



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE ADULTO
MAYOR CON DIAGNOSTICO DE PANCREATITIS NECROTIZANTE

SOLANO CARCHIPULLA LADY JULIANA
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

UNUZUNGO LUNA STEFANIE MERCEDES
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

MACHALA
2020



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE
ADULTO MAYOR CON DIAGNOSTICO DE PANCREATITIS
NECROTIZANTE

SOLANO CARCHIPULLA LADY JULIANA
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

UNUZUNGO LUNA STEFANIE MERCEDES
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

MACHALA
2020



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

TRABAJO TITULACIÓN
ANÁLISIS DE CASOS

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE ADULTO MAYOR
CON DIAGNOSTICO DE PANCREATITIS NECROTIZANTE

SOLANO CARCHIPULLA LADY JULIANA
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

UNUZUNGO LUNA STEFANIE MERCEDES
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

MORA VEINTIMILLA GLADIS DEL ROCIO

MACHALA, 15 DE ENERO DE 2020

MACHALA
2020

Nota de aceptación:

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

MORA VEINTIMILLA GLADIS DEL ROCIO

0702547316

TUTOR - ESPECIALISTA 1

ANA SUCONOTA PINTADO

0704503226

ESPECIALISTA 2

ROMO VALDIVIEZO MATILDE ELIZABETH

1102217096

ESPECIALISTA 3

Machala, 15 de enero de 2020

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE ADULTO MAYOR CON DIAGNÓSTICO DE PANCREATITIS NECROTIZANTE BASADO EN LAS 14 NECESIDADES BÁSICAS DE VIRGINIA HENDERSON

INFORME DE ORIGINALIDAD

2%

INDICE DE SIMILITUD

2%

FUENTES DE INTERNET

0%

PUBLICACIONES

2%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1

www.scielo.org.mx

Fuente de Internet

2%

Excluir citas

Activo

Excluir coincidencias

< 130 words

Excluir bibliografía

Activo

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

Las que suscriben, SOLANO CARCHIPULLA LADY JULIANA y UNUZUNGO LUNA STEFANIE MERCEDES, en calidad de autoras del siguiente trabajo escrito titulado PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE ADULTO MAYOR CON DIAGNOSTICO DE PANCREATITIS NECROTIZANTE, otorgan a la Universidad Técnica de Machala, de forma gratuita y no exclusiva, los derechos de reproducción, distribución y comunicación pública de la obra, que constituye un trabajo de autoría propia, sobre la cual tienen potestad para otorgar los derechos contenidos en esta licencia.

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

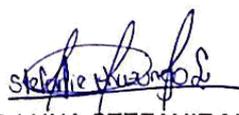
Se autoriza a transformar la obra, únicamente cuando sea necesario, y a realizar las adaptaciones pertinentes para permitir su preservación, distribución y publicación en el Repositorio Digital Institucional de la Universidad Técnica de Machala.

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

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

Machala, 15 de enero de 2020


SOLANO CARCHIPULLA LADY JULIANA
0705948750


UNUZUNGO LUNA STEFANIE MERCEDES
0706733680

DEDICATORIA

Dedicamos el siguiente trabajo, en primer lugar, a nuestro padre todo celestial Dios, quien nos permitió y guio durante nuestra etapa estudiantil, como en nuestra vida profesional. A nuestras familias por ser pilares fundamentales en este proceso de enseñanza, siendo ese apoyo incondicional, solo nos queda decir gracias por la confianza depositada, consejos y recursos para hacer esto posible.

A la Carrera de Enfermería, de la Universidad Técnica de Machala, quien nos ha impartido gran parte de nuestros conocimientos, gracias de todo corazón por su paciencia, enseñanza, y entrega a lo largo de este proceso de formación académica.

RESUMEN

Se describe a la pancreatitis como la inflamación del páncreas. Esto provoca que el páncreas se inflame lo cual permite que se filtren enzimas digestivas en el páncreas, lo cual produce que lo dañe provocando la pancreatitis. Cuando el daño se encuentra grave las partes del páncreas no llegan a recibir el suficiente oxígeno y sangre para poder sobrevivir, una pancreatitis necrotizante se da cuando una parte del tejido pancreático que lo está rodeando muere por la inflamación. La parte que muere del páncreas llega a separarse de aquella parte sana, o en alguno de los casos se queda con el tejido cercano, la parte que se encuentra muerta contiene gérmenes y en algunos casos se infecta. Se deben establecer por lo menos tres criterios para su diagnóstico que son náuseas, vómito, ictericia, dolor abdominal sugestivo de la pancreatitis aguda, lipasa y amilasa tres veces al límite superior en cuanto al rango normal por medio de estudios Tomografía Axial Computarizada o Resonancia Magnética. Esta enfermedad afecta a las mujeres que presentan litiasis vesicular o comúnmente conocida como cálculos biliares, para el caso de los hombres de manera estadística se conoce que la causa es el alcoholismo, es por ello que refleja la mayor incidencia a los que estén entre la edad de los 30 a los 60 años. La incidencia de la pancreatitis a nivel mundial está en aumento con el pasar del tiempo y llega a variar entre 4,9 y 73,4 casos en cada 100.000 habitantes en el mundo y la pancreatitis aguda necrotizante infectada, con una mortalidad variable entre el 6% y el 80%, y una morbilidad que supera el 50% de los casos. El objetivo del presente análisis de caso es, elaborar un plan de cuidados, basado en las necesidades básicas alteradas según las catorce necesidades básicas de Virginia Henderson. El problema descrito es pancreatitis necrotizante evidenciado en un paciente adulto mayor de 74 años de edad, que fue atendido en el hospital general Teófilo Dávila del cantón Machala provincia del Oro. Esta investigación es de tipo descriptivo, aplicativo, bibliográfico, a través de revisión de la historia clínica, artículos científicos además de los aspectos éticos legales como autorización del departamento académico para la revisión del expediente en el área de estadística del Hospital General Teófilo Dávila, la misma que se obtiene como diagnóstico médico pancreatitis necrotizante, se realizó como tratamiento la necrosectomía pancreática abierta, que es considerado un método terapéutico y es utilizado dentro de la pancreatitis aguda

necrotizante infectada que consiste en la eliminación de los tejidos pancreáticos que están infectados, esto se procede a realizar por medio de distintos abordajes tales como abierto o convencional, laparoscópico, mínimamente invasivo. Las intervenciones del personal de enfermería son de suma importancia en el proceso de valoración, intervención y educación para mejorar la calidad de vida y estadía del paciente en el área hospitalaria, la misma que se pretende establecer planes de cuidado de enfermería, utilizando etiquetas diagnósticas NANDA, NIC, NOC con sus intervenciones correspondientes, para obtener resultados favorables.

PALABRAS CLAVES: Pancreatitis, Necrotizante, PAE, Necesidades, Nutrición.

