscesos, así como alteraciones sistémicas que elevan la morbilidad general; por este motivo, persiste la controversia entre clínicos y cirujanos acerca de los mejores algoritmos de tratamiento médico y quirúrgico.

La pancreatitis aguda, tras la apendicitis, es la segunda causa más habitual de abdomen agudo en el hospital general, con un pico de consultas en pacientes que rondan los cincuenta-cincuenta y cinco años. Casi tres cuartas partes de los episodios se registran en individuos de entre cincuenta y setenta y cinco años, y el patrón de prevalencia por sexo muestra variaciones significativas, según si la patología se origina en litiasis biliar o en el consumo excesivo de alcohol. En el ámbito de las unidades de cuidados intensivos, entre el 20 y el 25 por ciento de los pacientes ingresados presenta formas severas, grupo que asocia una mortalidad en torno al treinta por ciento y que demanda un enfoque multidisciplinario para optimizar los resultados clínicos.

Por su propia heterogeneidad, el manejo eficaz de la pancreatitis requiere, desde el primer instante en que surge la sospecha diagnóstica, la colaboración temprana y continua de intensivistas, radiólogos, gastroenterólogos y cirujanos. La superposición de datos clínicos y de imagen a través de escalas pronósticas como Ranson o APACHE permite distinguir a los pacientes de alto riesgo y dirigir intervenciones precisas que impidan la progresión a complicaciones mortales. Esa necesidad de actuación conjunta abarca no solo el alivio inmediato del dolor, sino también la vigilancia constante de contingencias y coloca al equipo de enfermería en una posición clave para detectar cambios y proporcionar soporte continuo.

Por esa variedad de causas, lo más sensato es que intensivistas, radiólogos, gastroenterólogos y cirujanos empiecen a trabajar juntos desde el minuto en que



se sospecha pancreatitis, y que esa colaboración no se interrumpa. Al cruzar la información clínica con las imágenes a través de escalas como Ranson o APACHE se pueden apuntar rápidamente los pacientes de alto riesgo y dirigir acciones puntuales que frenen la evolución hacia complicaciones mortales. Necesidad de actuar en bloque cubre tanto el alivio inmediato del dolor como la vigilancia constante ante imprevistos, dejando al personal de enfermería en un lugar central para detectar cambios y ofrecer apoyo permanente (4).

Hay, además, desencadenantes menos comunes que también pueden ser letales y que el médico debe tener presentes, como ciertos medicamentos, cifras muy altas de triglicéridos, infecciones, cirugía o endoscopia inmediata, e incluso enfermedades autoinmunes que atacan las glándulas. Esa mezcla de orígenes obliga al equipo a estudiar a fondo la historia del paciente y a pedir las pruebas pertinentes, para que el tratamiento arranque sin demora en el entorno crítico de urgencias (6).

Reconocer que la pancreatitis aguda puede desarrollarse por múltiples causas resulta esencial, no solo para elegir el abordaje terapéutico adecuado, sino también para planificar medidas que prevengan recaídas o eviten la progresión hacia cuadros más graves. En esta línea, el quehacer del personal de enfermería adquiere un papel central, ya que articula una atención integral y personalizada que responde a las necesidades reales de los pacientes que enfrentan esta patología (7).

Los analgésicos siguen siendo el grupo de medicamentos más utilizado, y dentro de ellos los opioides dominan porque alivian con rapidez el dolor abdominal intenso que acompaña a la pancreatitis. Para controlar las náuseas y los vómitos,



síntomas que aparecen con frecuencia, se emplean antieméticos que se pueden administrar por vía intravenosa cuando es imprescindible mantener un drenaje gástrico. Si el examen físico sugiere infección del tejido pancreático o las imágenes muestran necrosis pancreática contaminada, se añaden antibióticos de amplio espectro como respaldo terapéutico. Asimismo, pueden utilizarse inhibidores de la secreción gástrica para reducir la actividad exocrina asociada con la producción de ácido clorhídrico. En los episodios desencadenados por hipertrigliceridemia, los fármacos hipolipemiantes cobran importancia, y en casos muy graves se considera la plasmaféresis como alternativa. Por ende, cada esquema farmacológico se adapta a la severidad del cuadro, a la causa identificada y a las características clínicas particulares de cada paciente. En este contexto, el equipo de enfermería juega un papel fundamental, pues asegura que los tratamientos se den correctamente, monitorea los efectos beneficiosos, detecta a tiempo cualquier reacción adversa y, de ese modo, contribuye a una atención integral y humanizada dentro del servicio de urgencia 10.

El páncreas metaboliza el alcohol mediante dos rutas: la oxidativa, responsable de producir acetaldehído, y la no oxidativa, que genera ésteres de ácidos grasos. Estos ésteres causan edema, activan tripsina en el interior de las células y ponen en marcha factores de transcripción proinflamatorios; todo ello encadena una reacción que acaba produciendo una inflamación sistémica y fallos en múltiples órganos. En la pancreatitis aguda biliar, el agente desencadenante es, con frecuencia, un cálculo menor de cinco milímetros que logra atravesar el ampulón de Vater; los cálculos de ocho milímetros o más suelen quedar atrapados en la vesícula (11).

Pand sentencias más simples, esta clínica se entiende como una inflamación



súbita y grave del páncreas que se produce cuando las enzimas digestivas que el órgano genera comienzan a activarse en su interior. En el funcionamiento normal, esas enzimas llegan al intestino inertes y se activa allí, pero en esta patología el proceso falla y esa respuesta precoz desata un auto-canibalismo que lesiona células, precipita inflamación local y, si el cuadro es intenso, acaba traduciéndose en perjuicios sistémicos (12).

La pancreatitis aguda se inicia frecuentemente cuando litos en la vía biliar o un consumo elevado de alcohol obstruyen o irritan los conductos pancreáticos, impidiendo que las secreciones drenen con normalidad. Esa obstrucción provoca la acumulación de enzimas como la tripsina, que, al liberarse de su forma inactiva, comienzan a degradar proteínas y dañan las propias células del páncreas. A medida que avanza la lesión, se suman a la agresión células inflamatorias y mediadores como citoquinas, generando edema, focos de necrosis y, en los cuadros más graves, una tormenta inflamatoria capaz de comprometer órganos distales (13).

Además del típico dolor abdominal, los pacientes suelen referir náuseas, vómitos, fiebre y distensión. En las formas más severas pueden aparecer signos sistémicos como taquicardia, hipotensión e incluso fracaso multiorgánico. Curiosamente, la intensidad de esos síntomas no siempre refleja de manera directa la extensión del daño pancreático, lo que dificulta tanto el diagnóstico precoz como la adecuada selección del tratamiento (16).

Reconocer estas manifestaciones de manera temprana facilita un diagnóstico precoz y ayuda a distinguir la pancreatitis aguda de otros problemas abdominales. Desde el cuidado enfermero, la vigilancia constante del paciente y la detección de



cambios críticos son esenciales para aplicar intervenciones efectivas que promuevan una evolución favorable a lo largo de la hospitalización (17).

Una jerarquía más reciente fue propuesta por Petrov en 2010 y supera con creces la conocida clasificación de Atlanta de 1992. En este esquema, la gravedad se estudia a través de dos grupos de signos: los «determinantes locales», que evalúan la presencia y extensión de la necrosis panoecática, y los «determinantes sistémicos», que verifican la existencia y cantidad de órganos con insuficiencia transitoria o definitiva (3).

Se califica al daño orgánico como ****transitorio**** cuando se revierte dentro de las cuarenta y ocho horas tras las medidas de soporte habituales, y se considera ***persistente*** si sobrepasa ese umbral, exigiendo recursos terapéuticos más intensivos o prolongados (4).

Por su amplia variabilidad clínica y el diverso grado de daño orgánico que puede presentar, la pancreatitis aguda se ha organizado en escalas que guían tanto el diagnóstico como el tratamiento. Esta jerarquía no solo mide el compromiso pancreático, sino que también permite prever complicaciones y establecer pronósticos con mayor certeza (5).

La Clasificación Revisada de Atlanta, actualizada en 2012, ordena los episodios en tres grados: leve, moderadamente grave y grave. La forma moderadamente grave puede incluir fallo orgánico transitorio, inferior a 48 horas, o alteraciones locales como colecciones líquidas. En cambio, la categoría grave se asocia a fallo persistente, que puede comprometer uno o varios sistemas, y presenta un riesgo de muerte considerable si no se trata con celeridad (6).



Conocer y aplicar esta escala resulta fundamental para el personal médico y de enfermería, porque delimita la vigilancia y los recursos requeridos en cada paciente. En el contexto hospitalario, especialmente en el área de urgencias, un protocolo claro y consensuado facilita establecer prioridades, evitar complicaciones mayores y ofrecer una respuesta rápida y efectiva (7).

El diagnóstico de pancreatitis aguda exige un abordaje clínico e instrumental cuidadoso, porque el cuadro inicial se parece con frecuencia al de otras urgencias abdominales. Para confirmarla hay que unir observaciones de la exploración física, análisis de laboratorio y estudios por imágenes; este proceso, sobre todo en el servicio de urgencias, facilita su detección temprana y una respuesta rápida (11).

Desde la clínica, la señal más clara sigue siendo un dolor abdominal fuerte y constante que empieza en el epigastrio y por lo general se irradia hacia la espalda. En el laboratorio, el aumento brusco de amilasa y lipasa en suero, sobre todo si sobrepasa tres veces el límite normal, se considera un criterio básico. Sin embargo, esas cifras enzimáticas deben interpretarse junto con toda la historia clínica y la evolución de los síntomas (12).

Las pruebas de imagen, por su parte, permiten ver complicaciones como necrosis o derrames, lo que orienta las decisiones terapéuticas. Cuando se combinan hallazgos clínicos, bioquímicos y radiológicos, la certeza con la que se clasifica la enfermedad y se determina su severidad mejora notablemente (13).

Dentro de este escenario clínico, el personal de enfermería desempeña un papel insustituible: no solo recoge datos vitales y lleva un control continuo del paciente, sino que trabaja hombro a hombro con los médicos durante toda la evaluación. Esta colaboración asegura una atención completa, segura y ajustada a las



necesidades particulares de cada persona (14).

La amilasa se produce principalmente en el páncreas y en las glándulas salivales, y su función primordial es descomponer carbohidratos complejos en azúcares simples para que el intestino pueda absorberlos con rapidez. En situaciones habituales, su concentración en sangre se mantiene dentro de un rango estable; sin embargo, en ciertas patologías, sobre todo en un episodio de pancreatitis aguda, los niveles se disparan y la enzima se convierte en un marcador diagnóstico de gran utilidad (15).

En el abordaje clínico la determinación de amilasa en suero suele ser la primera prueba solicitada ante la sospecha de pancreatitis. Un aumento de este marcador indica que el páncreas ha sufrido daño porque las enzimas digestivas comienzan a activarse dentro del órgano y luego pasan a la sangre. Por lo demás, cifras elevadas no son exclusivas de esa enfermedad, pues también pueden verse en parotiditis, obstrucción intestinal o insuficiencia renal; por eso el resultado se interpreta junto con los signos clínicos y con estudios paralelos (16).

Durante un episodio de pancreatitis aguda la inflamación y el proceso de autodigestión riegan lipasa y otras enzimas en el torrente sanguíneo. A diferencia de la amilasa, la lipasa tiene una vida media más prolongada y permanece elevada varios días, lo que permite medirla incluso si el enfermo llega al centro horas después de que comenzó el dolor. Esta persistencia hace de la lipasa un marcador muy valioso, sobre todo cuando la amilasa está dentro de valores normales o el paciente ya padece una enfermedad pancreática crónica (22).

La determinación de la lipasa sérica ha ganado terreno como prueba rutinaria en urgencias, especialmente cuando el clínico sospecha una pancreatitis aguda.



Junto a la valoración del enfermo y a otras exploraciones complementarias, este marcador facilita una identificación rápida de la patología y orienta sobre el tipo y el momento más oportuno de la intervención terapéutica. Durante este abordaje, el equipo de enfermería asume una tarea central: obtiene las muestras analíticas, supervisa los signos vitales y registra cualquier alteración que indique un posible agravamiento del cuadro (23).

El ultrasonido abdominal, en el contexto de la pancreatitis aguda, permite observar indirectamente la inflamación del páncreas evaluando su volumen, la regularidad de sus márgenes, el grado de ecorrespondencia y la presencia de líquido libre en las cavidades peritoneales. Paralelamente, esta técnica brilla al examinar la vesícula biliar y los conductos biliares, hallazgos clave para discernir si el cuadro inflamatorio se origina en el árbol biliar, ya sea por la existencia de cálculos o por su consiguiente dilatación (22).

La pancreatitis leve, en ausencia de signos de fallo orgánico, se puede gestionar en un piso médico habitual; en cambio, los cuadros severos deben ser trasladados a una unidad de cuidados críticos o intermedios donde la vigilancia sea continua. Según las guías, la saturación de oxígeno debe mantenerse por encima del 95 % en todo momento. Para prevenir la trombosis venosa profunda se recomienda el uso de pantimedia neumática intermitente, dado que la anticoagulación puede aumentar el riesgo teórico de hemorragia en un páncreas inflamado. La hidratación intravenosa se realiza con soluciones cristaloides a ritmo de 250 a 300 mililitros por hora durante las primeras cuarenta y ocho horas tras el ingreso.

El tratamiento estándar persigue el reposo pancreático, lo que se traduce en suspender la ingesta oral, dar líquidos agresivamente por vena y administrar



analgésicos potentes. El dolor abdominal suele ser intenso y persistente. Si surgen complicaciones como infecciones o necrosis, el manejo se amplía con antibióticos de amplio espectro y, cuando se requiere, con drenes o procedimientos quirúrgicos de bajo impacto.

La estrategia terapéutica debe adecuarse a la gravedad de cada paciente, diferenciando entre cuadros leves que suelen resolverse con medidas conservadoras y formas severas que requieren ingreso a una unidad de cuidados intensivos. En este recorrido, el personal de enfermería desempeña un papel crucial: no solo administra medicaciones y vigila parámetros clínicos, sino que también brinda cuidados que favorecen el confort, la seguridad y la recuperación gradual del enfermo.

El primer capítulo I, detalla la valoración inicial, que constituye el primer paso del (PAE). En esta fase el profesional obtiene datos pertinentes sobre la persona o el grupo familiar, estableciendo así una base sólida para el cuidado posterior.

El segundo capítulo presenta los diagnósticos enfermeros; su objetivo es formular juicios claros que permitan orientar el cuidado hacia un individuo que ha ingresado por pancreatitis aguda y asegurar, en lo posible, respuestas clínicas favorables.

En el tercer capítulo se describe el plan de cuidados, una etapa en la que se definen estrategias específicas, se anticipan complicaciones y se disponen acciones orientadas a mitigar dificultades y alcanzar los resultados previstos.

El cuarto capítulo documenta la ejecución y la evaluación del PAE. Aquí se pone en práctica lo acordado, se abordan las necesidades del paciente y, posteriormente, se compara el estado actual con el ideal, utilizando indicadores



que miden la efectividad de cada intervención realizada por el enfermero.

El capítulo V comienza con una revisión teórica que ofrece el marco conceptual y la evidencia científica pertinente al problema abordado. A continuación, se exponen las conclusiones alcanzadas durante el estudio y se formulan recomendaciones prácticas que podrían orientar futuras intervenciones. Por último, en los anexos, se incluyen documentos y registros que sustentan la atención brindada al caso analizado.



OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

OG. Lograr la recuperación del paciente con pancreatitis aguda, aplicando el PAE, por medio de un plan de cuidado para tal situación.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

OE1. Identificar los problemas reales del paciente para dar los cuidados inmediatos de enfermería con pancreatitis aguda.

