

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



**CUIDADOS DE ENFERMERIA A PACIENTES CON PANCREATITIS  
AGUDA GRAVE – UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS – HOSPITAL  
EDGARDO REBAGLIATI MARTINS – LIMA 2015/2017**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TITULO DE SEGUNDA  
ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE ENFERMERIA INTENSIVA**

**AUTORA: MARLENE ROSARIO ROJAS CHACPI**

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Marlene', is located to the right of the author's name.

**Callao, 2018**

**PERU**

## **HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO**

### **MIEMBROS DEL JURADO EXAMINADOR:**

DRA. ANGELICA DIAZ TINOCO	PRESIDENTA
DRA. ANA LUCY SICCHA MACASSI	SECRETARIA
DR. CESAR MIGUEL GUEVARA LLACZA	VOCAL

### **ASESORA: DRA. ANA MARÍA YAMUNQUÉ MORALES**

Nº de Libro: 05

Nº de Acta de Sustentación: 161-2018

Fecha de Aprobación del Trabajo Académico: 05 de Marzo del 2018

Resolución Decanato Nº 680-2018-D/FCS de fecha 26 de febrero del 2018 de designación de Jurado Examinador de Trabajo Académico para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

## **AGRADECIMIENTOS**

Dedico este trabajo a DIOS:

Por ser la fuerza y la esperanza  
en el transcurso de mi vida.

Marlene

A mi querida madre Dionicia, por su apoyo moral por concederme la gracia de tenerla a mi lado, a mis queridos hijos Yemili y Kalem por su paciencia y comprensión durante mi ausencia.

Marlene

## INDICE

	Pág.
<b>INTRODUCCION</b> .....	02
<b>CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	
1.1. Descripción de la situación problemática.....	03
1.2. Objetivo.....	03
1.3. Justificación.....	04
<b>CAPITULO II: MARCO TEORICO</b>	
2.1. Antecedentes.....	05
2.2. Marco Conceptual .....	07
2.3. Definición de términos.....	17
<b>CAPITULO III: EXPERIENCIA PROFESIONAL</b>	
3.1. Recolección de Datos.....	18
3.2. Experiencia Profesional.....	18
3.3. Procesos realizados en el tema del Informe.....	19
<b>CAPITULO IV: RESULTADOS</b> .....	24
<b>CAPITULO V: CONCLUSIONES</b> .....	29
<b>CAPITULO VI: RECOMENDACIONES</b> .....	30
<b>CAPITULO VII: REFERENCIALES</b> .....	31
<b>ANEXOS</b> .....	33

## INTRODUCCION

La pancreatitis aguda grave es un proceso inflamatorio desencadenado por la activación inapropiada de las enzimas pancreáticas que producen lesión tisular, respuesta inflamatoria local y a veces sistémica. A menudo es causada por cálculos biliares. Los síntomas comunes son dolor intenso en la parte superior del abdomen, náuseas y vómitos. El tratamiento suele ser fluidos, antibióticos y analgésicos por vía intravenosa durante unos días en el hospital.<sup>20</sup>

Es una patología que cursa con una elevada morbimortalidad, precisando en un porcentaje alto de pacientes ingreso en las unidades de cuidados intensivos.<sup>21</sup>. De acuerdo con la aparición o no de complicaciones el episodio de pancreatitis aguda se clasifica como grave o leve respectivamente. Ello quedó establecido en la reunión de expertos en Atlanta 1921. <sup>9</sup>

Por lo expuesto se creyó conveniente realizar un informe de experiencia profesional teniendo como objetivo describir los cuidados de enfermería en pacientes con pancreatitis aguda grave en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Edgardo Rebagliati 2015, espero que este documento sirva de referencia en la práctica del cuidado a otros profesionales especialistas en el área de cuidados intensivos.

El presente informe está estructurado de la siguiente forma: capítulo 1 planteamiento del problema, capítulo 2 marco teórico, capítulo 3 situaciones profesionales relevantes, capítulo 4 resultados y capítulo 5 conclusiones.

## **CAPITULO I**

### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

#### **1.1. DESCRIPCION DE LA SITUACION PROBLEMÁTICA**

En las últimas dos décadas la incidencia de pancreatitis aguda grave ha aumentado considerablemente, incluso en algunos países en más de 30%. Aunque en los últimos años han aumentado los casos de pancreatitis aguda, su mortalidad y duración de días-hospital han disminuido.

La incidencia anual de Pancreatitis Aguda (PA) en diferentes reportes mundiales es de 5 a 80 por 100 000 habitantes. La pancreatitis aguda en Latinoamérica reportó en el 2006 una incidencia de 15,9 casos por cada 100.000 habitantes en Brasil; una prevalencia del 3% en México en el 2001 y en el caso de nuestro país, los reportes del Ministerio de Salud que incluyen a los trastornos de páncreas, vesícula biliar y vías biliares indican una incidencia de 28 casos por 100 000 habitantes en el 2009.

En el hospital Rebagliati la incidencia en el 2015 se estima un 6.8 % del total de pacientes ingresados teniendo como causa biliar e ingesta alcohólica.

La pancreatitis aguda representa un reto diagnóstico en pacientes con dolor abdominal y, en caso de complicaciones eleva la morbilidad, mortalidad y costos hospitalarios.

#### **1.2. OBJETIVO**

Describir los Cuidados de Enfermería a pacientes con Pancreatitis Aguda Grave en la Unidad de Cuidados Intensivos en Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins en 2015.

### **1.3. JUSTIFICACIÓN**

La Incidencia de ingresos de casos de pancreatitis en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Edgardo Rebagliati en estos últimos años se ha ido incrementando en la población adulta y joven ya sea por múltiples factores condicionantes, la cual influye negativamente en la familia condiciones socioeconómica para el país generando altos costos en la recuperación del paciente y en otras la pérdida misma de la vida.

Se estima que la variación anual en algunos periodos se ha elevado hasta en 15%, es por ello que mediante este informe se proporcionara una información valida y confiable acerca de los cuidados de enfermería en el paciente con pancreatitis aguda grave la cual permitirá dirigir estrategias acerca de los cuidados y perfeccionar estos mismos la cual se reflejara en la calidad de cuidados de enfermería que se brinda, siendo el 7 B UCI una unidad de referencia a nivel nacional por el manejo multidisciplinario, confiamos que el informe beneficiara no solo como un material académico de consulta o guía de las colegas enfermeras sino además favorecerá la recuperación del paciente para garantizar su reinserción en la sociedad.

## **CAPITULO II**

### **MARCO TEORICO**

#### **2.1. ANTECEDENTES**

Se han revisado estudios realizados anteriormente tanto en el Perú como en el extranjero afines al presente informe que se pretende realizar.

A nivel internacional:

Maraví P. E. en el año 2012 España Hoja de Ruta de los Cuidados Clínicos para la Pancreatitis Aguda: Recomendaciones para el Manejo Anticipado Multidisciplinar (clinical pathways), menciona que existe una creciente evidencia de que el manejo precoz de los pacientes con pancreatitis aguda puede cambiar el curso natural de la enfermedad y mejorar los resultados de la evolución posterior de los pacientes. El objetivo de este trabajo es optimizar el manejo de los pacientes con pancreatitis aguda durante las primeras 72 h después de su ingreso al proponer varias vías de atención clínica. Las vías propuestas se basan en las recomendaciones de la SEMICYUC 2005, la incorporación de los últimos avances en el campo, en particular la clasificación basada en los factores determinantes de la gravedad de la pancreatitis aguda. Las hojas de ruta también incorporan las «señales de alarma pancreática», el uso de modalidades terapéuticas resumidas con el acrónimo PANCREAS y los criterios de «llamada a la UCI». Futuros estudios deberán evaluar si la adopción de estas vías disminuye la mortalidad y morbilidad en pacientes con pancreatitis aguda. Las recomendaciones anteriores de la SEMICYUC 2005 sobre el manejo de los pacientes con pancreatitis aguda grave en Medicina Intensiva deberán ser revisadas para reflejar los últimos avances en el campo.

Rodríguez S. M<sup>a</sup>. P. artículo publicado el año 2014 Efectividad de la Intervención Enfermera Manejo Del Dolor” (NIC 1400) en el Plan de



Cuidados Estandarizado de la Pancreatitis Aguda, cuyo objetivo fue el de identificar la mejor evidencia disponible sobre la intervención enfermera "Manejo del dolor" (NIC1400) en el plan de cuidados estandarizado (PCE) de la pancreatitis aguda (PA). Se realizó una revisión de la literatura mediante búsqueda sistemática en las más importantes bases de datos online. Estrategia de búsqueda: formato PICO y términos DECs y MESH, de las publicaciones de los últimos 5 años, hasta julio del 2011. Obtención y extracción de datos mediante tablas de síntesis. El resultado principal de este trabajo indica que existe evidencia N-I / GR-A para la intervención "Manejo del dolor" en el PCE de la pancreatitis aguda. En ese sentido, La administración de analgésicos, la vigilancia los efectos beneficiosos y/o secundarios de los mismos, los cambios bruscos del dolor y su repercusión en el estado general del paciente confieren de nuevo importancia al papel que desempeña la enfermera en la valoración de las necesidades individuales y en la planificación de las intervenciones enfermera para el manejo adecuado del dolor.