ABSTRACT

Pancreatitis is described as inflammation of the pancreas. This causes the pancreas to swell which allows digestive enzymes to seep into the pancreas, which causes it to damage causing pancreatitis. When the damage is severe the parts of the pancreas do not get enough oxygen and blood to survive, a necrotizing pancreatitis occurs when a part of the surrounding pancreatic tissue dies from inflammation. The part that dies from the pancreas becomes separated from that healthy part, or in some cases it remains with the nearby tissue, the part that is dead contains germs and in some cases it becomes infected. At least three criteria must be established for its diagnosis that are nausea, vomiting, jaundice, abdominal pain suggestive of acute pancreatitis, lipase and amylase three times to the upper limit in terms of the normal range by means of Computed Axial Tomography or Magnetic Resonance studies. This disease affects women who present with gallbladder lithiasis or commonly known as gallstones, in the case of men statistically it is known that the cause is alcoholism, which is why it reflects the highest incidence to those between the ages from 30 to 60 years. The incidence of pancreatitis worldwide is increasing over time and varies between 4.9 and 73.4 cases in every 100,000 inhabitants in the world and infected acute necrotizing pancreatitis, with a variable mortality between 6 % and 80%, and a morbidity that exceeds 50% of cases. The objective of this case analysis is to develop a plan of care, based on the basic needs altered according to the fourteen basic needs of Virginia Henderson. The problem described is necrotizing pancreatitis evidenced in an adult patient over 74 years of age, who was treated at the Teofilo Davila general hospital in the Machala canton of the Oro province. This research is descriptive, applicative, bibliographic, through a review of The medical history, scientific articles in addition to the legal ethical aspects as authorization of the academic department for the review of the file in the statistics area of the Teofilo Davila General Hospital, the same that is obtained as a medical diagnosis necrotizing pancreatitis, necrosectomy was performed as a treatment Open pancreatic, which is considered a therapeutic method and is used within infected acute necrotizing pancreatitis that consists in the elimination of infected pancreatic tissues, this is done by means of different approaches such as open or conventional, laparoscopic, minimum invasive entity The intervention of the nursing staff are of the utmost importance in the process of assessment, intervention and education to improve the quality of life and stay of the patient in the

hospital area, which is intended to establish nursing care plans, using NANDA diagnostic labels , NIC, NOC with their corresponding interventions, to obtain favorable results.

KEY WORDS: Pancreatitis, Necrotizing, PAE, Needs, Nutrition.

Contenido

DEDICATORIA	1
RESUMEN	2
ABSTRACT	4
Introducción	7
CAPÍTULO I.....	8
1. Generalidades del objeto de estudio.....	8
1.1.1 Definición y contextualización del objeto de estudio.....	8
HECHO DE INTERÉS	9
Objetivos de la investigación.....	9
Objetivo general	9
CAPÍTULO II.....	10
2. Fundamentos teóricos-epistemológica del estudio	10
2.1. Bases teóricas de la investigación.....	10
CAPÍTULO III	16
3. Proceso metodológico.....	16
3.1. Diseño o tradición de investigación seleccionada.....	16
3.2. Proceso de recolección de datos en la investigación.....	18
3.2.1. Aspectos éticos legales.....	18
3.2.2. Petición de acceso para el manejo de la historia clínica.....	18
3.2.3. Ubicación de la historia clínica.....	18
3.2.4. Revisión de la historia clínica.....	18
3.3. Sistema de categorización en el análisis de información.....	19
3.3.1. Historia clínica.....	19
3.3.2. Anamnesis.....	19
3.3.8. Intervenciones de enfermería.....	21
PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA y NANDA.....	22
4. Resultados	27
4.1. Descripción de resultados.....	27
4.2. Argumentación teórica del proceso.....	29
4.3. Conclusiones.....	30
4.4. Recomendaciones.....	31
BIBLIOGRAFIA	32

Introducción

La pancreatitis se da por el crecimiento anormal del páncreas, lo cual hace que se desarrollen las enzimas digestivas que son causantes de que el páncreas se vaya destruyendo, esto se puede clasificar en leve o serosa y severa o necrotizante, se encuentran tres principales causas, por orden de importancia los cuales son cálculos biliares, bloqueo de drenaje de enzimas y la bilis, la sintomatología se da principalmente por dolor en el abdomen que va de leve a moderado, náuseas, vómito, el tratamiento que se debe dar en antibioticoterapia analgésica y en fluidos intravenosos (1).

Esta enfermedad afecta mayormente a mujeres donde se presentan litiasis vesicular o comúnmente conocida como cálculos biliares, para el caso de los hombres de manera estadística se conoce que la causa es el alcoholismo, es por ello que la mayor incidencia se da en hombres con un intervalo de 30 a los 60 años (2)

Muchos pacientes llegan a requerir hospitalización de manera urgente, por otra parte, otros llegan a encontrarse muy delicados con una disfunción orgánica múltiple, y el proceso de la recuperación o de internamiento llega hacer mucho más prolongado en áreas mucho más críticas. Una pancreatitis aguda cuando es leve presenta un índice de mortalidad bajo refiriéndose a un 1% mientras que la pancreatitis grave por medio de necrosis puede ser infectada o alcanza entre un 10 y 30 % (3).

La incidencia de la pancreatitis a nivel mundial está en aumento con el pasar del tiempo y llega a variar entre 4,9 y 73,4 casos en cada 100.000 habitantes en el mundo. La incidencia que se da en las distintas regiones geográficas llega a depender del consumo de alcohol, así como también de la frecuencia de litiasis biliar (4)

Las cifras que presenta el INEC, por medio de los registros hospitalarios que se dieron durante el 2016 en Ecuador se ha podido evidenciar un aumento en cuanto a los acontecimientos donde se detectaron 4715 casos, 141 fallecidos habiendo un 2,99% de letalidad. En el caso de la provincia de El Oro, cantón Machala según los datos que registró el Hospital Teófilo Dávila durante el 2018 hubo 358 casos de vesícula biliar y de páncreas donde se obtuvo un 3,4 de morbilidad debido a los egresos hospitalarios.

La intervención del personal de enfermería es de suma importancia en el proceso de valoración, intervención y educación para mejorar la calidad de vida y estadía del paciente en el área hospitalaria, la misma que se pretende establecer planes de

cuidado de enfermería, utilizando etiquetas diagnósticas NANDA, NIC, NOC con sus intervenciones correspondientes, para obtener resultados favorables.

CAPÍTULO I

1. Generalidades del objeto de estudio.

1.1.1 Definición y contextualización del objeto de estudio.

El presente estudio de caso pretende plantear un plan de cuidados de enfermería a pacientes que presenten pancreatitis necrotizante.

Paciente masculino de 74 años de edad, no refiere antecedentes patológicos personales, ingresa a emergencia, el 20 de Agosto, con cuadro clínico de más o menos 2 semanas de evolución caracterizada por: dolor abdominal de leve a moderada intensidad en mesogástrico de tipo cólico acompañado de anorexia y náuseas por dos ocasiones, razón por la cual es valorado y se decide su ingreso, se mantiene hospitalizado, con indicaciones dadas por el área de emergencia, la cual inició tratamiento, intravenoso, el 6 de septiembre se realiza una tac simple y contrastada de abdomen con un diagnóstico previo de perforación de vías biliares, en conclusión se obtuvo. 1. Litiasis renal Bilateral. 2. Colelitiasis alitiásica con neumobilia vesicular asociada 3. Cambios osteoartrosicos en columna lumbosacra luego de su valoración pasa a piso de hospitalización de cirugía, donde se programa una Colangiografía retrograda endoscópica (CPRE) este procedimiento combina la endoscopia gastrointestinal de la parte superior del aparato digestivo y radiografía para tratar los problemas de los conductos biliares y pancreáticos, el día 07 de septiembre, sufre descompensación de su función respiratoria, presenta además un cuadro de abdomen agudo, motivo por el cual se decide intervenir (laparotomía exploratoria) como resultado se obtuvo líquido peritoneal 1000 cc aproximadamente + colelitiasis aguda + plastrón epiploico, pancreatitis necrotizante edematizado en cuerpo y cola más la presencia de plastrón a nivel de cola del páncreas, colon descendente y epiplón. Podemos acotar que el paciente luego de su intervención quirúrgica fue transferido a otra casa de salud en condición crítica con pronóstico incierto ya que en ese establecimiento de Salud no se contaba con la disponibilidad de espacio en el área de Uci.