OE2. Realizar los diagnósticos de enfermería prioritarios con alto nivel de congruencia a necesidades afectadas.

OE3. Lograr la atención de las necesidades básicas del paciente; y minimizar complicaciones posteriores en el proceso de recuperación del paciente.

OE4. Brindar apoyo psicológico, emocional al paciente y familia.



CAPÍTULO I

VALORACIÓN

1.1. DATOS DE FILIACIÓN:

NOMBRE Y APELLIDOS	: M.E.S.
EDAD	: 24 años
SEXO	: Femenino
FECHA DE NACIMIENTO	: 17 abril 1993
DOMICILIO	: Jr. Grau 493, Macusani
PROCEDENCIA	: Macusani.
ESTADO CIVIL	: Soltera
FECHA DE INGRESO	: 07 enero 2024
FECHA DE EGRESO	: 09 enero 2024.

1.2. MOTIVO DE CONSULTA

Paciente remitida del Hospital San Martín de Porres en Macusani, con tiempo de enfermedad de veinticuatro horas. Durante ese lapso ha presentado dolor abdominal intenso, sensación de fiebre no cuantificada, molestia centrada en la región epigástrica que no cede al cambio de posición ni a la analgesia administrada, náuseas y vómitos oscuros. En consecuencia, fue mantenida en observación en el servicio de urgencias.



1.3. ENFERMEDAD ACTUAL

Femenina, veinticuatro años, ingresa a medicina. Se dispone en decúbito dorsal y aprecia un dolor epigástrico severo, cólico, que se irradia hacia la espalda como un cinturón, resistencia a toda maniobra. Los vómitos son primero oscuros y luego adquieren aspecto bilioso. Esta sintomatología le dificulta incluso la respiración.

La pancreatitis es una inflamación del páncreas que, por su propia naturaleza, rara vez se limita a este órgano. Su proceso puede extenderse a estructuras vecinas e incluso a tejidos que parecen estar muy alejados. Como resultado, el cuadro clínico muestra una variedad de presentaciones: hay pacientes que se sienten mucho mejor en cuestión de horas y otros que sufren complicaciones severas y tienen tasas elevadas de morbilidad y mortalidad. Esta disparidad convierte el diagnóstico temprano, sumado a un tratamiento sistemático, en la única forma efectiva de frenar la progresión y evitar desenlaces fatales. Ante esta realidad, el personal de enfermería guía su intervención mediante el Proceso de Atención de Enfermería, un modelo científico que ordena la observación, la acción terapéutica y la valoración de los cuidados brindados (5). El primer paso fue recoger la valoración integral del paciente, revisando todos los dominios clínicos y conversando tanto con él como con su familia. Esa historia se tradujo después en un diagnóstico estructurado, seleccionando los hallazgos más relevantes y apoyándonos en la taxonomía de NANDA Internacional junto a fuentes reconocidas. Con las dificultades claras, el tercer apartado organizó una planificación precisa, cotejando los datos con los resultados esperados (NOC) y las intervenciones (NIC) descritas en manuales especializados. Una vez lista la estrategia, cada día que el paciente estuvo en Urgencias se ejecutaron las actividades, siguiendo la secuencia prevista y anotando cualquier ajuste. La evaluación, por su parte, no aguardó el final; fue continua y se



registró junto a cada paso para verificar el cumplimiento de lo planificado. El informe concluye con un análisis de resultados, recomendaciones para el personal, y se acompaña de lista de lecturas consultadas, además de anexos fotográficos y gráficos que ilustran el caso (6).

La pancreatitis aguda se caracteriza por una inflamación rápida y severa del páncreas, tan intensa que puede afectar incluso un órgano que antes se consideraba sano, y esto sucede frecuentemente por la activación prematura de sus propias enzimas. La afección se observa con mayor frecuencia en personas de entre cuarenta y sesenta años, y en sus formas más graves la tasa de mortalidad puede situarse entre el 30 y el 50 por ciento; esa cifra depende sobre todo del grado de necrosis pancreática y peripancreática, de las comorbilidades iniciales y de lo pronta y adecuada que sea la terapia intensiva. A lo largo de la enfermedad suelen aparecer complicaciones locales como pseudocquistes y abscesos, así como alteraciones que afectan al organismo en su conjunto y que elevan la morbilidad general; por este motivo todavía hay desacuerdo entre clínicos y cirujanos sobre cuál es el algoritmo óptimo que combina tratamiento médico y quirúrgico (7).

DIAGNÓSTICO MÉDICO: Pancreatitis Aguda. Colecistitis crónica calculosa.



TABLA 1 Tratamiento médico

Medicamento	Vía	Dosis	Frecuencia	Mecanismo de Acción
NPO				La restricción de la ingesta oral se aplica para disminuir la estimulación pancreática y, por ende, la secreción de sus enzimas.
Cl Na 9%+ ClK 20% 1 ampolla	E.V.	300 cc	a chorro y luego a 60"	La solución salina que contiene 9 gr. de sodio y se disuelve en un litro de agua, formando un líquido isotónico que repone el volumen sin alterar la osmolaridad general.
Cl Na 9‰			60 gotas/min.	El cloruro de potasio actúa como uno de los principales electrolitos dentro de la célula. Su empleo se justifica como protector gástrico, ya que reduce la producción ácida y previene la úlcera digestiva, el reflujo gastroesofágico y la gastropatía que a menudo surge tras el uso prolongado de analgésicos y AINES.
Omeprazol	E.V.	40 mg	c/24 hrs	El tramadol, un opioide atípico, se prescribe para aliviar el dolor; aunque su potencia es apreciable, su utilización sigue siendo controvertida, porque a dosis elevadas puede acarrear efectos adversos graves.
Tramadol + diminhidrinato 1 ampolla + ClNa 9‰ 100 cc	E.V.	100 mg 50 mg	c/8 hrs	Entre estos figuran la depresión respiratoria y la somnolencia, manifestaciones que provienen de su acción sobre el sistema nervioso central.
			Condiciona	Por último, aunque el fármaco se clasifica como analgésico es menor comparado con los AINES tradicionales.

Nota. Medicamentos



TABLA 2 Exámenes auxiliares

Hematológico: 07-08-2017

EXAMEN	VALOR ENCONTRADO	VALOR NORMAL	INTERPRETACIÓN
HEMOGRAMA			
Leucocitos	12,660 / mm ³	5000-10000/ mm ³	Aumentada inflamación.
Neutrófilos	77.4 %	50–60 %	Aumentados infección.
Segmentados	77.4%	55-70%	Ligeramente.
Abastionados	0%	-	-
Eosinofilos	0.4%	0.5– %	Valor normal.
Basofilos	0.6%	0–2 %	Ligeramente.
Monocitos	3.5%	0-0.8 %	Aumentada.
Linfocitos	18.1%	11-23 %	Aumentada.
Plaquetas	265,000	150–300 mil	Valor normal.
Hemoglobina	12.9 g/dl	13.0–17.0 g/dl	Parámetro normal.
Hematocrito	35.7 %	40-50 %	Valor normal.
Nota. Exámenes			



TABLA 3 Bioquímico

FECHA	07-08-2017		
EXAMEN	VALOR ENCONTRADO	VALOR NORMAL	INTERPRETACIÓN
Glucosa	140 mg/dl	70-110 mg/dl	Nivel alto.
Urea	35 mg/dl	13 -43 mg/dl	Valores normales.
Creatinina	1.8 mg/dl	0.7 -1.3 mg/dl	Ligeramente alto.
Bilirrubinas Total	2.4 mg/dl.	0.3 -1,2 mg/dl	Ligeramente alto.
Bilirrubinas Directas	1.5 mg/dl	<0.2 mg/dl	Aumentada.
Bilirrubinas	0.9 mg/dl	<0.8 mg/dl	Aumentada.
TGO	45 U/L	< 40 U/L	Aumentada.
TGP	70 U/L	< 45 U/L	Su concentración también se eleva si el hígado no funciona bien, lo que ocurre de manera paralela a la TGO.
F. Alcalina	433 U/L	< 240 U/L	Los valores crecen ante cualquier proceso infeccioso que afecte al organismo.
Amilasa	105 U/L	<90 U/L	Cuando el páncreas presenta una lesión, libera amilasa directamente a la sangre, provocando un aumento en la medición.
Lipasa	814 U/L	< 60 U/L	Un exceso marcadamente alto de esta enzima en circulación se asocia, usualmente, a enfermedades pancreáticas severas.

Nota. Exámenes



Ecografía abdominal: 07 – 08 – 2017

Conclusiones:

- Colecistitis calculosa.
- Pancreatitis aguda.
- Síndrome de mirizzi.
- Discreta Dilatación.
- Ascitis abdominal.

Informe médico TAC/TEM: 07 -08 -2017

Sin los resultados del informe emitido por el radiólogo, la valoración del paciente continúa siendo incompleta. La tomografía computarizada ofrece cortes precisos del abdomen que facilitan la observación directa del páncreas y de las estructuras adyacentes, permitiendo así estimar la gravedad de la pancreatitis aguda desde sus primeras horas y decidir si ya están presentes colecciones de líquido, necrosis o cualquier otra complicación.

TABLA 4 Examen de orina

EXAMEN	VALOR ENCONTRADO	VALOR NORMAL	INTERPRETACIÓN
Color	Amarillo		Características normales.
Aspecto	Ligeramente turbio		
Densidad	1028 g/dm ³	Normal	Límites normales.
pH	5		
Análisis	Trazas y proteínas		
Leucocitos	0.5 por campo		Normal.

Nota. Exámenes



TABLA 5 Aga y electrolitos 09-08-2017

TEMP. PACIENTE: 36.6°c		
FIO2: 21%		
TIPPO DE MUESTRA ARTERIAL		
B.P.: 506.3 mmHg		
pH	7.078	Rango normal (7.35- 7.45)
PCO ₂	12.15 mmHg	< al rango
PO ₂	84 mmHg	
Hct	37%	
Na ⁺	140.1 mmol/L	
K ⁺	4.89 mmol/L	
Ca ⁺⁺	0.89 mmol/L	< al rango normal.

Nota. Exámenes

TABLA 6 Valores calculados

THb	12.3 g/dL	Indica que está en acidosis Menor al rango normal.
pH(T)	7.081	
PCO ₂ (T)	12.4 mmHg	
PO ₂ (T)	83 mmHg	
TCO ₂	4.1 mmol/L	
HCO ₃	3.7 mmol/L	
BEb	-24.4 mmol/L	
BEect	***** mmol/L	
SBC	5.8 mmol/L	
%sO _{2c}	91.6 %	
ctO ₂	15.9 mL/dL	
A-aDO ₂	***** mmHg	
RI	*****	
Ca ⁺⁺ (7.4)	***** mmol/L	
pH	FUERA MARGEN CORR.	
Ca ⁺⁺ (7.4)	NO NOTIFICADO	

Nota. El análisis de gases arteriales AGA sirve para comprobar el equilibrio ácido-base del cuerpo y para valorar cómo está funcionando el aparato respiratorio. Los datos que aporta ayudan a guiar el tratamiento de apoyo, una vez se han atendido las necesidades más urgentes que amenazan la vida de la persona.



1.4. ANTECEDENTES

Familiares:

Padre : Sano

Madre : Diabetes

Conyugue : Sin conyugue

Hijos : Sin hijos

Personales:

Antecedentes fisiológicos:

Alimentación : Predominio
carbohidratos Polipsia : Aumentada

Diuresis : Dos veces al día

Catarsis : 1 día

Creencias culturales:

Religión : católica

Hábitos nocivos:

Alcohol, Tabaco y drogas : Con frecuencia

Reacción a algún medicamento: si reacciona a antigripales y algunos alimentos no identificados

Antecedentes socioeconómicas Carga familiar : Ninguna



Posesión en la familia : Hija

Vivienda : De padres, pared de adobe con techo de calamina, servicios básicos, cuenta con luz, agua y desagüe.

Actividad : Crianza de animales.

1.5. EXAMEN FÍSICO

Aspecto General:

Paciente recostado en decúbito dorsal, presenta confusión, evidentes signos de deshidratación, piel pálida y húmeda al tacto, tejido celular subcutáneo moderadamente reducido; colabora de forma parcial durante la historia clínica y el examen físico.

Debido a su notable heterogeneidad, el manejo efectivo de la pancreatitis exige desde el momento en que se plantea el diagnóstico la colaboración temprana y sostenida de intensivistas, radiólogos, gastroenterólogos y cirujanos. La combinación de datos clínicos y hallazgos de imagen, evaluados a través de escalas como Ranson o APACHE, permite identificar a los pacientes de alto riesgo y orientar intervenciones precisas que eviten la progresión hacia complicaciones mortales. Esta estrategia multidisciplinaria no se limita al alivio inmediato del dolor, sino que incluye una vigilancia constante de contingencias, colocando al equipo de enfermería en un papel crítico para detectar cambios y ofrecer soporte continuo (9). Por la diversidad de factores que puede causar pancreatitis, resulta prudente que intensivistas, radiólogos, gastroenterólogos y cirujanos empiecen a colaborar en el caso en cuanto se plantea la sospecha y que esa sinergia se mantenga a lo largo de la evolución. Al confrontar los datos



clínicos con las imágenes mediante escalas como Ranson o APACHE, el equipo identifica de forma rápida a los pacientes de alto riesgo y puede activar medidas dirigidas que frenen la progresión hacia complicaciones mortales. Esa necesidad de actuar en bloque abarca tanto el alivio inmediato del dolor como la vigilancia ininterrumpida ante imprevistos, situando al personal de enfermería en un papel central para detectar cambios y brindar soporte constante (10).

Signos vitales:

Temperatura: 38.4 °C.

Frec. cardiaca: 92 x minuto. Presión Arterial: 85 /60.

Frec. respiratoria: 28 x minuto, Saturación: 78%.

Medidas Antropométricas:

Peso 58 kilos,

Talla 1.63 m.

I.M.C: 21.93 normal.

Exploración física céfalo caudal:

Cabeza

Cráneo y cara: Individuo normocéfalo, con cabello adecuadamente implantado y limpieza general regular; en la región frontal-derecha se observa un melanocito, sin hallazgos adicionales significativos.

Ojos: sin presencia de secreciones.



Oídos: Sin particularidades.

Nariz: Tabique simétrico.

Boca: Lengua y mucosas secas.

Inspección: Simétrico.

Palpación: Se palpa pulso carotideo.

Tórax y pulmones:

Inspección: Tórax simétrico.

Palpación: Se palpa pulso carotideo

Percusión: Sonoridad conservada.

Auscultación: murmullo vesicular.

Cardiovascular: ruidos taquicárdicos.

Abdomen:

Inspección: Abdomen simétrico.

Palpación: Doloroso.

Percusión: Sonoridad conservada.

Auscultación: Ruidos intestinales disminuidos.

Genito Urinario: poca producción de orina.

Extremidades:

Presenta cicatriz.



Cardiovascular:

Ruidos cardiacos.

1.6. EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD

Paciente femenina de 24 años que se presenta con confusión mental, comienzo hace cerca de veinticuatro horas tras comer en un banquete. Refiera dolor abdominal severo, tipo cólico, que comenzó poco a poco y ha ido empeorando; el malestar se irradia del epigastrio hacia el hipocondrio derecho y luego al izquierdo. También tiene náuseas que han provocado vómitos repetidos, y siente fiebre, aunque no la ha medido. Antecedente personal relevante: colelitiasis diagnosticada en febrero de dos mil dieciséis.