A nivel nacional:

Arroyo S.A.S. 2011, Pancreatitis aguda en la Unidad de Cuidados Intensivos e Intermedios. Hospital Nacional Víctor Lazarte Echegaray Trujillo. Cuyo objetivo recae en describir las características epidemiológicas, clínicas, terapéuticas y la evolución de los pacientes con Pancreatitis Aguda de nuestra unidad y compararlos con los descritos en la literatura nacional e internacional. Una de las conclusiones más importantes del estudio fue: La Pancreatitis Aguda en la UCI-UCIN del Hospital Víctor Lazarte Echegaray no tuvo prevalencia en cuanto a género; la etiología biliar fue predominante; la mayoría de los pacientes hospitalizados tuvieron Pancreatitis Aguda Grave; En general, las características epidemiológicas, clínicas, terapéuticas y resultados de los pacientes con Pancreatitis Aguda dentro de la UCI-UCIN del hospital

Víctor Lazarte son semejantes a las descritas en la mayoría de los estudios clínicos a nivel nacional e internacional.

Merino G. V.. Experiencia del Cuidado Enfermero en Pacientes con Pancreatitis Hospital Nacional Edgardo Rebagliati M. en el año 2014 quien presento un estudio caso de un paciente con Pancreatitis Aguda Grave grado E, con una hoja de valoración y monitoreo de enfermería en la unidad de cuidados intensivos realizando una valoración por dominios con su respectivo diagnóstico de enfermería, llegando a la siguientes conclusiones : El manejo hemodinámico es primordial, se debe efectuar una adecuada reposición intravenosa para evitar la hipotensión por hipovolemia, así como la hemoconcentración oliguria, uremia y taquicardia, está demostrado que esta primera medida disminuye la gravedad de las complicaciones sistémicas, como la insuficiencia respiratoria y la insuficiencia renal, la colocación de sonda nasogástrica para evitar las aspiraciones por vómitos. El manejo de dolor con analgésicos que no produzcan espasmo del esfínter de oddi.

## **2.2. MARCO CONCEPTUAL**

### **Aspectos Históricos**

A comienzos del siglo XX Moinynham describió la pancreatitis como la más terrible de todas las calamidades intrabdominales, él estableció la práctica de una intervención quirúrgica inmediata para remover los productos tóxicos que se acumulan en la cavidad peritoneal, esta modalidad terapéutica fue adoptada por la mayoría de los centros hospitalarios y así permaneció como el tratamiento estándar durante por lo menos 20 años. En 1940, la mortalidad de la pancreatitis aguda tratada quirúrgicamente era mucho mayor que la tratada de forma no quirúrgica. De esta manera una conducta de manejo más conservador basado en descompresión nasogástrica, líquidos intravenosos, analgésicos y empleo

de atropina se impuso y se ha mantenido con pocas variaciones hasta nuestros días. Ciertamente, la mortalidad ha disminuido levemente en los últimos años dados los avances en el manejo del paciente crítico, pero aún carecemos de un tratamiento específico que permita curar esta enfermedad; aunque es indudable que se han producido avances en los últimos años, lo que nos permite presumir un futuro promisorio que se traduzca en una mejoría del pronóstico de la pancreatitis aguda. Diversas reuniones de carácter mundial se han celebrado para diferenciar y definir los diferentes procesos que afectan a esta glándula. En la de Atlanta de 1992 se convino que la pancreatitis aguda se caracteriza por la existencia de dolor abdominal y elevación de las enzimas en sangre y orina. Se reconoció que puede haber una respuesta sistémica de diferente intensidad y que los ataques pueden tener carácter recurrente.

La pancreatitis aguda se divide a su vez en:

Pancreatitis aguda leve, en la que existe una disfunción mínima de los órganos y se acompaña de recuperación total (edematosa, intersticial).

Pancreatitis aguda grave, se asocia con fallo múltiple de órgano y/o complicaciones locales como necrosis, absceso o pseudoquistes.

#### **Etiología de la pancreatitis aguda.-**

Se han involucrado numerosos factores en su etiología:

Obstruktiva: Litiasis vesicular, ampuloma, tumores pancreáticos,

Traumáticas: Accidentales, perioperatorio, CPRE.

El alcohol induciría pancreatitis por acción tóxica sobre las células pancreáticas

Otras: embarazo (tercer trimestre), tumores metastásicos.

#### **Cuadro Clínico.-**

El dolor abdominal es el síntoma capital. Se instaura súbitamente, localizado en epimesogastrio y se intensifica rápidamente en el plazo de

minutos a una hora para mantenerse más tarde invariable durante 2-3 días y disminuir después progresivamente (en los casos leves). En general se asocia a una ingesta importante previa de comida o alcohol. Se acompaña de náuseas y vómitos alimentarios o biliosos y rara vez hemáticos lo cual constituye signo de gravedad y mal pronóstico

La presencia de fiebre puede deberse a infección de la vía biliar. Es posible la ictericia facial y generalizada, hay taquicardia y en ocasiones hipotensión, el shock está presente cuando la reposición de líquidos es insuficiente y en las formas graves. La exploración del tórax puede demostrar disminución del murmullo vesicular en las bases por atelectasia y/o derrame por lo general izquierdo. En casos graves, el deterioro respiratorio y hemodinámico con fallo múltiple de órganos se hace evidente.

#### **Diagnóstico.-**

El diagnóstico se complementa con los exámenes de laboratorio y las técnicas de imágenes:

Datos de laboratorio:

- Leucocitosis con desviación izquierda.
- Hematocrito elevado por deshidratación y también pudiera estar disminuida la hemoglobina y el hematocrito debido a pérdidas hemáticas.
- Hiperglicemia en el 50% de los pacientes por secreción elevada de glucagón.
- Transaminasas y amilasa elevadas.

Técnicas de imagen:

Rx de tórax, Ecografía y la Tomografía axial que aporta información importante sobre la configuración de la glándula y existencia, así como la progresión de exudados.

## **Tratamiento.-**

El punto final primario del tratamiento de la pancreatitis aguda debe ser reducir la mortalidad de la misma. El 85% de las pancreatitis son leves, pero en todos los casos está indicada la reanimación precoz y enérgica con los líquidos parenterales para mejorar la perfusión y oxigenación tisulares hasta completar la evaluación, por ello los pacientes deben ser ingresados en Salas de Cuidados Especiales y los de pancreatitis severa en las de Cuidados Intensivos. El enfermo de pancreatitis aguda "se juega mucho en las primeras horas de su asistencia", El error más frecuente y dramático es esperar a que la gravedad ya esté presente antes de decidir el tratamiento intensivo.

### **A. Reanimación con líquidos.**

Cateterización de vena profunda

Reposición de líquidos durante las primeras 24 horas corrigiendo los desequilibrios electrolíticos y ácido básicos que sean requeridos.

### **B. Soporte inotrópico**

Si la reanimación con líquidos no logra los resultados esperados, sospechar disfunción miocárdica.

### **C. Soporte respiratorio**

Oxigenoterapia o ventilación mecánica de ser necesaria.

### **D. Soporte renal.**

Protección renal con Dopamina a efecto delta además de un aporte adecuado de líquidos.

### **E. Medidas generales.**

Control del dolor: Opiáceos que no afecten la presión del Oddi.  
supresión de la ingesta oral.

Descompresión nasogástrica si náuseas, vómitos o íleo paralítico

Profilaxis de úlceras de stress

## **F. Nutrición.**

Enteral (empleo de sonda nasoyeyunal). Evita la translocación bacteriana. Disminuye la respuesta inflamatoria en comparación con la alimentación parenteral, reduciendo las complicaciones y la sepsis.

Restituir la vía oral con líquidos hipograsos en los casos leves al normalizarse la amilasa y disminuir el dolor.

## **Tratamiento quirúrgico**

La regla de oro en el manejo de la Pancreatitis Aguda Grave con necrosis es siempre tratar de manejar a estos pacientes con tratamiento médico, dejando el tratamiento quirúrgico para casos seleccionados.

## **Pronóstico**

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, (anexo 6) criterio de Ranson y Glasgow. (anexo 7)

## **TISS-28 sistema de calificación de intervención terapéutica**

El TISS-28 es un método para medir la intensidad del tratamiento cuantificado de las intervenciones médicas que sirven para vigilar la carga de trabajo y establecer asignación enfermera-paciente adecuada. Indirectamente el TISS 28 mide la gravedad de la enfermedad, así como los costos hospitalarios.

## **Objetivo del TISS-28.-**

Vigilar la carga de trabajo de la UCI, estableciendo la relación enfermera/paciente; indirectamente media la gravedad de la enfermedad, puede considerarse que los costos se relacionan con la calificación TISS.

En ese sentido, el TISS ha clasificado en 4 grupos según criterio de mayor o menor vigilancia y cuidados intensivos:

Clase I: score menor de 10 puntos no necesitan UCI. No requieren terapia intensiva o solo observación y una razón enfermera: paciente de 1:4 es satisfactoria.

Clase II: 10-19 puntos indicación a UCI. Enfermos en observación que pueden ser manejados con una razón de 1:4 por una enfermera especialista y una enfermera general.