HECHO DE INTERÉS

La pancreatitis aguda fue definida por primera vez por Reginald Heber Fitz en 1889. Se conoce por evidenciarse de un grupo de lesiones reversibles que aportan a la inflamación del páncreas, cuya severidad varía desde edema y necrosis grasa, hasta una necrosis del parénquima con hemorragia importante. (5)

Del 10 a 20% de todos los pacientes atendidos por PA han presentado pancreatitis necrotizante. La necrosis pancreática se especifica como la presencia de una o más áreas difusas o focales de parénquima pancreático no viable evaluadas por medio de tomografía computarizada que constituye el "Gold estándar" del diagnóstico. De acuerdo con la clasificación de Atlanta, la sola presencia de necrosis pancreática define al cuadro como PA severa. (2)

La incidencia anual de Pancreatitis Aguda (PA) en diferentes reportes mundiales es de 5 a 80 por 100 000 habitantes lo cual varía entre poblaciones. (6)

La pancreatitis aguda necrotizante infectada, se establece con una mortalidad variable entre el 6% y el 80%, y una morbilidad que supera el 50% de los casos que se presentan, en Sudamérica, particularmente en Brasil se reporta una incidencia de 15.9 casos por 100 000 habitantes, y en el caso de nuestra Ciudad Machala, los reportes que se entregan al Ministerio de Salud Pública incluyen a los trastornos del páncreas, vesícula biliar y vías biliares indican una influencia de 358 casos, obteniendo un porcentaje de 3,4 de morbilidad por egreso hospitalarios. (7)

Objetivos de la investigación.

Objetivo general

- Elaborar un plan de cuidado, basado en las necesidades básicas de salud alteradas de Virginia Henderson, a través de revisiones bibliográficas e historia clínica ,orientada al mejoramiento de las condiciones de vida del paciente con diagnóstico de Pancreatitis Necrotizante.

CAPÍTULO II.

2. Fundamentos teóricos-epistemológica del estudio

2.1. Bases teóricas de la investigación.

2.1.1. Definición

Pancreatitis necrotizante

Se puede describir al páncreas como un órgano que se encuentra ubicado en la parte de atrás del estómago, este órgano genera líquidos los cuales influyen por medio de los conductos que van en el interior de un destino delgado. El páncreas libera hormonas las cuales ayudan a que se controle la glicemia, a lo que se refiere a la insulina. Por otra parte, se describe a la pancreatitis como la inflamación del páncreas. Esto provoca que el páncreas se inflame y que se filtren enzimas digestivas en el páncreas, lo cual produce que lo dañe provocando la pancreatitis. Cuando el daño se encuentra grave las partes del páncreas no llegan a recibir el suficiente oxígeno y sangre para poder sobrevivir, una pancreatitis necrotizante se da cuando una parte del páncreas o del tejido que lo está rodeando muere por la inflamación. La parte que muere del páncreas llega a separarse de aquella parte sana, o en alguno de los casos se queda con el tejido cercano, la parte que se encuentra muerta contiene gérmenes, en algunos casos se infecta (8)

La pancreatitis necrotizante puede llegar a ocasionar el desgaste de la integridad de lo que corresponde al tejido pancreático, que tiene como consecuencia la salida del líquido pancreático, lo cual se origina por el componente agresor como la aceleración secundaria de las proenzimas zimógeno la cual genera como una respuesta irritante que se da como respuesta Th1 esto quiere decir como una principal participación de linfocitos B, T, CD40 y monocitos (9)(10)

Una necrosis pancreática se llega a presentar en un porcentaje del 10 a 20% de pacientes que tengan pancreatitis, teniendo una mortalidad de 10 a 25%, donde se agrega la infección a la necrosis la cual va del 40 al 70%. (11) Llega a iniciar en las primeras 24 a 48 horas, cuando la necrosis es secundaria la activación de enzimas pancreáticas dentro de los acinos pancreáticos, esto provoca la muerte celular y la trombosis de microvasculatura, mientras que los anterior ocasiona que se active de forma local las citocinas y las células proinflamatorias, estas citocinas pueden cruzar la circulación

sistémica la cual causa respuesta inflamatoria sistémica, falla orgánica múltiple, insuficiencia respiratoria (12)(13)

FISIOPATOLOGÍA

El páncreas exocrino puede secretar y sintetizar enzimas digestivas las cuales son activadas al momento de llegar al duodeno, de forma habitual una cantidad mínima de tripsinógeno se puede activar de una manera espontánea, dentro de la célula acinares, Se ha podido evidenciar que la pancreatitis llega a tener inicios en las células acinar, mientras que el mecanismo de inicio que genera la pancreatitis aguda aún no se conoce por qué llega a producir de una forma mucho más grave a esta enfermedad como lo es la pancreatitis necrohemorrágica.(14)

Se encuentran activación de enzimas digestivas en la parte interna del páncreas, de esta manera que la lesión acinar se da como consecuencia de la activación de tripsina. El daño que sufre el páncreas llega a producir isquemia microvascular y la obstrucción de acinos pancreáticos, de tal manera se perpetúa el daño que se ocasiona en las enzimas pancreáticas, también causan tres tipos de necrosis; cuagulativa, grasa y células parénquima. Este tipo de citosina al momento de entrar en contacto con el receptor de cada órgano, llega iniciar un proceso inflamatorio donde se produce un daño muy grave, dando lugar a las fallas orgánicas múltiples. La necrosis acinar se lo conoce como un signo microscópico muy básico en la pancreatitis aguda necrotizante (13)

ETIOLOGÍA

- 1) **Litiasis biliar:** Los cálculos renales y la colelitiasis son patologías muy comunes en países que son desarrollados, estos se pueden dividir en colesterol o mixtos, edad, sexo femenino, pérdida de peso, obesidad, consumo de azúcar refinada se los reconoce como factores asociados y que tiene mayores riesgos de colelitiasis (10)
- 2) **Alcohol:** luego de la etapa aguda se llega a considerar el 30% de una pancreatitis aguda, al consumir alcohol de manera seguida llega presentar una segunda causa (15)
- 3) **Índice de masa corporal** cuando es mayor a 30 se aumenta tres veces más el riesgo de una gravedad y 2 veces más el de mortalidad.(16)

- 4) **La hipertrigliceridemia** esta es la tercera causa de la ausencia de factores etiológicos, con un riesgo a presentar de 1,5% en caso de que los niveles lleguen a hacer >1000 mg/dl estos suben a 20,2% (2)
- 5) **Edad:** cuando la edad es mayor a los 55 años aumenta el riesgo de mortalidad.(16)
- 6) **Cuando la bilirrubina** se encuentra en 2,8 – 4 mg/dlo la vía biliar se encuentra dilatada por US(17)

Diagnóstico

Cuando una persona tiene pancreatitis aguda se deben establecer por lo menos dos de tres criterios clínicos que son dolor abdominal sugestivo de la pancreatitis aguda, náuseas, vómito, lipasa y amilasa tres veces al límite superior en cuanto al rango normal y por medio de estudios de imagen TAC o Resonancia Magnética (RM).

El uso de los estudios se puede limitar sólo cuando exista sospecha diagnosticada o en caso de que el paciente no presente ninguna mejoría luego de transcurrida 48 a 72 hora de que haya comenzado el tratamiento para que se descarten complicaciones locales. En el protocolo del estudio de pacientes que padecen pancreatitis aguda se debe realizar un interrogatorio completo para que se conozcan los antecedentes de colelitiasis, dislipidemia, consumo de alcohol, uso de medicamentos, antecedentes familiares con pancreatitis, infecciones virales, picaduras de insectos, ya que la etiología con más frecuencia es la biliar, se deberán realizar ultrasonidos al hígado y a las vías biliares en todos los pacientes, para el caso que se la colelitiasis sea negativo y se llegue a descartar la etiología etílica, se encuentra necesario para que busquen otras causas para la hipertrigliceridemia, alteraciones anatómicas, hipercalcemia entre otras. Esto según los indicadores internacionales no debe existir más del 20% de los casos con pancreatitis donde la etiología no se identifique (13)

Con referencia al caso clínico estudiado se trata de un adulto mayor masculino de 74 años de edad, no refiere antecedentes patológicos personales, con cuadro clínico de más o menos 2 semanas de evolución caracterizada por dolor abdominal de leve a moderada intensidad en mesogástrico de tipo cólico acompañado de náuseas que llevan al vómito e ictericia generalizada, la cual sus signos y síntomas coinciden con los descritos en la literatura, es valorado y el médico emplea un tratamiento adecuado para el paciente. Se

realizan paraclínicos con reporte de elevación de enzimas pancreáticas, sufre descompensación abrupta de la función respiratoria, presenta disnea motivo por el cual se aplicó oxígeno 6 litros, tiene alto riesgo de complicaciones agudas asociadas a su cuadro clínico.

