



UNIVERSIDAD JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ENFERMERIA: EMERGENCIAS Y DESASTRES

TRABAJO ACADÉMICO

**“ANÁLISIS DE PANCREATITIS AGUDA EN EL SERVICIO DE
EMERGENCIA DEL HOSPITAL III ESSALUD CHIMBOTE 2020”**

PRESENTADO POR

LIC. ENF. ELDER OCAÑA DOMÍNGUEZ

ASESOR

DR. HUMBERTO LOVON CHAVEZ

PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ENFERMERIA:

EMERGENCIAS Y DESASTRES

CHIMBOTE – PERÚ

2021

ÍNDICE DE CONTENIDO

CARÁTULA	
PÁGINA DE JURADOS	i
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
ÍNDICE DE CONTENIDO	iv
RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
CAPÍTULO I	1
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	1
1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	2
1.2. JUSTIFICACIÓN	3
1.3. MARCO TEÓRICO	4
CAPITULO II	14
2.1. OBJETIVOS	14
2.3. DISCUSIÓN	30
2.4. CONCLUSIONES	34
2.5. RECOMENDACIONES	36
BIBLIOGRAFIA	37

RESUMEN

El presente trabajo de investigación aborda una situación clínica frecuente en los servicios de emergencia, a consecuencia de la pancreatitis aguda, la cual afecta al 60% de la población debido a la mala alimentación y al exceso de alcohol, presentando síntomas como dolor intenso en la parte superior del abdomen, náuseas y vómitos.

En el primer capítulo se describe el problema de la investigación de esta patología de pancreatitis aguda y los factores clínicos.

En el segundo capítulo se presenta el caso clínico de pacientes diagnosticados con pancreatitis aguda y los tratamientos que reciben en el Hospital III de Essalud – Chimbote.

Finalizando con la discusión de los casos clínicos presentados junto a las conclusiones y recomendaciones para el servicio de emergencia del Hospital III Essalud-Chimbote.

Palabras Claves: diagnóstico, pancreatitis aguda y tratamiento.

ABSTRACT

This research work addresses a frequent clinical situation in emergency services, as a consequence of acute pancreatitis, which affects 60% of the population due to poor diet and excess alcohol, presenting symptoms such as intense pain in the upper abdomen, nausea and vomiting.

The first chapter describes the problem of the investigation of this pathology of acute pancreatitis and the clinical factors.

The second chapter presents the clinical case of patients diagnosed with acute pancreatitis and the treatments they receive at Hospital III de Essalud - Chimbote. Ending with the discussion of the clinical cases presented together with the conclusions and recommendations for the emergency service of Hospital III Essalud-Chimbote.

Key Words: diagnosis, acute pancreatitis and treatment.

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

La pancreatitis aguda es resultado de la inflamación del páncreas que se desencadenan por una activación de las enzimas pancreáticas, esta se clasifica en aguda cuando su aparición es brusca, realizándose tomografías para su detección. La pancreatitis aguda presenta una variedad de factores etiológicos que ha sido analizado por anatómo-patólogo, los cuales refieren que existen 2 factores que tienen gran frecuencia (cálculos biliares y consumo elevado de alcohol); dichos factores pueden prevenirse en pacientes si llevan un mejor estilo de vida. Se origina por la presencia de cuadro clínico entre síntomas y signos de lesión, con una controversia entre los tratamientos médicos y quirúrgicos (1).

Los casos de pancreatitis aguda en el mundo se encuentran en un constante crecimiento existiendo 250 mil casos por cada año. Asimismo, un 20% aproximadamente de pacientes cursa con un cuadro clínico grave que puede llevar a sepsis, problemas respiratorios o falla de diferentes órganos; siendo mortal en un 25% por las dificultades que puede conllevar (2).

En la actualidad los pacientes que ingresan por el servicio de emergencia presentan síntomas como el dolor abdominal agudo, diagnosticando al menos uno con pancreatitis aguda la que es originada por la litiasis biliar; el procedimiento que el personal asistencial realiza es la toma de ecografía,

enzimas pancreáticas y hemograma todas estas están detalladas en la guía de manejo del Colegio Americano de Gastroenterología.

Actualmente en el Hospital III de Chimbote diariamente en el Servicio de Emergencia de todos los pacientes que ingresan con dolor abdominal agudo en cada guardia, al menos un paciente termina siendo diagnosticado con pancreatitis aguda originado por una litiasis biliar o coledocolitiasis, en el cual se sigue el protocolo que registran las guías de manejo del Colegio Americano de Gastroenterología (ACG).

Esta situación pone de manifiesto la importancia de realizar un análisis del caso de un paciente con diagnóstico de pancreatitis aguda que ingresa por el Servicio de Emergencia del Hospital III Chimbote; así como conocer la clínica, evolución, conducta diagnóstica y terapéutica de la patología que se emplea en el nosocomio para la atención frente a dicha patología; así como identificar los factores de riesgo y el pronóstico de la patología en mención.

1.2. JUSTIFICACIÓN

La pancreatitis aguda es una enfermedad decreciente que en la mayoría de los casos su diagnóstico depende de la pericia médica, debido a que los profesionales deben colocarla dentro de los posibles diagnósticos a descartar, teniendo en cuenta la variabilidad que existen debido a las distribuciones por edad, sexo y etiología; si el paciente no es tratado a tiempo recibiendo una

atención oportuna puede ser letal, es por ello que esta enfermedad tiene un alto índice de morbilidad en pacientes.

Ante ello, este estudio busca optimizar los cuidados de enfermería en pacientes que presentan el diagnóstico de pancreatitis aguda en el Servicio de Emergencia del Hospital III de Essalud – Chimbote 2020; para un mejor manejo a futuro; siendo una base para evitar complicaciones. En la actualidad se cuenta con un sistema que facilita la obtención de información, esta herramienta es de fácil manejo y permite recabar información adecuada del caso.

Del mismo modo, este estudio contribuye a futuras investigaciones siendo una base para las mismas; ya que, en nuestra localidad no existen estudios específicos para la patología presentada.

1.3 MARCO TEÓRICO

1.3.1. Antecedentes internacionales

Según Ángeles (2019) en su investigación titulada “Valor predictivo en pancreatitis aguda con escala BISAP comparada con calcio corregido con albumina”, donde busca establecer según la escala BISAP un valor predictivo de la pancreatitis aguda con estudio transversal, retrospectivo

y analítico. Los resultados muestran 61 expedientes de un rango de edad entre los 36 a 45 años, 29.5% y mayor a 46, 42.6%. Con un 54 (89%) fue biliar, neoplasia 3 (4%), grave en 4 (6%). La cual concluye que el valor predictivo en pancreatitis aguda con escala BISAP comparada con calcio corregido con albumina fueron similares con 6.6% (5).

