

UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA
FACULTAD DE ENFERMERÍA



**CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTE CON PANCREATITIS AGUDA -
HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA AÑO 2018**

TRABAJO ACADÉMICO

PRESENTADO POR:
LIC. JHON EPIFANIO ACUÑA JARA

PARA OPTAR EL TÍTULO DE: ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA EN
EMERGENCIA Y DESASTRES

ASESORA:
MG. SOFÍA DEL CAPIO FLÓREZ

LIMA, PERÚ
2018

DEDICATORIA

A mis padres, a Dios y aquellas personas
que confiaron en mí brindándome su apoyo
Incondicional todo este tiempo en esta ardua
lucha de perseverancia y preparación
académica

AGRADECIMIENTO

- A Dios por su protección y cuidados, a mis padres por todo su apoyo brindado
- A La Universidad Inca Garcilaso de la Vega y al Hospital María auxiliadora donde se realizó el estudio. y donde laboro por la oportunidad brindada.
- A mi asesora Mg. Sofía Del Carpio Flórez, por su apoyo incondicional y por sus enseñanzas brindadas durante este largo proceso de aprendizaje
- A toda la plana docente de la universidad Inca Garcilaso de la Vega

DEDICATORIA	II
AGRADECIMIENTO	III
RESUMEN	V
ABSTRACT	VI
INTRODUCCIÓN	VII
CAPITULO I MARCO TEÓRICO	8
1.1 Bases teóricas	8
1.2 Teorías de enfermería	19
1.3 Cuidado de enfermería	19
CAPITULO II APLICACIÓN DEL PAE- EBE	20
2.1 Valoración según: necesidades, patrones y/o dominios	20
2.2 Diagnostico de enfermería	31
2.3 Planteamiento de objetivo y prioridades	32
2.4 Ejecución de las intervenciones	35
2.5 Evaluación de los resultados	35
CAPITULO III CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	41
3.1 Conclusiones del trabajo recomendaciones	41
3.2 Recomendaciones	42
Referencias bibliográficas	43
Anexos: fotografías, imágenes, tablas, cuadros	44

RESUMEN

En el siguiente caso clínico que se presentará es sobre un paciente con diagnóstico de pancreatitis aguda, el cual ingresa por el servicio de emergencia para su atención médica,

Entre las patologías gastrointestinales más frecuentes es la pancreatitis situándose dentro de las 3 primeras causas de atención médica en el mundo.

Los cuidados de enfermería sobre dicha patología son de un enfoque multidisciplinario e integral, para reducir la estancia hospitalaria, los costos de internamiento, la recuperación total de la salud del paciente, y uno de los principales pilares es la promoción de la salud.

En este caso clínico se detallará paso a paso sobre la evolución de la salud del paciente hasta la mejora de la salud.

El proceso de atención de enfermería (PAE) se basa en el cuidado humanizado basado en las respuestas humanas de las personas, consta de Valoración, Diagnóstico, Planeamiento, Ejecución y Evaluación, que esto nos va servir como un indicador para mejorar los cuidados brindados al paciente.

Palabras clave: Cuidados de enfermería, pancreatitis aguda, enfoque multidisciplinario, calidad de vida.

ABSTRACT

In the following clinical case that is presented is about a patient with a diagnosis of acute pancreatitis, which is admitted by the emergency service for medical attention, Among the most frequent gastrointestinal pathologies is pancreatitis, ranking among the 3 leading causes of medical care in the world.

Nursing care on this pathology is a multidisciplinary and comprehensive approach to reduce hospital stay, hospitalization costs, the total recovery of the patient's health, and one of the main pillars is the promotion of health.

In this clinical case it will be detailed step by step on the evolution of the patient's health until the improvement of health.

The process of nursing care (PAE) is based on humanized care based on the human responses of people, consisting of Assessment, Diagnosis, Planning, Implementation and Evaluation, which will serve as an indicator to improve the care provided to the patient.

Key words: Nursing care, acute pancreatitis, multidisciplinary approach, quality of life.

Introducción

La pancreatitis aguda es un proceso inflamatorio agudo que afecta a la glándula pancreática. 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 fallo orgánico cuyas consecuencias pueden ser fatales. Entre los síntomas más comunes se encuentran el dolor abdominal que comienza en el epigastrio y que se irradia hacia la espalda en tipo faja, náuseas, vómitos y fiebre.