Prevención

No se ha podido presentar de forma actual las recomendaciones para detectar las complicaciones del páncreas. Lo que se recomienda para un mejor conocimiento de la etiología, que se realicen mayores estudios a los factores que tienen riesgo para poder presentar una táctica, donde se realice la prevención en cuanto a los controles regulares y la modificación del estilo de vida (18)

En la gran mayoría de los cambios se asocian con modificaciones en no llevar una dieta equilibrada y los estilos de vida, más el aumento en el índice de masa corporal, por llevar una vida sedentaria. (19)

TRATAMIENTO

Laparotomía exploratoria

La cirugía en abdomen o también conocida como laparotomía exploratoria se puede realizar para que se determine las molestias abdominales que no son predecibles por medio de otras técnicas o cuando existe alguna lesión en el abdomen esto a causa de heridas que se han causado por armas de fuego, cortantes o por traumas que son contundentes. Por medio de este procedimiento el cirujano procede hacer cortes en el abdomen y se procede a inspeccionar los órganos abdominales. Para ello se utilizan diferentes tipos de incisiones esto depende de las situaciones de los pacientes, las secciones que son más comunes son la vertical y la media, cuadrantes inferiores y superiores izquierdos. Luego de esto se procede a realizar una biopsia para que se pueda acceder a realizar un examen de la zona afectada. Cuando el tratamiento se termina se procede a cerrar la incisión con grapas de piel o suturas (20)

Necrosectomía pancreática abierta

La necrosectomía es un procedimiento donde el objetivo es poder remover aquel tejido necrótico, este procedimiento tiene que aplazarse lo más posible se podría decir que unas 3 – 4 semanas para que se reduzca la mortalidad, morbilidad, y que se pueda ser

resolutivo. Los procedimientos que se tienen que dar deberán ser invasivos, para de esta manera poder disminuir los traumatismos y esto permite ser resolutivos, esto quiere decir que se retire una gran cantidad de tejidos desvitalizado. Se debe tener presente que existen varios abordajes para poder realizar este procedimiento. Por otra parte, el abordaje percutáneo llega a consistir en que se coloque un catéter el mismo que debe ser guiado por una tomografía hasta llegar al sitio de la necrosis (20)

La necrosectomía pancreática abierta se lo considera un método terapéutico, el cual es utilizado en la pancreatitis aguda necrotizante infectada, la cual presenta una mortalidad inconstante que va del 6% al 80% y la morbilidad que se destaca un 50% de los casos, se procede a ejecutar por medio de la eliminación de los tejidos pancreáticos que están infectados, esta remoción se lo considera un procedimiento quirúrgico por el cual se eliminan la debridación todo el material necrótico que tiene el páncreas, esto se procede a realizar por medio de distintos abordajes tales como abierto o convencional, laparoscópico, mínimamente invasivo. Dicha incisión se modifica al momento de realizar la debridación y ya sobre el páncreas puede existir la debridación manual, con paños, pinzas, succión por medio de los drenajes, el paciente en algunos casos necesitará abdomen abierto y también relaparotomías planeadas (10)

Vacuum pack

Esto consiste en colocar una lámina fenestrada de polietileno la misma que se encuentre en contacto con el peritoneo visceral, donde se colocará un apósito quirúrgico, luego se añadirán drenajes aspirativos exteriorizados con medidas de 3 – 5 cm en los bordes donde se encuentre la herida. Los planos del peritoneo parietal, cutáneo y fascial se deberán mantener abiertos y se colocaran en una lámina adhesiva la cual selle la periferia de las aperturas cutáneas sin que se tenga que utilizar suturas, y solo cuando el contenido abdominal lo llegue a permitir se procederá aproximar los planos. El cierre definitivo que se da en la pared abdominal se podrá realizar con procedimientos biomateriales o autoplastia, pero en el caso que la lámina adherente se llegue a despegar, el resultado será una evisceración y los bordes fasciales sufrirán cierta distracción. (21) **ver imagen 1.**

VAC

El tratamiento VAC se lo realiza con la aplicación de la presión negativa localizada, herida, por medio de un apósito espacial dentro de cavidad, por medio de un injerto el cual ayuda a que se elimine el líquido intersticial, lo cual disminuye el edema que se ha

localizado, de la misma manera aumenta el flujo sanguíneo, esto hace que disminuyan los niveles de bacterias en los tejidos. Este procedimiento ha arrojado los resultados positivos en los estudios, esta técnica es muy conveniente en comparación a los tratamientos convencionales de manera particular en las heridas que presentan dificultad en curarse (22)(23)

Eliminación de fluidos en el lecho de la herida

Al eliminar fluidos llega a favorecer que se disminuya una carga bacteriana, aumento de perfusión, edema y mantenimiento de la humedad la cual es adecuada para poder cicatrizar, al aplicar la TPN en el abdomen que se encuentra abierto, la esponja de poliuretano del sistema VAC que tiene capas antiadherente se procede a colocar de manera directa en el órgano interno que se encuentra expuesto como se lo puede visualizar a continuación.

Ver imagen 1.



Al aplicar la segunda capa de la esponja, se procede a colocar sobre la capa antiadherente, se procede a cortar un centímetro más ancho que los bordes de la pared abdominal. Luego se procede a colocar una lámina transparente que es adhesiva en las esponjas y la piel que se encuentra sana circundante y se procede a realizar un corte con aproximaciones de 2 cm para de esta manera poder permitir que se aplique la ventosa por medio del drenaje el mismo que se conecta a la unidad de vacío que tiene el sistema VAC, luego se programa para poder producir la presión negativa que va de 100 – 150 mmhg de una forma intermitente. Luego que se haya conectado al vacío, se procede a la eliminación del aire

el mismo que por medio de los poros de la esponja llega a producir el colapso así como también el estiramiento de tejidos blandos, por medio de esto también se podrá controlar la secreción del fluido intraabdominal y se mantiene la fascia para que se realice el cierre de la pared abdominal, los fluidos que tiene la herida se extraen por medio de la esponja como se lo puede ver a continuación: **Ver imagen 2**



CAPÍTULO III

3. Proceso metodológico

3.1. Diseño o tradición de investigación seleccionada.

3.1.1. Tipo de investigación.

Se ejecutó una investigación de tipo descriptivo, aplicado mediante la revisión de artículos científicos específicos, así como el seguimiento del caso clínico a través de la historia clínica, para la obtención de información necesaria para el presente estudio, definiendo las características como la observación de los hechos

3.1.2. Unidad de análisis.

Paciente de sexo masculino de 74 años de edad con diagnóstico médico Pancreatitis Necrotizante.

3.1.3. Área de estudio.

