

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTES ADULTOS MAYORES  
CON PANCREATITIS AGUDA EN EL SERVICIO SAN ANDRÉS DEL  
HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO - 2016**

**INFORME DE EXPERIENCIA LABORAL PROFESIONAL PARA OPTAR  
EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE  
ENFERMERÍA EN GERONTOLOGÍA Y GERIATRÍA**

**SILVIA GIOVANNA BRAVO VALENCIA**

**Callao, 2017  
PERÚ**

## **HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO**

### **MIEMBROS DEL JURADO:**

- MG. MERY JUANA ABASTOS ABARCA                      PRESIDENTA
- MG. NOEMÍ ZUTA ARRIOLA                                SECRETARIA
- DRA. TERESA ANGÉLICA VARGAS PALOMINO        VOCAL

### **ASESORA: MG. HAYDEE BLANCA ROMÁN ARAMBURÚ**

Nº de Libro: 03

Nº de Acta de Sustentación: 359-2017

Fecha de Aprobación del Informe de Experiencia Laboral: 26/10/2017

Resolución Decanato N° 2721-2017-D/FCS de fecha 23 de Octubre del 2017 de designación de Jurado Examinador de Informe Laboral para la obtención del Título de Segunda Especialización Profesional.

# ÍNDICE

	Pág.
<b>INTRODUCCIÓN</b>	2
<b>I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	3
1.1 Descripción de la Situación Problemática	3
1.2 Objetivo	5
1.3 Justificación	5
<b>II. MARCO TEÓRICO</b>	7
2.1 Antecedentes	7
2.2 Marco Conceptual	10
2.3 Definición de Términos	27
<b>III. EXPERIENCIA PROFESIONAL</b>	29
3.1 Recolección de Datos	29
3.2 Experiencia Profesional	29
3.3 Procesos Realizados del Informe	34
<b>IV. RESULTADOS</b>	38
<b>V. CONCLUSIONES</b>	42
<b>VI. RECOMENDACIONES</b>	43
<b>VII. REFERENCIALES</b>	44
<b>ANEXOS</b>	47

## INTRODUCCIÓN

El presente informe describe la experiencia laboral profesional en el Hospital Nacional Dos de Mayo siendo la población atendida de diferentes distritos de Lima y departamentos del Perú. Actualmente el Hospital Nacional Dos de Mayo cuenta con 17 departamentos distribuidos por servicios y unidades pertenecientes al ministerio de salud. El hospital tiene un departamento de medicina interna la cual cuenta con 5 servicios de medicina totalmente equipadas y con un total de 178 camas de hospitalización, el servicio San Andrés lugar donde laboro cuenta con 36 camas hospitalarias

El presente informe tiene como objetivo describir los cuidados de enfermería a pacientes adultos mayores con Pancreatitis Aguda en el servicio San Andrés del Hospital Nacional Dos de Mayo. Así mismo contribuirá a impulsar, potenciar y motivar a la aplicación de nuevos modelos de cuidados de Enfermería en nuestro ejercicio profesional.

Consta de VII capítulos , los cuales se detallan a continuación : El Capítulo I describe el planteamiento del problema , descripción de la situación problemática , objetivos , justificación , el Capítulo II incluye los antecedentes , el marco conceptual y la definición de términos , el Capítulo III considera la presentación de la experiencia profesional , Capítulo IV resultados ; Capítulo V conclusiones , Capítulo VI las Recomendaciones y el Capítulo VII Referencias bibliográficas y anexos.

## I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

### 1.1.- Descripción de la Situación Problemática.

La Norma técnica del Ministerio de Salud indica que el servicio de medicina interna es la unidad orgánica encargada en la atención integral especializada a los pacientes adultos constituyéndose en 5 servicios. (1)

La Organización mundial de la Salud (OMS) indica que la Pancreatitis Aguda es la enfermedad pancreática más frecuente en el mundo. Tiene una incidencia estimada de 4,9 a 80 casos por 100.000 personas. La incidencia varía en las diferentes regiones geográficas, dependiendo del consumo de alcohol y de la frecuencia de litiasis biliar. (2)

En Inglaterra la incidencia es de 5.4 casos por cada 100,000 habitantes al año, mucho menor que en España, mientras que en Estados Unidos se presentan 79.8 casos por cada 100,000 al año. (3)

En los Estados Unidos muestran un incremento del 100% en el número de hospitalizaciones por Pancreatitis Aguda durante las últimas 2 décadas. La mortalidad reportada en la Pancreatitis Aguda es variable. De acuerdo a datos del Instituto Nacional de Estadística en 1999, la Pancreatitis aguda constituyó la causa número 20 de muerte, con 0,50% de las defunciones en el país. Además, que en subsecuentes años ha escalado como causa de mortalidad. (4)

En México no se tienen datos estadísticos completos, pero se sabe que en 2001 fue la decima séptima causa de mortalidad, con una prevalencia de 3%.(5)

En Cuba reflejan cifras entre 0.12 hasta 1.8% del total de ingresos en su incidencia. En algunas comunidades se registra un claro aumento en su incidencia y en la mortalidad asociada, lo cual se observa a expensas de la pancreatitis de etiología alcohólica, pero también en la pancreatitis de etiología biliar en la medida que las comunidades alcanzan mayor longevidad, la pancreatitis aguda implica un pronóstico muy grave en la persona de edad avanzada. (6)

En el Perú según los reportes del Ministerio de Salud que incluyen a los trastornos del de páncreas, vesícula biliar y vías biliares indican una incidencia de 28 casos por 100 000 habitantes en el 2009. (7)

En el Hospital Nacional Dos de Mayo, los pacientes atendidos por esta patología son muchos, en el año 2014 la incidencia fue de 10 pacientes de un total de 770 pacientes hospitalizados, en el año 2015 la incidencia fue de 13 pacientes de un total de 980 pacientes hospitalizados, en el 2016 la incidencia fue de 15 pacientes con Pancreatitis aguda de un total de 850 pacientes hospitalizados en el servicio San Andrés. (8)

En el servicio de San Andrés en estos años el cuidado de enfermería del paciente geriátrico alcanzo un mayor grado de complejidad debido a que inicialmente se brinda los cuidados desde un punto de vista holístico

integral humanizado cubriendo y/o supliendo las necesidades más esenciales.

El uso frecuente de los servicios hospitalarios por las personas mayores, los expone a consecuencias adversas de la hospitalización, muchas de las cuales no están relacionadas a la enfermedad de ingreso sino a efectos adversos de los tratamientos médicos y la práctica hospitalaria. A pesar que los hospitales modernos tienen lo último en tecnología, muchas prácticas del cuidado del paciente son arcaicas basadas más en tradición y hábitos que en ciencia y que pueden traer consecuencias no deseadas para las personas mayores. (9)

### **1.2.- Objetivo**

Describir los cuidados de Enfermería que se brinda a los pacientes adultos mayores con Pancreatitis Aguda en el servicio San Andrés del Hospital Nacional Dos de Mayo, 2016.

### **1.3.- Justificación**

Según Madaria la pancreatitis aguda es un proceso inflamatorio agudo que afecta a la glándula pancreática y es producido por una gran variedad de causas, tiene la característica de que con cierta frecuencia es capaz de activar una serie de sistemas inflamatorios y antiinflamatorios de efectos sistémicos que conducen a la aparición de falla orgánica cuyas consecuencias pueden ser fatales. (10)

En los últimos años se han visto incrementados los casos de Pancreatitis Aguda en los adultos mayores atendidos en el servicio San Andrés del Hospital Nacional Dos de Mayo.

El presente informe tiene por finalidad dar a conocer los cuidados de enfermería a los pacientes adultos mayores con Pancreatitis Aguda, actividad fundamental en la atención integral del paciente; además tiene el propósito de detectar, identificar en forma oportuna complicaciones que pueda presentar el paciente con pancreatitis Aguda.

Este informe beneficiara a los gestores y/o teóricos del cuidado en el adulto mayor, a la jefatura de Enfermería tanto del servicio y del Hospital y a los(as) licenciados(as) en enfermería que esta al cuidado de pacientes geriátricos con Pancreatitis Aguda.

## II. MARCO TEÓRICO

### 2.1 Antecedentes

NIVELLO VERA G., OJEDA GUERRERO L., ORELLANA ACURIO T. (Ecuador) en el año 2009, realizó un estudio titulado: **Prevalencia y características clínicas de la Pancreatitis aguda en el hospital “Vicente Corra Moscoso” durante el periodo 2007-2011**, con el objetivo de determinar la prevalencia y características clínicas de la pancreatitis aguda en pacientes que acudieron al Hospital “Vicente Corral Moscoso” durante el periodo 2007-2011, utilizando el método de tipo descriptivo retrospectivo, en base a la revisión de las casos de pacientes diagnosticados de pancreatitis agudas, concluyendo que se detectaron 407 pacientes diagnosticados, dando una tasa de prevalencia de 9,6 casos por cada 10,000 egresos hospitalarios, con una media de edad de 43,58 años, una desviación estándar de 15,81 años, el sexo más afectado fue el femenino 64.5%, etiología 55,8% fue la biliar; el 44% de los afectados permaneció hospitalizado entre 4-6 días, la letalidad por esta patología fue de 0,5%.