Los analgésicos siguen siendo la clase de fármaco más demandada y, dentro de ella, los opioides son casi inevitables porque controlan de forma rápida el dolor abdominal severo que provoca la pancreatitis. Para mitigar náuseas y vómitos, problemas que surgen con frecuencia, se administran antieméticos, a veces por vía intravenosa cuando es imprescindible mantener un drenaje gástrico. Si el examen físico insinúa infección del tejido pancreático o si las imágenes revelan necrosis contaminada, se suman antibióticos de amplio espectro como refuerzo terapéutico. De manera paralela se pueden utilizar inhibidores de la secreción gástrica para limitar la actividad exocrina ligada a la producción de ácido clorhídrico. Cuando el episodio ha sido desencadenado por hipertrigliceridemia, los fármacos hipolipemiantes cobran protagonismo y, en los casos más extremos, la plasmaféresis se contempla como alternativa. Así, cada esquema farmacológico se moldeará según la gravedad del cuadro, la causa identificada y las peculiaridades clínicas de cada paciente. En este contexto, el



equipo de enfermería desempeña un rol crucial, asegurándose de que los tratamientos se administren en el momento adecuado, vigilando los beneficios, detectando sin demora cualquier efecto adverso, y de ese modo aportando a una atención integral y humanizada dentro del servicio de urgencias (13).

1.7. VALORACIÓN DE CLASIFICACIÓN DE DOMINIOS Y CLASES

DOMINIO 1: PROMOCIÓN DE LA SALUD

Clase 2: El paciente manifiesta voluntad clara de optimizar el autocuidado, así como el interés por aplicar de manera cotidiana el tratamiento prescrito para la enfermedad y sus secuelas.

DOMINIO 2: NUTRICIÓN

Clase 5: Hidratación: Presentar aumento de temperatura.

Clase 5. Hidratación: Paciente presenta orina escasa.

Clase 4. Metabolismo: Paciente con glucosa aumentados.

DOMINIO 3: ELIMINACIÓN.

Clase 1: Función Urinaria: disminución en la urinaria.

Clase 2. Función gastrointestinal: con náuseas y vómitos.

DOMINIO 4: ACTIVIDAD Y REPOSO.

Clase 4. Respuesta cardiovascular y pulmonar. ansiosa con dolor.

Clase 4 Respuesta cardiovasculares y pulmonares: vulnerable.



Clase 4. Respuesta cardiovascular y pulmonar: Creatinina de 1.8.

DOMINIO 5: PERCEPCIÓN/COGNICIÓN.

Clase 4: Cognición: Confusión al ingreso.

DOMINIO 6: AUTO PERCEPCIÓN.

Clase 1 Auto concepto: La paciente se describe como sociable y alegre, aunque actualmente expresa preocupación por los gastos hospitalarios. Además, manifiesta el deseo de experimentar una mayor sensación de propósito y de mantener contacto frecuente con sus familiares.

DOMINIO 7: ROL/RELACIONES.

Clase 2 Roles de cuidados: disposición para mejorar.

DOMINIO 8: SEXUALIDAD.

Clase 2. Función sexual: temor al embarazo (00065).

DOMINIO 9: AFRONTAMIENTO/TOLERANCIA AL ESTRÉS.

Clase 2 Respuesta de afrontamiento: Paciente ansiedad, a la intervención quirúrgica.

DOMINIO 10: PRINCIPIOS VITALES.

Clase 3 Congruencia entre valores/creencia/ acciones: La paciente, visiblemente angustiada tras escuchar diversas opiniones ajenas, manifiesta el intenso deseo que el análisis de riesgo y beneficio de la intervención quirúrgica se realice de manera más clara y exhaustiva.



DOMINIO 11: SEGURIDAD Y PROTECCIÓN.

Clase 5: Procesos defensivos: con antecedentes de alergia.

Clase 5. Procesos defensivos: con catéter venoso.

DOMINIO 12: CONFORT.

Clase 1: Confort físico: dolor intenso en epigastrio irradiado.

Clase 1: Confort físico: náusea y vómitos frecuentes.

DOMINIO 13: CRECIMIENTO Y DESARROLLO.

Clase 1: Crecimiento, Paciente con peso de 57 kg. peso.

El páncreas metaboliza el alcohol principalmente a través de dos vías: la oxidativa, que genera acetaldehído, y la no oxidativa, responsable de los ésteres de ácidos grasos. Estos compuestos, a su vez, provocan edema, activan tripsina dentro de las células y desencadenan factores de transcripción proinflamatorios, lo que pone en marcha una cascada que puede llevar a inflamación sistémica y fallo en múltiples órganos. En la pancreatitis aguda de origen biliar, el disparador es a menudo un cálculo de menos de cinco milímetros que logra atravesar el ampulón de Vater; los cálculos de ocho milímetros o más, en cambio, suelen quedar atrapados en la vesícula (14). En otras palabras, esta afección puede verse como una inflamación repentina y severa del páncreas que ocurre cuando las propias enzimas digestivas del órgano comienzan a activarse dentro de él. Normalmente esas enzimas viajan al intestino en forma inerte y se activan allí, pero en esta patología ese paso se altera y la activación precoz inicia un ciclo donde el páncreas se "canibaliza" a sí mismo, lesionando células, provocando inflamación local y, si la crisis es intensa, extendiendo el daño a todo el organismo (16).



1.8. ESQUEMA DE VALORACIÓN

Nombre del paciente: M.E.R.S. Edad: 24 años Diagnóstico médico: Pancreatitis aguda Cama: 5

TABLA 7 Esquema de valoración

DATOS RELEVANTES	DOMINIOS Y CLASES	BASE TEÓRICA	PROBLEMA	FACTOR RELACIONADO
<p>Datos subjetivos: Paciente refiere tengo sed.</p> <p>Datos objetivos: Paciente presenta mucosa oral seca, piel seca.</p>	<p>DOMINIO 2: NUTRICIÓN</p> <p>CLASE 5: HIDRATACIÓN</p>	<p>El agua que compone el organismo de un adulto sano permanece casi constante porque la cantidad que se ingiere se da a igual a la que se pierde; en promedio, representa un 60 por ciento del peso corporal total. De esa fracción, aproximadamente el 40 por ciento se halla dentro de las células (espacio intracelular) y el 20 por ciento está fuera de ellas (espacio extracelular), donde a su vez el plasma constituye el 5 por ciento y el líquido intersticial el 15 por ciento.</p> <p>La distribución y movimiento de líquidos y electrolitos son cruciales para que el cuerpo mantenga una condición interna estable, esto es, homeostasis, y su relevancia se agudiza cuando el paciente está grave o enfermo; cada pérdida debe ser acompañada de su restitución para que los procesos vitales continúen de forma ordenada. Los iones de potasio, magnesio, sodio, fosfato, calcio, cloruro, bicarbonato, así como proteínas y ácidos orgánicos, flotan en el agua que llena los compartimentos celulares y extracelulares; en el primero, predominan el potasio y el fosfato, mientras que en el segundo el sodio, el calcio y el cloruro aparecen en mayor cifra. Estas disparidades de concentración permiten que cada electrolito cumpla tareas específicas y reguladoras dentro del metabolismo.</p>	<p>Déficit de Volumen de líquidos.</p> <p>Paciente con riesgo de desequilibrio electrolítico</p>	<p>Pérdida activa del volumen de líquidos.</p> <p>Vómitos</p>



DATOS RELEVANTES	DOMINIOS Y CLASES	BASE TEÓRICA	PROBLEMA	FACTOR RELACIONADO
<p>Datos subjetivos: Paciente refiere tengo dolor en el abdomen y en la espalda, después de ingerir comida.</p> <p>Datos objetivos Paciente presenta abdomen ligeramente distendido.</p>	<p>DOMINIO: 12 CONFORT</p> <p>Clase: 1 Confort físico</p> <p>Código 00132</p>	<p>El dolor constituye una experiencia sensorial y emocional negativa, que puede producirse ante una agresión a los tejidos o describirse como tal aun sin que exista una herida. Puede comenzar de forma brusca o lenta, variar de leve a intenso y tener un final predecible o imprevisible (14).</p> <p>El dolor visceral, en particular, nace de lesiones en los órganos internos, por eso suele aparecer tras enfermedades como la distensión de la cápsula pancreática. Esta modalidad de dolor se aleja del somático; a menudo surge sin una causa evidente, es difuso, mal localizado y se irradia mucho más allá del mínimo afectado (17). En la pancreatitis destaca porque se presenta de manera fulminante, en poco tiempo alcanza su intensidad máxima, permanece sin pausa y se siente sobre el epigastrio antes de propagarse a uno o ambos hipocondrios y a la espalda (18).</p>	<p>Paciente presenta dolor agudo.</p>	<p>Relacionado con agentes lesivos biológicos inflamación de páncreas.</p>



DATOS RELEVANTES	DOMINIO Y CLASE	BASE TEÓRICA	PROBLEMA	FACTOR RELACIONADO
<p>Datos subjetivos: Paciente refiere tengo dificultad para respirar.</p> <p>Datos objetivos: Paciente en confusión, intranquila.</p>	<p>DOMINIO: 4 ACTIVIDAD Y REPOSO</p> <p>Clase: 4 Respuestas cardiovascular es pulmonares</p>	<p>La dificultad para respirar es un concepto amplio que describe la incomodidad y la sensación de quedarnos sin aire; esa molestia puede originarse en muchas enfermedades o alteraciones del organismo. Cada una de nuestras células necesita un suministro constante de oxígeno y de nutrientes para vivir y cumplir con sus tareas cotidianas. Las reacciones químicas que constituyen el metabolismo ocurren dentro de esas células, de manera que, si no hay O₂ y comida en cantidades adecuadas, los procesos se detienen. Por eso, en los organismos que viven en presencia de oxígeno, la respiración se considera una función metabólica: inhalamos O₂ y, al exhalar, deshacemos al mismo tiempo bióxido de carbono, vapor de agua y otros productos resultados de la oxidación. El bulbo raquídeo actúa como el centro automático que dirige la respiración; desde allí se envían constantemente impulsos nerviosos a los músculos del tórax, ordenándoles contraerse y permitir que entre y salga aire de los pulmones.</p>	<p>Paciente con patrón respiratorio ineficaz.</p>	<p>Dolor y ansiedad.</p>



DATOS RELEVANTES	DOMINIO Y CLASE	BASE TEÓRICA	PROBLEMA	FACTOR RELACIONADO
<p>Datos subjetivos: Paciente refiere antecedentes de alergia posterior a la ingesta de antigripales y algunos alimentos.</p>	<p>DOMINIO: 11 SEGURIDAD Y PROTECCIÓN</p> <p>Clase: 5 Procesos defensivos</p>	<p>Al someterse a un procedimiento de diagnóstico o terapéutico, algunos pacientes pueden experimentar una respuesta adversa inesperada al medio de contraste yodado. Tal reacción, aunque poco frecuente, puede manifestarse hasta siete días después de la inyección y tiene el potencial de comprometer la salud del individuo.</p> <p>Se suele clasificar como reacción tardía cualquier síntoma que aparezca entre una hora y siete días tras la administración; dentro del rango agudo, la mayoría de los signos se presentan en los primeros sesenta minutos. La distinción entre ambos períodos es importante para orientar el manejo adecuado. Los informes muestran que los eventos adversos tras el uso de estos medios son más comunes en personas jóvenes y de mediana edad, lo que sugiere que, además del tiempo transcurrido, pueden intervenir factores genéticos que predisponen a ciertos individuos.</p>	<p>Riesgo de reacción adversa.</p>	<p>Antecedentes de alergia.</p>



DATOS RELEVANTES	DOMINIO Y CLASE	BASE TEÓRICA	PROBLEMA	FACTOR RELACIONADO
<p>Datos subjetivos:</p> <p>Paciente refiere tengo calor, no me tapen con frazadas.</p> <p>Datos objetivos:</p> <p>Intranquila, piel caliente, temperatura axilar 38.4°C.</p>	<p>DOMINIO: 11</p> <p>Seguridad Y protección</p> <p>Clase: 6</p> <p>Termoregulación</p>	<p>La hipertermia se define como una elevación de la temperatura central del cuerpo que excede el rango normal.</p> <p>Aunque la fiebre suele asociarse principalmente con respuestas infecciosas, esta no es la única causa posible; diversos estímulos, entre ellos los pirógenos liberados por bacterias tóxicas o por tejidos en proceso de degeneración, activan los centros termoreguladores del hipotálamo.</p> <p>Evaluar la temperatura corporal, además de permitir diagnosticar procesos febriles, facilita valorar el estado de hidratación del paciente, dado que muchas disfunciones líquidas se evidencian por cambios térmicos.</p>	<p>Paciente con temperatura axilar de 38.4°C.</p>	<p>Enfermedad pancreática aguda.</p>



DATOS RELEVANTES	DOMINIO Y CLASE	BASE TEÓRICA	PROBLEMA	FACTOR RELACIONADO
<p>Datos subjetivos:</p> <p>Paciente refiere tengo náuseas, vómitos me duele.</p> <p>Datos objetivos:</p> <p>Paciente presenta vomito alimentarios color marrón y posteriormente bilioso.</p>	<p>DOMINIO: 12</p> <p>CONFORT</p> <p>Clase: 1</p> <p>Confort físico</p>	<p>La náusea se genera cuando un grupo de neuronas denominado centro del vómito se activa. Esta respuesta se desencadena porque las células del estómago dañadas liberan serotonina, y esa serotonina se une a los receptores 5-HT3. Al hacerlo, se estimula el sistema nervioso parasimpático, que contrae el músculo liso del estómago y empuja su contenido hacia la boca.</p> <p>En la pancreatitis aguda, en ochenta o noventa por ciento de los episodios. Al comienzo, el vómito expulsa alimentos; luego, al quedar vacío el estómago, sale líquido claro o de color bilioso.</p>	<p>Paciente con náuseas y vómitos.</p>	<p>Relacionado con la enfermedad (pancreatitis).</p>



DATOS RELEVANTES	DOMINIOS Y CLASES	BASE TEÓRICA	PROBLEMA	FACTOR RELACIONADO
<p>Datos subjetivos: Paciente refiere no me alimento, tengo hambre, quiero un poco de agua.</p>	<p>DOMINIO: 2 NUTRICIÓN</p> <p>Clase: 1 Ingestión Código 00002</p>	<p>Consumo de nutrientes por debajo del umbral requerido para mantener el metabolismo.</p> <p>La pancreatitis puede comprometer el estado nutricional por la reducción del apetito y los problemas que genera la digestión de los alimentos.</p> <p>Cuando en el tubo digestivo hay escasas enzimas pancreáticas, el metabolismo proteico se ve alterado y la absorción de las proteínas resulta limitada.</p>	<p>Paciente con desequilibrio nutricional.</p>	<p>Ingesta alimentaria por vía oral inferior a las recomendaciones diarias adecuadas.</p>



CAPÍTULO II

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

2.1 LISTADO DE DATOS SIGNIFICATIVOS

- Paciente con dolor agudo.
- Paciente deshidratado y vómitos.
- Funciones vitales, hipotensión arterial.
- Disminución de volumen de orina.