El presente estudio de caso se desarrolló en el Hospital Teófilo Dávila del cantón Machala, provincia de El Oro, ubicado en las calles Buenavista entre Guabo y Boyacá del Cantón Machala, Provincia El Oro, el cual brinda atención ininterrumpida en el servicio

de emergencia y en las especialidades de: Pediatría, Traumatología, Medicina Interna, Oftalmología, Cardiología, Unidad de Cuidados Intensivos, Ginecología, Otorrinolaringología, Nutrición, Dermatología, Urología, Psicología Clínica, Neonatología y cuenta con áreas de diagnóstico como Laboratorio clínico, radiología, tomografía y ecografía.

3.1.4. Tipo de estudio.

Para el presente análisis de caso se empleó la investigación descriptiva, analítica y científica, que permiten orientar las actividad y características bases que sustentan el objetivo planteado en el presente estudio.

3.1.5. Método de estudio.

3.1.5.1. Método descriptivo: Se realiza aplicando en el análisis para especificar de manera minuciosa los hechos o componentes presentes en el caso actual.

3.1.5.2. Método analítico: Se empleó este método para diferenciar los elementos o factores que conforman el caso clínico.

3.1.5.3. Método científico: Es una metodología para alcanzar nuevas instrucciones, que ha especializado históricamente a la ciencia, y que radica en la observación sistemática, medición, experimentación, y la formulación, análisis y modificación de hipótesis.

3.1.6. Técnicas a utilizar.

- **Revisión de Historia clínica.**
- **Investigación bibliográfica:** por medio del criterio de los distintos autores, se pudo conocer más sobre este tipo de enfermedades.

3.1.7. Instrumentos de investigación.

1. Historia clínica del paciente.
2. Taxonomía Nanda, Nic, Noc.
3. Fuentes bibliográficas de revistas científicas.
4. Bases de datos Science Direct, Dialnet, PUBMED, Scielo

3.1.8. Categorías.

Revisión de los diferentes criterios a valorar durante el análisis del caso son:

1. Signos vitales.
2. Manifestaciones clínicas de la patología.

3. Antecedentes familiares.
4. Antecedentes personales.
5. Planes de cuidados de enfermería.

3.2. Proceso de recolección de datos en la investigación.

Para obtener los datos para cumplir con el objetivo de este estudio se realiza una revisión de la historia clínicas y la utilización de revistas tales como: Science Direct, Dialnet, PUBMED, Scielo.

3.2.1. Aspectos éticos legales.

Para la ejecución de este análisis de caso se efectúa con los principios bioéticos de la salud los cuales son:

- **Beneficencia:** Se efectúan los procedimientos convenientes con las insuficiencias del paciente para reducir las inconvenientes formadas por la patología.
- **No maleficencia:** Se procede con las instrucciones más apropiados para no afectar al paciente con el fin de reparar su calidad de vida.
- **Confidencialidad:** Se salvaguarda los nombres y datos personales del paciente de manera anónima.

3.2.2. Petición de acceso para el manejo de la historia clínica.

La obtención del acceso para el análisis de la historia clínica del paciente del presente caso fue posible gracias al oficio N° UTMACH-FCQS-CCEF-2019-0899-OF, generado y emitido por la Coordinadora de la Carrera de Enfermería de la Universidad Técnica de Machala dirigido al Gerente Hospital General Teófilo Dávila Economista Mauro Calles Palomeque.

3.2.3. Ubicación de la historia clínica.

En respuesta a la aceptación de la solicitud del oficio emitido por la coordinadora de la Carrera de Enfermería de la Universidad de Machala de acceso de la historia clínica se locro acceder a la misma que se encontraba en el departamento de estadística del Hospital General Teófilo Dávila”.

3.2.4. Revisión de la historia clínica.

Una vez que se pudo tener acceso a la historia clínica se realizó la recopilación de información más significativa, lo que permitió desarrollar el presente análisis de caso.

3.3. Sistema de categorización en el análisis de información.

3.3.1. Historia clínica.

Se realizó la revisión de la historia clínica del paciente masculino de 74 años de edad con Diagnóstico de pancreatitis necrotizante.

3.3.2. Anamnesis

Paciente masculino de 74 años de edad acude por un cuadro clínico de +- 2 semanas de evolución, caracterizado por dolor abdominal de leve a moderada intensidad en hemiabdomen derecho de tipo cólico acompañado de astenia; 24 horas antes de su ingreso el dolor abdominal, acompañado de anorexia y náuseas que llevan al vómito por dos ocasiones razón por la cual es valorado en esta casa de Salud y se decide su ingreso.

3.3.2.1. Signos vitales ingreso a emergencia

T: 36. °C

R: 20 por min.

P: 80 por min.

P.A: 110/60 mmHg.

SO%: 97%

3.3.2.2. Exámenes físicos.

- **Piel:** Normotérmica.
- **Cabeza:** Normocefalica.
- **Facies:** Álgica-senil y pálida.
- **Ojos:** Pupilas isocóricas foto reactivas.
- **Mucosas orales:** Secas.
- **Cuello:** Simétrico móvil sin adenopatías palpables
- **Tórax:** Simétrico.

➤ Sistema cardiopulmonar.

- **Aparato respiratorio:** Campos pulmonares bien ventilados. No se auscultan sonidos estertores.
- **Aparato cardiovascular:** Ruidos cardiacos sincrónicos con el pulso, no se registran soplos.
- **Abdomen:** Blando depresible doloroso a la palpación en hipocondrio derecho y hemiabdomen derecho, ruidos Hidroaéreos presentes.

- **Extremidades:** Simétricas, flácidas con tono y fuerza muscular disminuido.

➤ **SNC**

- **Neurológico:** Paciente consciente, orientado en las tres esferas.

➤ **Peso:** 65 kg.

➤ **Talla:** 168cm.

➤ **Signos vitales en Centro Quirúrgico**

T: 38.5 °C

R: 23 por min.

P: 100 por min.

P.A: 150/97 mmHg.

SO%: 95%

Oxígeno: 6 litros

3.3.2.2. Exámenes físicos.

- **Piel:** Ictérica.

- **Cabeza:** Normocefalica.

- **Facies:** Algica-senil y pálida.

- **Ojos:** Pupilas isocóricas foto reactivas.

- **Mucosas orales:** Secas.

- **Cuello:** Simétrico móvil sin adenopatías palpables

- **Tórax:** Simétrico.

➤ **Sistema cardiopulmonar.**

- **Aparato respiratorio:** Campos pulmonares bien ventilados. No se auscultan sonidos estertores.

- **Aparato cardiovascular:** Ruidos cardiacos sincrónicos con el pulso, no se registran soplos.

- **Abdomen:** con herida quirúrgica abierta con drenaje de presión negativo con sistema VAC

- **Extremidades:** Simétricas, flácidas con tono y fuerza muscular disminuido.

➤ **SNC**

- **Neurológico:** Paciente consciente, orientado en las tres esferas.

➤ **Peso:** 65 kg.

➤ **Talla:** 168cm.

3.3.8. Intervenciones de enfermería.

3.3.8.1. 14 Necesidades Básicas.

La teoría de Virginia Henderson se ha podido fundamentar en 14 necesidades muy básicas que tiene el ser humano y que suelen ser indispensables para poder conservar la integridad y armonía de cada persona. Dichas necesidades evidencian los componentes psicológicos, biológicos, espirituales y socioculturales. Las necesidades proceden a interactuar entre ellas, son universales para todos los humanos, pero cada a cada persona las satisface y las manifiesta de una forma diferente (24)

La enfermería adopta un papel de gran importancia en lo referente a los cuidados de cada ser y de cada actividad que debe llevar por medio de la realización de los procesos de enfermería, por lo cual esto es el instrumento metodológico para poder desarrollar sistemáticamente la práctica profesional de enfermeras y enfermeros permitiendo que esta aplicación de los fundamentos teóricos de la enfermería, la orientación de la atención individualizada, humanizada y personalizada (24)

Valoración y priorización de las necesidades del modelo Virginia Henderson en relación con los dominios de NANDA.