SOLÍS GARCÍA X., URENA PÉREZ C. y VILLALVASO HERNÁNDEZ J. (México), en el año 2011, realizaron un estudio titulado **Pancreatitis Aguda Necrotizante**, con el objetivo de describir los cuidados que se brinda al paciente con pancreatitis aguda necrotizante que constituye parte del proceso de enfermería, utilizando el método de tipo descriptivo

de estudio de caso, llegando a las siguientes conclusiones: con el presente proceso de atención de enfermería obtuvimos una nueva experiencia, desarrollando nuevos diagnósticos e intervenciones que ayudan al paciente a recuperarse y recobrar nuevamente su salud y así mismo ayuda al alumno a obtener mayores conocimientos para implementarlos en la práctica ya que se le dará cuidados a pacientes que puedan presentar dicha patología .además nos brinda la seguridad y confianza para llevar cabo intervenciones de enfermería que permitan la mejoría del paciente como también permiten demostrar e implementar los conocimientos obtenidos durante la teoría.

CARMONA P., IGLESIAS J. y HUERTA M. (Colombia), en el año 2012, realizaron un estudio titulado **Proceso de atención de Enfermería en urgencias a un paciente con pancreatitis aguda**, con el objetivo de realizar un proceso de atención de enfermería encaminado a resolver las necesidades básicas a través del desarrollo de un plan de cuidados para tal situación, realizando distintas búsquedas en varias bases de datos como son Scielo, Cuiden, para profundizar en qué consiste el dolor así como sus factores que lo precipitan dicha aparición, realizándose posteriormente un plan de cuidados adecuado. Los resultados obtenidos permitieron desarrollar las técnicas adecuadas para el cuidado que el paciente requería en esta etapa de la enfermedad, concluyendo que los procesos de atención de enfermería mejoran los cuidados dirigidos a los pacientes de con Pancreatitis Aguda.

JUÁREZ SÁNCHEZ, Francisco, en el año 2012 presento el trabajo titulado **Proceso de Cuidados de Enfermería en pacientes con Pancreatitis**, cuyo objetivo general fue identificar las necesidades del paciente que estarán en el área de cuidados intensivos. Así también, los factores de riesgo, medidas de prevención y tratamiento para implementar las actividades que le permitan adaptarse de una manera rápida y satisfactoria a la enfermedad en este caso Pancreatitis, utilizo el método de tipo descriptivo, concluyendo que la valoración de acuerdo a la historia natural de la enfermedad, permite una organización de los datos significativos, así como la elaboración los diagnósticos de enfermería y la elaboración de los planes de cuidado.

URIBE VELÁZQUEZ, Sandra y LAGOUEYTE GÓMEZ, María, en el año 2015 realizo un estudio titulado **El papel de la Enfermera en el cuidado de los pacientes sometidos a colangiopancreatografía retrógrada endoscópica**, con el objetivo de conocer el papel de la enfermería endoscópica, describe el papel del profesional de enfermería en el cuidado de los pacientes sometidos a colangiopancreatografía retrógrada endoscópica, detallando de manera pormenorizada las funciones que debe realizar el profesional, el método utilizado fue de tipo descriptivo , concluyendo que es necesario capacitar a los profesionales de enfermería en todo lo relacionado con este examen, pues dada su importancia, es preciso que se cuente con la presencia de estos profesionales durante la realización de este procedimiento.

## **2.2 Marco Conceptual**

### **2.2.1. Pancreatitis.**

**2.2.1.1 Definición.**-La pancreatitis aguda es un padecimiento relativamente común, con un gran potencial de consecuencias importantes, también es definida como cuadro inflamatorio con obstrucción del flujo pancreático y filtración de las enzimas digestivas desde el conducto pancreático principal al tejido circundante, es una entidad patológica que cursa con dolor abdominal agudo.

La severidad clínica varía desde la forma leve, edematosa-intersticial (PAL), caracterizada por una mínima disfunción orgánica y recuperación sin incidencias, hasta la forma severa, necrotizante (PAG), que puede derivar en Disfunción o Fallo Multiorgánico o muerte.

De gravedad clínica variable, la mayoría de las PA son leves (80-90%) caracterizándose éstas por edema pancreático con escasa repercusión sistémica, aunque existe un porcentaje (10-20%) que cursan con mayor severidad, desarrollando complicaciones órganos-sistémicas serias y, loco-regionales graves que pueden llegar a ser fatales.

Aunque puede producir un cuadro crónico con recaídas, lo habitual es la presentación aguda que precisa hospitalización, que se resuelve con el tratamiento correcto y generalmente no produce secuelas, aunque en ocasiones pueda precisar cuidados intensivos o tratamiento quirúrgico.(11)

### **2.2.1.2 Epidemiología**

La incidencia de la Pancreatitis Aguda parece haberse incrementado notablemente en los últimos años, siendo ésta en nuestro país de 350 casos/millón habitantes. La diferente prevalencia de las principales causas de PA explicaría la gran variación, como por ejemplo la constatada en la distribución por sexos, siendo el alcoholismo en varones y la litiasis biliar en mujeres la etiología más frecuente.

En cuanto a la edad de presentación, la media se sitúa en torno a los 55 años, y aunque puede aparecer a cualquier edad, es muy infrecuente en la infancia. Su mortalidad global es de un 5-10%, que puede aumentar a un 35% si hablamos de la presentación de formas severas con complicaciones, y que es prácticamente nula entre los pacientes con PA leve. (12)

### **2.2.1.3 Tipos**

**Aguda:** inflamación aguda del páncreas. Sus causas más frecuentes son cálculos procedentes de la vesícula (colecistitis) con un 38 %, y el alcohol (en general, consumo muy elevado de alcohol de forma continuada) con un 36 %, aunque también la ingesta abundante de grasas contribuye a su aparición. El síntoma principal es de dolor abdominal epigástrico (es decir en la zona central superior del abdomen) que puede irradiarse a espalda por los costados (en cinturón). En un 80 % de los casos la enfermedad tiene un curso leve, recuperándose el

paciente totalmente en 2 o 3 días. En un 20 % la evolución es grave, pudiendo ocasionar hipotensión, fallo respiratorio, fallo renal, necrosis de páncreas (parte de la glándula muere, y puede posteriormente infectarse) y/o pseudoquistes (bolsas de líquido dentro del abdomen). La mortalidad global de la pancreatitis aguda es del 4 al 8 %. El tratamiento consiste en fármacos para el dolor, ayuno absoluto, fluidos intravenosos, y en casos graves, antibióticos (para impedir la infección de la necrosis pancreática) y nutrición por sonda nasoyeyunal (tubo de alimentación que descarga el alimento en el yeyuno, dentro del intestino delgado) o intravenoso por vía central. Una vez superado el episodio, si era debido a colelitiasis, debe extirparse la vesícula por cirugía.

**Crónica:** inflamación crónica del páncreas caracterizada por fibrosis (tejido cicatrizal) y en ocasiones calcificaciones (cúmulos de calcio, visibles en pruebas de imagen como la radiografía o el escáner). Produce dolor abdominal (crónico o en ataques agudos repetidos), diabetes (por pérdida de la producción de insulina) y pérdida de grasa por las heces (por pérdida de la lipasa, proteína que digiere las grasas). (13)

#### **2.2.1.4 Causas**

El 80% de las pancreatitis es causado por cálculos biliares e ingesta de alcohol. Los cálculos biliares son la causa más común de pancreatitis aguda. El alcohol es la etiología más común de pancreatitis crónica.

### **Causas más frecuentes o comunes de pancreatitis**

- Cálculos biliares que bloquean el conducto pancreático. La más frecuente en países con alta tasa de litiasis biliar.
- La ingesta abundante y copiosa de grasas.
- Abuso de alcohol, que ocasiona el bloqueo de los conductillos pancreáticos pequeños.
- El exceso de peso u obesidad.

### **Otras causas de la pancreatitis**

- Trauma abdominal o cirugía.
- Post CPRE.
- Insuficiencia renal.
- Hipercalcemia.
- Enfermedades autoinmunes como Lupus.
- Fibrosis quística.
- Presencia de un tumor.
- Picadura de avispas, abejas africanas y escorpión.
- Medicamentos:
  - Corticosteroides como prednisolona, isoniacida, diuréticos como furosemida y clorotiazida, drogas para el VIH como didanosina y pentamidina, el anticonvulsivo ácido valproico.(14)

### 2.2.1.5 Síntomas y signos

Señales de pancreatitis aguda:

- Dolor abdominal superior
- Dolor abdominal que se irradia hacia la espalda
- Dolor abdominal que se siente peor después de comer
- Dolor en forma de cinturón
- Náuseas
- Vómitos
- Sensibilidad al tocar el abdomen

Señales de pancreatitis crónica:

- Dolor abdominal superior
- Indigestión
- Bajar de peso sin intentarlo.
- Heces aceitosas y de olor desagradable (esteatorrea)

Puede observarse algunas veces color amarillo de la piel y ojos (Ictericia).(15)

### 2.2.1.6 Diagnostico

**Radiografía abdominal:** un examen diagnóstico que utiliza rayos invisibles de energía electromagnética para producir imágenes de los tejidos internos, los huesos y los órganos en una placa.