Según Marín, Águila, Torres y Puerto (2019) realizan un estudio titulado “Morbilidad y mortalidad en pacientes con pancreatitis aguda. Cienfuegos, 2014 - 2015”, quienes buscan caracterizar la morbilidad y mortalidad a través de un estudio correlacional, descriptivo y retrospectivo. Los resultados de este estudio expresan que prevalece 182 pacientes del sexo masculino con un 55.5%, entre los 31 a 50 años en un 34.1% y los más leves con 65.4%. El estudio muestra 40.7% litiasis vesicular, donde fue nula la mortalidad para casos moderados- leves y una ascendencia de casos severos a 63.3%. Concluyen que no existe relación entre la severidad de la pancreatitis aguda con su etiología, estas complicaciones locales y mortalidad se da mayormente en los casos severos (7).

Según Panamá (2018) en su investigación titulada “Causas e incidencias de pancreatitis aguda en pacientes atendidos por el servicio de cirugía del Hospital San Vicente de Paúl, periodo 2016 - 2017”. Estudio cuantitativo, no experimental, descriptivo longitudinal. Los

resultados muestran 104 pacientes entre 20 a 39 años equivalente al 44.68%, siendo de mayor porcentaje el sexo femenino 57.45%, la etiología fue biliar 74.47%. El estudio concluye que entre los factores de riesgo se obtuvo que el 80.05% de la población en estudio presenta sedentarismo, haciendo énfasis en mejorar los hábitos alimenticios y adquirir un estilo de vida (6).

Según Bogantes (2015) en la investigación realizada titulada “Revisión bibliográfica sobre las guías para el manejo adecuado por imágenes de los pacientes con pancreatitis aguda”, buscó identificar el método de imagen más adecuado a realizar en pacientes con pancreatitis aguda. Este estudio observacional y de revisión bibliográfica dio como resultado que los pacientes con un índice de gravedad de 0 ó 1 no tienen la mortalidad o morbilidad; y los pacientes con 2 de severidad solo un 4.0% de la morbilidad. En contraste de severidad de 7 a 10 produce un 92.0% de complicaciones y 17.0% de mortalidad. En su estudio realizado concluye que la pancreatitis aguda la evaluación clínica, de laboratorio, sistemas numéricos y principalmente por tomografía contrastada con medio de contraste intravenoso (3).

Según Oviedo (2015) en la investigación realizada “Pancreatitis aguda, factores de riesgo y complicaciones en paciente del Hospital Abel Gilbert Pontón, año 2014”, busca una guía de práctica clínica del

diagnóstico y tratamiento sobre la pancreatitis aguda en la ciudad de México. Este estudio retrospectivo permite la identificación de 70 pacientes diagnosticados con pancreatitis aguda del Hospital Guayaquil, donde se ve afectadas pacientes un 52.0% en un rango de edad de 31 a 50 años, pacientes de sexo femenino en 60.0%, con un 81.0% hospitalizados en el área de medicina interna, 17.0% en cirugía y 2.0% en UCI. Concluyendo que el factor riesgo se da en pacientes entre 30 a 50 años causado por una malnutrición y en porcentaje bajo por la ingesta de alcohol (4).

1.3.2. Antecedentes nacionales

Según Olivos (2018) en relación a su investigación “Factores clínicos que se asocian a la pancreatitis aguda en pacientes atendidos por el servicio de emergencia del Hospital de Ventanilla de enero – diciembre 2016”, en el asocia factores clínicos y la presencia de pancreatitis aguda en pacientes, este estudio observacional, transversal, retrospectivo, analítico, con resultados de 42.0% de pacientes atendidos entre 36 y 50 años presentan pancreatitis aguda y un 24.5% de ocupación ama de casa. Se concluye que otros factores clínicos que presentaron los pacientes atendidos han sido asociados al alcoholismo, obesidad, náuseas, diarreas y en algunos casos antecedentes de CPRE. (8).

Según Espinoza (2018) en su investigación realizada “Factores relacionados a la estancia hospitalaria prolongada en pacientes con pancreatitis aguda. Hospital III Daniel Alcides Carrión, Essalud Tacna, 2017”, se realizó

un estudio descriptivo, retrospectivo donde sus resultados de 84 casos muestran que el 65.38% fueron mujeres y 34.62% varones, un 48.72% se encontraban entre los 30 y 49 años, con etiología biliar un 80.77%, etiología idiopática 15.38%, 2.56% mecánica y 1.28% un caso post CPRE. Esta investigación concluye que una hospitalización prolongada es influida por la mal nutrición y el tiempo esperado para la realización de contagio – RM y/o CPRE y de colecistectomía (11).

Según Huarcaya (2018) sobre su investigación titulada “Perfil clínico y epidemiológico de la pancreatitis aguda en pacientes hospitalizados en el servicio de pediatría del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza 2008 - 2017”, estudio descriptivo donde sus resultados nos revelan que durante los 10 años de estudio se hallaron 42 casos, siendo el 69.05% mujeres y 30.95% varones, los pacientes de 12 a 15 representan el 78.57%, el 45.24% con estado nutricional normal, 30.95% en riesgo de sobrepeso; 7 casos (16.67%) con pancreatitis postoperatorio, 78.57% etiología biliar y el 16.67% idiopático. Concluyendo que estos pacientes con pancreatitis aguda tienen entre 12 a 15 años, mujeres, con sobrepeso, el 23.81% de casos fueron pancreatitis aguda severa con mortalidad de 2.38% (12).

Según Calixto (2016) sobre la investigación titulada “Complicaciones locales sobre pacientes con pancreatitis aguda Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2014 - 2015”, en esta investigación se realiza un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal con resultados registrados a 39 pacientes de los

cuales fueron mujeres 63.85% entre las edades entre 17 y 47 años, el 36.15% varones entre 19 y 41 años. Concluyendo que la complicación de mayor recurrencia fue la recolección de líquido en el páncreas, existiendo en la mayoría de pacientes elevación de su presión arterial recurrente (9).

Según Torres (2015) realizó una investigación del “Manejo de los pacientes con pancreatitis aguda en el Hospital de apoyo II-2 Sullana durante el año 2014”, mediante un estudio descriptivo y retrospectivo. Con resultados que muestran que se registraron a 45 pacientes con pancreatitis aguda entre las edades de 16 a 81 años, 35 pacientes de 40 años, de sexo femenino y masculino con 77.8% y 22.2 % respectivamente. En los que 37 pacientes con etiología biliar (82.0%), el (13.0%) de 6 pacientes con idiopática. Concluyendo que el 100.0% de pacientes fueron diagnosticadas con pancreatitis aguda no clasificada como aguda leve, aguda moderada, aguda severa o aguda crítica (10).

1.3.3. Bases teóricas

1.3.3.1. Pancreatitis aguda

Heeber Fitz en el año 1889 define 21 pancreatitis supurativa, 15 pancreatitis gangrenosa y 17 hemorrágicas. La describen como una patología que evoluciona rápidamente y tiene un alto índice de mortalidad por presentar inflamación de la paquiderma pancreática,

donde se evidencian cambios anatómicos demostrando cronicidad y también se pueden basar por otros criterios (13).