Clase III: 20-39 puntos, inestabilidad hemodinámica (asistencia intensiva). Los pacientes estables pueden ser atendidos junto con un paciente clase II en una razón 1:2 o de estar inestables pueden requerir una razón de 1:1.

Clase IV: score 40, gran inestabilidad hemodinámica, indicación a UCI como una prioridad. Requieren una razón 1:1 o 2:1. ver anexo 3

## **CUIDADOS DE ENFERMERÍA**

El cuidado es una actividad realizada por personas que se ocupan del cuidado de la vida, de la enfermedad, de la muerte, en esencia presta cuidados de preservación de conservación y de manutención de la vida cuando se colocan sus acciones en función de mantener el cuerpo sano. Cuando se hace referencia al cuidado de enfermería, se entiende al cuidado que se hace a la persona y no al cuidado de la enfermedad. 22

Interacción enfermera-paciente: define al cuidado como un proceso entre dos personas con una dimensión propia y personal, en el que se involucran los valores, conocimientos, voluntad, y compromisos en la acción de cuidar. Aquí la enfermería elabora un concepto de idea moral como la preservación de la dignidad humana.23

La enfermería es tanto dicha actividad como la profesión que implica realizar estas tareas y el lugar físico en el que se llevan a cabo.

## **TEORIA DE VIRGINIA HENDERSON**

Virginia Henderson nace en 1827 en Kansas City sus investigaciones realizadas por Virginia Henderson se trata de una teoría sobre la definición de la enfermería clínica, en el cual se ve reflejado el paradigma de integración. Es un modelo considerado de tendencia humanista y de tendencia de suplencia o ayuda, es un modelo ampliamente difundido por su característica de generalidad, sencillez y claridad. El modelo de Henderson abarca los términos Salud-Cuidado-Persona-Entorno desde una perspectiva holística.

La salud es la calidad de salud más que la propia vida, es ese margen de vigor físico y mental lo que permite a una persona trabajar con su máxima efectividad y alcanzar un nivel potencial más alto de satisfacción en la vida. Es la independencia de la persona en la satisfacción de las 14 necesidades fundamentales:

- 1º.- Respirar con normalidad: Captar oxígeno y eliminar gas carbónico.
- 2º.- 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.
- 3º.- Eliminar los desechos del organismo: Deshacerse de las sustancias perjudiciales e inútiles que resultan del metabolismo.
- 4º.- 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.
- 5º.- 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 integridad 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 unas a las otras.

11°.- Ejercer culto a Dios, acorde con la religión: Mantener nuestra fe de acuerdo 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.

Ella planteo que la enfermera no solo debe valorar las necesidades del paciente, sino también las condiciones y los estados patológicos que lo alteran, puede modificar el entorno en los casos en que se requiera y debe identificar al paciente y familia como una unidad.

Virginia Henderson da una definición de enfermería, "asistir al individuo, sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o a una muerte serena), actividades que realizaría por el mismo si tuviera la fuerza, conocimiento o voluntad necesaria, todo esto de manera que la ayude a ganar independencia de la forma más rápida posible".

### **MODELO DE DOROTHEA OREM**

Dorothea Elizabeth Orem (Baltimore, 15 de julio de 1914 – Savannah, 22 de junio de 2007) fue una de las enfermeras teóricas estadounidenses más destacadas. Fue una teórica de la enfermería Moderna y creadora de la Teoría enfermera del déficit de autocuidado, conocida también como Modelo de enfermería Orem.

Teoría del Autocuidado.- Describe el porqué y el como las personas cuidan de sí mismas.

Teoría de Déficit de Autocuidado.- Describe y explica como pueden ayudar a las personas, los profesionales de Enfermería.

Teoría de Sistemas.- Describe y explica las relaciones que hay que mantener para que se produzca la Enfermería.

La teoría de los sistemas enfermeros es la unificadora; la teoría del déficit de autocuidado desarrolla la razón por la cual una persona se puede beneficiar de la enfermería. La teoría del autocuidado sirve de fundamento para las demás, y expresa el objetivo, los métodos y los resultados de cuidarse a uno mismo.

### **Análisis de las bases teóricas de la teoría de Orem y Henderson**

Después de revisar la literatura, se halló que Orem no reconoce la influencia directa de ningún líder en enfermería; sin embargo, para este trabajo se consideró a Henderson por ser su contemporánea; además, desarrolló el criterio de independencia del paciente en la valoración de la

salud, identificó necesidades humanas básicas en las que se desarrollan los cuidados de enfermería y describió la relación enfermera-paciente destacando tres niveles de intervención: como sustituta, como ayuda o como compañera. Con lo expuesto, se puede pensar que Orem retomó estas ideas para desarrollar los requisitos de autocuidado universales, haciendo énfasis en las necesidades que permiten preservar la funcionalidad de la persona; la demanda de autocuidado que surge cuando el individuo enfermo no puede llevar a cabo por sí mismo su cuidado y su teoría de sistemas de enfermería donde se da la relación enfermera paciente para satisfacer los requerimientos de autocuidado. Otro aspecto que se consideró para inferir en la influencia de Henderson sobre Orem es que ambas buscan identificar las necesidades de la persona para satisfacerlas, así como ayudarlos a lograr independencia mediante la sustitución de las actividades que no pueden realizar por sí mismas a través de la educación y con la colaboración de la misma persona hasta recuperar su salud o lograr la adaptación de sus limitaciones. Por lo tanto, Henderson, en su modelo, buscó la independencia en la satisfacción de las necesidades fundamentales de la persona sana o enferma. Y para que esto sea posible se requiere que la enfermera posea conocimientos que le permitan incitar e incrementar las habilidades, destrezas y la voluntad del individuo hasta conseguir que sus requerimientos de salud puedan ser cubiertos de acuerdo a su capacidad; de igual manera Orem, en su teoría de déficit de autocuidado, promueve la relación entre las funciones de la enfermera y la participación del hombre para satisfacer sus necesidades, con el propósito de lograr la independencia de cada persona de acuerdo a sus capacidades, disponibilidad y madurez para restablecer o mantener su salud.

### **2.3. DEFINICION DE TERMINOS**

**Cuidados intensivos** Es el lugar donde se atiende a los pacientes en estado crítico.

#### **El tiss-28.**

Es un parámetro para medir la carga de trabajo y establecer la asignación enfermera-paciente según el grado de complejidad. Indirectamente el TISS 28 mide la gravedad de la enfermedad, así como los costos hospitalarios.

#### **Dren de sump**

Es un sistema de succión cerrado de doble luz que se utiliza para drenar, principalmente, grandes volúmenes de fluidos, detritos coágulos o material viscoso desde cavidades corporales profundas.

#### **Pancreatitis aguda grave**

Es un proceso inflamatorio agudo del páncreas que puede comprometer por contigüidad otros tejidos y órganos vecinos comprometiendo a vida del paciente.

## **CAPITULO III**

### **EXPERIENCIA PROFESIONAL**

#### **3.1 RECOLECCIÓN DE DATOS**

El presente informe es un estudio cuantitativo, descriptivo en la cual se utilizó como herramientas el cuaderno de estadística del servicio, las hojas de registro del cuidado de enfermería en unidades críticas, la hoja de TISS 28, la hoja de monitoreo de úlceras de presión y fotos tomadas de las actividades realizadas de mis pacientes, mediante la coordinación con la enfermera jefe para la obtención de la misma, luego se procedió a vaciar los datos en forma manual y haciendo uso de la calculadora en cuadros estadísticos.

#### **3.2 EXPERIENCIA PROFESIONAL**

Durante la experiencia profesional de 17 años, se inició en el año 2009 en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas cumpliendo responsabilidades de enfermera asistencial durante un año en el servicio de cirugía seguidamente al siguiente año en el Instituto Nacional del Niño en el servicio de medicina A y hematología durante un año, desempeñándome también en la labor asistencial y los otros 15 años en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins desde abril del año 2002 dedicados a la labor como enfermera asistencial en el servicio de 7 B cuidados intensivos hasta la actualidad, además como enfermera administrativa coordinadora del servicio concernientes al cuidado del paciente crítico.

La UCI del 7 B se inauguró en el año 1998 con una capacidad de 11 camas, totalmente remodelada y equipada. Contando con un personal altamente calificado de 25 enfermeras asistenciales, una enfermera jefe, 15 técnicos de enfermería, 12 médicos y un médico jefe.

El servicio de cuidados intensivos atiende un promedio mensual de 30 a 40 pacientes mensuales procedentes de diferentes servicios como son: Emergencia (44%) seguido de los Servicios de Cirugía (30%) y Medicina (22%).

Los pacientes que ingresan a la unidad son con diagnóstico de insuficiencia respiratorias agudas, neumonías post cesareadas, sepsis, pancreatitis aguda severa, entre otros. En el año 2000 la unidad del 7 B se convirtió en la unidad de referencia de la pancreatitis grave las cuales fueron ingresados los pacientes para tratamiento médico y quirúrgico bajo el cuidado especializados de las enfermeras y médico de la unidad para recibir a pacientes con este tipo de patología, pero desde 2006 los ingresos de pacientes con Pancreatitis aguda grave se transfirieron a los diferentes servicios del HNERM por desacuerdos del departamento de cirugía. Reduciendo los ingresos con este tipo de diagnóstico a la unidad del 7 B UCI. Pero lo que más marcó el interés sobre este tipo de patología es el aumento a nivel nacional y las condiciones en que ingresan siendo hombres y mujeres desde los 15 años hasta los 90 años de edad teniendo una estancia prolongada desde los 7 días hasta 2 meses de acuerdo al grado de severidad.