**Exámenes de sangre:** para determinar el aumento de enzimas propias del páncreas como la amilasa y la lipasa.

**Ecografía:** una técnica de diagnóstico de imágenes que usa ondas sonoras de alta frecuencia para crear una imagen de los órganos internos. Las ecografías se usan para visualizar los órganos internos del abdomen como hígado, bazo y riñones, y para evaluar el flujo sanguíneo de varios vasos.

**Colangiopancreatografía endoscópica retrógrada (CPRE):** un procedimiento que le permite al médico diagnosticar y tratar problemas de hígado, vesícula biliar, conductos biliares y el páncreas. El procedimiento combina rayos X y el uso de un endoscopio, un tubo con luz, largo y flexible. El endoscopio se introduce por la boca y la garganta del paciente, y luego a través del esófago, el estómago y el duodeno. El médico puede examinar el interior de estos órganos y detectar cualquier anomalía. Luego se pasa un tubo a través del endoscopio y se inyecta un medio de contraste que permite que los órganos internos aparezcan en una placa de rayos X.

**Tomografía Axial Computarizada (TAC):** este procedimiento de diagnóstico por imagen utiliza una combinación de tecnologías de rayos X y computadoras para obtener imágenes transversales (a menudo llamadas "rebanadas") del cuerpo, tanto horizontales como verticales. Una TAC muestra imágenes detalladas de cualquier parte del cuerpo, incluidos los huesos, los músculos, la grasa y los órganos. La TAC muestra más detalles que los rayos X regulares.(16)

### **2.2.1.7 Tratamiento**

La pancreatitis aguda es autolimitante, lo que significa que normalmente se resuelve sola con el tiempo. Hasta el 90 por ciento de los individuos se recuperan de la pancreatitis aguda sin complicaciones. La pancreatitis crónica también puede ser autolimitante, pero puede resolverse después de varios ataques y con un mayor riesgo de desarrollar problemas a largo plazo como diabetes, dolor crónico, diarrea, ascitis, cirrosis biliar, obstrucción del conducto biliar o cáncer pancreático.

El tratamiento es de apoyo y depende de la gravedad.

#### **a) Pancreatitis aguda.**

La activación de las enzimas pancreáticas y la liberación de citocinas inflamatorias, daña los vasos sanguíneos y una gran cantidad de líquido pasa al espacio intersticial (tercer espacio). Esta extravasación de fluido lleva a una disminución efectiva del volumen circulante, necrosis pancreática local, inestabilidad hemodinámica y falla final del órgano.

Es una urgencia médica, y el tratamiento consiste en:

- **Ayuno absoluto y aspiración del contenido del estómago con una sonda.**

Esto es debido a que la ingesta de líquido o alimentos, incrementa la secreción y activación de enzimas pancreáticas, que es lo que se trata de evitar. La descompresión gástrica mediante el uso de la sonda ayuda a controlar el dolor.

- **Tratamiento del dolor con analgésicos potentes del tipo narcótico.**

La petidina es el fármaco de elección. La morfina no debería ser usada ya que incrementa la presión en el tracto bilio-pancreático y provoca el espasmo completo y permanente del esfínter de Oddi.

El dolor primario es producido por la estimulación de las terminaciones nerviosas en los conductos lobulillares pancreáticos y en el plexo solar por la importante distensión en la cámara gástrica. El dolor secundario debido al aumento de la presión ductal es lo que aqueja más a los pacientes y les produce una agonía incapacitante. La sonda de Levan y el uso adecuado de fluidos disminuyen el dolor y la ansiedad. Se ha descrito el uso de lavado peritoneal con soluciones isotónicas para remover las enzimas proteolíticas que ayudan a disminuir el dolor y evitar las complicaciones.

- **Reposición intravenosa de líquidos y sales (sueros).**

Los fluidos deben ser agresiva y tempranamente repuestos para balancear la pérdida masiva de fluidos al tercer espacio que ocurre en la fase inflamatoria temprana. La depleción de volumen intravascular puede desarrollarse rápidamente y resultar en taquicardia, hipotensión, y falla renal.

- **Tratamiento precoz de todas las posibles complicaciones.**

Si no hay mejoría en las primeras horas o días, suele ser necesario el traslado a una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

### **b)Pancreatitis crónica.**

El diagnóstico se realiza por los antecedentes de alcoholismo y/o episodios repetidos de pancreatitis aguda. La insuficiencia endocrina (insulina), exocrina (enzimas pancreáticas) y el dolor intenso que no cede, orientan la sospecha. El estudio más importante es la colangiopancreatografía retrógrada transendoscópica (CPRT).

Los episodios de exacerbación de una pancreatitis crónica se tratan igual que la pancreatitis aguda. Lo principal es suprimir el dolor, al principio se administran paracetamol o AINEs como ibuprofeno, tratando de no dar drogas narcóticas para evitar la adicción. Todavía no se comprende bien la etiología del dolor en las pancreatitis.

La principal indicación de cirugía para la pancreatitis crónica es el dolor.

Se indica dieta baja en grasas e hidratos de carbono, terapia sustitutiva de insulina y enzimas digestivas pancreáticas. Como al disminuir la secreción gástrica las enzimas como la tripsina y pancreozimina mejoran su acción, se suele administrar al paciente un inhibidor de la bomba de protones (tipo omeprazol, pantoprazol) y bloqueadores H2 de la histamina (ranitidina). Posteriormente, es imprescindible abandonar para siempre el alcohol. Puede ser necesario el tratamiento del dolor crónico con analgésicos, antiácidos y/o enzimas pancreáticas.

### **c)Pancreatitis complicada.**

Las complicaciones como el pseudoquiste o la infección secundaria suelen requerir cirugía. El desarrollo de un absceso pancreático es una

indicación para drenaje percutáneo o quirúrgico mediante una laparotomía con abdomen abierto, y lavados peritoneales programados. La marsupialización consiste en dejar el páncreas exteriorizado.(17)

#### **2.2.1.7 Pronostico**

La pancreatitis aguda grave tiene altas tasas de mortalidad, especialmente cuando la necrosis del páncreas ha ocurrido. Varios sistemas de *score* o puntuación se utilizan para predecir la severidad de un ataque de pancreatitis; cada uno de ellos combina datos demográficos y de laboratorio para estimar la severidad y la probabilidad de muerte. Ejemplos de estos son APACHE II, criterio de Ranson y Glasgow.

Su uso es habitual en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) o Unidades de Terapia Intensiva (UTI) y poco frecuente fuera de ellas. Apache II se confecciona al ingreso o al finalizar el día de admisión, no brinda información dinámica. Glasgow and Ranson son simples pero requieren más de 48 h para su confección.

La gravedad de la pancreatitis puede ser evaluada por alguno de los siguientes datos:

- APACHE II score  $\geq 8$
- Fallo de un órgano
- Necrosis pancreática sustancial (al menos 30 % de necrosis glandular de acuerdo a Tomografía Computada con contraste)

**El Criterio de Atlanta** define pancreatitis aguda severa con uno o más de los siguientes factores:

- Un score de Ranson de 3 o más durante las primeras 48 horas
- Un score APACHE II de 8 o mayor en cualquier momento
- Fallo de uno o más órganos
- Una o más complicaciones locales (ej.: necrosis, pseudoquistes, abscesos)

**BISAP**, un nuevo sistema de scoring de cinco puntos, fue recientemente validado de forma prospectiva. "BISAP" es un acrónimo (sigla) de las iniciales en inglés de los cinco marcadores en los que está basado, cada uno de los cuales ha mostrado predecir enfermedad grave en pancreatitis aguda:

- Blood urea nitrogen level (BUN / uremia) > 25 mg/dL.
- Impaired mental status (alteración del estado mental).
- SIRS (síndrome de respuesta inflamatoria sistémica).
- Age (edad) > 60 años.
- Pleural effusion (derrame pleural).

La presencia de tres o más de estos factores se correlaciona con mayor riesgo de muerte, fallo orgánico y necrosis pancreática. Comparado con APACHE II, BISAP tiene precisión similar y es más fácil de calcular. También, BISAP fue específicamente desarrollado para pancreatitis aguda, mientras que APACHE II es un sistema de puntuación genérico (score) para todos los pacientes en estado crítico.(18)

## **2.2.2 Cuidado del paciente con Pancreatitis Aguda según Virginia Henderson.**

Los cuidados que se deben de brindar al paciente están basados en la Teoría de Henderson, para satisfacer las necesidades del paciente con Pancreatitis aguda, orientadas básicamente a cubrir sus necesidades de reducción el dolor y confort, de acuerdo a cada necesidad.