La pancreatitis aguda es un problema de salud pública con una tasa de incidencia más común de la que los especialistas estiman, la incidencia es de aproximadamente 35-40 casos por cada 100.000 habitantes y año.

La pancreatitis aguda alcohólica es más frecuente en los varones debido al mayor consumo de bebidas alcohólicas y la pancreatitis biliar es más común en las mujeres debido a que a que es más frecuente que sufran de colelitiasis.

En la infancia también se puede desarrollar la pancreatitis aguda, afectando a este grupo etario que es tan vulnerable, esto por lo general se desarrolla dentro de las enfermedades sistémicas que afectan a los niños, pero no existe un dominio estacional reconocido.

Por lo anteriormente mencionado, el cuidado de enfermería con respecto a esta patología tiene que ser un cuidado integral y multidisciplinario para la mejoría del paciente, pero basado en las necesidades humanas del paciente.

La incidencia de pacientes con pancreatitis en el HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA durante los últimos 5 años ha ido aumentando, progresivamente, y es una de las principales causas de internamiento y de morbimortalidad.

CAPITULO I MARCO TEÓRICO

1.1 BASES TEÓRICAS

DEFINICION

Proceso inflamatorio agudo del páncreas en respuesta a diversas injurias, que puede comprometer tejidos vecinos, órganos distantes y presentar tanto complicaciones locales como fallas orgánicas múltiples. (1)

EPIDEMIOLOGIA

La incidencia por cada 100.000 personas asciende de 10 a 46 casos por año. Es 3 veces más frecuente en personas de raza negra, y en cuanto al sexo, más frecuente en hombres cuando la causa está relacionada con el alcohol y en mujeres cuando está relacionada con patologías de la vía biliar. (1)

CAUSAS

- **LITIASIS BILIAR:** Sólo en el 20-30% de los casos se encuentra el cálculo enclavado en la papila. El barro biliar y la microlitiasis son factores de riesgo para el desarrollo de Pancreatitis aguda y probablemente son la causa de la mayoría de las Pancreatitis Aguda idiopáticas.
- **ALCOHOL:** 35% de las Pancreatitis aguda. Es infrecuente en bebedores ocasionales.
- **POST COLANGIOPANCREATICOGRAFIA ENDOSCÓPICA RETROGRADA:** hay hiperamilasemia en el 50% de las colangiopancreaticografía endoscópica retrograda y síntomas en el 1-10%.
- **POSTQUIRÚRGICA:** En cirugía mayor cardiaca y abdominal. Alta mortalidad (10-45%).
- **HIPERTRIGLICERIDEMIA:** Con trigliceridemia >1000 mg/dl. Mecanismo desconocido.
- **IDIOPÁTICA:** Representa el 10% de los casos.
- **FÁRMACOS:** Azatioprina, valproato, estrógenos, metronidazol, pentamidina, sulfonamidas, tetraciclinas, eritromicina, trimetropin, nitrofurantoina, diuréticos de asa, tiazidas, metildopa, mesalamina, sulindac, paracetamol, salicilatos, cimetidina, ranitidina, corticoides, ddl, Lasparginasa, 6-mercaptopurina, procainamida, cocaína, IECA.

- **INFECCIONES:** -Virus: VIH, parotiditis, Coxackie, EBV, rubeola, varicela, adenovirus. -Bacterias: Mycoplasma, Salmonella, Campylobacter, Legionella, Leptospira, TBC. -Parásitos: Áscaris, Fasciola hepática.
- **TRAUMATISMO.**
- **METABÓLICA:** Hipercalcemia, insuficiencia renal.
- **OBSTRUCTIVA:** Obstrucción de la papila de Vater (tumores periampulares, divertículo yuxtacapilar, síndrome del asa aferente, enfermedad de Crohn duodenal), coledocolitiasis, páncreas divisum, páncreas anular, tumor pancreático, hipertonia del esfínter de Oddi.
- **TÓXICOS:** Organofosforados, veneno de escorpión.
- **VASCULAR:** Vasculitis (Lupus eritematoso, pancitopenia, púrpura trombocitopenica), hipotensión, hipertensión arterial maligna, émbolos de colesterol.
- **MISCELÁNEA:** Pancreatitis hereditaria, úlcera duodenal penetrada, hipotermia, trasplante de órganos, fibrosis quística, quemaduras, carreras de fondo. (2)