### **3.3 PROCESOS REALIZADOS EN EL TEMA DEL INFORME**

A lo largo de estos 15 años trabajando en el cuidado directo al paciente en diferentes patologías como son insuficiencias respiratorias, atención a pacientes post quirúrgicos, sepsis, y pacientes con pancreatitis aguda grave que es tema de mi informe.

Las funciones como enfermera empiezan desde que se inicia el trabajo con el reporte de enfermería que es informe que se realiza a través de la comunicación verbal al finalizar el turno, que consiste en la exposición sobre todos los acontecimientos sucedidos durante el turno del

paciente garantizando la continuidad del cuidado y mejorar la calidad del cuidado en los usuarios además de los progresos del mismo, luego viene la designación cuidado del paciente por la enfermera coordinadora del servicio de acuerdo al TISS28 (Anexo 10) Indirectamente el TISS 28 mide la gravedad de la enfermedad así como los costos hospitalarios.

Empezando la función en el cuidado del paciente con pancreatitis realizando primeramente el monitoreo de ventilador mecánico siendo una alternativa terapéutica que gracias a los avances tecnológicos brinda la oportunidad de soporte avanzado de vida eficiente a los pacientes que se encuentran en estado crítico padeciendo de insuficiencia respiratoria procediendo a auscultar campos de vía aérea escuchando la presencia de murmullo aéreo o presencia de secreciones bronquiales procediendo a realizar la aspiración de secreciones mediante un circuito de aspirador mecánico que es la extracción de las secreciones acumuladas en tracto respiratorio superior, por medio de succión y a través del tubo endotraqueal, eliminando las secreciones que obstruyen total o parcialmente la vía aérea, manteniendo la permeabilidad de la vía aérea para permitir que haya una correcta ventilación.

De inmediato se realiza una valoración de medición de escala del dolor siendo el principal síntoma que presentan estos pacientes con pancreatitis aguda grave esta escala de medición de dolor nos ayuda en la medición de la intensidad del dolor, y con su empleo podemos llegar a cuantificar la percepción subjetiva del dolor por parte del paciente. Tenemos una escala numérica (EN): escala numerada del 1-10, donde 0 es la ausencia y 10 la mayor intensidad, el paciente selecciona el número que mejor evalúa la intensidad del síntoma. es el más sencillo y el más usado. (ver anexo 7) Y en caso de pacientes con entubación endotraqueal las escalas objetivas del dolor son las escalas para la evaluación del dolor en las que la enfermera es quién va a inferir un valor a la intensidad del dolor que sufre el paciente basándose en el comportamiento o actitudes que adopta éste como puede ser la expresión facial, la tensión

muscular, la postura corporal y la hemodinamia, para proceder a ajustar de una forma más exacta el uso de los analgésicos.

La valoración neurológica la medimos mediante la escala de coma de Glasgow que es una valoración del nivel de conciencia consistente en la evaluación de tres criterios de observación clínica: la respuesta ocular, la respuesta verbal y la respuesta motora. Ver anexo (8)

Observar la presencia de catéteres invasivos, los drenajes de sump, sistema de succión cerrado de doble luz, para irrigación continua que se utiliza para drenar, lavar continuamente la cavidad peritoneal de grandes volúmenes de secreciones pancreáticas, detritos cuidando que no se acode, no se obstruya con detritos y permeabilizando siempre el sistema de drenaje Sump observando las características de los fluidos que salen de este dren y en caso necesario se procede a la curación o apoyo en la curación de la herida operatoria observando los bordes de las heridas si hay signos de flogosis, características de las secreciones que salen de la herida quirúrgica realizando una curación aséptica evitando una infección de la piel.

En cuanto al monitoreo de las drogas vasoactivas son necesarias en los casos iniciales de shock distributivo y en el manejo de las complicaciones sépticas de las fases tardías

Vemos también el control de fluidos para dar un buen mantenimiento de la perfusión tisular y del metabolismo oxidativo. La rehidratación es una de las principales medidas de soporte y se hará por vía parenteral. La reposición adecuada de las pérdidas, que pueden alcanzar varios litros al día, es el principal factor para evitar complicaciones asociadas como insuficiencia renal.

El agua corporal total equivale al 60% del peso corporal, dos tercios corresponden al líquido intracelular (LIC), y un tercio al líquido extracelular (LEC). En este último aproximadamente un cuarto es líquido intravascular y tres cuartos líquido intersticial. 19



Luego se procede a realizar las necesidades básicas del paciente, atendiendo las tres dimensiones básicas del paciente física, biológica, psíquica o psicológica y social. Estas deben ser resueltas por los profesionales de enfermería como cuidadores primarios del paciente en el entorno hospitalario. Los procedimientos realizados para satisfacer las necesidades de higiene son cuidados básicos que promueve la comodidad, inmersa en la rutina diaria de los cuidados básicos de enfermería y que si se realiza de manera correcta transmiten contacto individual y presencial disminuyendo las molestias y desajustes para que pueda conseguir la mayor autonomía posible.

Teniendo en cuenta la valoración de necesidades según el modelo de Virginia Henderson.

Luego finalmente se procederá a realizar el balance hídrico exacto de los ingresos y las pérdidas corporales. Para realizar el cálculo del balance hídrico se cuantifican los ingresos y pérdidas corporales por diferentes vías para establecer un balance en un periodo determinado de tiempo no mayor de 24 horas.

Esta valoración es documentada en la historia clínica del cliente o en los registros de enfermería y estar disponibles a todos los miembros del equipo de salud en la valoración de enfermería también es importante conocer todos los aspectos que pudieran afectar, la salud, recuperación y rehabilitación del paciente. Ver anexo 9

Ahora lo que llamo la atención para la realización de este trabajo fue como llegaban los pacientes con este diagnóstico de pancreatitis aguda grave tal es el caso del paciente Ivo Morales Castro joven de 38 años con sobrepeso de mas de 100 kilos estado civil casado, una esposa embarazada con 8 meses de gestación y una hija de 5 años ,teniendo una estancia hospitalaria de 2 meses y 10 días teniendo una evolución desfavorable por las complicaciones que tuvo propias de la enfermedad llegando a ventilación mecánica y entrando a cirugías dos veces sin embargo pese a todo las complicaciones además del cuidado terapéutico

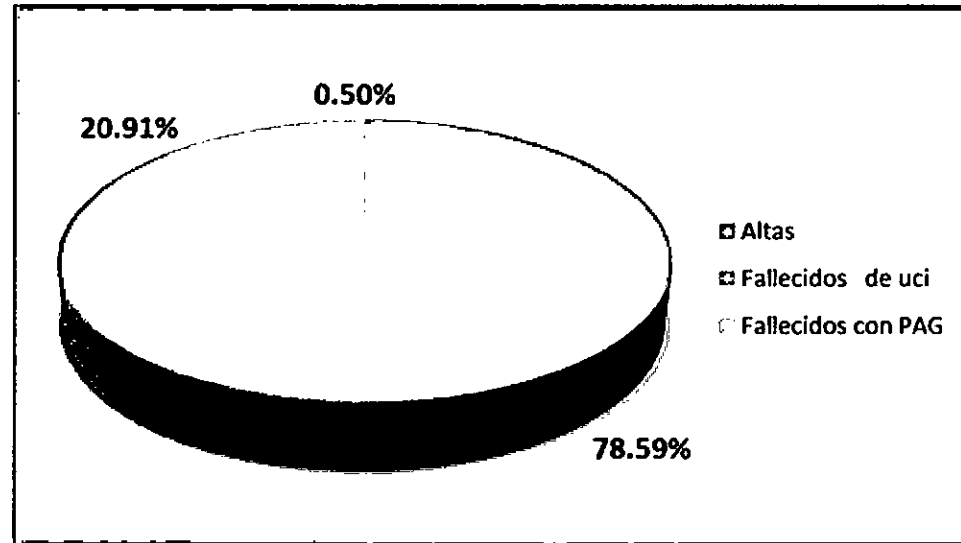
se brindó la parte holística emocional que contribuyó a la recuperación lenta del paciente y según después fue su relato cuando salió de alta de la uci "que se enfermó por motivos de la ingesta de alimentos en la calle por que se desempeñaba como trabajador independiente además de llevar una nutrición inadecuada con comidas rápidas con muchos carbohidratos y grasas". después de su alta del hospital aun viene al servicio en son de agradecimiento por los cuidados de enfermería y medico hacia su persona y salvado su vida. En vista del gran peligro de su vida ahora más concientizado junto a su familia tiene una gran responsabilidad de la importancia de una adecuada nutrición.