### **Paciente con dolor /inflamación Pancreática**

Se de administrar al paciente los analgésicos narcóticos prescritos por el médico; utilizar un registro de control para vigilar el dolor en términos de calidad, intensidad, duración, efectos de los narcóticos y medidas de confort; ayudar al paciente para que asuma posiciones cómodas; fomentar periodos de descanso, sueños adecuados que faciliten el alivio del dolor.

### **Paciente con Riesgo de déficit de Volúmenes de líquido/ pérdida de líquidos por vómitos**

Evaluar signos de deshidratación, monitorizar signos vitales cada 2 a 3 horas; pesar a diario y controlar la evolución; administrar terapia endovenosa según prescripción por el médico; administrar reposición prescrita de líquidos por vía nasogástrica en función de la eliminación; y realizar un registro preciso de ingesta y eliminación.

**Paciente con Motilidad gastrointestinal disfuncional con o sin inflamación del páncreas**

Tomar nota de la fecha del último movimiento intestinal incluyendo la frecuencia, consistencia, forma, volumen y color; informar acerca de cualquier aumento de frecuencia y/ o sonidos intestinales agudos.

**Paciente con riesgo de Infección con/sin proceso inflamatorio.**

Informar de la sospecha de infecciones al personal de control de infecciones; administrar terapia de antibióticos; observar los signos y síntomas de infección sistémica y localizada y vigilar la temperatura cada 4 horas.

**Paciente con patrón respiratorio Ineficaz con / sin dolor y con /sin disnea.**

Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones, monitorizar la saturación de oxígeno para verificar que no se produce desaturación y vigilar la relación entre tiempo inspiratorio y duración total de la respiración.

**Paciente con vomito con /sin agentes lesivos biológicos, observación de evidencias de emesis de color amarillento y amargo.**

Mantener la terapia endovenosa para sustitución de líquidos usando cristaloides según lo ordenado por el médico; administrar fármacos antihistamínicos metoclopramida para el manejo de las náuseas y vómitos; y en caso de producir el vómito, poner al paciente en posición decúbito lateral. Para evitar bronco aspiración. (19)

### **2.2.3 El cuidado según Madeleine Leininger**

Podemos analizar que algunos de los principales conceptos de la teoría de Leininger son: cuidado, atención, cultura, valores culturales y diferencias culturales; especificó que la atención era el tema central del cuidado, el conocimiento y la práctica Enfermera, puesto que la atención incluye los actos para ayudar y dar soporte o facilidades a individuos o grupos con necesidades evidentes o previsibles, también sirve para mejorar las condiciones humanas y los modos de vida.

La teoría de Leininger, se divide en cuatro niveles: Estos niveles van de más a menos abstracto y los tres primeros niveles proporcionan conocimientos para brindar cuidados culturalmente coherentes.

En el nivel uno se representa la visión del mundo y los sistemas sociales, permite el estudio de la naturaleza, el significado y los atributos de los cuidados desde tres perspectivas: micro perspectiva (los individuos de una cultura), perspectiva media (factores más complejos de una cultura específica) y macro perspectiva (fenómenos transversales en diversas culturas). Estas características representan el entorno donde se desenvuelve el individuo a través de estructuras sociales que define la Sociología.

En el nivel dos proporciona información acerca de los individuos, las familias, los grupos e instituciones en diferentes sistemas de salud pero también proporciona información acerca de los significados y expresiones

específicas relacionadas con los cuidados de salud; lo cual es abordado por la Antropología con su método etnográfico el cual retoma Leininger para proponer la Etnoenfermería como herramienta para la recolección de información.

En el nivel tres, proporciona información acerca de los sistemas genéricos o tradicionales y profesionales, incluyendo la Enfermería, que actúan dentro de una cultura e identificación de la diversidad y universalidad de los cuidados culturales; se puede señalar que este nivel retoma planteamientos filosóficos del ser humano; por lo que es necesario rescatar y promover el trabajo multidisciplinario que permita a los profesionales brindar un cuidado integral a la persona tomando como referencia los conocimientos y habilidades tradicionales.

En el nivel cuatro determina el nivel de las acciones y decisiones de los cuidados Enfermeros; en este nivel se proporcionan los cuidados Enfermeros que incluyen la preservación, acomodación y remodelación de los cuidados culturales (Cuidados culturalmente congruentes). De esta manera Leininger plantea visualizar al individuo de forma holística, siendo aquí determinante el factor cultural como eje central del modelo. Desde esta perspectiva de Enfermería, el reto es descubrir el significado de la conducta, flexibilidad, creatividad y conocimiento de las diferentes culturas para adaptar las intervenciones de Enfermería. Lo anterior se constata con las publicaciones de investigaciones con enfoque cualitativo, que han utilizado el modelo de Leininger dando respuesta al bienestar de los grupos, familias y comunidades en diferentes contextos a nivel mundial.

(20)

#### **2.2.4 Teoría de Virginia Henderson.**

El paradigma de la integración es la que refleja Virginia Henderson en sus investigaciones realizadas. Henderson refiere que la atención se centra en aquellos enferma e incapacitada que requieren de cuidados básicos de enfermería.

El cuidado está dirigido a sustituir el déficit de autonomía del sujeto para poder actuar de modo independiente en la satisfacción de las necesidades fundamentales.

El modelo de Henderson abarca los términos Salud-Cuidado-Persona-Entorno desde una perspectiva holística. Es la independencia de la persona en la satisfacción de las 14 necesidades fundamentales:

**1°.- Respirar con normalidad:** Captar oxígeno y eliminar gas carbónico.

**2°.- Comer y beber adecuadamente:** Ingerir y absorber alimentos de buena calidad en cantidad suficiente para asegurar su crecimiento, el mantenimiento de sus tejidos y la energía indispensable, para su buen funcionamiento.

**3°.- Eliminar los desechos del organismo:** Deshacerse de las sustancias perjudiciales e inútiles que resultan del metabolismo.

**4°.- Movimiento y mantenimiento de una postura adecuada:** Estar en movimiento y movilizar todas las partes del cuerpo, con movimientos

coordinados, y mantenerlas bien alineadas permite la eficacia del funcionamiento del organismo y de la circulación sanguínea.

**5°.- Descansar y dormir:** Mantener un modo de vida regular, respetando la cantidad de horas de sueño mínimas en un día.

**6°.- Seleccionar vestimenta adecuada:** Llevar ropa adecuada según las circunstancias para proteger su cuerpo del clima y permitir la libertad de movimientos.

**7°.- Mantener la temperatura corporal:** Regular la alimentación de acuerdo a la estación establecida, como también hacer una correcta elección de la vestimenta de acuerdo a la temperatura ambiental.

**8°.- Mantener la higiene corporal:** Regular la higiene propia mediante medidas básicas como baños diarios, lavarse las manos, etc.

**9°.- Evitar los peligros del entorno:** Protegerse de toda agresión interna o externa, para mantener así su integral física y psicológica

**10°.- Comunicarse con otros, expresar emociones, necesidades, miedos u opiniones:** proceso dinámico verbal y no verbal que permite a las personas volverse accesibles una las otras.

**11°.- Ejercer culto a Dios, acorde con la religión:** Mantener nuestra fe de acuerdo a cual sea la religión sin distinciones por parte del plantel enfermero

**12°.-** Trabajar de forma que permita sentirse realizado: Las acciones que el individuo lleva a cabo le permiten desarrollar su sentido creador y utilizar su potencial al máximo

**13°.-** Participar en todas las formas de recreación y ocio: Divertirse con una ocupación agradable con el objetivo de obtener un descanso físico y psicológico.

**14°.-** Estudiar, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal de la salud: Adquirir conocimientos y habilidades para la modificación de sus comportamientos.(21)

## **2.3 Definición de Términos**

### **2.3.1 Cuidado**

El cuidado implica ayudarse a uno mismo o a otro ser vivo, tratar de incrementar su bienestar y evitar que sufra algún perjuicio. También es posible cuidar objetos (como una casa) para impedir que ocurran incidentes tales como daños y robos. (22)

### **2.3.2 Cuidado enfermero**

Es el conjunto de funciones que desarrolla la enfermera(o) en la atención y cuidado al usuario, fundamentadas en la relación interpersonal y en el dominio de lo técnico – científico orientada a comprender a la persona usuaria en el entorno en el que se desenvuelve, actuando en la prevención, la curación y la rehabilitación de la persona en el proceso salud – enfermedad. (23)

### **2.3.3 Pancreatitis Aguda.**

La pancreatitis es la inflamación del páncreas. Ocurre cuando las enzimas pancreáticas (especialmente la tripsina), que digieren la comida, se activan en el páncreas en lugar de hacerlo en el intestino delgado. La inflamación puede ser súbita (aguda) o progresiva (crónica). (24)

### **2.3.4 Paciente adulto mayor**

Es toda persona mayor de 60 años que se encuentra hospitalizada en los servicios de medicina y cirugía del Hospital Nacional Dos de Mayo.