1. Respirar normalmente

Patrón respiración alterado, nuestro paciente presentó en centro quirúrgico Insuficiencia respiratoria aguda la cual estaba con oxígeno a 6 litros por mascarilla.

2. Dormir y descansar

Debido a la complejidad el paciente no lograba conciliar el sueño, por ende consideramos importante mejorar el sueño del mismo.

3. Necesidad de moverse y mantener una postura óptima

Los pacientes pueden presentar una disminución del tono y fuerza muscular de sus extremidades, manifestándose por la dificultad de moverse de manera óptima, estas características enlazan a la necesidad con el dominio de actividad/reposo del NANDA; debido a estas afecciones se determina como primera prioridad de atención a esta necesidad.

4. Mantener la temperatura corporal

El cuerpo humano tiene una temperatura interna de 37 °C, mientras que la temperatura cutánea es de 33,5 °C. El calor ganado y perdido por el cuerpo depende de múltiples factores.

5. Mantener la Higiene Corporal

La higiene corporal se tiene que considerar como parte de las rutinas diarias de cada persona, no solo por motivos estéticos, sino también por nuestra salud, Seguir unas rutinas de higiene corporal adecuadas nos ayudarán a prevenir el contagio de enfermedades, contraer infecciones o sufrir problemas en nuestra piel.

PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA y NANDA

Tabla 1. Valoración por dominios NANDA y formulación de categorías diagnósticas.

(25)

Dominios Comprometidos	Categoría Diagnóstica	Factores Relacionados	Características Definitorias	Criterio de Resultado e Intervención
Dominio 4 Actividad/reposo Clase 1 Sueño/reposo	Trastorno del patrón del sueño(00198)	Interrupción durante un tiempo limitado de la cantidad y calidad del sueño debido a factores externos	Cambios en el patrón de sueño. Dificultad en el funcionamiento diario Insatisfacción con el sueño	NOC: Sueño (0004). NIC: fomentar el sueño(1850)

Tabla 1. Diagnóstico principal y criterio de resultado de enfermería. (26)

Diagnóstico de Enfermería: 00198 trastorno del patrón del sueño r/c dolor m/p quejas verbales de dificultad para conciliar el sueño.		
Objetivo de Enfermería: Sueño 0004		
Indicadores	Escala de Medición	Puntuación DIANA
Sueño ininterrumpido. Horas de sueño.	1. Extremadamente 2. Sustancialmente	Mantener a Aumentar a

	3. Moderadamente	4	5
	4. Levemente	4	5
	5. No comprometido		
		Puntuación promedio DIANA 4	

Tabla 1. Criterios de intervenciones de enfermería. (27)

Intervención de Enfermería-NIC
Intervención: FOMENTAR EL SUEÑO (1850): facilitar ciclos regulares de sueño/vigilia.
Actividades:
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Comprobar el esquema de sueño del paciente y observar las circunstancias físicas (dolor, molestias) o psicológicas (miedo, ansiedad) que interrumpen el sueño. ➤ Ajustar el ambiente (luz, ruido, temperatura,) para favorecer el sueño. ➤ Ajustar el programa de administración de medicación para apoyar el ciclo de sueño/vigilia del paciente.

Tabla 2. Valoración por dominios NANDA y formulación de categorías diagnósticas. (25)

Dominios Comprometidos	Categoría Diagnóstica	Factores Relacionados	Características Definitorias	Criterio de Resultado e Intervención
Dominio 4 Actividad/reposo Clase 4 Repuestas cardiovasculares/ pulmonares	00032 Patrón respiratorio ineficaz	Ansiedad Dolor Fatiga	Disminución de la ventilación por minuto Disnea	NOC: (0403) Estado respiratorio: ventilación. NIC: (3350) Monitorización respiratoria (3320) Oxigenoterapia

Tabla 2. Diagnóstico principal y criterio de resultado de enfermería. (27)

Diagnóstico de Enfermería: 00032 patrón respiratorio ineficaz r/c fatiga e/p disnea		
Objetivo de Enfermería: 0403 estado respiratorio: ventilación		
Indicadores	Escala de Medición	Puntuación DIANA
(040309) Utilización de los músculos accesorios	1. Extremadamente	Mantener a Aumentar
(040311) Retracción torácica	2. Sustancialmente	a
(040310) Ruidos respiratorios patológicos	3. Moderadamente	4 5
	4. Levemente	4 5
	5. No comprometido	4 5
		Puntuación promedio DIANA 4

Tabla 2. Criterios de intervenciones de enfermería. (26)

Intervención de Enfermería-NIC
Intervención: Monitorización respiratoria 3350 3320 Oxigenoterapia
Actividades: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones. ➤ Anotar el movimiento torácico, mirando simetría, utilización de músculos accesorios y retracciones de músculos intercostales y supraclaviculares. ➤ Observar si se producen respiraciones ruidosas, como cacareos o ronquidos. ➤ Controlar el esquema de respiración: bradipnea, taquipnea, hiperventilación,
Actividades. <ul style="list-style-type: none"> ➤ Eliminar las secreciones bucales, nasales y traqueales, si procede. ➤ Mantener la permeabilidad de las vías aéreas. ➤ Preparar el equipo de oxígeno y administrar mediante a través de un sistema calefactado y humidificado. ➤ Administrar oxígeno suplementario, según órdenes.

- Vigilar el flujo de litro de oxígeno.
- Comprobar la posición del dispositivo de aporte de oxígeno.
- Comprobar periódicamente el dispositivo de aporte de oxígeno para asegurar que se administra la concentración prescrita.
- Controlar la eficacia de la oxigenoterapia (pulsioxímetro, gasometría en sangre arterial), si procede.
- Asegurar la recolocación de la máscara / cánula de oxígeno cada vez que se extrae el dispositivo.
- Cambiar el dispositivo de aporte de oxígeno de la máscara a cánulas nasales durante las comidas, según tolerancia.

Tabla 3. Valoración por dominios NANDA y formulación de categorías diagnósticas.

(25)

Dominios Comprometidos	Categoría Diagnóstica	Factores Relacionados	Características Definitorias	Criterio de Resultado e Intervención
Dominio 12 Confort Clase 1 Confort físico	dolor agudo (00132)	Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular (herida quirúrgica)	Cambios en parámetros fisiológicos Desesperanza Expresión facial de dolor	NOC: Control del dolor 1605 NIC: 1400 Manejo del dolor

Tabla 3. Diagnóstico principal y criterio de resultado de enfermería. (27)

Diagnóstico de Enfermería: 00132 dolor agudo r/c herida quirúrgica abierta m/p expresión facial de dolor		
Objetivo de Enfermería: Control del dolor (1605)		
Indicadores	Escala de Medición	Puntuación DIANA

	1. Extremadamente 2. Sustancialmente 3. Moderadamente 4. Levemente 5. No comprometido	Mantener a a	Aumentar
160501 Reconoce factores causales		4	5
160505 Utiliza los analgésicos de forma apropiada		4	5
160513 Refiere cambios en los síntomas al personal sanitario		3	5
160509 Reconoce síntomas asociados al dolor		4	5
160511 Refiere dolor controlado		4	5
		Puntuación promedio DIANA 4	

Tabla 3. Criterios de intervenciones de enfermería. (26)

Intervención de Enfermería-NIC
Intervención: Manejo del dolor (1400)
<p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición, duración, frecuencia, calidad, intensidad o severidad del dolor y factores desencadenantes. ➤ Observar claves no verbales de molestias especialmente en aquellos pacientes que no pueden comunicarse verbalmente. ➤ Proporcionar a la persona un alivio del dolor mediante los analgésicos prescritos. ➤ Evaluar con el paciente la eficacia de la analgesia administrada.