2.2 DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA.

- **Déficit de volumen de líquidos r/c.**

Dominio 2: Hidratación

Clase 5: Hidratación

- **Dolor agudo r/c agente lesivo.**

Dominio 12: Confort Clase 1

- **Patrón respiratorio ineficaz r/c.**

Dominio 4: Actividad de reposo

Clase 4: Respuestas cardiovasculares y pulmonares Código

- **Nausea r/c proceso de la enfermedad (pancreatitis).**

Dominio 12: Confort Clase 1



- **Desequilibrio nutricional r/c.**

Dominio 2: Nutrición

Clase 1: Ingestión

- **Hipertermia r/c piel caliente, temperatura oscila 38.4°C.**

Dominio 11: Seguridad y protección Clase 6

Termorregulación

- **Riesgo de reacción de contraste yodados.**

Dominio 11: Seguridad y protección Clase

La pancreatitis aguda arranca con frecuencia cuando un cálculo en la vía biliar o una ingesta elevada de alcohol obstruye o irrita los conductos del páncreas, impidiendo que las secreciones drenen a su sitio habitual. Esa traba provoca la acumulación de enzimas como la tripsina, que, al liberarse de su forma inactiva, comienzan a degradar proteínas y a dañar las propias células del órgano. A medida que la lesión avanza, se añaden células inflamatorias y mediadores como citoquinas, que inducen edema, focos de necrosis y, en los cuadros más graves, una tormenta inflamatoria capaz de comprometer órganos distales (13). Además del clásico dolor abdominal, los pacientes suelen referir náuseas, vómitos, fiebre y distensión que pueden ser incluso más molestos que la misma algia. En los episodios severos surgen signos sistémicos como taquicardia, presión baja e incluso fracaso multiorgánico. Curiosamente, la intensidad de esos síntomas no siempre se correlaciona con la magnitud del daño pancreático, lo que dificulta tanto el diagnóstico temprano como la correcta selección del tratamiento (16).



ESQUEMA DEL DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

NOMBRE DE LA PACIENTE: M.E.R.S. **EDAD:** 24 años **SERVICIO:** Emergencia **DIAGNÓSTICO MÉDICO:** Pancreatitis aguda.

TABLA 8 *Esquema de diagnóstico*

DATOS RELEVANTES	DOMINIO Y CLASES	PROBLEMA	FACTOR RELACIONADO		EVIDENCIADO	DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA
		REAL	DETERMINANTE	CONDICIONANTE		
<p>Datos subjetivos:</p> <p>La paciente indica que presenta sed intensa, aunque le resulta casi imposible ingerir líquidos debido a un dolor persistente y a episodios frecuentes de vómito.</p>	<p>DOMINIO 2: NUTRICIÓN. Clase 5 Hidratación</p> <p>DOMINIO 2: NUTRICIÓN Clase 5 Hidratación Cod: 00195</p>	Déficit de volumen de líquidos	Perdida activa de volumen de líquidos	Vómitos, volumen de líquidos insuficiente	Vómitos, disminución de la diuresis, mucosas orales secas, disminución de PA, sed.	<p>Déficit de volumen de líquidos relacionado con pérdida sostenida de fluidos, evidenciado por vómitos frecuentes, disminución de la diuresis, mucosa oral seca y piel poco elástica.</p> <p>Riesgo de desequilibrio electrolítico secundario a vómitos persistentes y aporte insuficiente de líquidos, lo que puede alterar la concentración de sodio, potasio y otros iones.</p>



DATOS RELEVANTES	DOMINIO Y CLASES	PROBLEMA	FACTOR RELACIONADO	EVIDENCIADO	DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA
		REAL	DETERMINANTE		
<p>Datos s u bjetivos: El paciente “refiere tengo dificultad para respirar, me agito.</p>	<p>DOMINIO 4: ACTIVIDAD Y REPOSO</p> <p>Clase 4: Respuestas cardio vasculares pulmonares. Cód: 00032</p>	<p>Patrón respiratorio ineficaz.</p>	<p>Dolor, ansiedad, enfermedad pancreática.</p>	<p>Alteración de la profundidad de la respiración.</p>	<p>Patrón respiratorio ineficaz asociado (r/c) a dolor y ansiedad por enfermedad pancreática, evidenciado (e/por) por alteración en la profundidad de la respiración.</p>



DATOS RELEVANTES	DOMINIO Y CLASES	PROBLEMA		FACTOR RELACIONADO		EVIDENCIADO	DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA
		REAL	POTENCIAL	DETERMINANTE	COND		
<p>Datos Subjetivo: El paciente "refiere tengo dolor abdominal, después de ingerir comida en la calle, no sede a inyectables.</p>	<p>DOMINIO 12: CONFORT FÍSICO Clase 1: Dolor agudo Cód: 00132</p>	Dolor agudo.		Inflamación del páncreas.		<p>Manifestado por la expresión verbal de la paciente y facies de dolor.</p>	<p>Dolor agudo r/c agente lesivo biológico Inflamación pancreática manifestada por verbalización de la paciente y expresión facial.</p>



DATOS RELEVANTES	DOMINIO Y CLASES	PROBLEMA	FACTOR RELACIONADO		EVIDENCIADO	DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA
		REAL	DETERMINANTE	CONDICIONANTE		
Datos Subjetivos: El paciente refiere tengo nauseas vómitos me duele.	DOMINIO 12: CONFORT, Clase 1 Confort físico Cód: 00134	Náuseas y vómitos	Proceso de la enfermedad pancreática.		Manifestado por informe de náuseas y vómitos.	Nauseas r/c proceso de la enfermedad pancreática manifestado por informe de náusea y vómitos.



CAPÍTULO III

PLANIFICACIÓN

3.1. DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

DIAGNÓSTICO	PRIORIDAD	DEFINICIÓN
Déficit de volumen de líquidos r/c	1	Reducción de los niveles de líquidos en los espacios extravascular, intersticial o intracelular. Esto describe la deshidratación, que se caracteriza por la pérdida de agua únicamente, sin alteraciones en los niveles de sodio.
Dolor agudo r/c con agente lesivo biológico	2	Se limita claramente a una zona específica y su intensidad está relacionada con el estímulo. A diferencia del dolor crónico, el dolor agudo es temporal y disminuye una vez que la lesión se resuelve o cicatriza.
Riesgo de desequilibrio de electrolitos r/c	3	Los desequilibrios hídricos pueden provocar fluctuaciones en los niveles séricos de electrolitos, lo que representa un riesgo potencial para la salud.
Desequilibrio nutricional r/c	4	El cuerpo no recibe suficientes nutrientes para satisfacer sus necesidades metabólicas. En estos casos, permitir que el intestino descanse puede ser un tratamiento eficaz, especialmente para aliviar el dolor en personas con pancreatitis aguda.

Nota. Diagnóstico de enfermería



3.2. ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS.

Prioridad 1.

Diagnóstico de Enfermería: Déficit de volumen de líquidos.

.Prioridad 2.

Diagnóstico de Enfermería: Dolor agudo, relacionado con la presencia de un agente biológico nocivo, evidenciado por el relato de la paciente y la expresión facial que muestra sufrimiento.

La Clasificación Revisada de Atlanta, renovada en 2012, divide los episodios en tres categorías: leve, moderadamente grave y grave. El cuadro moderadamente grave puede presentar fallo orgánico transitorio, por menos de 48 horas, o secuelas locales como colecciones líquidas. En cambio, la forma grave se asocia a un fallo persistente que afecta uno o más sistemas y puede ser mortal si no recibe tratamiento inmediato (6). Conocer y aplicar esta jerarquía es crucial para médicos y enfermeros, porque marca el nivel de vigilancia y los recursos que cada paciente necesita. Dentro del hospital, y sobre todo en urgencias, un protocolo claro permite ordenar las prioridades, prevenir complicaciones mayores y responder de forma rápida y efectiva (7). El diagnóstico de pancreatitis aguda requiere un enfoque clínico e instrumental meticuloso, dado que el cuadro inicial imita frecuentemente otras urgencias abdominales. Para confirmarlo es preciso articular las observaciones de la exploración física con el laboratorio y los estudios por imágenes; este procedimiento, especialmente en el servicio de urgencias, propicia su detección temprana y una



respuesta ágil (11). Desde el punto de vista clínico, la manifestación más nítida sigue siendo un dolor abdominal intenso y persistente que comienza en el epigastrio y habitualmente se irradia hacia la espalda. En el laboratorio, el ascenso pronunciado de amilasa y lipasa en suero, sobre todo si excede tres veces el umbral normal, se acepta como un criterio fundamental. No obstante, esos niveles enzimáticos deben ponerse en contexto junto con toda la historia clínica y la evolución de los síntomas (12).

La lipasa sérica se ha convertido en una herramienta habitual en los servicios de urgencias, sobre todo cuando se sospecha de una pancreatitis aguda. Junto a la evaluación clínica y a otros estudios auxiliares, este marcador ofrece un modo rápido de confirmar la enfermedad y de orientar al equipo médico acerca del tratamiento que debe iniciarse y de cuándo resultaría más eficaz. En esta secuencia, el personal de enfermería juega un papel fundamental: extrae las muestras, vigila los signos vitales y anota cualquier cambio que pueda indicar un empeoramiento del paciente (17). El ultrasonido abdominal, solicitado al inicio del episodio doloroso, estudia el páncreas de forma indirecta al medir su tamaño, inspeccionar los contornos, valorar la ecogenicidad y detectar líquido libre en la cavidad peritoneal. Al mismo tiempo, esta prueba estudia la vesícula biliar y los conductos biliares, datos que permiten discernir si la pancreatitis tiene su origen en un cálculo biliar o en la distensión que este provoca (18).

Objetivo: Control del dolor



Prioridad 3.

Diagnóstico de Enfermería: Patrón respiratorio ineficaz r/c dolor, ansiedad evidenciada / alteración de la profundidad respiratoria.

Objetivo: El objetivo principal es asegurar que el paciente presente una función respiratoria y una ventilación más adecuada, garantizando al mismo tiempo que las vías aéreas permanezcan despejadas y reduciendo, de forma gradual, tanto la ansiedad como la febrilidad.

Prioridad 4.

Diagnóstico de Enfermería: Riesgo de desequilibrio de electrolitos relacionado con vómitos persistentes y volumen de líquidos ingerido insuficiente.

Objetivo: Alcanzar equilibrio hídrico.

Prioridad 5.

Diagnóstico de Enfermería: Náuseas relacionadas con el proceso patológico de la pancreatitis, tal como se documenta en el informe sobre episodios de náuseas y vómitos.

Objetivo: Controlar las náuseas y vómitos (2106).

Prioridad 6.

Diagnóstico de Enfermería: Hipertemia secundaria a enfermedad pancreática, comprobada por temperatura axilar de 38.4 °C.



Objetivo: Con la administración de antipiréticos.

Prioridad 7.

Diagnóstico de Enfermería: Desequilibrio nutricional secundario a incapacidad para absorber nutrientes, evidenciado por ingesta por debajo de las dosis diarias recomendadas y restricción NPO.

Objetivo: Mantener un estado nutricional adecuado mediante una hidratación continua, aumentando de forma gradual la tolerancia a la ingesta de líquidos.

La pancreatitis leve, siempre que no presente signos de fallo orgánico, se puede atender en un área de internación convencional; por el contrario, los episodios clasificados como severos deben ser trasladados de inmediato a una unidad de cuidados intensivos o intermedios, donde la vigilancia sea continua y multidisciplinaria. Las guías actuales enfatizan que la saturación de oxígeno debe mantenerse por encima del 95 % en todo momento. Para prevenir la trombosis venosa profunda, que en pacientes inmovilizados es una complicación frecuente, se recomienda el uso de pantimedia neumática intermitente, ya que la anticoagulación sistemática podría, en teoría, incrementar el riesgo de hemorragia en un páncreas inflamado. Por otra parte, la hidratación intravenosa se inicia con soluciones cristaloides a un ritmo de 250 a 300 mililitros por hora durante las primeras cuarenta y ocho horas del ingreso hospitalario (19). El tratamiento estándar persigue el reposo pancreático, concepto que se refleja en la suspensión de la ingesta oral, la provisión agresiva de líquidos por vía intravenosa y la administración de analgésicos potentes. A pesar de estas medidas, el dolor



abdominal suele ser intenso y persistente, un hecho que debe valorarse continuamente para ajustar el manejo. Si surgen complicaciones, como infecciones o necrosis, el abordaje se amplía con antibióticos de amplio espectro y, cuando la situación lo requiere, se recurre a drenes percutáneos o a procedimientos quirúrgicos de bajo impacto, siempre tratando de conservar la funcionalidad del tejido pancreático y minimizar la morbilidad global del paciente (14). La estrategia terapéutica se ajusta a la gravedad de cada paciente, de modo que los cuadros leves se tratan con medidas conservadoras y las formas severas requieren ingreso a una unidad de cuidados intensivos. En ese recorrido, el personal de enfermería desempeña un papel crucial: no solo administra medicamentos y vigila parámetros clínicos, sino que también ofrece cuidados que favorecen el confort, la seguridad y la recuperación gradual del enfermo (15).



3.3. ESQUEMA DE PLANIFICACIÓN

Nombre del paciente: M.E.R.S. Edad: 24 años

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	FUNDAMENTO DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	EVALUACIÓN DE RESULTADOS ESPERADOS (NOC)																																																																																		
Déficit de volumen de líquidos r/c, pérdida activa de volumen de líquidos, evidenciado por vómitos, disminución de la diuresis y mucosas orales secas.	<p>801 equilibrio hídrico. 602 hidratación</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">INDICADOR</th> <th colspan="5">ESCALA</th> </tr> <tr> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>060116</td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>060202</td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>060219</td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>060205</td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Puntaje basal</td> <td colspan="5">7</td> </tr> </tbody> </table> <p>PUNTAJE DIANA DEL RESULTADO Mantener basal a = 7 Aumentar a = 16</p>	INDICADOR	ESCALA					1	2	3	4	5	060116		X				060202	X					060219	X					060205		X				Puntaje basal	7					<p>Manejo de líquidos y electrolitos.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Observar con frecuencia la respiración, pulso, tensión arterial y temperatura del paciente. -Evaluar si la persona recibe suficiente agua y si la piel conserva un aspecto fresco y elástico. -Comprobar si la piel retiene su forma al ser pinchada, lo que indica buen o mal equilibrio hídrico. -Registrar la apariencia de la boca, buscando sequedad, color azul o amarillento y otros indicadores de deshidratación. 	<ul style="list-style-type: none"> -Los signos vitales son parámetros [temperatura, pulso, tensión] que, al evaluarse en serie, ofrecen una visión sintetizada y rápida del estado físico del paciente y además indican niveles de alarma. -La disminución del volumen intravascular origina sequedad en mucosas y piel y reduce la distensibilidad de órganos. -La identificación temprana de esta situación facilita la administración inmediata de electrolitos y agua, corrigiendo así el déficit hemodinámico. -Un catéter periférico, en particular uno de calibre adecuado, permite reemplazar de forma continua y segura los líquidos perdidos. 	<p>RESULTADO:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">INDICADORE S</th> <th colspan="5">ESCALA</th> </tr> <tr> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>060116</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>060202</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>060219</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>060205</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Puntaje resultado</td> <td colspan="5">13</td> </tr> </tbody> </table> <p>Entonces: 16 - 100% 13 - x $X = (13 \times 100) / 16 = 81.25\%$</p> <p>RESULTADO 81.25%</p>	INDICADORE S	ESCALA					1	2	3	4	5	060116			X			060202			X			060219				X		060205			X			Puntaje resultado	13				
INDICADOR	ESCALA																																																																																					
	1	2	3	4	5																																																																																	
060116		X																																																																																				
060202	X																																																																																					
060219	X																																																																																					
060205		X																																																																																				
Puntaje basal	7																																																																																					
INDICADORE S	ESCALA																																																																																					
	1	2	3	4	5																																																																																	
060116			X																																																																																			
060202			X																																																																																			
060219				X																																																																																		
060205			X																																																																																			
Puntaje resultado	13																																																																																					



DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	FUNDAMENTO DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	EVALUACIÓN DE RESULTADOS ESPERADOS (NOC)																																																																																		
<p>Dolor agudo r/c agente lesivo biológico</p>	<p>1605 Control de dolor 2102 Nivel de dolor</p> <table border="1" data-bbox="390 456 789 803"> <thead> <tr> <th rowspan="2">INDICADO-RES</th> <th colspan="5">ESCALA</th> </tr> <tr> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>160501</td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>160502</td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>160509</td> <td></td> <td>x</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>210206</td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Puntaje basal</td> <td colspan="5" style="text-align: center;">7</td> </tr> </tbody> </table> <p>PUNTAJE DIANA Mantener basal a = 7 Aumentar a = 16</p>	INDICADO-RES	ESCALA					1	2	3	4	5	160501	X					160502		X				160509		x				210206		X				Puntaje basal	7					<p>1400 manejo de dolor. Fomentar en el paciente la práctica de observar y reportar su propio dolor. Al elegir un método para aliviarlo, tomar en cuenta tanto su tipo como su origen. Hacer una evaluación detallada sobre dónde está, con qué frecuencia aparece, cuán intenso se siente y qué lo desencadena. Usar escalas estandarizadas para medir y registrar el dolor. 2210 administración de analgésico. Administrar medicamentos analgésicos y antipiréticos de forma programada, evitando así picos de dolor o fiebre. Revisar siempre el historial de alergias y las órdenes médicas antes de dar cualquier medicamento.</p>	<p>La valoración objetiva de signos fisiológicos resulta esencial en clínica, dado que algunos pacientes evitan o se niegan a reconocer que experimentan dolor. Establecer tanto el origen como la naturaleza de esa molestia dirige con mayor precisión las intervenciones terapéuticas que se planifican. Una escala de evaluación, como la numérica o la VAS, ofrece un mecanismo sistemático para cuantificar esa experiencia subjetiva y monitorizar su evolución. Cualquier ajuste en la dosificación de fármacos, por su impacto potencial, debe contar siempre con el respaldo de una prescripción médica formal.</p>	<p>RESULTADO</p> <table border="1" data-bbox="1633 435 2032 781"> <thead> <tr> <th rowspan="2">INDICADO-RES</th> <th colspan="5">ESCALA</th> </tr> <tr> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>160501</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>160502</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>160509</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>210206</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Puntaje del resultado</td> <td colspan="5" style="text-align: center;">15</td> </tr> </tbody> </table> <p>Entonces: 16 - 100% 15 - x $X = (15 \times 100) / 16 = 93.75\%$ RESULTADO 93.75% INTERPRETACIÓN: Finalmente, un conjunto de acciones de enfermería ejecutadas de forma competente potencia tanto la eficacia como la eficiencia del tratamiento, optimizando así los resultados para el paciente.</p>	INDICADO-RES	ESCALA					1	2	3	4	5	160501			X			160502				X		160509				X		210206				X		Puntaje del resultado	15				
INDICADO-RES	ESCALA																																																																																					
	1	2	3	4	5																																																																																	
160501	X																																																																																					
160502		X																																																																																				
160509		x																																																																																				
210206		X																																																																																				
Puntaje basal	7																																																																																					
INDICADO-RES	ESCALA																																																																																					
	1	2	3	4	5																																																																																	
160501			X																																																																																			
160502				X																																																																																		
160509				X																																																																																		
210206				X																																																																																		
Puntaje del resultado	15																																																																																					



DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	FUNDAMENTO DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	EVALUACIÓN DE RESULTADOS ESPERADOS (NOC)																																																																																		
<p>Patrón respiratorio (Ineficaz r/c , dolor ansiedad, evidenciado por alteración en la profundidad respiratoria.</p>	<p>0403 Estado respiratorio: Ventilación</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">INDICADO-RES</th> <th colspan="5">ESCALA</th> </tr> <tr> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>040301</td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>040303</td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>041002</td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>070619</td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Puntaje basal</td> <td colspan="5" style="text-align: center;">7</td> </tr> </tbody> </table> <p>PUNTAJE DIANA DEL RESULTADO Mantener basal a = 7 Aumentar a = 17</p>	INDICADO-RES	ESCALA					1	2	3	4	5	040301		X				040303		X				041002		X				070619	X					Puntaje basal	7					<p>3320 oxígeno terapia</p> <p>Suministrar oxígeno suplementario conforme a las órdenes médicas.</p> <p>Evaluar periódicamente la eficacia de la terapia con oxígeno.</p> <p>Asegurar que las vías aéreas permanezcan permeables en todo momento.</p> <p>Mantener una saturación de oxígeno por pulso superior al 92%.</p> <p>Monitorizar con regularidad la frecuencia y profundidad respiratoria, así como la temperatura corporal.</p>	<p>Intervención terapéutica diseñada para prevenir y tratar la hipoxia mediante un aumento deliberado de oxígeno.</p> <p>Puede inducir alteraciones bioquímicas que comprometen la función pulmonar, provocando descensos significativos en los niveles de O2 en la circulación.</p> <p>Por ello, es aconsejable controlar la temperatura corporal como modo de reducir el metabolismo celular y, a su vez, el consumo global de oxígeno.</p> <p>Asimismo, la presión ejercida sobre el diafragma y favorece una mayor expansión de los pulmones.</p> <p>Finalmente, el uso de oximetría de pulso proporciona una vigilancia continua, permitiendo ajustar el tratamiento de forma oportuna.</p>	<p>RESULTADO:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">INDICADO-RES</th> <th colspan="5">ESCALA</th> </tr> <tr> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>040301</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>040303</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>041002</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>070619</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> </tr> <tr> <td>Puntaje del resultado</td> <td colspan="5" style="text-align: center;">16</td> </tr> </tbody> </table> <p>Entonces: 17 - 100% 16 - x</p> <p>$X = (16 \times 100) / 17 = 94.12\%$</p> <p>RESULTADO 94.12%</p> <p>INTERPRETACIÓN: Se obtuvo una desviación leve del rango normal, con 94.12%.</p>	INDICADO-RES	ESCALA					1	2	3	4	5	040301				X		040303				X		041002			X			070619					X	Puntaje del resultado	16				
INDICADO-RES	ESCALA																																																																																					
	1	2	3	4	5																																																																																	
040301		X																																																																																				
040303		X																																																																																				
041002		X																																																																																				
070619	X																																																																																					
Puntaje basal	7																																																																																					
INDICADO-RES	ESCALA																																																																																					
	1	2	3	4	5																																																																																	
040301				X																																																																																		
040303				X																																																																																		
041002			X																																																																																			
070619					X																																																																																	
Puntaje del resultado	16																																																																																					



DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	FUNDAMENTO DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	EVALUACIÓN DE RESULTADOS ESPERADOS (NOC)																																																																						
Nauseas r/c proceso de la enfermedad (pancreatitis)	<p>1618 control de las náuseas y vómitos</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">INDICADO-RES</th> <th colspan="5">ESCALA</th> </tr> <tr> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>161801</td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>161812</td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>161808</td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Puntaje basal</td> <td colspan="5" style="text-align: center;">5</td> </tr> </tbody> </table> <p>Mantener basal a = 5 Aumentar a = 13</p> <p>Esté atento a ruidos respiratorios, cianosis o distensión, que indican que el tubo está en el árbol traqueal en lugar de en el esófago. Si es necesario, pase la sonda, conecte el sistema de succión y evacúe el contenido gástrico con la presión más baja posible. Ofrezca el medicamento antivomitivo indicado por el médico, ya sea por vía oral o infusión, según las condiciones del paciente.</p>	INDICADO-RES	ESCALA					1	2	3	4	5	161801		X				161812		X				161808	X					Puntaje basal	5					<p>1450 manejo de las náuseas</p> <p>Ofrecer un espacio seguro y comprensivo que atienda las necesidades emocionales del paciente. Llevar a cabo una evaluación exhaustiva de las náuseas.</p> <p>Mantener una rutina de higiene bucal que contribuya al confort general y prevenga complicaciones.</p> <p>Limpie la cavidad bucal y nasal con un cepillo suave, o use una gasa humedecida si el paciente no se puede mover.</p> <p>Registre el volumen de cada episodio de vómito y anote si hay sangre, bilis o un olor anormal. Si el vómito es continuo, inserte la sonda nasogástrica con cuidado, asegurándose de confirmar la colocación.</p>	<p>Brindar al paciente un entorno seguro, que reconforte y hasta estimule de manera positiva, resulta fundamental en episodios de gran tensión clínica.</p> <p>-Se sugiere adoptar medidas que eviten el ingreso involuntario de partículas, líquidos o sólidos a las vías respiratorias.</p> <p>El vómito reiterado es riesgoso ya que margina la hidratación y, además, propicia la aspiración accidental de alimentos o líquidos, con el consecuente peligro de asfixia.</p> <p>La intubación nasogástrica calma las náuseas, disminuye la distensión abdominal dolorosa, previene el íleo paralítico y facilita la salida del ácido clorhídrico que podría estimular el páncreas.</p> <p>El examen atento de las propiedades del contenido evacuado ayudará a identificar una posible hemorragia.</p>	<p>RESULTADO:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">INDICADO-RES</th> <th colspan="5">ESCALA</th> </tr> <tr> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>161801</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> </tr> <tr> <td>168012</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>161808</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>PUNTAJE</td> <td colspan="5" style="text-align: center;">13</td> </tr> </tbody> </table> <p>Entonces: 13 - 100% 13 - x $X = (13 \times 100) / 13 = 100\%$</p> <p>RESULTADO 100%</p> <p>INTERPRETACIÓN: Se alcanzó el puntaje objetivo establecido en el plan Diana, logrando así el total de 13 puntos sobre 13 posibles. En consecuencia, se reporta un cumplimiento del cien por ciento, sin elementos pendientes o comprometidos.</p>	INDICADO-RES	ESCALA					1	2	3	4	5	161801					X	168012				X		161808				X		PUNTAJE	13				
INDICADO-RES	ESCALA																																																																									
	1	2	3	4	5																																																																					
161801		X																																																																								
161812		X																																																																								
161808	X																																																																									
Puntaje basal	5																																																																									
INDICADO-RES	ESCALA																																																																									
	1	2	3	4	5																																																																					
161801					X																																																																					
168012				X																																																																						
161808				X																																																																						
PUNTAJE	13																																																																									



DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	FUNDAMENTO DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	EVALUACIÓN DE RESULTADOS ESPERADOS (NOC)																																																																						
<p>Desequilibrio nutricional r/c incapacidad para absorber los nutrientes</p>	<p>1004 Estado nutricional 1014 Apetito</p> <table border="1" data-bbox="443 464 844 768"> <thead> <tr> <th rowspan="2">INDICADORES</th> <th colspan="5">ESCALA</th> </tr> <tr> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>101401</td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>100801</td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>100411</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Puntaje</td> <td colspan="5">5</td> </tr> </tbody> </table> <p>PUNTAJE DIANA Mantener basal a = 5 Aumentar a = 9</p>	INDICADORES	ESCALA					1	2	3	4	5	101401	X					100801	X					100411			X			Puntaje	5					<p>1100 manejo de la nutrición</p> <ul style="list-style-type: none"> - Localice al paciente en una posición corporal que favorezca el confort y minimice la disnea. - Revise cuidadosamente la orden médica para confirmar indicaciones terapéuticas. - Adapte el régimen dietético al cuadro clínico; inicie con 100 ml de líquido claro y aumente gradualmente según tolerancia. - Monitoree y registre cualquier evento doloroso con detalle, incluyendo localización, intensidad y factores desencadenantes. - Supervise el estado de hidratación a través de parámetros clínicos y, de ser necesario, mantenga la infusión parenteral. 	<ul style="list-style-type: none"> - La pancreatitis perjudica la nutrición porque el paciente come menos y la digestión se vuelve complicada. - La falta de apetito aparece por náuseas y el miedo a que la comida provoque dolor. - Se inicia un ayuno de cuarenta y ocho horas en casi todos los casos; la meta es frenar la producción de jugos pancreáticos. - Volver a comer pronto se ha asociado con menos muertes y menos problemas derivados de la enfermedad. - A veces, incluso un sorbo de líquido provoca nuevo dolor y puede reactivar la inflamación pancreática. 	<p>RESULTADO:</p> <table border="1" data-bbox="1623 443 2024 747"> <thead> <tr> <th rowspan="2">INDICADORES</th> <th colspan="5">ESCALA</th> </tr> <tr> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>101401</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>100801</td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>100411</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Puntaje</td> <td colspan="5">9</td> </tr> </tbody> </table> <p>Entonces: 9 ---- 100% 9 ----- x</p> <p>$X = (9 \times 100) / 9 = 100\%$</p> <p>RESULTADO 100%</p> <p>INTERPRETACIÓN: El puntaje proyectado en el plan de monitoreo se alcanzó sin desviaciones y estuvo dentro del rango normal; se obtuvieron 9 puntos sobre 9, es decir, un 100% de lo previsto.</p>	INDICADORES	ESCALA					1	2	3	4	5	101401			X			100801		X				100411				X		Puntaje	9				
INDICADORES	ESCALA																																																																									
	1	2	3	4	5																																																																					
101401	X																																																																									
100801	X																																																																									
100411			X																																																																							
Puntaje	5																																																																									
INDICADORES	ESCALA																																																																									
	1	2	3	4	5																																																																					
101401			X																																																																							
100801		X																																																																								
100411				X																																																																						
Puntaje	9																																																																									



CAPÍTULO V

EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN

4.1. REGISTRO DE ENFERMERÍA: SOAPIE

SOAPIE N° 01: 07-08-2024

S: La paciente expresa dolor localizado sobre el ombligo, asociado a fiebre, náuseas intensas y dificultad para respirar.

O: Se encuentra en posición semi-Fowler, manifiesta confusión y marcada inquietud, refiriendo dolor abdominal en epigastrio que irradia a flanco derecho y espalda. Temperatura 38,4 °C, frecuencia cardíaca 92/min, presión arterial 85/60 mmHg, saturación de oxígeno 78%; piel caliente, mucosa oral seca, vómitos frecuentes y disminución de la diuresis.

A: Déficit volumétrico secundario a pérdida activa, evidenciado por síntomas clínicos anteriores y mucosas secas. Patrón respiratorio ineficaz secundario a dolor y ansiedad, mostrado por reducción evidente en la profundidad de la respiración. Dolor agudo atribuible a agente biológico, documentado por verbalización de la paciente y expresión facial.



P: Se espera que la paciente presente mejor ventilación sin alterar profundidad respiratoria, que verbalice disminución de dolor y que se corrija el déficit de líquidos.

I: Monitorear signos vitales cada 15 minutos. Colocar catéter venoso calibre 18 y, según orden médica, iniciar fluidos a razón de 1 litro por hora. Administrar analgésico conforme a receta y evaluar tanto eficacia como efectos adversos, dado el antecedente de alergia anotado. Proveer oxígeno mediante cánula binasal unida a un humidificador y ajustar flujo para mantener saturación por encima del 92%.

E: La paciente mantuvo una permeabilidad respiratoria adecuada, el dolor cedió durante dos horas, y se logró una hidratación moderada. Se observó llenado capilar distal y pulso periférico dentro de rangos normales. Sin embargo, la diuresis fue inferior a 50 ml/h en seis horas, dato por debajo de lo esperado.