## CAPITULO IV RESULTADOS

### INDICADORES DE HOSPITALIZACION EN EL SERVICIO DE CUIDADOS INTENSIVOS 7B UCI HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS DURANTE 2015 LIMA-PERU

**CUADRO N°4.1**

Pacientes atendidos	Año 2015	
	Nro.	%
Altas	312	78.59
Fallecidos de uci	83	20.91
Fallecidos con PAG	2	0.50
<b>TOTAL</b>	<b>397</b>	<b>100</b>



Fuente: Registro de la Unidad de Cuidados Intensivos 7 B UCI

El cuadro N°4.1 Según los datos se ve un mayor porcentaje de 78.5% altas y en relación a los fallecidos el de pancreatitis 0.5% representa un menor porcentaje que el de fallecidos de uci.

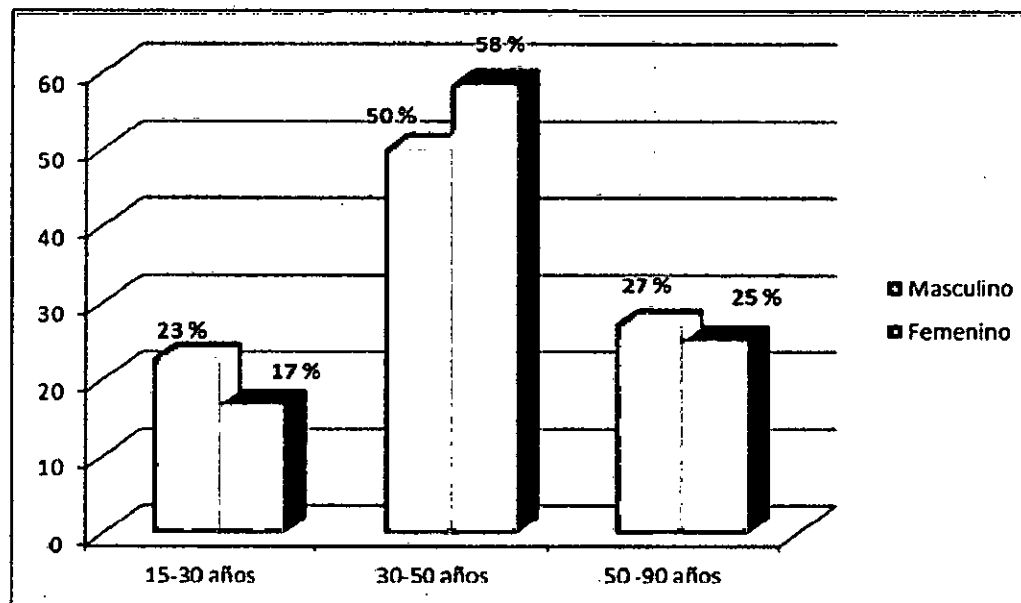
En el cuadro se muestra que hay un buen movimiento de altas en la uci entre los pacientes de diferentes patologías esto se debe a la rápida intervención en el trabajo que se realiza los pacientes en este servicio, y en cuanto a los fallecidos por pancreatitis demuestra que hay un pequeño porcentaje de ellos en los últimos años, esto se debe a que los cuidados y el tratamiento han ido mejorando mediante la capacitación del personal.

**PACIENTES CON PANCREATITIS AGUDA GRAVE ATENDIDOS SEGÚN EDAD Y SEXO SERVICIO DE CUIDADOS INTENSIVOS 7 B UCI HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS 2013 LIMA-PERU**

**CUADRO N°4.2**

Edad de Pacientes con Pancreatitis	Masculino		Femenino	
	N°	%	N°	%
15-30 años	5	23	2	17
30-50 años	11	50	7	58
50 -90 años	6	27	3	25
<b>TOTAL</b>	<b>22</b>	<b>100</b>	<b>12</b>	<b>100</b>

Fuente: Registro de la Unidad de Cuidados Intensivos 7 B UCI



El cuadro N°4.2 muestra que la PA el año 2013 fue más frecuente en los varones entre 30 y 50 años en un porcentaje de 50%. y en las mujeres fue con 58% el mayor grupo de pacientes

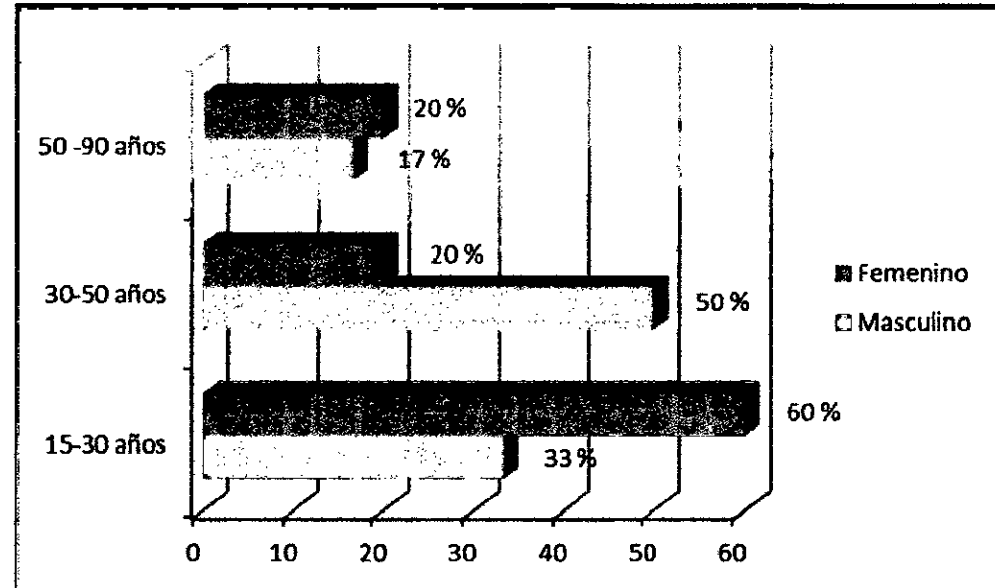
Esto se debe a muchos factores, como ya sabemos el mal hábito de alimentación que ha aumentado en nuestra población, siendo la población masculina que está más expuesta ya sean por motivos sociales o de trabajo.

**PACIENTES CON PANCREATITIS AGUDA GRAVE ATENDIDOS SEGÚN EDAD Y SEXO SERVICIO DE CUIDADOS INTENSIVOS 7 B UCI HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS 2014 LIMA-PERU**

**CUADRO N°4.3**

Edad de Pacientes con Pancreatitis	Masculino		Femenino	
	N°	%	N°	%
15-30 años	2	33	3	60
30-50 años	3	50	1	20
50 -90 años	1	17	1	20
<b>TOTAL</b>	<b>6</b>	<b>100</b>	<b>5</b>	<b>100</b>

Fuente: Registro de la Unidad de Cuidados Intensivos 7 B UCI



El cuadro N° 4.3 muestra que la PA el año 2014 fue más frecuente en los varones de 30 a 50 años con 50% que en las mujeres de esa edad con 20% siendo el mayor grupo de pacientes mujeres para ese año tuvieron entre 15 a 30 años con 60%.

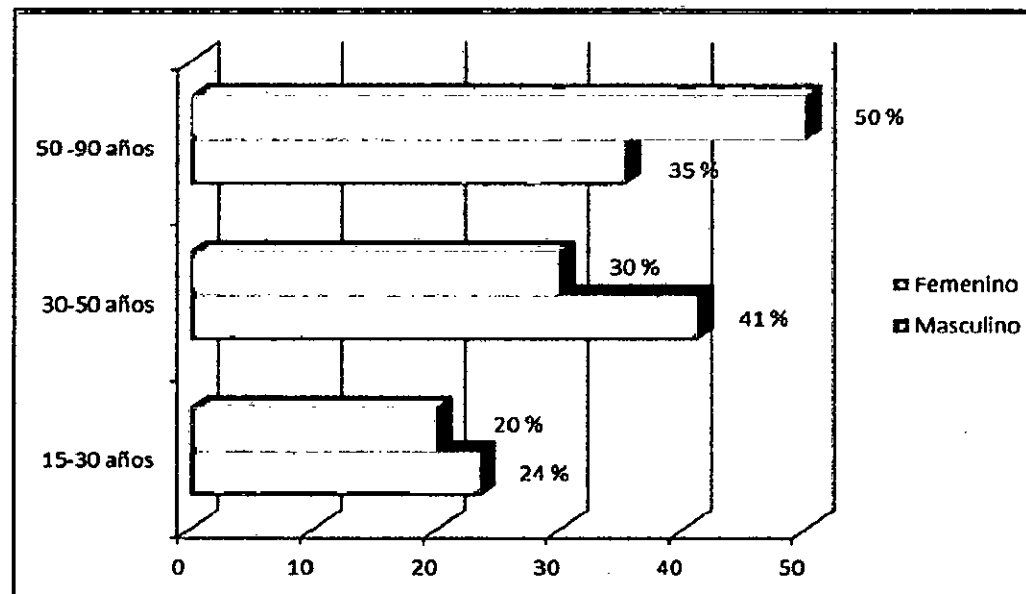
Como se dijo anteriormente los factores causales pueden ser la nutrición, el desconocimiento sobre la ingesta de nutrientes y los factores laborales.