4. Resultados

4.1. Descripción de resultados.

Paciente masculino de 74 años de edad, con su residencia en la isla puna del Cantón Santa Rosa provincia de El Oro, realizada la anamnesis se obtiene la siguiente información

Antecedentes personales y familiares: No refiere

Antecedentes patológicos personales: No refiere, Alergias: No refiere

Antecedentes patológicos familiares: No refiere.

El 20 de agosto del 2018, acude al área de emergencia del Hospital Teófilo Dávila, por presentar dolor abdominal de leve a moderada intensidad en hemiabdomen derecho de tipo cólico acompañado de astenia; 24 horas antes de su ingreso el dolor abdominal, acompañado de anorexia y náuseas que llevan al vómito por dos ocasiones por lo cual se decide su ingreso.

A su ingreso se solicitan exámenes de laboratorio los cuales son entregados el 21 de agosto del 2018 obteniendo como resultados:

WBC: 7.16 HB: 12,50 RCI: 31.10 PLT 200 GW 100 UREA 117BT 5.59
BD: 4.59 GOT: 1,29 GPT: 152 FA: 310

Paciente en observación de emergencia refiere leve dolor en abdomen superior mucosa y esclera ictericia abdomen Murphy (+), se realiza ecografía de abdomen que revela como impresión diagnóstica colecistitis + colédoco dilatado de 12 mm, litiasis renal izquierda.

22 de agosto del 2018 se realiza resonancia magnética sin contraste dando impresión diagnóstica de signo de colecistitis litiásica + coledocolitiasis distal, esplenomegalia (14 cm aproximadamente).

23 de agosto del 2018 se inicia trámites para realización de CPRE por gobernanza.

29 de agosto del 2018 paciente refiere vómito alimentario en una ocasión en la mañana sin causa aparente.

30 de agosto del 2018 paciente presenta prurito generalizado toda la noche.

01 de septiembre del 2018 se solicita la valoración de Uci en cual manifiesta que por no disponer de suficiente espacio físico recomienda tramitar referencia.

02 de septiembre del 2018 paciente presenta febrícula, taquicardia, en laboratorio se evidencia aumento de leucocitos desviación la izquierda. Ecografía previa, muestra signos de colecistitis litiásica, recibe 2 días de antibioterapia.

03 de septiembre del 2018 paciente refiere presentar heces amarillentas, en poca cantidad sin referir dolor.

04 de septiembre del 2018 paciente se realiza CPRE en Guayaquil a las 12 am, pendiente su valoración.

05 de septiembre del 2018 primer día post CPRE, se realiza ecografía que reporta líquido libre en fondo de surcos se solicita TAC S/C abdomen.

06 de septiembre del 2018 TC simple y contrastada de abdomen como conclusión se obtiene litiasis renal bilateral, colecistitis alitiásica con neumobilia vesicular asociada, cambios osteoartrosicos en columna lumbosacra.

07 de septiembre se obtiene como resultado de eco abdomino pélvico, abundante líquido libre en cavidad, con presencia de derrame pleural bilateral de mayor cuantía del lado izquierdo.

Se decide su intervención a las para la realización de una laparotomía exploratoria.

03#00 paciente pasa al área de recuperación cociente en espacio, tiempo y persona, al momento se observó sus facies pálidas, mucosas orales secas, a nivel de abdomen presenta, bajo sistema de Iovan conectado a succión permanente, con presencia de sonda vesical eliminando diuresis de características colúrica, miembros superior e inferior con buen tono, fuerza muscular disminuida signos vitales estables.

08 de septiembre del 2018 paciente en condiciones físicas inestables, taquicárdico, taquipneico, con dolor abdominal intenso a nivel de abdomen que se exoraban a la movilización en posición semifowler con oxígeno por mascarilla. herida quirúrgica cubierta con drenaje continuo y succión al vacío eliminando líquido hemático. con signos vitales variables.

Valorado por Uci quien indica iniciar trámites de referencia

4.2. Argumentación teórica del proceso.

Resonancia Magnética: Se ha manifestado que con la colangiopancreatografía por resonancia magnética (MRCP), como un instrumento útil en la valoración del parénquima pancreático y la anatomía ductal pancreática, y los tejidos circundantes. El uso de estimulación con secretina MRCP ha sido relatado como un medio para mejorar la visualización del conducto pancreático. (28)

La aspiración con aguja fina guiada por ultrasonido endoscópico (EUS-FNA) se ha detallado como un procedimiento seguro y preciso para diagnosticar una masa pancreática; inclusive en pacientes con anatomía alterada quirúrgicamente. Sin embargo, se requieren conocer técnicas sofisticadas para las lesiones de la cabeza pancreática si se requiere alcanzar el duodeno después de pasar a través de la extremidad yeyunal para visualizar la masa pancreática. (29)

Los pacientes con pancreatitis crónica están en riesgo de desnutrición y deficiencias de nutrientes. Se asocia con mayores tasas de morbilidad y mortalidad en pacientes hospitalizados y aumenta significativamente los costos de atención médica. El páncreas es un jugador importante en la digestión. La función pancreática normal asegura una digestión y absorción de nutrientes efectivas. La pancreatitis crónica se refiere a un síndrome de lesión pancreática de larga data y, debido a su papel en la digestión, la pancreatitis crónica es responsable de la desnutrición. (30)

Según “Grases y Costa” la dieta y el medio ambiente juegan un papel importante en la enfermedad de los cálculos, probablemente modulando la composición de la orina. La modificación de la dieta como tratamiento preventivo para disminuir los factores de riesgo litogénico y prevenir la recurrencia de cálculos ha ganado interés debido a su potencial para ser más seguro y más económico que el tratamiento farmacológico. (19)

Se puede comprobar que dicha teoría tiene validez, si se mejora la calidad de vida y el estilo de alimentación tendremos personas más sanas, en la cual enfermería juega el papel más importante con la promoción y prevención en la atención primaria.

4.3. Conclusiones.

La pancreatitis necrotizante se da cuando una parte del tejido pancreático muere por la inflamación. La parte que muere del páncreas llega a separarse de aquella parte sana, o en alguno de los casos se queda con el tejido cercano, la parte que se encuentra muerta contiene gérmenes y en algunos casos se infecta. Se deben establecer por lo menos tres criterios para su diagnóstico que son náuseas, vómito, ictericia, dolor abdominal sugestivo de la pancreatitis aguda, lipasa y amilasa tres veces al límite superior en cuanto al rango normal por medio de estudios Tomografía Axial Computarizada o Resonancia Magnética.

Esta enfermedad afecta a las mujeres que presentan litiasis vesicular o comúnmente conocida como cálculos biliares, para el caso de los hombres de manera estadística se conoce que la causa es el alcoholismo, es por ello que refleja la mayor incidencia.

Podemos indicar que el diagnóstico terapéutico, ejecutado en el paciente se dio dentro de los protocolos que se llevan para detectar una pancreatitis necrotizante, aunque se presentó la dificultad de la realización del CPRE, ya que no se realiza dentro de casa de salud ni dentro de la provincia. Después de obtener los resultados del CPRE se pudo aplicar el tratamiento mediante la necrosectomía pancreática abierta, que es considerado un método terapéutico que consiste en la eliminación de los tejidos pancreáticos que están infectados, esto se procede a realizar por medio de distintos abordajes tales como abierto o convencional, laparoscópico, mínimamente invasivo. Se realizaron planes de cuidados de enfermería encaminados hacia la búsqueda de mejorar problema asociado a las patologías, logrando con esto una mejoría en el estado de la salud de los pacientes.

4.4. Recomendaciones.

Luego de realizar el presente análisis de caso clínico en paciente con pancreatitis Necrotizante, es necesario recomendar el seguimiento continuo y asistencia por parte del personal médico y de enfermería, mayor promoción de la salud por parte del ministerio de salud pública, en donde se brinde el respectivo tratamiento y rehabilitación brindando un mejor estilo de vida para el paciente.