- Dolor intenso de manera repentina y constante en la parte media superior del abdomen.
- Elevación de lipasa o amilasa sérica
- Mediante tomografías computarizadas, resonancia magnética o ultrasonido transabdominal.

1.3.3.2. Páncreas

Órgano que se encuentra en la parte superior del abdomen en la parte trasera del estómago y los intestinos el que desemboca en el intestino, ocasiona un líquido con enzima que facilita la digestión y controla los niveles de glucosa (14).

1.3.3.3. Fisiopatología y Etiología

La pancreatitis aguda se debe a la digestión del páncreas por las enzimas que produce, ante todo la tripsina. En 80 % de los enfermos que padecen de esta variante de pancreatitis ocurren trastornos de las vías biliares, aun cuando solamente surge inflamación del páncreas en 5% de quienes padecen cálculos biliares. Estos entran en el colédoco y se alojan en la ampolla de Váter, con lo que obstruyen el flujo del jugo pancreático o causan el reflujo de bilis del colédoco hacia el conducto pancreático, con lo que activan las potentes enzimas pancreáticas en el interior de la glándula. En condiciones normales estas enzimas permanecen inactivas hasta que llegan al interior al interior del duodeno. El espasmo y edema

de la ampolla de Váter, como resultado de duodenitis, tal vez provoquen pancreatitis.

El consumo de alcohol es una causa común de episodios agudos de pancreatitis, aunque por lo regular el enfermo sufre de pancreatitis crónica no diagnosticada antes de que surja el primer episodio agudo. Otras causas menos comunes las infecciones virales o bacterianas. Cabe señalar que la pancreatitis es una complicación común de la parotiditis (Infección viral). Los traumatismos abdominales por objetos romos, úlceras pépticas, vasculopatías isquémicas, hiperlipidemias, hipercalcemia y uso de corticosteroides, diuréticos tiazidicos y anticonceptivos bucales también se han relacionado con la pancreatitis.

La pancreatitis aguda puede ser consecutiva a cirugía del páncreas o cerca del mismo, o deberse a instrumentación de los conductos pancreáticos. La pancreatitis idiopática es responsable del 10 al 30% de los casos de pancreatitis aguda (Steinberg 1992). Además, hay menos frecuencia hay menor frecuencia de pancreatitis hereditaria.

La mortalidad de los pacientes con pancreatitis aguda aún es alta (de 10%) a causa de choque, anoxia, hipotensión o desequilibrio hidroelectrolíticos. Los ataques de pancreatitis aguda pueden terminar en recuperación completa, recurrir sin lesiones permanentes o avanzar a

pancreatitis crónica. Los pacientes recibidos en el hospital con diagnóstico de pancreatitis están muy enfermos y requieren de atención médica y de enfermería capacitada (21).

1.3.3.4. Causas de la pancreatitis aguda

Mayormente los casos de pancreatitis aguda el 60 a 855 son por el consumo de alcohol, por litiasis biliar entre otras causas como insuficiencia renal, cirugías, infecciones y CPRE. Para descartar la causa es recomendable realizar un ultrasonido en el abdomen o también exámenes de laboratorio. Algunas de las causas son por el consumo de alcohol, fármacos, hipertrigliceridemia entre otras sustancias tóxicas, en las mecánicas como la biliar, páncreas anular, trauma, estenosis y páncreas y en las genéticas: familiares o esporádica: vascular, enfermedades autoinmunes, infecciones y la idiopática (16).

1.3.3.5. Fases de la pancreatitis

- La primera fase denominada como temprana tiene una duración de hasta 10 días, asociada a la falla orgánica que desencadena citosinas manifestando el síndrome de respuestas inflamatoria sistémica, si persiste desarrolla la falla orgánica identificándose complicaciones que no determinan exactamente la gravedad de la enfermedad.
- En la fase tardía persisten signos sistémicos de inflamación o complicaciones locales, la falla orgánica persistente siendo el factor que va a determinar la gravedad, la presencia de infecciones locales o

sistémicas inician en la segunda semana y se relaciona con la mortalidad (17).

1.3.3.6. Clasificación

Es importante clasificar a los pacientes según la severidad de esta patología por lo siguiente:

- Identificar que pacientes necesitaran de un tratamiento más agresivo.
- Identificar pacientes que necesiten un centro especializado.
- Clasificar a los pacientes según exista presencia falla orgánica y complicaciones locales y/o sistémicas.

Según Atlanta existen 3 grados:

- Pancreatitis aguda leve es ocasionado por una falla orgánica y por presentar complicaciones en su mayoría en este tipo de pancreatitis s muy rara la mortalidad.
- Pancreatitis aguda moderadamente severa se da en pacientes que tienen falla orgánica transitoria o con complicaciones sistémicas en ausencia de falla persistente.
- Pancreatitis aguda severa se da por la presencia de una falla orgánica constante con algunas complicaciones locales, los pacientes que desarrollan esta falla durante los primeros días alcanza un índice de mortalidad del 36%, la mortalidad es extremadamente elevada cuando se presenta necrosis infectada (18).

1.3.3.7. Signos y síntomas

Los síntomas frecuentes en un paciente inician presentando dolor inicial repentino y punzante, en la parte superior del abdomen muy fuerte el que se va hasta la espalda presentando náuseas y vómitos. Otras sintomatologías que se consideran son: anorexia, sensibilidad en el abdomen, ruidos intestinales, fiebre, taquicardia, hipotensión, en la palpación del abdomen se encuentra masa abdominal porque el páncreas se ha agrandado y presencia del signo de Blumberg (19).

1.3.3.8. Factores de riesgo

Los factores que elevan la gravedad de los pacientes son:

- La edad en pacientes de 60 años donde la mortalidad incrementa.
- Comorbilidades en patologías como el cáncer, insuficiencia cardiaca, enfermedades crónicas renal o hepática.
- Prácticas nocivas como el consumo crónico de alcohol.
- Pacientes con obesidad que presentan esta patología su riesgo es elevado aumentando 3 veces y 2 veces en mortalidad.
- Litiasis biliar, es la causa más frecuente de la pancreatitis aguda, durante la fase inicial de esta patología, el diagnóstico debe realizarse mediante un diagnóstico imageneológico.
- Hipertrigliceridemia; por la presencia de triglicéridos a niveles altos este es el causante de 1 a 38% de los casos, el 15% de estos pacientes corren el riesgo de padecer la patología, si sobrepasan los niveles de triglicéridos 1000mg/dl el riesgo aumenta a 20.2%.

- Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE); técnica con mayor complicación a la pancreatitis con un 1.8% a 7.2% de incidencia y un 0.12 a 0.9% de mortalidad (20).