### **III. EXPERIENCIA PROFESIONAL**

#### **3.1 Recolección de Datos**

Para la realización del presente informe de experiencia profesional, se llevó a cabo la recolección de datos, mediante la revisión de los registros de enfermería del servicio de Hospitalización Mujeres San Andrés del Hospital Nacional Dos de Mayo, se realizó la revisión de los libros de registro de ingresos y egresos de los pacientes atendidos en los periodos 2014-2016.

Las fuentes de recolección de datos fueron:

Manual de Procedimientos, Guías de Procedimientos asistenciales y Manual de Organización y funciones del Departamento de Enfermería del Hospital Nacional Dos de Mayo.

**Autorización:** Se solicitó la autorización respectiva a la jefatura de Enfermería del servicio San Andrés Lic. María Príncipe a fin de obtener acceso a los registros anteriores.

#### **3.2 Experiencia Profesional**

Mi formación universitaria fue en la Universidad Privada San Martín de Porres titulándome como licenciada en el año 1994. El Servicio Rural urbano Marginal de Salud (SERUMS) lo realice en Puesto de Salud Santa Luzmila en el año 2002.

Desde el año de 2003 (Julio) laboro en el Hospital Nacional Dos de Mayo hasta la actualidad. Soy miembro activo del Colegio de Enfermeros del Perú, mi experiencia laboral la inicié en el año 2003 por la modalidad de Servicio no personales luego en el 2008 bajo la modalidad de Contrato Administrativo (CAS), luego en el año 2011 Ingrese en la condición de nombrada donde se me asignaron funciones de enfermera asistencial.

En el 2003 inicié mi labor profesionalmente como enfermera asistencial en diferentes servicios de medicina Interna Hospitalización varones y mujeres aproximadamente 13 años donde la mayoría de personas hospitalizadas son pacientes adultos mayores. Desde el 2003 al 2005 en el servicio de Hospitalización Santo Toribio; en el 2006 Servicio de Hospitalización Mujeres Santa Ana. Desde 2007 al 2012 en servicios de cirugía I3 –H4; y finalmente desde 2013 hasta la actualidad en el servicio de Hospitalización Mujeres San Andrés.

### **Descripción del área laboral**

El Hospital Nacional Dos de Mayo es una institución de salud categorizada como tercer nivel de atención y de acuerdo a su complejidad. El servicio se organiza de la siguiente forma: cuenta con una enfermera jefe, un médico jefe, 10 enfermeras asistenciales, 2 licenciadas por turno, 10 personal técnico asistenciales por turno completo y 2 técnicos de Enfermería administrativos. Otros profesionales son 1 nutricionista, 1 asistente social con las cuales se coordina permanentemente.

Los orígenes del Hospital Nacional Dos de Mayo se remontan a la creación del Hospital Nuestra Señora de la Concepción en 1538, institución que funcionaba en el actual jirón Conde de Superunda y que constituyó el Primer Hospital en el Perú. Con el paso de los años, este primer Hospital quedó pequeño frente a los problemas de salud y frente a la creciente demanda poblacional. Por ello, su personal y los pacientes que ahí se atendían fueron trasladados a un hospital más grande denominado Hospital Real de San Andrés, que funcionaba en la actual Plaza Italia, en los Barrios Altos de la antigua Lima. Con el paso de los años, este Hospital también quedó pequeño frente a las grandes enfermedades que causaban gran mortandad en la población de aquella época y por ello se decide crear un hospital mucho más grande y con mayor capacidad para atender a más enfermos. Es así que el 28 de febrero de 1875 empieza a funcionar el Hospital Nacional Dos de Mayo, con personal y pacientes del antiguo Hospital de San Andrés.

El 16 de marzo de 1538, el cabildo de la Ciudad de Lima, asigna dos solares para el funcionamiento del Primer Hospital del Perú y de América: "Nuestra Señora de la Concepción" (contigua al actual Convento de Santo Domingo). Por la estrechez de sus ambientes, el 21 de noviembre de 1545, el mismo cabildo asigna 8 solares para la reubicación en un nuevo Hospital de la Ciudad denominado "Real Hospital de San Andrés" (frente a la actual Plaza Italia), produciéndose el traslado de pacientes y enseres en 1550.

El Hospital de San Andrés fue sede del primer anfiteatro anatómico en 1872; de la Real Escuela de Medicina de San Fernando, en 1811; Primera Casa de las Hermanas de la Caridad de San Vicente de Paúl, el 1 de Marzo de 1868 una epidemia de fiebre amarilla azota Lima, ocasionando 6,000 muertos. Aquí aparecieron las incomodidades de viejo hospital y esto motiva que el 1° de mayo de ese mismo año el Presidente Pedro Diez Canseco, decreta la fundación del Hospital Dos de Mayo. La edificación de este nuevo hospital demoró 6 años y 7 meses. Es así como el 28 de febrero de 1875, el Presidente Manuel Pardo, inauguró el Hospital Dos de Mayo, representando la más moderna institución hospitalaria de la época. El 8 de marzo de ese mismo año se produjo la gran mudanza desde el honorable hospital Real de San Andrés. Los diferentes protagonistas del hospital desempeñaron un rol importantísimo a lo largo de la historia y su contribución a la medicina peruana. Los médicos, las hermanas de la caridad, los capellanes, los estudiantes de medicina, los barchilones, los topiqueros, los veladores, los enfermeros, el afilador y cuchillero de cirugía, el bañero, el carretonero, entre otros. Nuestro Hospital permaneció ocupado por las fuerzas chilenas durante la Guerra del Pacífico, desde el 20 de febrero de 1881 hasta el 29 de diciembre de 1883. Solo pudieron recibir atención los niños a cargo del Doctor Leonardo Villar y las hermanas de la Caridad. El 05 de Octubre de 1885, Daniel A. Carrión, Mártir de la Medicina Peruana y Héroe Nacional Civil, pasó a la inmortalidad siendo estudiante del sexto año de Medicina

en nuestro hospital, al demostrar la Unidad Nosológica de la Fiebre de la Oroya y la Verruga Peruana, actualmente reconocida mundialmente como Enfermedad de Carrión.

### **Características geográficas**

El Hospital Nacional Dos de Mayo se encuentra ubicado en el Parque Historia de la Medicina Peruana S/N Altura Cuadra. 13 Avenida Grau, Cercado de Lima.

### **Infraestructura**

Los servicios de hospitalización de medicina se encuentran ubicados en el primer piso alrededor de la rotonda, el servicio San Andrés cuenta con un ambiente amplio y de gran altura con 36 camas hospitalarias, distribuidos en dos filas de 18 camas cada uno, así mismo tiene un tópico de medicina, estar de enfermería, tópico de enfermería, área de nutrición, auditorio, servicios higiénicos para personal y pacientes y un área de almacén; según el Reglamento de Organización y Funciones el Hospital Nacional Dos de Mayo es un órgano desconcentrado de la Dirección de Salud V Lima Ciudad, que brinda atención de salud de alta complejidad siendo responsable de lograr el desarrollo de la persona a través de la protección, recuperación y rehabilitación de su salud y del desarrollo de un entorno saludable, con pleno respeto de los derechos fundamentales de la persona, desde su concepción hasta su muerte natural.

### **3.3 Procesos realizados en el tema del informe**

La Función Básica en el servicio de Enfermería de Medicina:

Ejecución de actividades profesionales de Enfermería en los pacientes hospitalizados en la ejecución de actividades medicas propios del Servicio de Enfermería de Medicina para el cumplimiento de los objetivos funcionales del servicio.

Las funciones específicas de la enfermera(o) del servicio de Enfermería de Medicina son:

- a) Ejecutar los cuidados de enfermería aplicando los procesos y protocolos solucionándose de esta manera las necesidades del paciente a través del equipo de salud.
- b) Conocer y propiciar el uso adecuado de los equipos manteniendo su operatividad realizando un uso racional de los materiales, garantizando que la atención del paciente sea de calidad.
- c) Mantener ordenadas las historias clínicas y registros con los datos completos de los pacientes hospitalizados para tener una buena información estadística.
- d) Aplicar técnicas vigentes y protocolos en la administración de medicamentos realizando el reporte de las Reacciones adversas a medicamentos.
- e) Tomar decisiones adecuadas y oportunas al presentarse problemas relacionadas al cuidado de enfermería en el paciente.
- f) Cumplir con el tratamiento médico indicado.