Fomentar la investigación en pacientes con Pancreatitis Necrotizante entre el equipo multidisciplinario que brinde atención a estos pacientes, que se establezcan un plan de cuidados para aumentar el grado de adaptación en el paciente, su entorno, familia y comunidad, ya que esta patología aumentando su incidencia en nuestro país.

BIBLIOGRAFIA

1. Díaz T DC, Otero Regino W, Gómez Zuleta M. Pancreatitis aguda y elevación de aminotransferasas: ¿en qué pensar? Reporte de caso y revisión de la literatura. *Rev Colomb Gastroenterol*. 2015;30(4):479–84.
2. Bustamante D, García A, Umanzor W, Leiva L, Barrientos A, Diek L. Pancreatitis Aguda : Evidencia Actual. *Arch Med*. 2018;14(1):1–10.
3. Alfonso Salabert I, Salabert Tortolo I, Alfonso Prince JC, Álvarez Escobar M del C, Torres Álvarez A, Semper González AI. Factores de riesgo para pancreatitis aguda en el Hospital Comandante Faustino Pérez de Matanzas. *Rev Médica Electrónica*. 2017;39(6):1259–68.
4. Solari IG, Otero W, Ruiz HD, Ritondale O, Solé J, Villanueva F, et al. *GASTROENTEROLÓGICA LATINOAMERICANA*. 2016;
5. Marín Ríos DF, Águila Meleros OM, Torres Ajá L, Puerto Lorenzo JA. Morbilidad y mortalidad en pacientes con pancreatitis aguda. Cienfuegos, 2014-2015. *MediSur*. 2019;17(2):210–20.
6. Valdivieso-Herrera MA, Vargas-Ruiz LO, Arana-Chiang AR, Piscoya A. Situación epidemiológica de la pancreatitis aguda en Latinoamérica y alcances sobre el diagnóstico. *Acta Gastroenterol Latinoam*. 2016;46(2):102–3.
7. Ríos Jaimes F, Villarreal Ríos E, Martínez González L, Vargas Daza ER, Galicia Rodríguez L, Ortiz Sánchez MC, et al. Índice Clínico De Gravedad En Pancreatitis Aguda Como Predictor De Mortalidad En Pancreatitis Aguda En El Servicio De Urgencias. *Rev Chil Cir*. 2017;69(6):441–5.
8. Milian J W, Portugal S J, Laynez Ch R, Rodríguez A C, Targarona J, Barreda C L. Pancreatitis Aguda Necrótica en la Unidad de Cuidados Intensivos: Una Comparación entre el Tratamiento Médico Conservador y Quirúrgico. *Rev Gastroenterol Peru*. 2010;30(3):195–200.
9. Domínguez JE, Enrique de Madaria JFMS. Páncreas y vías biliares. *Unidad Patol Pancreática Unidad Gastroenterol y Endosc Dig*. 2010;627–44.
10. Martínez-Hoed Vanessa López-Jara Resumen J. Morbimortalidad de necrosectomía pancreática abierta (Open pancreatic necrosectomy morbidity and mortality). *Acta méd costarric*. 2017;59(4):138–45.
11. Ca EZ. Evaluación y comentario al artículo: “Pancreatitis necrotizante infectada: resultados en una cohorte de baja mortalidad” Evaluation and comments: Article on severe acute necrotizing pancreatitis. *Rev Colomb Cirugía*. 2006;21(4):248–59.
12. Pozo EP. Descripción de la técnica mínimamente invasiva para necrosectomía pancreática en la pancreatitis aguda : videoretroperitoneoscopia. 2019;30(1):53–6.
13. Velázquez De La Vega R, Cárdenas Lailson LE. Pancreatitis aguda y necrosis pancreática: conceptos actuales y tratamiento. *Cir Gen [Internet]*. 2017;39(3):147–51. Available from: www.medigraphic.com/cirujanogeneralwww.medigraphic.org.mx
14. Lipovestky F, ToneLLi C, Ramos A, Cueto G, Guimaraens P, Reina R, et al. Pancreatitis aguda. Su manejo en Cuidados Intensivos *. *Pancreat aguda*. 2016;33(1).
15. Zhakiev BS, Karsakbayev UG, Kelimberdiev MS, Muhamedgalieva BM, Kononenko AF. Optimizing the treatment of acute duct-destructive pancreatitis. *Int J Environ Sci Educ*. 2016;11(10):3894–906.
16. García Granja N, Ramón G, Hidalgo Benito A, Carrasco MH, Leticia De La Fuente Ballesteros S, García Álvarez I. *Medicina General Y De Familia Edición Digital*. *Med Gen Fam [Internet]*. 2018;7(2):51–4. Available from: www.mgyf.org<http://dx.doi.org/10.24038/mgyf.2018.0252254-5506/>

17. Da Silva L, Rodríguez A, Zelada I, Delgado JM, Navarro R. Utility in Ercp Acute Biliary Pancreatitis Amd Jaundice. *Cir Paraguaya*. 2016;39(2):20–3.
18. Ilic M, Ilic I. Epidemiology of pancreatic cancer. *World J Gastroenterol*. 2016;22(44):9694–705.
19. Grases F, Costa-Bauzá A, Prieto RM. ¿Se puede realmente prevenir la litiasis renal? Nuevas tendencias y herramientas terapéuticas. *Arch Esp Urol*. 2017;70(1):91–102.
20. Villarreal RA, Vinck EE, Cabrera LF, Zuchini AC, Jiménez C. Divertículo único de yeyuno con obstrucción intestinal y abdomen agudo. *Rev Colomb Cirugía*. 2019;34(1):69–74.
21. Arias A, Vargas J. Abdomen abierto o laparotomía contenida. Aspectos actuales. *Multimed [Internet]*. 2019;23(1):196–212. Available from: <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/1109/1457>
22. Yadav S, Rawal G, Baxi M. Vacuum assisted closure technique: A short review. *Pan Afr Med J*. 2017;28:1–5.
23. Brox-Jiménez A, Díaz-Gómez D, Parra-Membrives P, Martínez-Baena D, Márquez-Muñoz M, Lorente-Herce J, et al. A vacuum assisted closure system in complex wounds: A retrospective study. *Cir Esp*. 2010;87(5):312–7.
24. Palermo TM, Murray C, Aalfs H, Abu-El-Hajja M, Barth B, Bellin MD, et al. Web-based cognitive-behavioral intervention for pain in pediatric acute recurrent and chronic pancreatitis: Protocol of a multicenter randomized controlled trial from the study of chronic pancreatitis, diabetes and pancreatic cancer (CPDPC). *Contemp Clin Trials [Internet]*. 2019;88(August 2019):105898. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31756383>
25. Herdnab HT, Kamitsuru S. NANDA 2015-2017.pdf. 2015.
26. No Title.
27. Moorhead S. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). editoras Sue Moorhead, PhD, RN Marion Johnson, PhD, RN Meridean L. Maas, PhD, RN, FAAN Elizabeth Swanson, PhD, RN. 2014. 760 p.
28. Abu-el-hajja M. P a n c r e a t i c I n s u f f i c i e n c y What Is the Gold Standard ? *Gastrointest Endosc Clin NA*. 2018;28(4):521–8.
29. Tanaka K, Hayashi T, Utsunomiya R, Takigawa Y, Kobayashi Y, Nagai K, et al. Endoscopic ultrasound-guided fine needle aspiration for diagnosing pancreatic mass in patients with surgically altered upper gastrointestinal anatomy. *Dig Endosc [Internet]*. 2020 Jan 7;den.13625. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/den.13625>
30. Rodríguez-rodríguez E. *Nutrición Hospitalaria*. 2019;