CAPITULO II
ESTUDIO DE CASO CLINICO
“ANÁLISIS DE PANCREATITIS AGUDA”

2.1 OBJETIVOS

2.1.1. Objetivo general

Analizar manifestaciones clínicas, factores de riesgo y pronósticos, así como la conducta diagnóstica y terapéutica en el caso de un paciente diagnosticado con pancreatitis aguda en el Servicio de Emergencia del Hospital III EsSalud – Chimbote 2020.

2.1.2. Objetivos específicos

- Analizar cuadro clínico, evolución, conducta diagnóstica y terapéutica en un paciente diagnosticado con pancreatitis aguda en el Servicio de Emergencia del Hospital III EsSalud – Chimbote 2020.
- Identificar los factores de riesgo en un paciente diagnosticado con pancreatitis aguda en el Servicio de Emergencia del Hospital III EsSalud – Chimbote 2020.
- Identificar el pronóstico con diagnosticado con pancreatitis aguda en el Servicio de Emergencia del Hospital III EsSalud – Chimbote 2020.

2.2. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

2.2.1. ANAMNESIS.

2.2.1.1. DATOS GENERALES.

Fecha de ingreso: 09/10/2019 - Hora de ingreso: 17:20 horas

- Nombres y Apellidos: M. B. E.
- Domicilio: Chimbote.
- Edad: 71 años.
- Sexo: Masculino.

- Grado de Instrucción: Secundaria completa
- Ocupación: Jubilado.
- Procedencia: Áncash.
- Estado Civil: Casado.
- Idioma: Castellano.
- Religión: Católico.
- Situación socio económico: Pensionista.
- Nro. Historia Clínica: 397333
- Hora de Atención: 17:20 horas.

2.2.1.2. MOTIVO DE INGRESO/CONSULTA:

Paciente Varón de 71 años de edad refiere que aproximadamente 14 horas presenta dolor moderado en abdomen superior a nivel del epigastrio y flanco derecho, que no calma a la posición antálgica, exacerbándose con el paso de las horas, y agregándose además náuseas, vómitos de contenido bilioso abundante más de 10 veces en casa, distensión abdominal, deposición hace 22 horas. No eliminación de flatos.

2.2.1.3. PROBLEMA ACTUAL.

Paciente refiere: “Desde ayer estoy mal, me duele fuerte la boca de mi estómago hacia el lado izquierdo, tengo náuseas y vómitos, tengo sed, no puedo eliminar gases y mi barriga se hincha”

2.2.1.4. DIAGNÓSTICO MÉDICO.

R10.1: Dolor abdominal localizado en parte superior.

K56.4: Otras obstrucciones del intestino.

K85.9: Pancreatitis aguda, no especificada.

- FECHA DE APLICACIÓN DEL PAE: 09/10/2019

2.2.1.5. PERFIL DEL PACIENTE.

A) Estilos de vida.

- Composición familiar.

Actualmente vive con su esposa quien tiene 70 años de edad.

Paciente refiere que suele consumir bebidas alcohólicas “Cervezas” muy esporádicas, en ocasiones se embriaga, y consume cigarrillos de vez en cuando, entre otros malos hábitos de consumir alimentos como frituras, etc. Él se considera una persona social y socialmente aceptado, es creyente de la palabra de Dios y pertenece a la religión católica.

B) Antecedentes Personales.

a. Antecedentes patológico.

- Niega.

b. Antecedentes familiares.

- Desconoce.

2.2.2. EXAMEN FÍSICO.

2.2.2.1. Signos Vitales:

- Presión arterial 90/50 mm/Hg
- Temperatura: 36.2 °C.
- Frecuencia cardiaca: 133 x min.
- Frecuencia respiratoria: 22 x min.
- SO₂: 98%

2.2.2.2. Medidas Antropométricas:

- Peso: 102 Kg
- Talla: 1.69 cm
- IMC: 37%

2.2.2.3. Constitución: Pacientes de tipo asténico.

2.2.2.4. Piel: Piel fría, diaforético, palidez +/+++ , mucosas orales semi-secas, ventila por la boca. Paciente en mal estado general (MEG), regular estado de nutrición (REN), mal estado de hidratación (REH).

2.2.2.5. Cabeza: Normocéfalo, con leve alopecia, con canas abundantes

2.2.2.6. Cara: Con líneas de expresión propias de la edad, piel flácida en parte de los pómulos y cuello, presenta lunares.

2.2.2.7. Ojos: Párpados caídos, presenta agudeza visual, no usa anteojos.

2.2.2.8. Oídos: Simétricos, con buena implantación.

2.2.2.9. Nariz: Simétricos, permeables.

2.2.2.10. Cavidad oro faringe: Mucosa oral secas, ventila por la boca, nauseoso, llega al vomito abundante de contenido bilioso.

2.2.2.11. Cuello: Cilíndrico, móvil, no masas, placidez de la piel del cuello propio de la edad.

2.2.2.12. Sistema respiratorio: Tórax y pulmones: RHA conservada, murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares (ACP), no se auscultan estertores, leve polipnea, saturación de 98%.

2.2.2.13. Sistema Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos, regulares, taquicárdicos de 113 / minuto, se palpa a nivel de la arteria radial, braquial, no se auscultan soplos.

Piel pálida +/+++ , llenado capilar mayor a 3segundos.

2.2.2.14. Sistema gastrointestinal:

- Abdomen: Distendido, timpanismo difuso, ausencia de peristaltismo, dolor a la palpación en todo el abdomen, predominio epigastrio, que se irradia a cuadrante superior derecho e izquierdo. EVA: 8/10. Con sensación nauseosa que llega al vomito abundante de contenido bilioso más de 4 veces.
- Al tacto rectal: Ampolla vacua. No hace deposición hace más de 24 horas.
- RX abdomen: con niveles hidroaéreos en asas intestinales superiores, no aire en ampolla rectal, borramiento de PSOAS.
- TAC abdominal: Impresiona líquido libre en hemiabdomen inferior, cola de páncreas aumentado de tamaño, asas delgadas dilatadas, vesícula biliar con cálculo en su interior.

2.2.2.15. Sistema genitourinario: Genitales masculinos: Normales, escasa producción de orina colurica se evidencia en luz de la zona Foley, paciente refiere que no micciona hace más de 12 horas.

2.2.2.16. Sistema musculo esquelético: Fuerza muscular disminuido por la edad, se evidencia flacidez de la piel en cuello, brazos, piernas; fuerza muscular débil por el dolor y mal estado del paciente.

2.2.2.17. Sistema nervioso central: Glasgow 15, lucido, orientado en espacio, tiempo y persona, pupilas isocóricas, foto reactivas, no signos meníngeos ni de focalización.