- g) Realizar el reporte de enfermería verbal y escrito paciente por paciente para valorar y evaluar la evolución del paciente comunicando al médico de guardia cualquier complicación.
- h) Actualizar el kárdex de enfermería en ausencia de la enfermera jefa para cumplir y hacer cumplir el tratamiento indicado al paciente.
- i) Efectuar los registros de enfermería en los diferentes turnos, garantizando la calidad de la información que contribuirá a la pronta recuperación del paciente.
- j) Realizar y ser responsable del funcionamiento administrativo, asistencial y docente en el área de enfermería durante el turno, dando el cumplimiento a las normas y procedimientos vigentes relacionado con el paciente.
- k) Realizar programas de educación en los servicios de Medicina para prevenir y mejorar la calidad de vida del paciente y su entorno.
- l) Cumplir las normas de bioseguridad, para garantizar el control adecuado de las infecciones intrahospitalarias, en los Servicios de Medicina.
- m) Participar en las actividades de capacitación e investigación que realizara el personal profesional de las salas de medicina.
- n) Participar en las reuniones técnicas convocadas por la enfermera(o) jefe del servicio.
- o) Supervisar y evaluar las actividades y permanencia del personal técnico durante del turno.

- p) Realizar informe de ocurrencias ante cualquier eventualidad que se presente durante su turno.
- q) Velar por el buen uso y mantenimiento de los bienes del servicio de medicina durante su turno.
- r) Realizar entrega del reporte del servicio a la enfermera supervisora en ausencia de la enfermera(o) jefa.
- s) Las demás funciones que le asigne su jefe(a) inmediato.

### **Innovaciones y Aportes**

Anteriormente en la Sala de San Andrés solía laborar una sola enfermera quien asumía todos los ingresos de los pacientes de las distintas especialidades, la cual recargaba la labor de la enfermera y la atención al paciente se hacía lenta. Actualmente laboramos dos enfermeras por turno de 12 horas asumiendo el cuidado efectivo de 18 pacientes mujeres.

Aplicación de escalas de valoración como: la escala de Norton, escala de J: H. Downton y actividades de la vida diaria.

Se logro la elaboración de una guía de intervención de Enfermería en pacientes con Pancreatitis Aguda, que actualmente esta en proceso de revisión por las especialistas del tema.

Capacitaciones al personal técnico.

Plan de charlas al familiar – acompañante.

Reuniones mensuales del servicio para evaluar el trabajo en conjunto.

### **Limitaciones para el desempeño profesional**

Insuficiente número de personal de Enfermería en el servicio de Medicina.

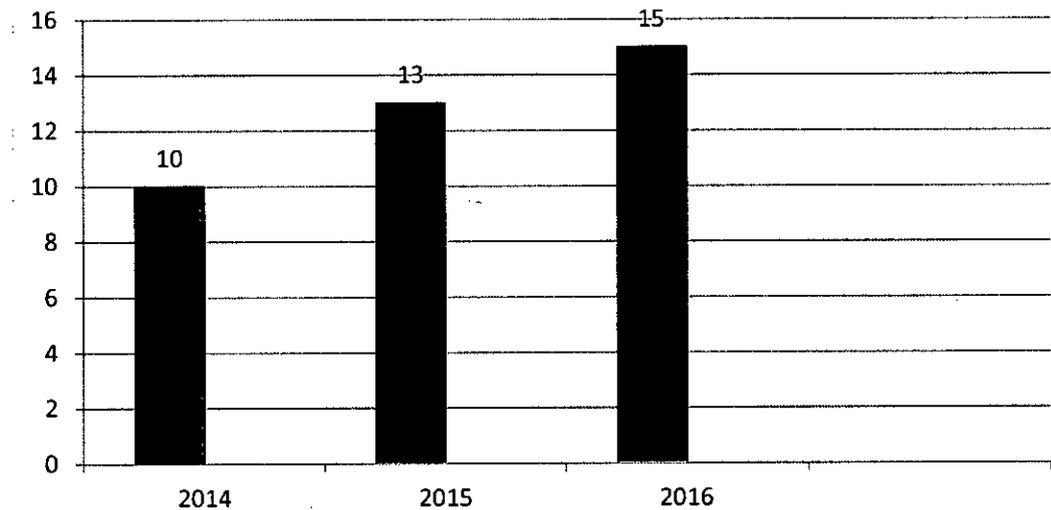
No se cuenta con una Base de datos digitalizados en el servicio.

No se cuenta con un servicio de Geriatría, exclusivo para el cuidado a pacientes adultos mayores varones y mujeres.

## IV. RESULTADOS

GRAFICA 4.1

**ATENCIÓN DE LOS PACIENTES ADULTOS MAYORES CON PANCREATITIS AGUDA EN EL SERVICIO SAN ANDRÉS DEL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO DEL 2014 - 2016**



Libro de registros Ingresos y Egresos Servicio San Andrés, HNDM

En la grafica 4.1, se observa que el año 2014 se tuvo un total de 10 pacientes adultos mayores con diagnóstico de Pancreatitis Aguda, la cual fue aumentando para el 2015 con un total de 13 pacientes, se ha observado que el ingreso de pacientes con esta patología ha ido incrementándose, es así que el año 2016 se atendió a un total de 15 pacientes.

### CUADRO 4.1

#### CUADRO COMPARATIVO ENTRE NUMERO DE CASOS DE PANCREATITIS AGUDA POR EDADES Y AÑOS EN EL SERVICIO SAN ANDRÉS DEL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO DEL

2014 – 2016

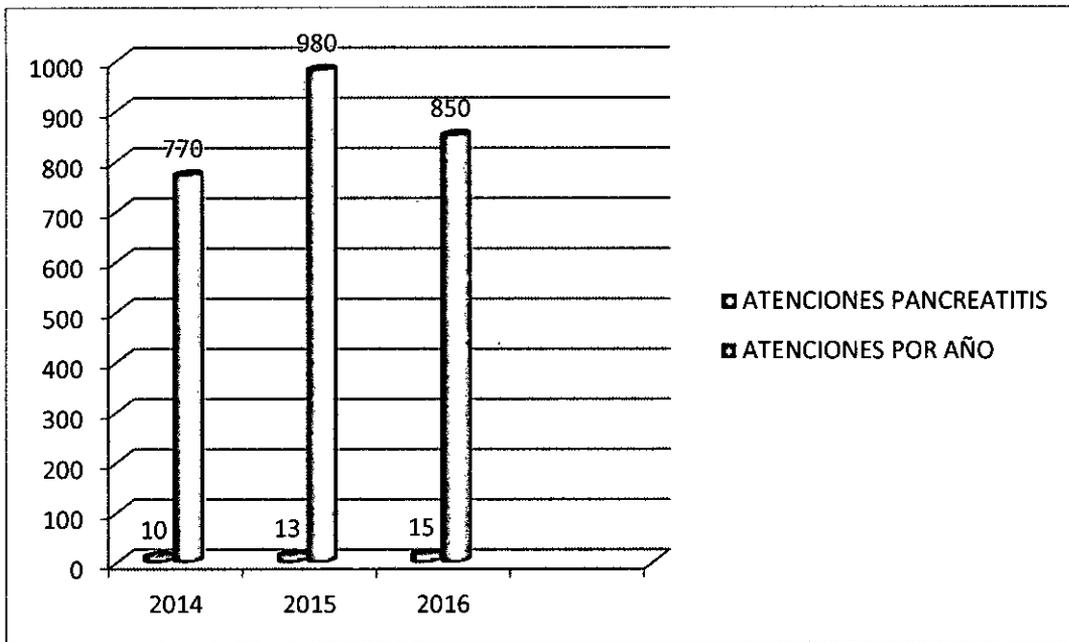
EDAD/AÑOS	2014	%	2015	%	2016	%	TOTAL	%
60 a 65 años	2	20%	4	30.7%	7	46.7%	13	34.2%
66 a 70 años	4	40%	6	46.2%	3	20%	13	34.2%
+ de 70 años	4	40%	3	23.1%	5	33.3%	12	31.6%
TOTAL	10	100%	13	100%	15	100%	38	100%

Libro de registros Ingresos y Egresos Servicio San Andrés, HNDM

En el cuadro 4.1 se observa que el mayor número de casos de Pancreatitis Aguda se encuentra en el grupo etáreo de 60 a 70 años y el grupo etáreo de menor incidencia es de más de 70 años.