CLINICA

El dolor 4 suele ser agudo, en la mitad superior del abdomen, persistente (a diferencia del cólico biliar que dura 6-8 h), irradiado en banda hacia los flancos (50% de pacientes), y acompañado de náuseas y vómitos en 90% de los casos. En la pancreatitis aguda biliar el dolor puede ser intenso, epigástrico, súbito, lancinante y transfixivo. Si aparece ictericia debemos sospechar coledocolitiasis persistente o edema de la cabeza del páncreas. Los signos de Grey-Turner y de Cullen aparecen en 1% de los casos, y no son diagnósticos de pancreatitis hemorrágica, pero sí implican un peor pronóstico. Los datos clínicos de alarma son la persistencia de sed, taquicardia, agitación, confusión, oliguria, taquipnea, hipotensión, y ausencia de mejoría clínica en las primeras 48 horas. (3)

DIAGNOSTICO

CLINICO

Se debe sospechar frente a cualquier paciente con dolor abdominal intenso, prolongado, localizado en hemiabdomen superior, especialmente si se acompaña de náuseas y/o vómitos, sensibilidad a la palpación abdominal y/o resistencia muscular. (1)

LABORATORIO

Amilasa y Lipasa sérica: El test más útil para la confirmación diagnóstica es la Lipasa sérica cuya elevación a 2 veces el rango normal tiene sensibilidad y especificidad del orden del 95%; La Amilasa se eleva de 3-4 veces el límite superior normal también tiene alta sensibilidad y especificidad (86% en promedio). (1)

Hemograma: la leucocitosis puede sugerir tanto inflamación como infección; un hematocrito >47% puede sugerir pancreatitis necrotizante (por tercer espacio que lleva a la hemoconcentración). (1)

Hepatograma: valores aumentados de GOT, GPT, FAL y bilirrubina sugieren colecistopancreatitis; un aumento de la GOT >150 U/ml sugiere este origen, aunque un valor menor no la descarta. (1)

Calcio, Colesterol y Triglicéridos: valores patológicos pueden determinar la etiología o complicaciones de la pancreatitis. (1)

IMÁGENES

Rayos X SIMPLE DE ABDOMEN: Rol limitado. El proceso inflamatorio puede afectar estructuras peripancreáticas pudiéndose observar íleo regional (asa centinela) y/o generalizado, borramiento del psoas, calcificaciones pancreáticas. (1)

ECOGRAFIA ABDOMINAL: Es el método inicial más útil ya que evalúa la vía biliar y presencia o ausencia de cálculos, así como cambios en el tamaño, forma y alteración de la ecogenicidad del páncreas, compatibles con proceso inflamatorio. (1)

TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTALIZADA DINAMICA ABDOMINAL: Provee buena evidencia de la presencia o ausencia de pancreatitis, sin embargo, rara vez es usada con fines exclusivamente diagnósticos, aunque con este fin puede ser de utilidad en el diagnóstico diferencial con otras patologías (si los hallazgos clínicos y de laboratorio son inconclusos, cuando el dolor abdominal sugiere otra patología, como perforación, aneurisma, tumor, etc.), por lo tanto tiene su mayor indicación para clasificar la gravedad de la enfermedad (criterios de Balthazar). (1)

**GRADACIÓN DE LA GRAVEDAD SEGÚN LOS CRITERIOS DE
BALTHAZAR:**

GRADO TAC

SCORE

- A: páncreas normal (0)
- B: aumento del tamaño focal o difuso (1)
- C: B + inflamación peripancreática (2)
- D: C + una colección líquida, intra o extrapancreática (3)
- E: C + dos o más colecciones y/o gas en el páncreas o retroperitoneo (4)

GRADO DE NECROSIS

SCORE

- 0(0)
- <33% (2)
- 33-50% (4)
- >50% (6)

SCORE TOTAL = GRADO TAC + GRADO DE NECRO-SIS

	Complicaciones	Muerte
0-3	8%	3%
4-6	35%	6%
7-10	92%	17%

En pacientes con índice de severidad de 3-10 sólo se recomienda realizar otra TAC si el paciente no mejora o se deteriora clínicamente, sin embargo algunos autores aconsejan realizar una previa al alta para detectar la presencia de complicaciones asintomáticas como pseudoquiste o pseudoaneurisma. (1)