Las pruebas de imagen, a su vez, permiten identificar complicaciones como necrosis o derrames, lo que guía las decisiones terapéuticas. Cuando se cruzan los hallazgos clínicos, bioquímicos y radiológicos, la certeza con que se clasifica la enfermedad y se establece su gravedad mejora de manera apreciable (13). Dentro de este contexto clínico, el personal de enfermería tiene un papel insustituible: no solo toma constantes y monitorea al paciente de forma continua, sino que colabora codo a codo con los médicos a lo largo de toda la valoración. Esta alianza garantiza una atención completa, segura y adaptada a las necesidades singulares de cada individuo (14). La amilasa se genera principalmente en el páncreas y en las glándulas salivales; su tarea principal es descomponer carbohidratos complejos en azúcares simples para que el intestino los absorba rápidamente. En condiciones normales, su concentración



en sangre se mantiene dentro de un rango estable, pero en algunas patologías, sobre todo durante un episodio de pancreatitis aguda, los niveles se disparan y la enzima se convierte en un marcador diagnóstico de gran utilidad (16). En la práctica clínica, cuando se sospecha pancreatitis, el análisis de amilasa sérica suele ser el primer examen que se solicita. Un nivel elevado sugiere que el tejido pancreático ha sido dañado, pues las enzimas digestivas se activan dentro de la glándula y luego pasan al torrente sanguíneo. Sin embargo, cifras altas de amilasa no son exclusivas de pancreatitis; también pueden encontrarse en episodios de parotiditis, obstrucción intestinal o insuficiencia renal. Por ello, el resultado se analiza en conjunto con los signos clínicos y las pruebas complementarias disponibles (15). Durante un ataque de pancreatitis aguda, la inflamación y la autodigestión hacen que lipasa y otras enzimas se viertan en la circulación. A diferencia de la amilasa, la lipasa tiene una vida media más prolongada y permanece elevada varios días, lo que permite su medición aunque el paciente llegue horas después del inicio del dolor. Esa persistencia convierte a la lipasa en un marcador especialmente útil, sobre todo si la amilasa está dentro de límites normales o si el enfermo presenta una enfermedad pancreática crónica antes del ingreso.



TABLA 9 Valoración

Valoración	Hora					
	8 am	9 am	10 am	11 am	12 m	1 pm
Presión Arterial	85/60 mmHg	85/60 mmHg	85/70 mmHg	85/70 mmHg	85/70 mmHg	90/60 mmHg
Temperatura	38.4°C	38°C	38°C	37.6°C	36.8°C	36.8°C
Pulso	92 x min	92 x min	98 x min	92 x min	92 x min	88 x min
Saturación de oxígeno	78 %	85 %	84 %	86 %	85 %	85 %
Frecuencia respiratoria	28 x min	24 x min	24 x min	24 x min	24 x min	22 x min
Diuresis	0	0	0	50 ml	0	100 ml

JACKELYN FIORELLA MAYTA CONDORI

SOAPIE N° 02

S: Paciente manifiesta dolor intenso que irradia hacia la espalda; señala que el analgésico administrado no le alivió. Adicionalmente presenta náuseas y vómitos de bilis, sed marcada y halitosis.

O: Se observa a la paciente inquieta y ansiosa, recibiendo tres litros por minuto de oxígeno a través de cánula nasal; en el brazo izquierdo tiene un acceso venoso permeable, por el cual se infunde cloruro de sodio al 9 % a 60 gotas por minuto. El dolor persiste en la región epigástrica y los vómitos son frecuentes.

A: Dolor agudo, posiblemente de origen biológico, corroborado por la expresión verbal de la paciente y su mueca de sufrimiento. Náuseas y vómitos se relacionan con un proceso inflamatorio en el páncreas, tal como la misma paciente informó.

P: Se espera que la paciente reporte una disminución del dolor antes de finalizar el



turno, y que síntomas como las náuseas y los vómitos queden controlados.

I: Controlar el dolor, administrando el analgésico a la hora indicada. Brindar apoyo psicológico y emocional durante cada episodio de vómito. Registrar comienzo, duración, frecuencia, volumen y características de cada vómito. Si es necesario, insertar sonda nasogástrica y aplicar succión continua. Proveer medicación antiemética. Mantener vigilancia de los signos vitales.

E: Durante la evaluación se constató alivio del dolor y la paciente aceptó que se le colocara la sonda nasogástrica.

Reconocer estas manifestaciones desde las primeras horas facilita un diagnóstico oportuno y permite diferenciar la pancreatitis aguda de otras afecciones abdominales. En el contexto del cuidado enfermero, la vigilancia continua del paciente junto con la identificación de cualquier cambio crítico resulta indispensable para implementar intervenciones que promuevan una evolución favorable durante toda la hospitalización (17). Una jerarquía más reciente, propuesta por Petrov en 2010, supera con creces la célebre clasificación de Atlanta de 1992. En este nuevo esquema la severidad se analiza mediante dos conjuntos de signos: los «determinantes locales», que valoran la presencia y extensión de la necrosis panoecatónica, y los «determinantes sistémicos», que cuantifican la cantidad de órganos afectados por insuficiencia, ya transitoria ya definitiva (3). El daño orgánico se califica como ****transitorio**** cuando se revierte en menos de cuarenta y ocho horas tras las medidas de soporte habituales, y ***persistente*** si sobrepasa ese umbral, exigiendo recursos terapéuticos de mayor intensidad y duración (4). Debido a su vasta variabilidad clínica y al diferente grado de daño que puede causar en el organismo, la pancreatitis aguda se ha clasificado en varias escalas que orientan



tanto el diagnóstico como la terapéutica. Esta jerarquía no solo evalúa el estado del páncreas, sino que además ayuda a anticipar complicaciones y a ofrecer un pronóstico más sólido (5).

TABLA 10 Valoración 2

Valoración	Hora					
	2 pm	3 pm	4 pm	5 pm	6 pm	7 pm
Presión Arterial	90/60 mmHg	90/70 mmHg	90/60 mmHg	100/60 mmHg	100/70 mmHg	100/70 mmHg
Temperatura	36.6°C	36.6°C	37°C	37.°C	37.8°C	37.8°C
Pulso	88x min	86 x min	88 x min	92 x min	92 x min	100 x min
Saturación de oxígeno	85 %	85 %	84 %	86 %	85 %	85 %
Frecuencia respiratoria	22 x min	22 x min	22 x min	22 x min	24 x min	26 x min
Diuresis	0	200 ml	0	0	150 ml	0l

JACKELYN FIORELLA MAYTA CONDORI



CAPÍTULO V

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

5.1. MARCO TEÓRICO

La pancreatitis

La pancreatitis aguda se caracteriza por una respuesta inflamatoria súbita que afecta a un páncreas previamente sano, conduciendo a su autodigestión. La enfermedad aparece a los cuarenta y los sesenta años y, en las formas más severas, la tasa de mortalidad puede situarse entre el 30 y el 50 por ciento. El curso clínico depende sobre todo de la extensión de la necrosis, tanto a nivel pancreático como en tejidos adyacentes, del estado general del paciente y de la rapidez con que se implementen medidas de soporte intensivo. En su evolución pueden surgir complicaciones locales, como pseud quistes o abscesos, así como alteraciones sistémicas que incrementan la morbilidad, por lo que persisten desacuerdos sobre aspectos clave del abordaje médico y quirúrgico (1).

Hay además disparadores menos frecuentes que pueden resultar letales y que el clínico debe tener presentes: ciertos fármacos, cifras muy elevadas de triglicéridos,



infecciones, cirugía o endoscopia inmediata, e incluso enfermedades autoinmunes que comprometen las glándulas. Esa variedad de orígenes exige que el equipo revise con detenimiento la historia del paciente y solicite las pruebas pertinentes, para que el tratamiento comience sin demora en el escenario crítico de urgencias (11). Reconocer que la pancreatitis aguda puede surgir por diversas causas es fundamental, no solo para seleccionar el tratamiento correcto, sino también para diseñar estrategias que eviten nuevas crisis y frenen la evolución hacia formas más severas. Desde esta perspectiva, el personal de enfermería desempeña un rol central, porque ofrece una atención integral y personalizada que se adapta a las necesidades concretas de cada paciente que enfrenta esta enfermedad (12).

En resumen, es una inflamación del páncreas y de estructuras vecinas que, en casos extremos, perjudica a órganos distantes. Su presentación es heterogénea, desde un dolor abdominal aislado hasta un cuadro séptico, y justifica un diagnóstico temprano junto a un tratamiento inmediato, pues solo así se pueden prevenir secuelas permanentes y reducir la mortalidad (2).

La pancreatitis aguda o abdomen agudo en el hospital general, justo detrás de la apendicitis. Casi tres cuartas partes de los episodios se observan en pacientes de entre cincuenta y setenta cinco años, y el predominio por sexo varía según el origen de la afección. A escala de unidad de cuidados, entre el 20-25% de los ingresados presenta formas graves, que cargan con una mortalidad que ronda el treinta por ciento (3).

Debido a esa heterogeneidad, el manejo óptimo exige la colaboración temprana e



ininterrumpida de intensivistas, radiólogos, gastroenterólogos y cirujanos desde el primer momento en que se sospecha el diagnóstico. La integración de datos clínicos y de imagen mediante escalas pronósticas, como la de Ranson o la de APACHE, permite identificar los pacientes de alto riesgo y dirigir intervenciones precisas que eviten progresión a complicaciones letales. Esta necesidad de actuación conjunta aborda tanto el alivio inmediato del dolor como la vigilancia estrecha de contingencias, y sitúa al equipo de enfermería en un rol clave en la detección y el soporte constante (4)

5.2. ETIOLOGÍA

La particularidad por un comienzo rápido de la inflamación en el páncreas y, en la práctica clínica, el médico suele buscar primero los factores más habituales que alteran su funcionamiento. Las dos causas primarias que aparecen con mayor frecuencia son la litiasis biliar y el abuso sostenido de alcohol; en ambos casos, la obstrucción biliar o el efecto tóxico directo facilitan la activación precoz de las enzimas digestivas, originando lesión del parénquima pancreático y una cascada inflamatoria que puede extenderse a otros sistemas del organismo (5).

Además, existen desencadenantes menos corrientes que también pueden resultar igual de graves y que el clínico debe considerar, entre ellos ciertos fármacos, hipertrigliceridemia muy alta, infecciones, cirugía o procedimientos endoscópicos inmediatos, así como enfermedades autoinmunes que atacan el tejido glandular. Esa diversidad de orígenes exige que el equipo de salud examine cuidadosamente la historia del paciente y realice las pruebas adecuadas, de modo que la terapia se



inicie sin demora en un entorno crítico como el servicio de urgencias (6).

Entender que la pancreatitis aguda puede surgir por varios factores es clave, no solo para decidir qué tratamiento darle al paciente, sino también para diseñar estrategias que eviten nuevos episodios o que la enfermedad no avance a formas más severas. En ese contexto, el trabajo que hace el equipo de enfermería gana relevancia, porque organiza una respuesta completa y cercana a las verdaderas necesidades de quienes enfrentan esta afección (7).

Existe diversas causas de pancreatitis (8):

Obstrucción vía biliar: Lodo biliar o litiasis, neoplasia en páncreas o en ampolla.

Tóxica: Alcohol.

Medicamentos

El uso de medicamentos se encuentra entre las primeras acciones que se toman, ya que su meta principal es aliviar el dolor, mantener al paciente estable y reducir el riesgo de problemas adicionales. Aunque no existe un único compuesto capaz de frenar por sí mismo la inflamación del páncreas, los clínicos combinan varias drogas que desempeñan roles precisos a lo largo de la evolución de la enfermedad (9).

Los analgésicos continúan siendo la clase terapéutica más empleada, siendo los opioides los más frecuentes debido a su eficacia frente al dolor abdominal severo que caracteriza el cuadro. El control de las náuseas y los vómitos, síntomas comunes



en estos pacientes, se logra con antieméticos que pueden ser administrados de forma intravenosa cuando el drenaje gástrico es esencial. Si la evaluación clínica sugiere infección en el tejido pancreático o se constata necrosis pancreática contaminada en imágenes, se introducen antibióticos de amplio espectro como apoyo. Adicionalmente, se consideran los inhibidores de la secreción gástrica, con el fin de disminuir la estimulación exocrina derivada de la secreción ácida. En episodios vinculados a hipertrigliceridemia, los fármacos hipolipemiantes adquieren relevancia, y en circunstancias severas la plasmaféresis se discute como opción a seguir. Por lo tanto, cada plan farmacológico requiere adaptación a la gravedad del episodio, al desencadenante identificado y a las características clínicas de cada persona. En este escenario, el equipo de enfermería ejerce una función indispensable, asegurando la correcta administración de los fármacos, vigilando continuamente los resultados terapéuticos y reconociendo cualquier signo temprano de efectos adversos, lo que favorece una atención integral y humanizada dentro del servicio de urgencia (10).

clase I: Asparaginas, pentamidina, azatioprina, esteroides.

Medicamentos clase II: Paracetamol, hidroclorotiazida.

Postquirúrgica: CPRE, cirugía abdominal o cardíaca.

Infección bacteriana: Legionella.

Infección viral: Parotiditis.

Infección parasitaria: Ascaris.



Metabólica: Hipercalcemia.

Autoinmune: Lupus, síndrome de Sjögren

En los hombres, la causa más frecuente de pancreatitis aguda sigue siendo el consumo excesivo de alcohol; en las mujeres, la litiasis vesicular ocupa el primer lugar. Sin embargo, en un individuo joven, es conveniente explorar primero el terreno hereditario, así como posibles infecciones o antecedentes de traumatismo. De forma general, tiende a crecer con la edad; por consiguiente, una presentación durante la infancia o la adolescencia invita a sospechar defectos genéticos, episodios infecciosos o lesiones directas del abdomen.

5.3. FISIOPATOLOGÍA

Existen múltiples hipótesis y mecanismos sugeridos sobre el desencadenante inicial de la pancreatitis. Enzimas como las proteasas tripsina, quimotripsina y carboxipeptidasa, así como la amilasa, la lipasa y una nucleasa, se encuentran dentro de los gránulos de zimógeno, mientras que las hidrolasas se retienen en las vacuolas. Un factor clave en este proceso es la catepsina B, hidrolasa lisosomal, que convierte el tripsinógeno en tripsina, lo que posteriormente desencadena la activación de otras enzimas pancreáticas (10).

El páncreas metaboliza el alcohol por dos rutas: la oxidativa, que produce acetaldehído y la no oxidativa, que forma ésteres de ácidos grasos. Estos ésteres provocan edema, activan tripsina dentro de las células y despiertan factores de transcripción proinflamatorios, pasos que finalmente desembocan en una inflamación



sistémica y en fallos de órganos. En el caso concreto de la pancreatitis aguda biliar, el desencadenante suele ser una piedra menor de cinco milímetros que logra cruzar el ámpula de Vater; las piedras de ocho milímetros o más tienden a quedarse atrapadas en la vesícula (11).

Se define, en términos simples, como una inflamación súbita y severa del páncreas que ocurre cuando las enzimas digestivas que el órgano produce comienzan a activarse dentro de él mismo. En el funcionamiento normal, estas enzimas llegan al intestino en forma inerte y allí se ponen en marcha, pero en esta afección algo sale mal, y esa activación prematura desata una especie de autocanibalismo que daña células, provoca inflamación en la zona y, si el cuadro es muy grave, se traduce en problemas que afectan al cuerpo entero (12).

Ese proceso dañino arranca típicamente cuando factores como litos en la vía biliar o un consumo excesivo de alcohol bloquean o irritan a los conductos del páncreas, alterando el drenaje habitual de sus secreciones. Esa obstrucción hace que se acumulen enzimas como la tripsina, que, al liberarse de su envoltura inerte, comienzan a romper proteínas y desgastar estructuras celulares del mismo páncreas. Con el avance de la lesión, células inflamatorias y mediadores como las citoquinas se suman al ataque, creando edema, zonas de necrosis y, en los cuadros más extremos, una tormenta inflamatoria que puede poner en jaque a varios órganos a distancia (13).