2.2.2.18. Sistema hematopoyético: Grupo sanguíneo 0 +, plaquetas 173 000 mcL., piel fría, diaforética.

2.2.3. AYUDA DIAGNÓSTICA.

2.2.3.1. Exámenes de laboratorio:

- Hemoglobina 14.1 gr/dl
- Hematocrito: 42 %
- Leucocitos: 12,300 /mm³
- Abastoados: 05 %
- Segmentados: 80 %
- Eosinófilos: 00 %
- Basófilos: 00 %
- Monocitos: 03 %
- Linfocitos: 12 %
- Plaquetas: 173 000 mcL
- Creatinina: 0.92 mg/dl
- Urea: 0.92 mg/dl
- Glucosa: 103. mg/dl.
- Amilasa: 2035 U/L (Valor normal de 0 a 137 U/L).
- Electrolitos: K: 3.80, Na: 141, TGP: 522, TGP: 275, DHL: 454, FA: 127, TC: 7 Y TS: 2, TP: 18.9, TTP: 41.7.

2.2.3.2. Pruebas Especiales.

- Radiografía de abdomen de pie y de cubito.
- Tomografía abdominal sin contraste.

2.2.4. DIAGNOSTICO MÉDICO.

- R10.1: Dolor abdominal localizado en parte superior.
- K56.4: Otras obstrucciones del intestino.
- K85.9: Pancreatitis aguda, no especificada.

2.2.5. TRAMIENTO MÉDICO.

2.2.5.1. Indicaciones de ingreso. 09/10/2019 - 17:20 horas

Reposo en cama, cabecera 35°.

- NPO, CFV + BHE.
- SNG a gravedad.
- Cloruro de sodio 0.9% > I Y II Frascos a chorro, luego a 60 gotas/min.
- Ranitidina 50mg EV, cada 8 horas.
- Metoclopramida 10 mg EV cada 8 horas.
- Infusión: Metamizol 4 gr, Tramadol 400 mg, gravol 200 mg en 250 ml Suero fisiológico: pasar 10 ml/ hora, tituable al dolor.
- Metamizol 1gr PRN a fiebre o dolor intenso.
- SS EX DE LAB+EKG.
- Sonda nasogástrica.
- Sonda Foley más bolsa colectora.
- TAC abdominal-pélvico con contraste.

- Rayos X de abdomen de cubito y de pie.
- Interconsulta con cirugía.
- Exámenes de laboratorio incluye bioquímica.
- Pasa a observación para manejo por medicina.

Signos Vitales de ingreso:

- Presión arterial: 90/50 mmHg.
- Frecuencia cardiaca: 133 x min.
- Frecuencia respiratoria: 22 x min.
- Temperatura corporal: 36.2 °C. axilar.

2.2.5.2. Indicaciones en observación. 09/10/2019 – 21.12 horas.

- Reposo en cama
- NPO, CFV + BHE
- SNG a gravedad
- Cloruro de sodio 0.9% > 60 gotas/ min.
- Infusión: Metamizol 4 gr, Tramadol 400 mg, gravol 200 mg en 250 ml Suero fisiológico: pasar 10 ml/ hora, tituable al dolor.
- Ranitidina 50mg EV cada 8 horas
- Metamizol 1gr PRN a fiebre o dolor intenso
- Metoclopramida 10 mg EV cada 8 horas
- Fitomenadiona 10 mg EV cada 12 horas

A) Diagnóstico médico.

- R10.1: Dolor abdominal localizado en parte superior
- K85.9: Pancreatitis aguda, no especificada.

- K56.4: Otras obstrucciones del intestino.

2.2.5.3. Fecha de atención 10/10/2019 – 10:02 am.

A) Anamnesis

- EA. 01 día dolor abdominal, actualmente con dolor abdominal 2/10
- EF. OTEP, RSCS BT BI, CSPS MV pasa bien
- Abdomen distendido timpánico, rebote, además neurológico: No focaliza no signos meníngeos.

B) Signos Vitales

- Presión arterial: 100/60 mmHg.
- Frecuencia cardiaca: 90 x min.
- Frecuencia respiratoria: 21 x min.
- Temperatura corporal: 36.7 C° axilar.

C) Diagnóstico

- R10.1: Dolor abdominal localizado en parte superior
- K85.9: Pancreatitis aguda, no especificada

D) Indicaciones

- Reposo en cama
- NPO+SNG
- CFV + BHE
- Cloruro de sodio 0.9% > 40 gotas X
- Ranitidina 50mg EV ACDA 8 horas
- Metamizol 1gr PRN a fiebre o dolor intenso

- Metoclopramida 10 mg EV cada 8 horas
- Fitomenadiona 10 mg EV cada 8 horas
- SS AGA + E.

2.2.5.4. Fecha de atención 10/10/2019 – Hora de atención: 15:02

5.4.1. Anamnesis

- Asintomático.
- REG, REN, REH, despierto, LOTEPE, ventilado espontáneamente sin O2 suplementario con SNG, no residuo RESP, MV pasa en ACP.
- CV RCRR no soplos.
- ABD RHA + B/D leve distensión no doloroso.
- GU diferido.
- Neurológico O4 V5 M6 15/15 no focalización no signos meníngeos.

5.4.2. Signos Vitales:

- Presión arterial: 110/70 mmHg.
- Frecuencia cardiaca: 78 x min.
- Frecuencia respiratoria: 20 x min.
- Temperatura corporal: 36.8 C° axilar.
- SATO2: 97% FIO2: 21%

5.4.3. Diagnóstico

- K85.9: Pancreatitis aguda, no especificada.

5.4.4. Indicaciones

- Reposo en cama
- NPO + SNG

- CFV +BHE
- Cloruro de sodio 0.9% > 40 gotas X
- Ranitidina 50mg EV ACDA 8 horas
- Metoclopramida 10 mg EV cada 6 horas
- Dimeticona 40 GTS VO cada 6 horas
- Fitomenadiona 10 mg EV cada 12 horas
- Enema evacuante STAT
- Metamizol 1gr PRN a fiebre o dolor intenso
- Se hospitaliza
- SS electrolitos

5.4.5. Resultados de Patología Clínica

- Examen de orina

Células escasas, Leucocitos: 3 – 5 XC, Hematíes: 0 XC,

Gérmenes: escasos

- Amilasa: 821 u/l
- Urea 40 mg/dl (m: 20.00 – 40.00)
- Creatinina 0.92 mg/dl (m: 0.70 – 1.20)
- Glucosa: 113 mg/dl (70.00 – 110.00)
- Sodio mmol/ 141mmol/dl (136.00 – 145.00)
- tgo-asat: u/l 522.00 (0.00 – 40.00)
- Recuento de leucocitos 10. 3/ mm³
- Recuento de hematíes 10 6/ul 4.49, (4.60-5.90)
- Hemoglobina g/dl 13.8, (13.00-16.50)