### GRAFICA 4.2

#### NUMERO DE ATENCIONES POR AÑO Y ATENCIONES A PACIENTES ADULTOS MAYORES CON PANCREATITIS AGUDA EN EL SERVICIO SAN ANDRÉS DEL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO DEL 2014 - 2016

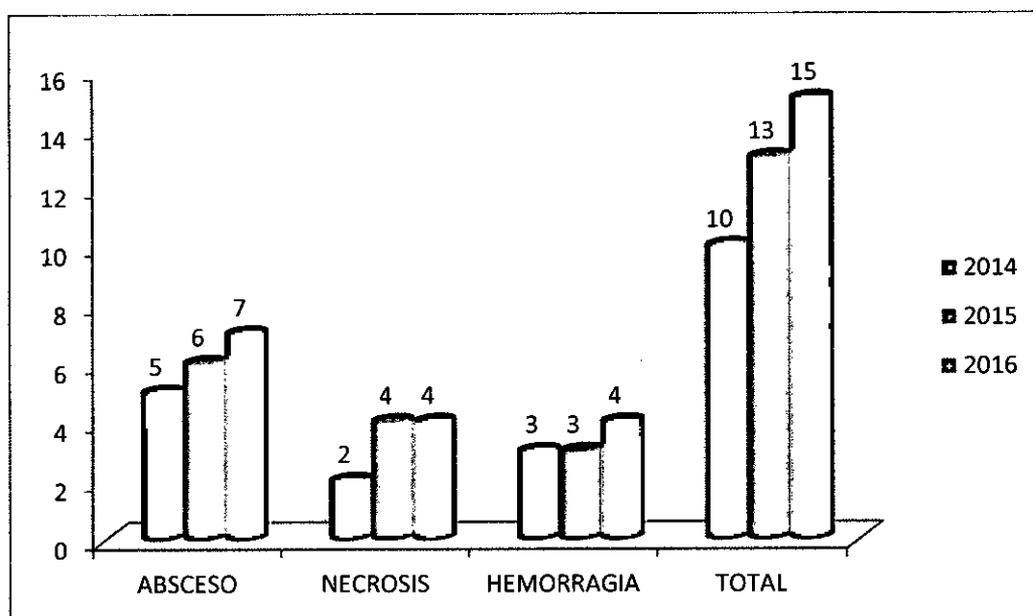


Libro de registros Ingresos y Egresos Servicio San Andrés, HNDM

En la grafica 4.2 se observa que entre el año 2014 a 2016 se tuvo un total de 38 pacientes adultos mayores atendidos con diagnóstico de Pancreatitis Aguda, la cual representa menos del 2% del total de números de pacientes atendidos por año en dicho servicio.

**GRAFICA 4.3**

**PACIENTES ADULTOS MAYORES CON PANCREATITIS AGUDA Y  
COMPLICACIONES EN EL SERVICIO SAN ANDRÉS DEL HOSPITAL  
NACIONAL DOS DE MAYO DEL 2014 – 2016**



Libro de registros Ingresos y Egresos Servicio San Andrés, HNDM

En la grafica 4.3 se observa que entre el año 2014 a 2016 el absceso pancreático ocupa el primer lugar en incidencia con 18 casos; esto representa más del 50% del total de pacientes con pancreatitis aguda entre esos años. La necrosis pancreática y la hemorragia gastrointestinal es la que tiene 10 casos siendo las complicaciones menos frecuente.

## V. CONCLUSIONES

- a) Los años de experiencia (14 años) en el Hospital Nacional Dos de Mayo en el servicio san Andrés me han servido para tener mayores habilidades y destrezas en la atención y manejo de pacientes con Pancreatitis Aguda.
- b) Las intervenciones de enfermería deben sustentarse con una base teórica, realizando siempre un PAE para la mejor atención humana y cálida a nuestros pacientes.
- c) La experiencia profesional y la preparación adecuada, permiten que el Enfermero desarrolle capacidades cognitivas, procedimentales y actitudinales para brindar un cuidado de calidad, eficiente, oportuno y seguro al paciente con Pancreatitis Aguda.
- d) Se logro elaborar una guía de intervención a pacientes adultos mayores con Pancreatitis Aguda.

## VI. RECOMENDACIONES

- a. A los profesionales y autoridades de enfermería, implementar guías, talleres y capacitaciones permanentes donde nos permita desarrollar destrezas y actualizar conocimientos para un mejor cuidado de nuestros adultos mayores.
- b. A la institución que en los diferentes servicios en especial hospitalización medicina ubiquen al personal según su especialización para mejorar la calidad del cuidado al paciente, dotar de mayor personal y mejorar las estrategias de concientización al personal.
- c. Involucrar la familia en los cuidados del adulto mayor.
- d. Se recomienda a la institución la revisión y uso de la guía de intervención de Enfermería.

## VII. REFERENCIALES

1. MINISTERIO DE SALUD. (MINSA). Resolución Ministerial N°603. Perú. 2006.
2. LUQUE, Sonia y BERENGUER Nuria. Hospital del Mar .España. 2014
3. SÁNCHEZ LOZADA R, CAMACHO-HERNÁNDEZ M, VEGA CHAVAJE R y col. Pancreatitis aguda: experiencia de cinco años en el Hospital General de México. 2005.
4. PONCE Julio, CASTELLS Anthony y . GOMOLLÓN Fernando. Tratamiento de las enfermedades gastroenterológicas 3ª edición.. Asociación Española de Gastroenterología. 2011.
5. CARMONA P., IGLESIAS J. y HUERTA M. Proceso de atención de enfermería en urgencias a un paciente con pancreatitis aguda. 2012.
6. LUIS BARREDA C., RODRÍGUEZ A. Protocolo para el manejo de la Pancreatitis Aguda grave con necrosis. Revista Gastroenterológica Perú. 2005
7. INFORMÁTICA. Perfil epidemiológico de pacientes en consulta externa y hospitalización. MINSA 2009.
8. HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO. Libro de registros de ingresos y altas del Servicio San Andrés. 2016.

9. MARRINER T; A. Cuidados Culturales: Teoría de la diversidad y universalidad en: Modelos y Teorías de Enfermería, 5ª ed. Ed. Mosby. España. 2005.
10. MADARIA, Juan F. MARTÍNEZ Sempere .Unidad de Patología Pancreática. Unidad de Gastroenterología y Endoscopia Digestiva. Hospital general de Alicante. 2012. España.
11. CÁCERES FERNÁNDEZ V. Pancreatitis aguda. Tesis UPCH 1988.
12. PAREDES LOOR Wendy , Estudio de caso de Pancreatitis aguda. Universidad central del Ecuador. Facultad de Medicina. Carrera de Enfermería. 2013
13. VILLARÁN ITURRI M. Pancreatitis aguda: factores asociados a mortalidad. Hospital Nacional Cayetano Heredia 1997 - 2001. Tesis UPCH 2002.
14. WILLIAM MILIAN J. JPS, RICHARD LAYNEZ CH., CESAR RODRÍGUEZ A, JAVIER TARGARONA, LUIS BARREDA C. Pancreatitis Aguda Necrótica en la Unidad de Cuidados Intensivos: Una Comparación entre el Tratamiento Médico Conservador y Quirúrgico. Rev Gastroenterol Perú 2010.
15. ALVA PERALTA L. Índice de severidad tomográfico en pancreatitis aguda. Hospital Nacional Cayetano Heredia 1997-2001. Tesis UPCH 2003.
16. JUNQUERA R, PEREYRA I. Pancreatitis aguda. Archivos de salud pública. Septiembre- Diciembre 2010

17. SOLER V, RIVERÓN P, CÁRDENAS J, ÁGUILA V, GONZÁLEZ S, VILLAVICENCIO C, et al. Pancreatitis Aguda: Temas para la docencia de Cirugía. Cuba. 2008
18. SURCO Y, HUERTA MERCADO J, PINTO J, PISCOYA A, DE LOS RÍOS R, PROCHAZKA R, et al. Predicción precoz de severidad en pancreatitis aguda. Rev Gastroenterol Perú . 2012
19. COLLADO C., GUALDA I., SÁNCHEZ M., LÓPEZ M. Plan de Cuidados en la Pancreatitis Aguda leve de origen Biliar. 2010
20. WESLEY, R L. Teorías y Modelos de Enfermería. 2ª ed. Ed. McGraw-Hill Interamericana, México.1997.
21. HENDERSON, Virginia. Principios básicos de los Cuidados de Enfermería. Organización Panamericana de la Salud. Oficina Sanitaria Panamericana. Washington, D.C. E.U.A 1961.
22. CONSEJO INTERNACIONAL DE ENFERMERÍA. La investigación de Enfermería: instrumento de acción. 2008.
23. DAZA C, MEDINA L. Significado del cuidado de Enfermería desde la perspectiva de los profesionales de una institución hospitalaria de tercer nivel en Santafé de Bogotá, Colombia. Revista: cultura de los cuidados. 2006.

# **ANEXOS**



**Ministerio de Salud**  
Personas que atendemos personas

**HOSPITAL NACIONAL  
"DOS DE MAYO"**

**GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE  
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA**

**DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA**  
**Servicio de Medicina interna**

**2017**

## **I. TITULO: GUÍA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON PANCREATITIS AGUDA**

### **II. FINALIDAD.**

La presente guía, pretende estandarizar intervenciones y cuidados de enfermería a los pacientes diagnosticados de Pancreatitis Aguda, en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Nacional Dos de Mayo. Por otro lado pretende mejorar la atención de salud a las personas con este diagnóstico, garantizar la continuidad del manejo y control de los procesos en el tercer nivel de atención.

### **III. OBJETIVOS.**

El objetivo principal es optimizar el Proceso de Atención de Enfermería (PAE), en todas sus etapas en los pacientes diagnosticados de Pancreatitis Aguda estableciendo un estándar de criterios, procesos e intervenciones en el cuidado de enfermería a pacientes con esta enfermedad.