Entender el paso a paso de la pancreatitis aguda es clave tanto para seguir el curso de la enfermedad como para decidir cuándo y cómo tratar al paciente. Desde la



enfermería, identificar los signos que surgen de esa alteración permite observar al enfermo de forma continua, realizar acciones precisas que reduzcan las complicaciones y, en última instancia, mejorar el pronóstico (14).

El cuadro clínico aparece de manera abrupta y la intensidad de los síntomas puede variar mucho, dependiendo de cuán grave sea la inflamación. El dolor abdominal en el epigastrio, que a menudo irradia hacia la espalda y se acentúa después de comer, es el signo más evidente (15).

Además del dolor, los pacientes suelen presentar síntomas adicionales como náuseas, vómitos, fiebre, distensión abdominal. En casos más severos, pueden observarse manifestaciones sistémicas como taquicardia, hipotensión e incluso insuficiencia orgánica múltiple. La intensidad de estos signos clínicos no siempre guarda relación directa con la extensión del daño pancreático, lo cual representa un desafío para el diagnóstico oportuno y la toma de decisiones terapéuticas (16).

Reconocer este conjunto de manifestaciones en forma temprana permite establecer un diagnóstico precoz y diferenciar la pancreatitis aguda de otros cuadros abdominales. Desde la perspectiva del cuidado enfermero, la evaluación continua del estado del paciente y la identificación de cambios son fundamentales para aplicar intervenciones eficaces y favorecer una evolución positiva durante la hospitalización (17).

5.4. CUADRO CLÍNICO

El dolor que acompaña a la pancreatitis aguda biliar se describe generalmente como agudo y localizado en la zona epigástrica alta. En contraste con el cólico biliar, que



suele resolverse en seis u ocho horas, este malestar tiende a ser continuo. En aproximadamente la mitad de los enfermos el dolor se irradia en forma de banda hacia los flancos, y cerca del noventa por ciento de los pacientes reporta así mismo náuseas y episodios de vómito (18).

Cuando la inflamación pancreática es biliar, el cuadro doloroso puede volverse muy intenso, súbito, y tener un carácter lancinante que se siente como una puñalada o como si atravesara el abdomen. Si al examen clínico se añade ictericia, conviene considerar la posibilidad de cálculos en el colédoco o de un edema que afecta a la cabeza del páncreas. En raras ocasiones, en los miembros inferiores pueden aparecer manifestaciones como poliartritis, paniculitis o tromboflebitis. Casi siempre, sin embargo, el episodio es doloroso; solo entre el cinco y el diez por ciento de los pacientes presentan una versión indolora y esto ocurre más frecuentemente en quienes están bajo diálisis peritoneal o han recibido un injerto renal (19). Los signos clínicos incluyen sed persistente, taquicardia, agitación, confusión, oliguria, respiración rápida, hipotensión y, sobre todo, la falta de mejoría en las primeras cuarenta y ocho horas (1).

5.5. CLASIFICACIÓN

Las formas clínicas de pancreatitis aguda van desde la leve, que se resuelve por sí sola sin secuelas, hasta la pancreatitis grave, una condición que amenaza seriamente la vida del paciente y puede desencadenar complicaciones far-lobas. Esta variabilidad en el curso de la enfermedad explica la importancia de contar con sistemas de clasificación precisos (2).



Una jerarquía más reciente y refinada fue propuesta por Petrov en 2010, que supera de forma considerable la famosa clasificación de Atlanta de 1992. En el nuevo esquema, la gravedad se define atendiendo a dos grupos de signos: los «determinantes locales» que evalúan la presencia y extensión de la necrosis panoecática y los «determinantes sistémicos» que examinan si hay insuficiencia, y en tal caso cuántos, órganos que funcionen de forma transitoria o que ya hayan colapsado de modo definitivo (3).

El daño orgánico se califica como **transitorio** si se revierte dentro de las cuarenta y ocho horas tras las medidas de soporte habituales; se considera “persistente” si sobrepasa ese umbral y requiere recursos terapéuticos más intensivos o prolongados (4).

Dada su variabilidad en la presentación clínica y el grado de daño orgánico, la pancreatitis aguda se ha dividido en escalas que orientan el abordaje diagnóstico y terapéutico. Esta clasificación no solo evalúa el compromiso del páncreas, sino que también ayuda a anticipar complicaciones y a formular pronósticos con mayor exactitud (5).

Según los criterios estudiosos que propone la Clasificación Revisada de Atlanta de 2012, la pancreatitis aguda se distribuye en tres grados: leve, moderadamente grave y grave. La forma moderadamente grave puede incluir fallo orgánico transitorio, de menos de 48 horas, o problemas locales como colecciones líquidas. Por el contrario, la pancreatitis aguda grave se asocia a fallo orgánico persistente, que puede afectar uno o varios sistemas, y presenta un alto riesgo de mortalidad si no se interviene (6).



Dominar esta escala resulta clave para médicos y enfermeras, porque orienta la vigilancia y el tratamiento según la complejidad de cada caso. En los hospitales, especialmente en urgencias, contar con un esquema claro y estandarizado permite ordenar prioridades, prevenir complicaciones mayores y ofrecer una atención rápida y eficiente (7).

Las definiciones son:

1. Ausencia de necrosis pancreática, ya sea en el parénquima o en el tejido peripankreatico, y por la falta de deterioro en el funcionamiento de otros órganos.
2. La moderada se presenta con cualquier grado de necrosis pancreática estéril o con el mal funcionamiento temporal, aunque sea leve, de un solo órgano.
3. La pancreatitis aguda grave se reconoce cuando hay necrosis infectada, aunque sea mínima, o cuando el fracaso de un órgano, en contraste con la forma moderada, se vuelve persistente.
4. La pancreatitis aguda crítica ocurre cuando coexisten necrosis infectada y la falla orgánica que persiste, requerimiento fundamental para clasificar un episodio tan severo y difícil de manejar.

Desde una perspectiva práctica, se introduce el concepto de "Criterios precoces de gravedad", que permite identificar una pancreatitis aguda con potencial riesgo.

Se considera pancreatitis aguda severa cuando el paciente presenta al menos un fallo orgánico persistente, ya sea hipotensión, insuficiencia respiratoria, renal o cualquier



otro signo de alarma. Dado que la enfermedad puede evolucionar rápidamente, la clase de gravedad no puede asignarse adecuadamente hasta transcurridas, al menos, 48 horas desde el ingreso.

5.6. DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de pancreatitis aguda demanda un planteamiento clínico e instrumental riguroso, dado que su cuadro inicial a menudo se solapa con el de otras urgencias abdominales. Confirmar la enfermedad exige combinar hallazgos de la exploración física, pruebas de laboratorio y estudios por imágenes, lo que, sobre todo en urgencias, permite reconocerla pronto y actuar con celeridad (11).

Desde el ámbito clínico, el indicador principal sigue siendo un dolor abdominal agudo y persistente, que nace en el epigastrio y suele irradiarse hacia la espalda. En el laboratorio, el incremento marcado de amilasa y lipasa en suero, sobre todo si supera tres veces el límite normal, se considera un criterio fundamental. De todos modos, estos niveles enzimáticos deben leerse a la luz de la historia clínica completa y de la evolución de la sintomatología (12).

Las técnicas de imagen, identifican complicaciones como necrosis o derrames líquidos y orientar las decisiones terapéuticas. Esta integración de hallazgos clínicos, bioquímicos y radiológicos mejora la certeza con la que se clasifica la enfermedad y su grado de severidad (13).

En este marco, ejerce una función clave, no solo recogiendo datos clínicos y manteniendo una vigilancia continua del paciente, sino también colaborando de forma estrecha con el equipo médico a lo largo de la evaluación, lo que garantiza una



atención integral, segura y ajustada a las necesidades de la persona cuidada (14).

Amilasa

Una concentración de amilasa que supere el límite superior normal en más de tres veces orienta hacia el diagnóstico. Este enzima se eleva entre seis y doce horas desde el inicio del cuadro, tiene una vida media aproximada de diez horas y generalmente permanece alta de tres a cinco días. Al examen, se debe recordar que la amilasa pancreática aporta solo 35 a 50 por ciento de la cifra total, siendo el resto de origen salival (15).

Se produce sobre todo en el páncreas y en las glándulas salivales, y cuya tarea principal es descomponer carbohidratos complejos en azúcares simples para facilitar su absorción intestinal. En condiciones normales, su concentración en sangre permanece dentro de un intervalo estable; no obstante, en determinadas enfermedades, en especial en la pancreatitis aguda, los niveles aumentan de forma marcada y la enzima actúa así como un valioso marcador diagnóstico (15).

En práctica clínica el valor de amilasa en suero se solicita casi siempre como primer estudio cuando hay sospecha de pancreatitis. Un incremento en este marcador sugiere daño del páncreas porque las enzimas digestivas se activan antes de salir del órgano y su resultado aparece en la sangre. Sin embargo, niveles altos no son exclusivos de esa patología, pues también se encuentran en parotiditis, obstrucción intestinal o fallo renal; por eso el hallazgo se analiza junto a datos clínicos y a otras pruebas (16).



Saber cómo varía la amilasa en distintas enfermedades ayuda al personal, especialmente en urgencias, a decidir con rapidez y con menos riesgo para el paciente. Para el enfermero, conocer el valor de esta enzima y su límite superior permite que participe en el seguimiento de enfermos con pancreatitis aguda y advierta cualquier cambio que requiera nueva intervención terapéutica (17).

Lipasa

La lipasa es más específica para el páncreas, aumenta incluso antes y se mantiene elevada durante más días que la amilasa. Su sensibilidad reportada va de 85 a 100 por ciento, aunque el grado de elevación no refleja necesariamente la severidad del episodio (18).

El cociente lipasa-amilasa superior a 2.0 sugiere pancreatitis aguda de origen alcohólico, con sensibilidad del 91 por ciento y especificidad del 76 por ciento. Una concentración de ALT mayor de 150 IU/L plantea pancreatitis biliar, y ese mismo parámetro tiene un valor predictivo positivo de 95 por ciento. No obstante, se ha observado que entre el 15 y el 20 por ciento de los pacientes con pancreatitis biliar puede presentar niveles de ALT normales (19).

La lipasa es una enzima clave en la digestión de lípidos, producida en su mayor parte por el páncreas exocrino. Su tarea consiste en descomponer los triglicéridos en ácidos grasos y en glicerol, de modo que estas moléculas puedan ser absorbidas eficazmente en el intestino. Por esta razón, la medición de lipasa se ha convertido en una herramienta diagnóstica sensible y específica para la pancreatitis aguda, pues su concentración en el tejido pancreático es elevada y su presencia en la sangre se



dispara durante los episodios inflamatorios (21).

Durante un ataque de pancreatitis aguda, la inflamación y el fenómeno de autodigestión del páncreas liberan lipasa y otras enzimas, llevándolas rápidamente al torrente sanguíneo. En contraste con la amilasa, la lipasa tiene una vida media más larga y permanece elevada durante días, lo que permite detectarla incluso si el paciente llegó al centro médico horas después del inicio del dolor. Esta persistencia convierte a la lipasa en un marcador particularmente útil, sobre todo en los casos en que los niveles de amilasa son normales o en pacientes con enfermedades pancreáticas crónicas (22).

Los niveles de lipasa en suero se han convertido en un procedimiento estándar en los servicios de urgencias cuando se sospecha de pancreatitis aguda. La interpretación de este valor, junto con la evaluación clínica y otros estudios, permite confirmar el diagnóstico de forma anticipada y planificar una intervención adecuada. En este proceso, el personal de enfermería desempeña una función clave: recoge las muestras, vigila al paciente y registra cualquier signo que sugiera una evolución desfavorable (23).

Ultrasonido

La ecografía sigue siendo la primera opción para evaluar sospecha de litiasis biliar, gracias a su disponibilidad y coste reducido. La ecografía endoscópica, sin embargo, supera a la resonancia magnética en la identificación de barro biliar o microlitiasis, por lo que se reserva para dudas diagnósticas. El páncreas se presenta típicamente en pancreatitis, pero este hallazgo puede pasar desapercibido en hasta un 35% de



los pacientes debido a la interferencia de gas intestinal, lo que limita su utilidad como marcador único en esta patología (20).

El ultrasonido abdominal constituye, por su parte, uno de los primeros recursos que se utilizan para explorar un abdomen doloroso en las emergencias. Aunque no permite observar el páncreas de forma detallada en estadios avanzados, es muy efectivo para detectar problemas colaterales, como los cálculos biliares, que pueden haber desencadenado la inflamación. Debido a su carácter no invasivo, a la rapidez con que se realiza y a que no expone al enfermo a radiación, se ha consolidado como el estudio inicial preferido en estos pacientes (21).

En pancreatitis aguda, el ultrasonido revela signos indirectos de inflamación pancreática mediante el análisis del tamaño del órgano, la regularidad de sus bordes, la disminución de la ecogenicidad y la identificación de líquido libre en la cavidad abdominal. Además, el ultrasonido brilla al valorar la vesícula biliar y los ductos biliares, datos esenciales que permiten establecer si la afección se origina en el árbol biliar por la presencia de cálculos o por su eventual dilatación (22).

Tomografía

La tomografía computarizada (TAC) con doble contraste está indicada a las 48 hrs en pacientes que no muestran mejoría clínica tras manejo conservador o cuando se sospechan complicaciones. Las alteraciones locales, como necrosis o derrame, son más evidentes alrededor del cuarto día. En este contexto, las áreas necróticas suelen medir más de 3 cm y se visualizan como zonas hipodensas con menos de 50 unidades de Hounsfield tras administrar contraste intravenoso. En general la TAC



aporta sensibilidad del 87 a 90% y especificidad entre 90 y 92%, valores que la hacen confiable para guiar decisiones terapéuticas (24).

Por su parte, la tomografía computarizada, aunque más sensible para identificar complicaciones como la necrosis o las colecciones peripáncreaticas, no evita que el ultrasonido conserve el carácter del examen inicial, sobre todo en pacientes que están inestables o cuando se precisa una respuesta rápida y segura. De ahí que el personal de salud, y en particular el equipo de enfermería, se beneficie al conocer el valor del ultrasonido, pues su comprensión facilita una colaboración más precisa y oportuna en el cuidado del enfermo (25).

El tratamiento gira en torno al alivio de los síntomas, la prevención y control de complicaciones y el apoyo a las funciones vitales, ya que aun no se dispone de una terapia que inverse de manera directa la inflamación del páncreas. Por esa razón, la atención clínica se organiza de forma integral, requiere una intervención rápida y una vigilancia estricta, sobre todo durante las primeras cuarenta a setenta y dos horas, período en que el pronóstico puede modificar su curso de manera drástica (26).

5.7. TRATAMIENTO

La pancreatitis leve que no presentan signos de falla orgánica puede ser manejados en un piso médico común; sin embargo, los casos clasificados como severos deben trasladarse a una unidad crítica o intermedia, donde sea posible monitorear con regularidad. La saturación de oxígeno deberá permanecer, por recomendación, por encima del 95 por ciento en todo momento. Como medida preventiva contra la trombosis venosa profunda, se prefiere el uso de pantimedia neumática intermitente,



ya que la anticoagulación introduce el riesgo teórico de hemorragia en un páncreas ya inflamado. La hidratación intravenosa se realiza con soluciones cristaloides, administrando entre 250 y 300 mililitros por hora durante las primeras cuarenta y ocho horas del ingreso (6).

La terapia estándar consiste en el reposo del páncreas, materializado en la suspensión temporal de la ingesta por vía oral, una hidratación agresiva con solución intravenosa y el empleo de analgésicos potentes frente al dolor abdominal, habitualmente intenso y persistente. Cuando aparecen complicaciones como infecciones o necrosis, el tratamiento puede extenderse al uso de antibióticos de amplio espectro y, de ser preciso, a drenes o procedimientos quirúrgicos de bajo impacto (7).