- Hematocrito % 38.6, (42.00-48.00)
- Volumen corpuscular medio fl 86.0, (80.00-100.00)
- Hb corpuscular media pg 30.7, (27.00-34.00)
- Conc. Hemoglobina corpuscular g/dl 35.8, (32.00-36.00)
- Recuento de plaquetas 10³/ul 159, (143.00-390.00)
- Mielocitos 10³/ul 0.00
- Metamielocitos 10³/ul 0.00
- Abastonado % 0.00
- Segmentado % 89.4, (50.00-70.00)
- Eosinofilos % 0.1, (0.50-5.00)
- Basofilos % 0.1, (0.00-1.00)
- Linfocitos % 2.5, (20.00-40.00)
- Monocitos % 6.1, (3.00-8.00)
- Abastonados 10³/ul 0.00
- Segmentado 10³/ul 10.19, (2.00-7.00)
- Eosinofilos 10³/ul 0.01, (0.02-0.50)
- Basofilos 10³/ul 0.01, (0.00-1.00)
- Linfocitos 10³/ul 0.29, (0.80-4.00)
- Monocitos 10³/ul 0.70, (0.30-0.80)
- Nrbc % 0.00
- Ancho de distribución de globu fl 43.0, m: 35.00-56.00
- Ancho de distribución de globu % 13.7, (11.00-16.00)
- Ig% % 1.8, m: 0.00-1.0

2.2.6. VALORACIÓN POR DOMINIOS (DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA).

DOMINIOS PRIORIZADOS	CLASE	DIAGNOSTICO APROBADO POR LA NANDA	DATOS SUBJETIVOS Y OBJETIVOS
Dominio 2 nutrición	5 Hidratación	00027 Déficit de volumen de líquidos.	Datos subjetivos: Paciente refiere resequead de la boca y necesidad de beber agua. Datos objetivos: Mucosa oral secas, abdomen distendido timpánico, nauseoso y llega al vómito bilioso abundante, P/A:90/50 mmHg. Pulso.133/min.
Dominio 12 confort	Clase 1 Confort físico	00132 Dolor agudo.	Datos subjetivos: Paciente refiere percibir mucho dolor a nivel de todo el abdomen predominio epigastrio y cuadrante superior derecho e izquierdo. Datos objetivo: Adopta la posición antálgica, diaforesis, agitación, suspiros, Pulso de 1337 min. EVA: 8/10 puntos.
Dominio nutricional	Clase 1 ingestión.	00179 Riesgo de nivel de glucemia inestable	Datos subjetivos: Paciente en NPO estricto. Datos objetivos: Paciente obeso, en NPO de probabilidad prolongada, nauseoso, vomita, recibe grandes cantidades de solución salina.
Dominio 3 Eliminación	Clase 2 Función gastrointestina 1	00196 Motilidad gastrointestinal disfuncional.	Datos subjetivos: paciente refiere que no hace deposición más de 24 horas. Datos objetivos: Abdomen distendido, polipnea leve, ausencia de peristaltismo intestinal.

2.2.7. PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA.

DIAGNÓSTICO	OBJETIVOS	INTERVENCIONES	BASE CIENTÍFICA
Déficit de volumen de líquidos Relacionados con pérdida activa del volumen de líquidos.	Mejorar el estado de líquidos y electrolitos en el paciente..	<ol style="list-style-type: none"> 1. Control de las funciones vitales. 2. Administrar grandes cantidades de líquidos y electrolitos por la vía EV. según las indicaciones médicas. 3. Mantener al paciente en una posición de 30 o 45° durante el día. 4. Evaluar los orígenes de pérdidas hidroelectrolíticas (Vómitos, drenaje nasogástrico, y sudoración excesiva). 5. Llevar un balance hidroelectrolítico estricto por horas. 6. Lavado de manos estricto y uso de barreras de bioseguridad antes, durante y después de realizar algún procedimiento al paciente 7. Brindarle apoyo espiritual. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Permite observar cambios principales en el funcionamiento de los sistemas corporales. 2. Los pacientes con pancreatitis aguda e ilio paralíticos pierden grandes cantidades de volumen por los vómitos y por el mismo problema del ilio paralítico en esas condiciones el paciente, el plasma suele pasar a la cavidad abdominal. 3. Ayudará a tener una mejor inspiración y expiración respiratoria. 4. Las pérdidas de electrolitos ocurren por aspiración nasogástrica, sudoración intensa, emesis y ayuno. 5. Permite mantener constante el agua mediante el ajuste entre los ingresos y la pérdida. 6. Evita la proliferación de gérmenes y la contaminación cruzada. 7. Ayuda al paciente a conseguir el equilibrio a través de sus creencias, mientras facilitar el crecimiento espiritual.
Dolor agudo Relacionado con agentes lesivos propios del organismo.	Aliviar el dolor y las molestias del paciente.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Administras analgésicos asociados de 2 como tramadol y Metamizol. 2. Evaluar la intensidad del dolor antes, durante y después 	<ol style="list-style-type: none"> 1. El tramadol se usa para tratar el dolor que va de moderado a grave en los adultos. Se une con los receptores de opioides del sistema nervioso central, combinados con otros analgésicos

		<p>de la administración del analgésico.</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Ayudar al paciente para que asuma posiciones cómodas: Voltarlo y acomodarlo cada 2 horas. 4. Informar al médicos sobre la falta de alivio del dolor o el aumento de su intensidad. 	<p>potencian aún más su potencial analgésico.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Valoración y el control del dolor revisten importancia porque la inquietud aumenta el metabolismo, con lo que se estimula la secreción de enzimas pancreáticas y gástricas. 3. Los cambios frecuentes de posición alivian la presión y facilitan la prevención de complicaciones pulmonares y vasculares. 4. El dolor suele aumentar las secreciones de las enzimas pancreáticas y también puede indicar otras complicaciones.
<p>Riesgo de nivel de glucemia inestable Relacionada con el aumento de las necesidades nutricionales por la enfermedad aguda.</p>	<p>Mejorar el estado nutricional en el corto plazo.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluar el estado nutricional actual y el aumento de las necesidades metabólicas. 2. Vigilar la glucemia y administrar insulina por si fuera necesario según las indicaciones del médico. 3. Administrar líquidos como suero fisiológico y/o dextrosa con electrolitos por vía endovenosa. 4. Brindarle consejería al paciente que suspenda la ingesta de alcohol y si es posibles coordinar con la asistente social. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. La alteración de las secreciones pancreáticas obstaculiza los procesos digestivos normales. Las enfermedades agudas y fiebre intensifican las necesidades metabólicas. 2. La limitación de la función endocrina del páncreas origina aumento de la glucemia. 3. La administración de líquidos, electrolitos y nutrientes es indispensable cuando esta contra indicado por la boca. 4. El consumo de alcohol agrava las lesiones pancreáticas y precipita los ataques de pancreatitis aguda.