**PACIENTES CON PANCREATITIS AGUDA GRAVE ATENDIDOS SEGÚN EDAD Y SEXO SERVICIO DE CUIDADOS INTENSIVOS 7 B UCI HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS 2015 LIMA-PERU**

**CUADRO N°4.4**

Edad de Pacientes con Pancreatitis	Masculino		Femenino	
	N°	%	N°	%
15-30 años	4	24	2	20
30-50 años	7	41	3	30
50-90 años	6	35	5	50
<b>TOTAL</b>	<b>17</b>	<b>100</b>	<b>10</b>	<b>100</b>

Fuente: Registro de la Unidad de Cuidados Intensivos 7 B UCI



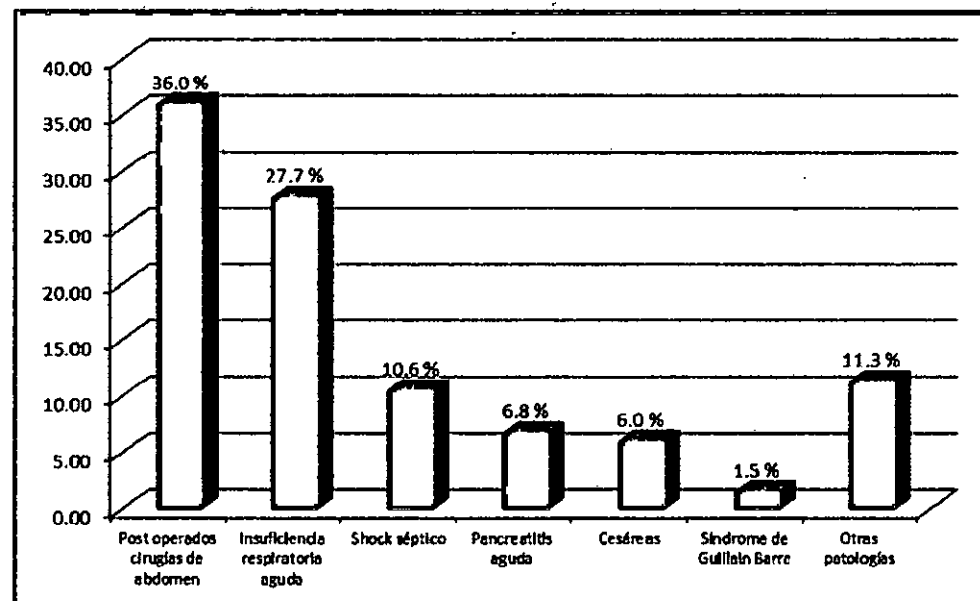
En el cuadro 4.4 del año 2015 el número total de pacientes fue de 17 pacientes entre hombre y mujeres y la frecuencia es mayor en los varones de 30 a 50 años con 41% aquí en este año se invirtió el porcentaje de hombre que mujeres que en comparación con los dos años anteriores predominó más el sexo femenino.

El aumento de pancreatitis aguda en los varones más que en mujeres se debe a la vida desordenada que llevan los varones entre los 30 a 50 años como el desconocimiento y hábitos de ingesta de nutrientes.

**MOTIVO DE HOSPITALIZACION SERVICIO DE CUIDADOS INTENSIVOS UCI 7 B HOSPITAL NACIONAL  
EDGARDO REBAGLIATI MARTINS 2015  
LIMA – PERU**

**CUADRO N°4.5**

Año 2015		
Descripción	Frecuencia	Porcentaje
Post operados cirugías de abdomen	143	36.02
Insuficiencia respiratoria aguda	110	27.71
Shock séptico	42	10.58
Pancreatitis aguda	27	6.80
Cesáreas	24	6.05
Síndrome de Guillain Barre	6	1.51
Otras patologías	45	11.34
<b>TOTAL</b>	<b>397</b>	<b>100</b>



Fuente: Registro de la Unidad de Cuidados Intensivos 7 B UCI

En este cuadro se observa que el mayor porcentaje 36.02 % tienen los pacientes pos operados de cirugías de abdomen y en cuarto lugar tiene las pancreatitis agudas. La descripción de los resultados debe permitir implementar intervenciones que puedan modificar la prevalencia de ciertas enfermedades.

## **CAPITULO V**

### **CONCLUSIONES**

- a) El éxito de los cuidados que la enfermera brinda a un paciente depende del uso estratégico de sus habilidades blandas y cognitivas inherentes a la razón de ser de nuestra, valorando al paciente desde su ingreso al ambiente hospitalario durante su permanencia hasta su alta, propiciando la participación activa en la recuperación de su salud tanto del paciente como de la familia, lo que beneficiara la continuidad de su cuidado en su domicilio.**
- b) La enfermera cumple un rol fundamental usando los recursos de su capacidad educativa y trabajando los indicadores específicos para mejorar y dar una adecuada atención de calidad.**
- c) Por otro lado, se observa en los cuadros que el mayor porcentaje de casos de pancreatitis se da en el sexo masculino entre las edades de 30 a 50 años esto se debe al desconocimiento de una alimentación sana.**



## **CAPITULO VI**

### **RECOMENDACIONES**

- a. Tenemos muchas profesionales de enfermería altamente especializadas en el aspecto cognitivo, pero es importante promover en paralelo el desarrollo de las habilidades blandas que garanticen el cuidado humanizado de los pacientes.
- b. Elaborar protocolos de cuidado de enfermería en pacientes con Pancreatitis Aguda Grave para dar los cuidados necesarios que requieren cuando ingresan a un hospital.
- c. Se sugiere realizar estudios similares estableciendo comparaciones entre una ingesta de nutrientes sana y otra de ingesta de comida rápida para ayudar a ampliar más el tipo de ingesta que tienen las personas según las edades.

## VII. REFERENCIALES

- 1.- Madaria PE. y Martínez SI. Pancreatitis Aguda Diplomada Universitaria en Enfermería. Unidad de Patología Pancreática Hospital General Universitario de Alicante
- 2.- López C.P.y Iglesias MJ. O.M.A.[www.revista-portalesmedicos.com/](http://www.revista-portalesmedicos.com/) Proceso de atención de enfermería en urgencias a un paciente con pancreatitis aguda.
- 3.- Collado MC. Gualda AI., Sánchez CM<sup>º</sup>D. , López VM. Plan de cuidados en la pancreatitis aguda leve de origen biliar (Enfermera de la Unidad de Enfermería de Digestivo)
- 4.- Barreda CL, Targarona MJ., Rodríguez AC. Protocolo para el manejo de la Pancreatitis Aguda grave con necrosis.
- 5.- Arroyo SA. García VJ., Aguirre MRY., Pancreatitis aguda en la Unidad de Cuidados Intensivos e Intermedios: revisión y evolución de 36 casos. Hospital Víctor Lazarte E. – Trujillo, Perú
- 6.- Navarro S., Pérez-MM. Tratado de páncreas exocrino Guarner. Ed. Médicas S.L 2002
- 7.- Farreras & Rozman. Tratado de Medicina Interna. Decimosexta edición. Elsevier Ed. Barcelona 2008.
- 8.- Barreda C L, Targarona J, Tratamiento quirúrgico de la necrosis pancreática en la pancreatitis aguda grave. Enfermedades del aparato digestivo Jul 2000Vol 3, Nº 3
- 9.- Banks, P. A., T. L. Bollen, C. Dervenis, H. G. Gooszen, C. D. Johnson, M. G. Sarr, G. G. Tsiotos and S. S. Vege (2013) "Acute Pancreatitis Classification Working Group. Classification of acute pancreatitis--2012: revision of the Atlanta classification and definitions by international consensus." *Gut* 62(1): 102-11.
- 10.- Mofidi, R., M. D. Duff, S. J. Wigmore, K. K. Madhavan, O. J. Garden and R. W. Parks (2006). "Asociación entre la respuesta inflamatoria sistémica temprana, la gravedad de la disfunción multiorganica y la muerte en la pancreatitis aguda." *Br J Surg* 93(6):738-44.
- 11.- Pandol, S. J., A. K. Saluja, C. W. Imrie and P. A. Banks (2007). "Acute pancreatitis: bench to the bedside." *Gastroenterology* 132(3): 1127-51.
- 12.- Singh, V. K. , T. L. Bollen, B. U. Wu, K. Repas, R. Maurer, S. Yu, K. J. Mortele, D. L. Conwell and P. A. Banks (2011). "Una evaluación de la severidad de la pancreatitis intersticial." *Clin Gastroenterol Hepatol* 9(12): 1098-103.