La estrategia terapéutica debe ajustarse a la gravedad de cada caso, distinguiendo entre las presentaciones leves que generalmente se resuelven con medidas conservadoras y las formas severas que precisan atención en una unidad de cuidados intensivos. En este recorrido, el personal de enfermería desempeña un papel crucial, pues no solo administra tratamientos y supervisa parámetros clínicos, sino que también proporciona cuidados que favorecen el confort, la seguridad y la recuperación gradual del paciente (8).

Dieta

A pesar de la amplia práctica del "reposo pancreático" mediante ayuno absoluto, su beneficio clínico en pancreatitis aguda sigue siendo solo una hipótesis, pues no hay ensayos aleatorios que lo respalden. En contraste, la nutrición enteral administrada



por sonda nasoyeyunal no activa la secreción exocrina del páncreas. Algunos estudios incluso sugieren que una sonda nasogástrica ofrece un perfil de seguridad similar. Curiosamente, la nutrición enteral se tolera bien incluso en pacientes con íleo, siempre que se inicie a dosis bajas y se progrese lentamente. Es crucial, sin embargo, calcular con cuidado los requerimientos energéticos, ya que el catabolismo muscular puede aumentar hasta un 80 % en pancreatitis severa, y en presencia de necrosis la demanda energética puede ser incluso 120 % superior al valor esperado según la fórmula de Harris-Benedict.

La nutrición parenteral total, por su parte, se asocia a un mayor riesgo metabólico, como hiperglucemia persistente, y a complicaciones infecciosas, con tasas de infección de catéter que rondan el 2 %. Asimismo, el costo hospitalario se incrementa notablemente, dado que la fórmula parenteral puede ser cuatro veces más cara que una estrategia enteral bien tolerada.

Lo recomendable es iniciar la ingesta oral en las primeras 48 a 72 horas tras el ingreso, siempre que el enfermo la acepte, sienta hambre y no padezca dolor significativo. Un leve aumento en las enzimas no impide el avance. Se comienza con 100-300 mL de líquidos a 4 hrs., y si esa fase se tolera se avanza a dieta blanda durante tres o cuatro días, para luego pasar a alimentos sólidos. A medida que el paciente mejora, el aporte calórico se incrementa de 160 a 640 kcal por comida.

El uso de antibióticos sigue generando debate entre expertos. Si se decide tratar, el curso no debe exceder siete a diez días para prevenir sobreinfecciones fúngicas, en especial por especies de *Candida*; este punto aún se discute, por lo que no se



aconseja dar fluconazol como medida preventiva. Ante necrosis pancreática confirmada, se puede usar imipenem 0,5 g cada seis horas o meropenem 0,5 g cada ocho horas durante catorce días.

La colecistectomía puede clasificarse como temprana si se realiza dentro de las seis primeras semanas del episodio y como tardía si se lleva a cabo entre la octava y la duodécima semana. Sin embargo, en el contexto de la prevención secundaria, todo paciente que ya ha experimentado un episodio de pancreatitis aguda biliar debería someterse a colecistectomía, ya que la enfermedad puede recurrir entre el 25 y el 30 por ciento de los casos durante las primeras seis a dieciocho semanas.



CONCLUSIONES

PRIMERA. La aplicación del Proceso de Atención de Enfermería (PAE) en el manejo del paciente con pancreatitis aguda en el servicio de emergencia del Hospital San Martín de Porres Macusani permitió establecer una intervención integral y efectiva. A través de la valoración inicial y el diseño de un plan de cuidados enfocado en las necesidades básicas del paciente, se logró una mejora significativa en su estado de salud. La implementación de intervenciones basadas en diagnósticos de enfermería específicos favoreció la estabilización clínica, reduciendo complicaciones y promoviendo su pronta recuperación y rehabilitación. Este enfoque demuestra que el PAE es una herramienta esencial para garantizar una atención de calidad, humanizada y personalizada, contribuyendo al bienestar del paciente y al logro de los objetivos terapéuticos establecidos.

SEGUNDA. Se logró la colaboración activa de la paciente y su familia en la recolección de datos e identificación de problemas potenciales y reales, lo que permitió establecer un manejo, monitoreo y evaluación óptimos y, por lo tanto, facilitar la rehabilitación mediante la aplicación sistemática del proceso de atención de enfermería al paciente con pancreatitis aguda.

TERCERA. Se establecieron diagnósticos de enfermería adecuados, lo que facilitó la planificación y aplicación de intervenciones dirigidas a resolver las necesidades afectadas y mejorar la evolución clínica del paciente.

CUARTA. Las acciones de enfermería se llevaron a cabo dentro de un plan estructurado, lo que facilitó una atención rápida, competente y humana mientras los



pacientes permanecieron en el servicio de urgencias. Se lograron parcialmente los objetivos propuestos: 81,25 % de equilibrio hídrico, 93,75 % de control del dolor, 94,12 % de mejora respiratoria y 100 % de manejo de náuseas, vómitos y estado nutricional.

QUINTA. Se mantuvo un diálogo constante con el paciente y su familia, durante el cual se les proporcionó información clara sobre la patología y las posibles complicaciones, lo que ayudó a reducir la ansiedad que mostraban al principio.



RECOMENDACIONES

PRIMERA. A la jefatura de enfermería, fortalecer la capacitación del personal de enfermería: Se sugiere implementar programas de actualización continua en el uso del PAE, con énfasis en el manejo de pacientes con patologías críticas como la pancreatitis aguda, para optimizar la calidad de la atención brindada.

SEGUNDA. Al profesional enfermero, fomentar una cultura ética y de calidad en el trabajo enfermero, para lograr comportamientos responsables de todo el personal que labora en los servicios de emergencia.

TERCERA. Al profesional enfermero en la atención, propiciar la participación y el trabajo en equipo, buscando unificar criterios para el mejor cuidado y prevenir las complicaciones de los pacientes con diagnóstico de pancreatitis aguda.

CUARTA. Al profesional enfermero en la atención, propiciar que el personal que labora en el servicio de emergencia tome interés en documentar su atención en el método científico de Proceso de Atención de Enfermería (PAE).

QUINTA. La administración del Hospital debe ofrecer recursos y tiempo suficientes al personal de emergencias, de modo que pueda especializarse, formarse continuamente y estar al corriente sobre los avances científicos y tecnológicos de los nuevos equipos de última generación, asegurando así una atención de alta calidad para todos los pacientes.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. NANDA. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación 2015-2017. NADA Internacional. Elzevir España S. A. 2015.
2. McCloskey Joanne C.y. Bulechek Gloria M .Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). Ediciones Harcuver, S. A. 2016.
3. Alfaro -La Fevre,R, Aplicación del Proceso de Enfermería. 3era. Edición Harcourt Brace 2014
4. Brunner, Emerson, Enfermería médico quirúrgica, Interamericana, 2004
5. Carpenito, L.J. Diagnósticos de enfermería, Madrid, España. Interamericana-Mc Graw-Hill, 2020.
6. Du Gas, Beverly W, Tratado de enfermería práctica, McGraw Hill, Interamericana, 2021.
7. Sánchez A,C, García Aranda J,A. Pancreatitis aguda. Bol Med Hosp Infant Mex [Internet]. 2012 ene/feb [citado 20 Sep 2013]; 69(1): [aprox. 12 p.].<http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1665-1462012000100002&>
8. Ledesma-Heyer JP, Arias AJ. Pancreatitis aguda. Med. Int. Mex. 2017;25(4):285-94.
9. Beijo Puentes A. y Prieto Hernández J.A. Pancreatitis aguda. Intra Med Journal, Vol 3, Numero 2. Disponible en: http://journal.intramed.net/index.php/Intramed_Journae/viewFile/332/1
10. Nieto J A, Rodríguez S J. Manejo de la pancreatitis aguda: guía de práctica clínica basada en la mejor información disponible. Rev Colomb Cir [Internet]. 2010 [citado 26 Sep 2013]; 35(2): [aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://scholar>.



- google.com.cu/ creatitis+aguda%=&hl=es&as_sdt=0%2C5
11. De Madaria E. Fluidoterapia en la Pancreatitis Aguda. Gastroenterol y Hepatol [Internet]. 2013 Dic [citado 20 Enero 2014]; 36(10): [aprox. 9 p].
Disponble en: <http://www.scim/science/article/pii/S021051>
 12. Soler Vaillant R, Amado Rodriguez A. y Albertini Lopez G. Pancreatitis aguda,
Disponble en <http://files.sld.cu/cirured/files/2012/03/pancreatitis.pdf>
 13. Baltazar E. J. Acute pancreatitis: assessment of severity with clinical and CT
Evaluacction. Radiology 2002; 223: 603-13.
 14. Rosales Barrera S. y Reyes López Eva. Fundamentos de Enfermería 4ta Ed.
México. Editorial El Manual Moderno, 2006.
 15. Smith D. Gerjain C. y Gipd C. Enfermería Médica Quirúrgica. 3ra Ed.
México, Editorial Interamericana, 1973.
 16. Diccionario Medico. En internet: <https://www.cun.es/diccionario-medico>
 17. López Fornies, Francisco; Iturralde García de Diego, Francisco;
Clerencia Sierra, Mercedes y Galindo de Ortiz de Landázuri, José.
Tratado de Gereatria, para residentes. Cap.71. Disponble en:
<ttps://seqq.es/5%2071.III.pdf>
 18. Vergara Olivares, José M.; Bufón Galiana, Andrés, y Rodríguez
Serrano, Clara. Pancreatitis Aguda. [http://www.medynet.co %20de%20](http://www.medynet.co%20de%20)
 19. Ficha Practica Salud, Nausea y vómitos. Causas y síntomas. Disponble
en: <http://salid.com.net/faq/2286-nauseas-y-vomitos-causas-y-sintomas>.



ANEXO



ANEXO 1

FICHA FARMACOLÓGICA DE MEDICAMENTOS

CLORURO DE SODIO 9 %

El cloruro de sodio al 9% es la solución isotónica más utilizada en ambientes clínicos, actuando como reemplazo de electrolitos y conservando el volumen plasmático. Su contenido constante de sodio y cloro da estabilidad a los líquidos extracelulares, por lo que su administración ayuda a corregir o evitar deshidratación, niveles anormales de cloruro y alteraciones significativas en el equilibrio ácido-base. Gracias a los 154 mEq/l de cada ion, la fórmula mantiene una osmolaridad parecida a la de la sangre, impidiendo así desplazamientos intencionados de agua y protegiendo principalmente tejidos cerebrales y pulmonares en cuadros agudos. Además, al facilitar la hidratación celular y ofrecer cargas conservadas de aniones y cationes, esa preparación juega un rol complementario en la infusión de fármacos, soluciones nutricionales y sistemas de diálisis peritoneal.

CLORURO DE POTASIO

El potasio es el principal catión intracelular, hallándose en concentraciones de aproximadamente 150 a 160 mEq/L, mientras que el sodio muestra un contenido relativamente bajo. Por el contrario, en el espacio extracelular el sodio domina y el potasio fluctúa entre 3,5 y 5 mEq/L. Para sostener estos gradientes, la enzima sodio-potasio-adenosintrifosfatasa expulsa activamente sodio hacia el exterior y hace ingresar potasio en cada ciclo. Dichas diferencias electroquímicas son bases de la propagación de impulsos nerviosos en corazón, cerebro y músculo esquelético, así



como del funcionamiento renal y el equilibrio ácido-base. Tanto más, elevados niveles de potasio dentro de la célula son necesarios para múltiples rutas metabólicas (16).

INDICACIONES

Tratamiento de la hipokalemia: El cloruro de potasio queda indicado en pacientes con hipokalemia con o sin alcalosis metabólica, durante la intoxicación por digitálicos y en episodios de parálisis periódica hipokalémica familiar (16).

OMEPRAZOL

Este medicamento se agrupa entre los inhibidores de la bomba de protones, fármacos que disminuyen de modo sostenido la producción de ácido gástrico (12).

Los analgésicos son las medicinas que tomamos, por costumbre, cuando algún dolor nos interrumpe. Los fármacos de venta libre, como la aspirina y el paracetamol, entran en la categoría de AINE y suelen controlar las molestias musculares más comunes. Sin embargo, los dolores moderados o intensos, como los que siguen a una cirugía o a una fractura abierta, normalmente sobrepasan lo que esas píldoras pueden aliviar (18).

EL DIMENHIDRINATO (DRAMAMINA)

Dimenhidrinato es el nombre científico de un remedio que se receta para evitar náuseas y mareos. Lo hallamos sobre todo en tabletas, aunque también existe en solución líquida y en supositorios; estos últimos resultan especialmente prácticos cuando el vómito es persistente (17).



METAMISOL:

Derivado pirazolónico, la dipirona combina efectos antipiréticos, analgésicos y antiinflamatorios que se explican, en parte, por la inhibición de prostaglandinas. Su acción se observa tanto en el sistema nervioso central (SNC, que incluye encéfalo y médula) como en tejidos periféricos y zonas inflamadas. En el SNC, activa neuronas de la sustancia gris periacueductal y genera una señal que bloquea la transmisión del dolor desde la médula. También interfiere con la función del glutamato en esa vía central y limita la formación de prostaglandinas. Además, la dipirona actúa como antiespasmódico al reducir la excitabilidad del músculo liso periférico.

Su efecto antipirético notable se explica, sobre todo, por la inhibición central de las prostaglandinas. Además, el fármaco disminuye la síntesis o liberación de pirógeno endógeno, como la interleuquina-1, que también eleva la temperatura corporal. No solo baja la fiebre, sino que protege de lesiones neuronales que pueden surgir por hipertermia prolongada. Ejerce este control a través del centro termorregulador del hipotálamo, donde favorece la termólisis mediante irradiación, convección y evaporación. Su acción antiinflamatoria proviene, por otra parte, de la disminución de prostaglandinas proinflamatorias en la periferia, así como de la inhibición de la quimiotaxis de neutrófilos y de factores proinflamatorios liberados por macrófagos. En las dosis que se administran en la práctica clínica, predominan sus efectos analgésico, antipirético y antiespasmódico sobre el efecto antiinflamatorio.



ANEXO 1 FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN

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

Formato digital

Fecha de entrega: 30-06-2025

1. Datos del autor (es):

Nombres y Apellidos:	<u>Jackelyn Fiorella Martha Condori</u>
Dirección:	<u>Calle Libertad 54</u>
DNI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°:	<u>70854014</u>
Teléfono:	<u>935720490</u>
email:	<u>Jackelyn1493@gmail.com</u>
Nombres y Apellidos:	
Dirección:	
DNI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°:	
Teléfono:	
email:	
Facultad y/o Escuela de Posgrado:	<u>Programa de Segunda Especialidad Profesional</u>
Escuela Profesional o Mención:	
Título o Grado Académico a optar:	<u>Enfermería en Cuidado Enfermero en Emergencias y Desastres</u>
Asesor:	
Esta obra se encuentra dentro de las siguientes denominaciones:	
Trabajo de Investigación <input type="checkbox"/>	Tesis <input type="checkbox"/>
Trabajo de Suficiencia Profesional <input type="checkbox"/>	Trabajo Académico <input checked="" type="checkbox"/>
Título: <u>Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente con Pancreatitis aguda en el servicio de emergencia del Hospital San Martín de Porres Macusani 2024</u>	
Palabras claves, (3 a 5 términos):	
¿Esta obra se desarrolló en la UANCV ^{1,2} ?	
<u>2</u>	

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, entré 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 plena 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, cosutoría 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 - SEG 09


Firma de Autor



huella digital

30 - 06 - 2025

Fecha