<p>Motilidad gastrointestinal disfuncional Relacionado con probable ilio paralitico.</p>	<p>Aliviar el aparato gastro intestinal por probable ilio paralitico.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Colocar una sonda nasogástrica a gravedad continua. 2. Medir las secreciones gástricas a intervalos específicos. 3. Observar y registrar el color y la viscosidad de las secreciones gástricas. 4. Cerciorarse de que la sonda nasogástrica permita el libre flujo y drenaje de las secreciones. 5. Administrar metoclopramida 10 mg EV cada 8 horas, y anti ulcerosos según prescripción médica. 6. Valorar la motilidad intestinal en busca de complicaciones, o resoluciones del problema. 7. Mantener al paciente en cama. 8. Mantener estricto la indicación de NPO. 9. Supervisar la higiene oral periódica del paciente. 10. Apoyo emocional constante de una manera empática. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Las aspiraciones nasogástricas permiten extraer el contenido gástrico y prevenir el paso de las secreciones estomacales al duodeno y la estimulación del mecanismo de la secretina. La descompresión intestinal (con el uso de la sonda nasogástrica) facilita el alivio de las molestias respiratorias. 2. La metoclopramida es un sustituto de la benzamida que pertenece a los neurolépticos y se utiliza por sus propiedades antiemética síntomas provocados por el vaciamiento lento del estómago, también suele ser usado para estimular el peristaltismo y resolver problemas de ilio. 3. El profesional de enfermería valora continuamente el abdomen del paciente para prevenir y /o controlar las posibles complicaciones. 4. El reposo en cama disminuye el metabolismo corporal, y por consiguiente las secreciones pancreáticas y gástricas. 5. Las secreciones pancreáticas aumentan con la ingestión de líquidos y alimentos. 6. Alivia la sequedad e irritación del buco faringe. 7. Ayuda al paciente a poder sentir más confianza en el personal de enfermería.
--	---	---	--

2.2.8. EJECUCIÓN.

Se ejecutaron todas las actividades programadas en un 100%.

2.2.9. EVALUACIÓN.

El paciente fue clasificado como prioridad II de la emergencia, su evolución fue favorable durante las 24 horas en observación de adultos, se le brindó los cuidados tratando de incrementar su bienestar y así evitar que sufra algún otro daño y/o complicación, siempre bajo el paradigma holístico en sus aspectos (biológicos, psicológicos, sociales, espirituales, culturales, entre otros), así como en su interrelación con el entorno.

2.3. DISCUSIÓN

La pancreatitis aguda es una de las patologías más frecuente de atención en el servicio de emergencia, los pacientes buscan asistencia debido a la intensidad del dolor y/o complicaciones. El tratamiento y manejo de la pancreatitis aguda es de gran importancia debido a sus probabilidades de complicaciones y su relación con la morbilidad y mortalidad.

Ante ello, Bogantes (2015) en su estudio titulado Revisión bibliográfica sobre las guías para el manejo adecuado por imágenes de

los pacientes con pancreatitis aguda” concluye que para los casos de pancreatitis aguda es de suma importancia la evaluación clínica con laboratorio; resaltando la importancia de la tomografía de contraste (3). En nuestro caso en nuestro podemos verificar que se realizó análisis de laboratorio para el manejo del caso; y que la sintomatología también ayudo al diagnóstico correcto; además, se evidencia que no se solicitó tomografía de contraste.

La pancreatitis aguda según la revisión literaria es de mayor prevalente en pacientes jóvenes y de menor en adultos. En una investigación realizada por Oviedo (2015) titulada “Pancreatitis aguda, factores de riesgo y complicaciones en paciente del Hospital Abel Gilbert Pontón, año 2014”, referente a la edad indica que el 52% de su población en estudio presentó edad entre 31 a 50 años, concluyendo que la edad es un factor de riesgo sumado a malnutrición o ingesta de alcohol (4).

Resultados similares fueron los encontrados por Olivos (2018) en su estudio titulado “Factores clínicos que se asocian a la pancreatitis aguda en pacientes atendidos por el servicio de emergencia del Hospital de Ventanilla de enero – diciembre 2016”, donde encuentra que el mayor porcentaje de su población presenta una edad entre los 36 a 50 años, además de presentar otro factor de riesgo como alcoholismo u obesidad (8). Resultados contrarios en cuento a la edad presenta nuestro caso

estudiado pudimos observar a un paciente de 71 años; aunque resultado similar tenemos que posee como factor de riesgo el consumo de alcohol de modo regular.

Asimismo, la obesidad tiene relación estrecha como factor de riesgo para desarrollar la enfermedad de la pancreatitis aguda según la literatura. Resultados similares fueron los encontrados por Huarcaya (2018) en su investigación titulada “Perfil clínico y epidemiológico de la pancreatitis aguda en pacientes hospitalizados en el servicio de pediatría del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza 2008 - 2017”, donde un resaltante porcentaje de población en estudio presentó como estado nutricional el sobrepeso (30.95%) (12). En nuestro caso el paciente presentaba un IMC de 37% (obesidad), indicando que el paciente sí presentaba este factor de riesgo. Por otro lado, nuestra teoría indica que la pancreatitis aguda se ve recurrentemente en pacientes varones que, en mujeres, en nuestro caso el paciente con la patología fue de sexo masculino.

Cabe resaltar que en cuanto a la sintomatología la revisión literaria nos indica que dentro de los síntomas frecuentes en un paciente inician presentando dolor inicial repentino y punzante, en la parte superior del abdomen muy fuerte el que se va hasta la espalda presentando náuseas y vómitos. Otras sintomatologías que se consideran

son: anorexia, sensibilidad en el abdomen, ruidos intestinales, fiebre, taquicardia, hipotensión, en la palpación del abdomen se encuentra masa abdominal porque el páncreas se ha agrandado y presencia del signo de Blumberg (19). En nuestro caso en estudio se puede constatar la existencia del cuadro; ya que, nuestro paciente ingresa al Servicio de Emergencia por presentar epigastralgia, náuseas, vómitos, abdomen sensible a la palpación, pulso elevado (113 lpm).

Ante lo expuesto podemos decir que el profesional de enfermería debería aplicar de forma sistemática el PAE, en su valoración, cuidado y tratamiento del paciente. El profesional de enfermería toma las acciones adecuadas y oportunas a fin de prevenir y controlar los daños, alteraciones que conlleva la enfermedad. El trabajo multidisciplinario y coordinado es de importancia para el bienestar del paciente.

2.4. CONCLUSIONES

2.4.1. La pancreatitis aguda es una patología con clínica leve hasta mortales con fallas multiorgánicas e inclusive la muerte. Ante un cuadro clínico de dolor abdominal como en el caso presente que además está asociado a náuseas y vómitos, para confirmar nuestro posible diagnóstico basta con valores séricos elevados de las enzimas del páncreas; ello debido a que el diagnóstico basado en imágenes es limitado y la ecografía solo se limita a diagnosticar la causa, la tomografía evalúa la gravedad más que el diagnóstico primario. El tratamiento como se pudo apreciar se basará en la profilaxis de la infección, junto con adecuado soporte nutricional y tratamiento que dependerá del factor de riesgo.