- 13.- Vol.2 Nº 2 Abril / Junio 2012 Revista Médica Rebagliati.
- 14.- Henderson V. I cuidado. Teorías de Enfermería.
- 15.- Chalela SS. Guía de manejo de sondas y drenajes CAP IV Enf. Ministerio de Protección Social. Ex directora del Dpto. de Enfermería, Instituto Nacional de Cancerología. María Gladis González, Enf. Instituto Nacional de Cancerología. Pág. 1364 sociedad española de cuidados paliativos. España
- 16.- Zoltan Berger Pág. 122. Revista de Gastroenterología del Perú.
- 17.- Tenner, S et al. American College of Gastroenterology Guideline: Management of Acute Pancreatitis. 2013, Am J Gastroenterol Vol. 108(9), págs. 1400-1415.
- 18.- Maraví PE. et al. Clasificación internacional y multidisciplinaria de la pancreatitis aguda: edición española 2013. 4, May de 2013, Med Intensiva, Vol. 38, págs. 211-7.
- 20.- Biblioteca Nacional de Medicina de los EEUU. dic. 2016
- 21.- Revista Médica Electrónica enero 2016
- 22.- Potter PA. y Griffin P. Fundamentos de Enfermería, 3ra. Edición, Mosby-
- 23.- <http://es.scribd.com/doc/53131366/Jean-Watson>

# **ANEXOS**

## Anexo 01

### Criterios para la valoración pronóstica multifactorial de la Pancreatitis Aguda

CRITERIO	Ranson	Imrie	Osborne	Blamey
Edad	>55	>55	---	>55
Leucocitos (x 10 <sup>9</sup> /l)	>16	>15	>15	>15
Glucosa (mg/dl)	>200	>180	>180	>180
LDH (UI/ l)	>350	>600	>600	>600
AST (UI/l)	>120	>100	>200	---
Descenso del hematocrito ( % )	>10	---	---	---
Aumento de la urea (mg/dl)	>5	>16	>16	>16
Calcio (mg/dl)	<8	<8	<8	<8
PO 2 (mm Hg)	<60	<60	<60	<60
Déficit de base ( meq/l )	>4	---	---	---
Albuminemia (g/l)	---	<32	<32	<32
Retención de líquidos (L)	>6	---	---	---

## Anexo 02

### Criterios comparativos entre el ingreso y las primeras 48 horas de evolución

AL INGRESO O DIAGNÓSTICO	PRIMERAS 48 HORAS
EDAD > 55 AÑOS	? HTO. >10%
LEUCOC > 1600/mm <sup>3</sup>	? UREA >1.8mm/l
GLICEMIA >11mmol/l	PO 2 < 60mmhg
HDL SÉRICA > 350 UI/l	DEF. BASES > 4meq/l
TGO SÉRICA > 250UI/l	CALCIO < 1.9mmol/l
	SEC. DE LIQ. > 6000ml

### Anexo 03

#### Propuesta de clasificación de pacientes según TISS-28.

<b>GRADO</b>	<b>TISS (puntaje)</b>	<b>CLASIFICACIÓN</b>	<b>RELACIÓN ENFERMERA PACIENTE</b>
<b>I</b>	Menor 10	Observación	1:4
<b>II</b>	10 – 19	Vigilancia Activa	1:4
<b>III</b>	20 – 39	Vigilancia Intensiva	1:2
<b>IV</b>	=40	Terapéutica intensiva	1:1 o 2:1

## Anexo 04

### Índice de Gravedad en Pancreatitis Aguda (Según Balthasar)

GRADO DE PANCREATITIS AGUDA	PUNTOS
• Páncreas normal	0
• Sólo agrandamiento pancreático	1
• Inflamación pancreática y de la grasa peripancreática	2
• Una colección peripancreática de líquido	3
• Dos o más colecciones	4
<b>GRADO DE NECROSIS PANCREÁTICA</b>	
A Sin necrosis	0
B Necrosis de un tercio de la glándula	2
C Necrosis de la mitad de la glándula	4
D Necrosis de más de la mitad de la glándula	6



## Anexo 5

### Clasificación de apache II

#### APACHE II.

Puntuación APACHE II									
APS	4	3	2	1	0	1	2	3	4
T° rectal (°C)	≥40.9	39-40.9			36-38.4		32-33.9	30-31.9	≤30
Presión arterial media	≥159	130-159	110-129		70-109		50-69		≤50
Frecuencia cardíaca	≥179	140-179	110-129		70-109		55-69	40-54	≤40
Frecuencia respiratoria	≥49	35-49		25-34	12-24	10-11	6-9		<6
Oxigenación: Si FiO <sub>2</sub> ≥ 0,5 (AaDO <sub>2</sub> ) Si FiO <sub>2</sub> < 0,5 (paO <sub>2</sub> )	≥499		200-349		<200 >70	61-70		56-60	<56
pH arterial	≥7.69								<7.15
Na plasmático (mmol/l)	≥179	160-179	155-159	150-154	130-149		120-129	111-119	≤111
K plasmático (mmol/l)	≥6.9	6.0-6.9		5.5-5.9	3.5-5.4		2.5-2.9		<2.5
Creatinina* (mg/dl)	≥3.4	2-3.4	1.5-1.9		0.6-1.4		<0.6		
Hematocrito (%)	≥59.9		50-59.9	46-49.9	30-45.9		20-29.9		<20
Leucocitos (x 1000)	≥39.9		20-39.9	15-19.9	3-14.9		1-2.9		<1
Suma de puntos APS									
Total APS									
IS - GCS									
Edad	Puntuación	Enfermedad crónica		Puntos APS (A)	Puntos GCS (B)	Puntos edad (C)		Puntos enfermedad previa (D)	
≤44	0	Posoperatorio programado		2					
45-54	2	Posoperatorio urgente o médico		5	Total Puntos APACHE II (A + B + C +D)				
55-64	3	<b>Enfermedad crónica</b> <i>Hepática:</i> cirrosis (biopsia) o hipertensión portal o episodio previo de fallo hepático <i>Cardiovascular:</i> disnea o angina de reposo (clase IV de la NYHA) <i>Respiratorio:</i> EPOC grave, con hipercapnia, eritrocitosis o hipertensión arterial pulmonar <i>Renal:</i> diálisis crónica <i>Inmunocomprometida:</i> tratamiento inmunosupresor inmunodeficiencia crónicas							

\*Creatinina: doble puntuación si FRA

## Anexo 6

### Escala de valoración de dolor usada en UCI 7 B

LA ESCALA NUMÉRICA (EN):

<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
<b>Sin dolor</b>										<b>Máximo dolor</b>

Entre 0-2 normal

Entre 3-4 dolor leve

Entre 5-7 dolor moderado

mas de 8 dolor severo

## Anexo 7

### Escala de glasgow

AREA EVALUADA	PUNTAJE
<b>APERTURA OCULAR</b>	
Esponanea	4
Al Estímulo Verbal	3
Al Dolor	2
No Hay Apertura Ocular	1
<b>MEJOR RESPUESTA MOTORA</b>	
Obedece Ordenes	6
Localiza el Dolor	5
Flexión Normal (Retina)	4
Flexión Anormal (Descorticación)	3
Extensión (Descerebración)	2
No hay Respuesta Motora	1
<b>RESPUESTA VERBAL</b>	
Orientada, Conversa	5
Desorientada, Confusa	4
Palabras Inapropiadas	3
Sonidos Incomprensibles	2
No hay Respuesta verbal	1