### **IV. ÁMBITO DE APLICACIÓN.**

Se aplicará esta guía en todos los servicios de enfermería de las diferentes áreas y Medicina Interna, del Hospital Nacional Dos de Mayo, y se espera que posteriormente se aplique en otros establecimientos del Ministerio de Salud a nivel nacional con énfasis en los Establecimientos de Salud con nivel de atención II y III.

### **V. NOMBRE DEL PROCESO Y PROCEDIMIENTOS A ESTANDARIZAR.**

Intervención de Enfermería en Pacientes con Pancreatitis Aguda.

### **VI. CONSIDERACIONES GENERALES PARA LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON FLEBITIS.**

La Pancreatitis Aguda es la enfermedad pancreática más frecuente en el mundo. Tiene una incidencia estimada de 4,9 a 80 casos por 100.000 personas.

Esta enfermedad produce una inflamación del páncreas secundaria a la activación intraglandular de las enzimas pancreáticas. Se producen alteraciones de la microcirculación: Vasoconstricción, estasis capilar, disminución de la saturación de oxígeno e isquemia progresiva. Estas anomalías aumentan la permeabilidad vascular y producen edematización de la glándula, y además puede producir extravasación de fluido intravascular rico en proteínas al peritoneo

## 6.1 DEFINICIONES OPERATIVAS.

**a. Páncreas:** es un órgano situado en el abdomen que tiene secreción exocrina formada por enzimas digestivas que pasan al intestino delgado y secreción endocrina formada por hormonas que pasan a la sangre, como la insulina, glucagón, polipéptido pancreático y somatostatina.

Tiene forma crónica y se divide en varias regiones llamadas cabeza, cuello, cuerpo y cola. En la especie humana mide el abdomen entre 15 y 23 cm de largo, 4 de ancho y 5 de grueso, con un peso que oscila entre 70 y 150 g. La cabeza se localiza en la concavidad del duodeno o asa duodenal formada por las tres primeras porciones del duodeno y asciende oblicuamente hacia la izquierda.

## CONCEPTOS BÁSICOS.

### a. Pancreatitis Aguda

La pancreatitis consiste en una inflamación en el páncreas. El páncreas es una glándula larga y plana que se ubica detrás del estómago, en la parte alta del abdomen. El páncreas produce enzimas que colaboran con la digestión y hormonas que ayudan a regular la manera en que el organismo procesa el azúcar (glucosa). La pancreatitis puede aparecer en su forma aguda, es decir, que aparece repentinamente y dura unos días. O bien, puede aparecer en su forma crónica, la cual perdura muchos años. Los casos leves de pancreatitis pueden desaparecer sin tratamiento, pero los casos graves pueden causar complicaciones potencialmente mortales.

## 6.2 REQUERIMIENTOS BÁSICOS.

### a. RECURSOS HUMANOS.

- ✓ Enfermera/o.
- ✓ Técnico en Enfermería.

### b. RECURSOS MATERIALES

#### Material fungible

- ✓ Registros de enfermería.
- ✓ Termómetro.
- ✓ Jeringas.
- ✓ Esparadrapo.
- ✓ Guantes quirúrgicos.
- ✓ Tubos de mayo.
- ✓ Alcohol yodado.
- ✓ Tegaderm.
- ✓ Abocats o Bránulas.
- ✓ Gasas estériles.

**Material no fungible.**

- ✓ Coche de enfermería.
- ✓ Flujómetro.
- ✓ Humidificador.

**Medicamentos**

- ✓ Metamizol
- ✓ Oxígeno.
- ✓ Suero fisiológico

**Equipos.**

- ✓ Pulsoxímetro
- ✓ Tensiómetro
- ✓ Aspirador.
- ✓ Electrocardiógrafo
- ✓ Espirómetro.
- ✓ Estetoscopio

**VII. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS.**

**7.1 INDICACIONES.**

**INDICACIONES ABSOLUTAS:** En pacientes diagnosticados con Pancreatitis Aguda y que requieren cuidados de Enfermería.

**7.2 CONTRAINDICACIONES.**

No aplica.

### 7.3 DESCRIPCIÓN DETALLADA DEL PROCEDIMIENTO (PLAN DE CUIDADOS)

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	ACTIVIDADES	RESULTADOS
Riesgo de infección relacionado con inserción de catéter venoso periférico	El paciente mantendrá el punto de punción sin manifestaciones de flebitis durante el periodo de canalización de la vía.	Mantener y promover las medidas de asepsia personales	<p>Antes de canalizar una vía venosa periférica, se realizará lavado de manos higiénico, con agua y jabón, así como antes de realizar cualquier técnica en la que manipulemos el catéter, el sistema de infusión o las perfusiones.</p> <p>Para la canalización, se utilizarán guantes no necesariamente estériles. La utilización de guantes es una medida de protección universal para evitar el contacto con sangre y / o fluidos corporales.</p> <p>El lavado de manos del personal, aunque se utilicen guantes, sigue siendo la principal medida de asepsia para evitar las infecciones nosocomiales.</p>	Control de riesgo.
		Limpieza y desinfección del punto de inserción de la vía	<p>Antes de insertar un catéter venoso periférico, la zona de punción debe estar limpia, que se realizará tras cortar el vello sobrante, sin rasurar.</p> <p>Se lavará la piel con agua y jabón en una zona suficientemente limpia y se secará después, procediendo a continuación a la desinfección con antiséptico. Desinfectar con gasa estéril impregnada con povidona yodada o alcohol al 70%, realizando círculos hacia el exterior desde el punto de la piel sobre el que se va a hacer la punción (debemos dejar secar dos minutos y comprobar que no queden restos de sangre, si se utiliza povidona yodada ya que en su presencia pierde su poder desinfectante).</p>	

### 7.3 DESCRIPCIÓN DETALLADA DEL PROCEDIMIENTO (PLAN DE CUIDADOS)

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA (NIC)	ACTIVIDADES	RESULTADOS (NOC)
			<p><b>Sistemas de fijación del catéter.</b> El catéter debe quedar lo más fijo posible para evitar salidas y entradas a través del punto de inserción. Se fijará con una tira de esparadrapo de 8 a 10 mm. de ancho por 8 cm. de largo aproximadamente, adhiriendo al cono del catéter por su parte externa y luego a la piel dejando libre el punto de inserción (en forma de lazo).</p> <p><b>Apósito.</b> El esparadrapo o parte adhesiva de apósito no caerá nunca sobre el punto de inserción, ya que favorece la humedad, y la fijación y proliferación de gérmenes.</p> <p>Se palpará el punto de inserción a través de la cura intacta cada 24 horas y en caso de dolor o fiebre no filiada se levantará la cura. Se cambiarán los apósitos de los catéteres venosos periféricos cada 2 horas. También se cambiará el apósito cuando esté sucio, húmedo o despegado.</p> <p><b>Valoración y manejo del punto de inserción.</b> Hay que revisarlo diariamente, prestando atención a la presencia de signos de flebitis. Siempre que se cambie el apósito se desinfectará el punto de inserción con povidona yodada o alcohol al 70%. La manipulación del punto de inserción, se hará previo lavado de manos y con guantes no estériles.</p> <p><b>Manejo de los equipos de infusión.</b> Las actividades y cuidados van a variar, dependiendo de si la infusión es de carácter continuo o intermitente, de ahí que se diferencie.</p> <p><b>Educación para la salud.</b> El paciente deberá estar puesto al corriente en lo que se refiere a los procedimientos y tratamientos que va a recibir.</p>	

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA (NIC)	ACTIVIDADES	RESULTADOS (NOC)
Desequilibrio de la temperatura corporal relacionado con el proceso inflamatorio manifestado por febrícula y escalofríos, malestar general y dolor de cabeza	Mantener al paciente en situación de normotermia	<b>Control de la infección</b>	<p>Recoger muestras sanguíneas para cultivo y descartar otras infecciones concurrentes.</p> <p>Aplicación de medios físicos.</p> <p>Administración de antitérmicos prescritos.</p> <p>Mantener un entorno aireado y silencioso</p>	Afebril.
Ansiedad relacionada con cambio en el estado de salud manifestado por conducta de arrepentimiento, incertidumbre.	Disminuir la ansiedad del paciente.	<b>Disminución de la ansiedad</b>  <b>Apoyo emocional</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Explicar los procedimientos a realizarse y aportar información importante, incluyendo la escucha activa.</li> <li>- Proporcionarle objetos que simbolicen seguridad.</li> <li>- Crear un ambiente que facilite confianza.</li> <li>- Ayudar al paciente a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación.</li> <li>- Explorar con el paciente qué ha desencadenado las emociones.</li> <li>- Realizar afirmaciones empáticas o de apoyo.</li> <li>- Abrazar o tocar al paciente para proporcionarle apoyo.</li> <li>- Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados.</li> <li>- Ayudar al paciente a reconocer sentimientos tales como la ansiedad, ira o tristeza y animar a que lo exprese.</li> <li>-Comentar las consecuencias de no abordar los sentimientos de culpa o vergüenza.</li> </ul>	<b>Control de la ansiedad.</b>