2.4.2. En cuanto a los factores de riesgo se pudo identificar en el paciente su sobrepeso y el consumo de alcohol. Por otro lado, el pronóstico de la patología dependerá de estos factores de riesgo, ya que conllevará a una mala respuesta al tratamiento inicial. La pancreatitis aguda tiene un riesgo muy alto ya que puede llevar a la muerte, siendo su principal causa la falla multiorgánica. Si la terapia con antibióticos falla o el drenaje biliar no se realiza a tiempo, las tasas de mortalidad son fatales en un 100% de los casos; ante eso, el personal de enfermería del Servicio de Emergencia del Hospital III cumple un papel fundamental.

2.4.3. Los puntos críticos que se identificaron en el presente caso son fallos dentro de la historia clínica, las evoluciones diarias son muy básicas sin especificaciones del estado actual del paciente; por otro lado, se identificó la necesidad terapéutica que debe tener el Hospital III EsSalud y que debe corresponder a su dicho nivel; asimismo, la existencia de un retraso en el trámite para realizar procedimientos, la falta de protocolos en el Servicio de Enfermería para la atención de pacientes con pancreatitis aguda.

2.5. RECOMENDACIONES

Antes de finalizar, sugeriré algunas recomendaciones al Servicio de Emergencia del Hospital III – EsSalud Chimbote, en base a los resultados y conclusiones a que me llevó el análisis del caso de un paciente diagnosticado con pancreatitis aguda que se atienden en dicho nosocomio:

- 2.5.1. Es necesario implementar un protocolo de atención o guía clínica para el personal de enfermería, para dar un adecuado cuidado en el manejo del paciente con pancreatitis aguda.
- 2.5.2. Es necesario la capacitación y actualización del personal que trabaja en dicha área sobre el manejo, clínica y pautas para pacientes con pancreatitis aguda.
- 2.5.3. Podría implementarse un comité de Historias Clínicas, para la revisión constante de las mismas, garantizando la calidad de las mismas.
- 2.5.4. Es urgente acelerar el trámite empleado para realizar estudios necesarios para dichos pacientes, para de este modo obtener un diagnóstico más temprano.
- 2.5.5. Sensibilizar y capacitar al personal de enfermería del servicio de emergencia, sobre la importancia de la aplicación del proceso de atención de Enfermería, para evitar complicaciones y secuelas irreversibles en el paciente.

BIBLIOGRAFIA

1. Sanz de Villalobos E, Larrubia Marfil, J. M.. (2010). Acute pancreatitis. Revista Española de Enfermedades Digestivas, 102(9), 560. Recuperado en 02 de octubre de 2020, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082010000900010&lng=es&tlng=en.
2. Cango O, Fajardo N, Rivas A. Proceso de atención de enfermería en pacientes con pancreatitis aguda severa. Trabajo de Titulación Enfermería. Ecuador: UTMACH, Unidad Académica de Ciencias Químicas Y De La Salud; 2019.
3. Bogantes R. "Revisión bibliográfica sobre las guías para el manejo adecuado por imágenes de los pacientes con pancreatitis aguda". Tesis de Maestría. Rodrigo Facio: Universidad de Costa Rica, Costa Rica; 2015.
4. Oviedo Y. Pancreatitis aguda, factores de riesgo y complicaciones en pacientes del Hospital Abel Gilbert Ponton. Tesis de Licenciatura. Guayaquil: Universidad de Guayaquil, Ecuador; 2014.
5. Angeles I. Valor predictivo en Pancreatitis aguda con escala BISAP. Tesis de Maestría. Mexico: Universidad Veracruzana ; 2019.
6. Panamá L. Causas e Incidencia de Pancreatitis Aguda en pacientes atendidos por el Servicio de Cirugía del Hospital San Vicente de Paúl periodo 2016 - 2017. Tesis de Licenciatura. Ecuador: Universidad Técnica del Norte, Ibarra; 2018.
7. Marin D, Aguila O, Torres L, Puerto J. Morbilidad y mortalidad en pacientes con pancreatitis aguda. Cienfuegos, 2014-2015. Hospital general Universitario. 2019 Abril; 17(2).

8. Olivos S. actores clínicos asociados a pancreatitis aguda en pacientes atendidos en emergencia del Hospital de Ventanilla de enero -diciembre 2016. Tesis de maestría. Lima: Universidad Ricardo Palma, Lima-Perú; 2018.
9. Calixto C. Complicaciones locales en pacientes con pancreatitis aguda Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2014 -2015. Tesis de Maestría. Perú: Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa, Arequipa; 2016.
10. Torres D. Manejo de los pacientes con pancreatitis aguda en el Hospital de Apoyo II -2 Sullana durante el año 2014. Tesis de Licenciatura. Perú: Universidad Nacional de Piura, Piura; 2015.
11. Espinoza M. Factores relacionados a la estancia hospitalaria prolongada en pacientes con pancreatitis aguda. Hospital III Daniel Alcides Carrión, EsSalud Tacna, 2017. Tesis de Licenciatura. Perú: Universidad Nacional de San Agustín, Arequipa; 2018.
12. Huarcaya Y. "Perfil clínico y epidemiológico de la pancreatitis aguda en pacientes hospitalizados en el servicio de pediatría del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza 2008-2017". Tesis de Licenciatura. Perú: Universidad Nacional de San Agustín, Arequipa; 2018.
13. Chávez M. (2002). Historia del Páncreas y de la evolución de los conceptos y la clasificación de Pancreatitis. Revista de Gastroenterología del Perú, 22(3), 243-247. 03 de octubre de 2020, disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292002000300008&lng=es&tlng=es.

14. Moreira, V., López, A. Información al paciente. Pancreatitis aguda. REV ESP ENFERM DIG (Madrid). 2010; 102(9): 560
15. Guillaumes S., Blanco I., Sans MD, Clavé P., Farré A., y Lluís F. Fisiopatología de la pancreatitis aguda. Gastroenterología y Hepatología. 1996, 19(4): 224-229.
16. Lipovestky F, Tonulli C, Ramos A, Cueto G, Guimaraens P, Reina R, et al. Pancreatitis aguda. Su manejo en cuidados intensivos. MEDICINA INTENSIVA. 2016; 33(1):47-59
17. Álvarez, F., y Castañeda, N. Pancreatitis aguda. Revista médica. 2014; 5(2): 80-86.
18. Cerda, J. Análisis de las nuevas clasificaciones de la pancreatitis aguda. Cir Gen 2013; 35 (S1): 16-S18.
19. Maureen E, Krenze M. Comprender la pancreatitis aguda. Nursing. 2017: 31-35
20. Povar, M., Auquilla, P. Pancreatitis aguda grave como complicación de Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica. RAPD ONLINE. 2017; 40(3):150-153.
21. Smeltzer, S. C., Brunner, L. S., Suddarth., & Bare, B. G. (2002). *Brunner y Suddarth. Tratado de enfermería medicoquirúrgica* (9' edición.). Madrid: McGraw-Hill.