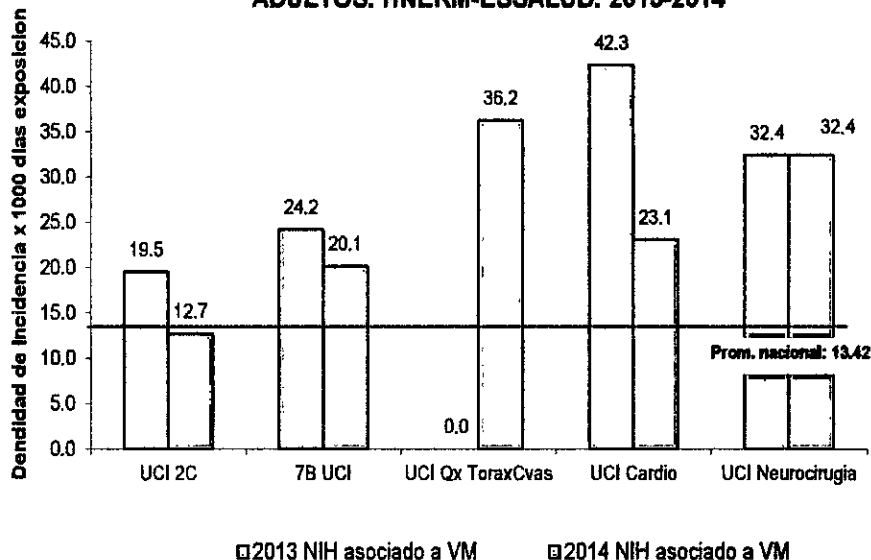
Puntuación: 15 Normal

9 Gravedad

3 Coma profunda

## INDIADORES DEL 7 B UCI DEL HOSPITAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS

**TASA DE NEUMONIA ASOCIADAS A VM. SERVICIOS DE CUIDADOS INTENSIVOS  
ADULTOS. HNERM-ESSALUD. 2013-2014**



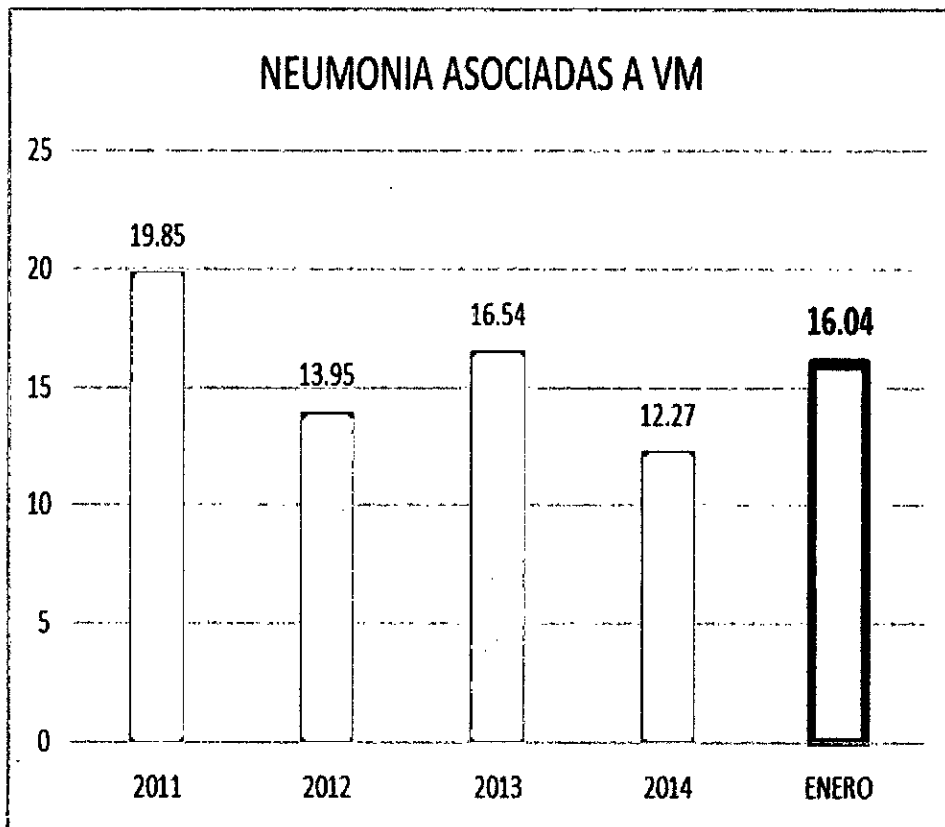
Fuente: OIS-RAR

Por la frecuencia de las infecciones podemos decir que los servicios que reportaron mayor caso fue el servicio de 2C Uci (64 casos), Uci Neurocirugía (42 casos) y el 7B Uci (34 casos).

La densidad de incidencia total por este dispositivo fue menor en el 2014 (17.9 por 1000 días de exposición por VM) que el 2013(24.03 por 1000 días de exposición por VM).

**INCIDENCIA STANDART:**

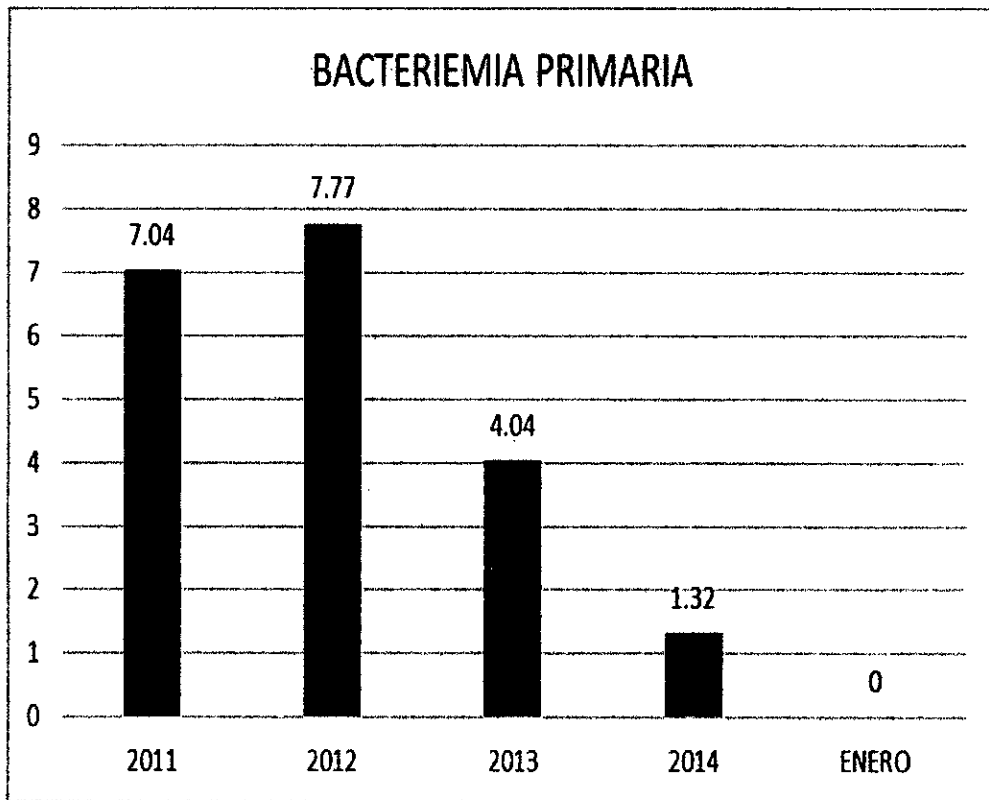
**12 NEUMONIAS POR 1000  
DIAS DE VM**



Fuente DIS . RAR

Según el cuadro se observa que para enero del 2015 la incidencia de neumonía a comparación de otros años anteriores ha aumentado ya sea por diversos factores ya sea humanos, materiales, logísticos etc.

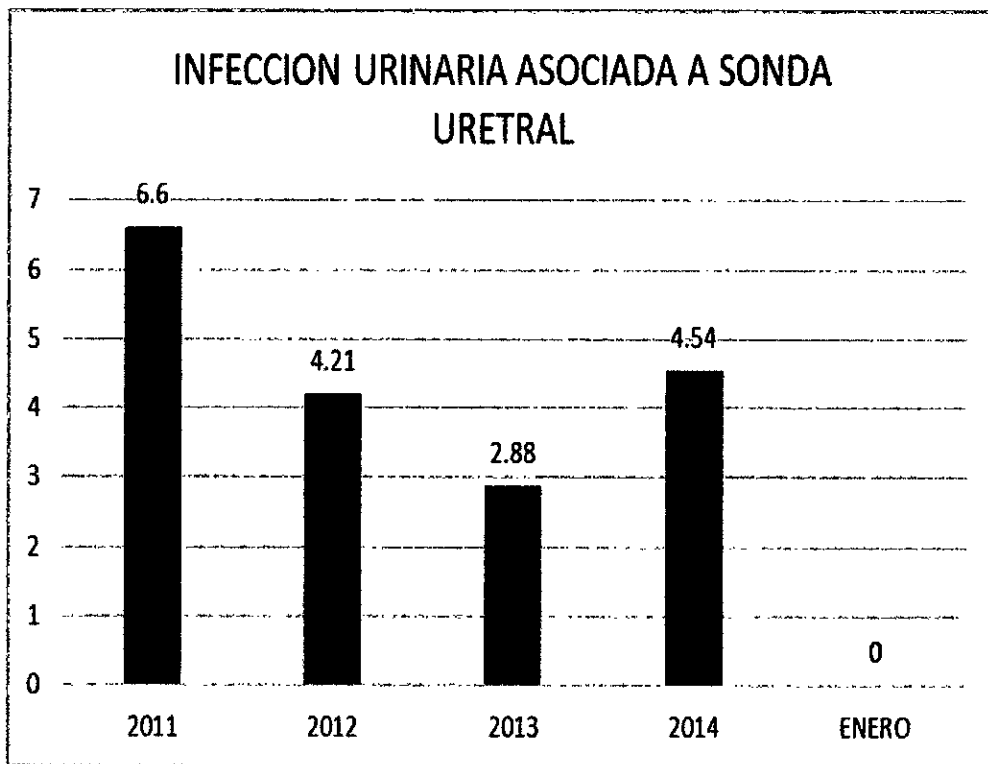
**INCIDENCIA STANDART:  
4 BACTERIEMIAS  
ASOCIADAS A CVC POR  
1000 DIAS DE CVC**



Fuente DIS . RAR

En el presente cuadro se observa que para enero del 2015 no se evidencia ningún porcentaje de bacteriemias asociados a la presencia de CVC eso significa que están cumpliendo los estándares o protocolos de cuidado de inserción y mantenimiento de CVC.

**INCIDENCIA STANDART:  
4.5 INFECCIONES URINARIAS  
ASOCIADAS A SONDA FOLEY X  
1000 DIAS**



\* Fuente DIS . RAR

En el presente cuadro se observa que para enero del 2015 no se evidencia ningún porcentaje de infecciones urinarias asociadas a sonda ureteral, eso significa que están cumpliendo los estándares o protocolos de cuidado de inserción y mantenimiento de sonda ureteral.

**CUADRO DE COMPLICACIONES EN LA UCI 7 B HNERM -****2015**

<b>COMPLICACIONES</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
<b>NEUMONIA POR VM</b>	<b>38</b>	<b>41.3</b>
<b>BACTERIEMIA POR CVC</b>	<b>27</b>	<b>29.3</b>
<b>ITU</b>	<b>17</b>	<b>18.4</b>
<b>OTRAS</b>	<b>10</b>	<b>10.8</b>
<b>TOTAL</b>	<b>92</b>	<b>100</b>