ECOENDOSCOPIA: permite una imagen mucho más detallada de la vía biliar y el páncreas ya que el transductor se coloca directamente adyacente al páncreas. Su principal indicación en la pancreatitis aguda es para la detección de micro litiasis y lesiones periampulares, que no son fácilmente visibles por los otros métodos. (1)

COLANGIOPANCREATICOGRAFIA ENDOSCOPICA RETROGRADA (CPRE): Usada para evaluar la vía biliar y el sistema ductal pancreático. Su máximo rendimiento es en pancreatitis severas por cálculos, indicación discutida por algunos autores, o en cuadros de colangitis ya que combina la esfinterotomía con extracción de cálculos, reduciendo la estadía hospitalaria, las complicaciones y la mortalidad, especialmente cuando se realiza en las primeras 72 horas del comienzo de la enfermedad. (1)

EVALUACION PRONOSTICA DE GRAVEDAD

APACHE II: Tiene la ventaja de poder estratificar al paciente en cualquier momento de la enfermedad, sin embargo, es muy engorroso para su uso rutinario. Tiene una sensibilidad y especificidad del 77 y 84% respectivamente. Una puntuación >8 indica pancreatitis severa. (1)

Proteína C reactiva: es un reactante de fase aguda producida por el hígado en respuesta a inflamación. Un valor >150mg/L a las 48 horas es consistente de pancreatitis se-vera. (1)

Lavado peritoneal: indican severidad la aspiración de más de 20ml de un líquido oscuro luego de la irrigación de la cavidad peritoneal con 1 litro de solución fisiológica. Las guías del UK del 2005 sugieren la siguiente evaluación durante las primeras 48 horas para predecir un ataque severo de pancreatitis: (1)

- **Al ingreso:** evaluación clínica, particularmente en búsqueda de compromiso cardiopulmonar y renal, RX de tórax, Body mass index, y score de APACHE II.
- **A las 24 horas:** evaluación clínica en búsqueda de falla orgánica, APACHE II con especial énfasis en los parámetros patológicos al ingreso, score de Glasgow (puede ser aplicado en esta etapa aunque su máximo rendimiento será a las 48 horas) y PCR (puede ser útil en esta etapa también).
- **A las 48 horas:** evaluación clínica en búsqueda de falla orgánica, score de Glasgow y PCR, además de los parámetros anteriores.

En resumen:	
Al ingreso:	1. examen clínico 2. BMI >30 3. derrame pleural 4. APACHE >8
A las 24hs:	1. examen clínico 2. APACHE II >8 3. Glasgow >3 4. persistencia de falla orgánica 5. PCR >150mg/L
A las 48hs:	1. examen clínico 2. Glasgow >3 3. PCR >150mg/L 4. persistencia de falla orgánica
48hs.	5. falla orgánica múltiple

COMPLICACIONES

LOCALES

Pseudoquiste: un 50% resuelven espontáneamente, el otro 50% puede estabilizarse o crecer; los <7 cm. suelen reabsorberse, a diferencia de los >7 cm. que rara vez se reabsorben y se complican en el 30-50% con infección, perforación o hemorragia. (1)

Colecciones líquidas extrapancreáticas: resuelven espontáneamente en un 50%, el resto puede contribuir a la formación de abscesos, necrosis y pseudoquistes. (1)

Necrosis pancreática: la necrosis aparece en un 10-20% de los pacientes y en un 30-50% en casos de pancreatitis severa; la mortalidad de la necrosis estéril es del 10%, contra 40% en casos de infección; ésta se diagnostica con PAAF guiada por TAC o Ecografía, con bacteriología positiva (Gram o cultivos). (1)

Absceso: ocurre a 4 semanas o más del inicio de los síntomas, por infección de un pseudoquiste, necrosis o colección. (1)

Las complicaciones infecciosas deben sospecharse ante un paciente con deterioro clínico (aumento de APACHE II, aparición de fiebre o dolor abdominal, aumento del íleo o de signología peritoneal), hemocultivos positivos o aparición de gas en el retroperitoneo. (1)

Disrupción del Wirsung: consiste en el escape de líquido pancreático por daño en el sistema ductal; el desarrollo súbito de hipocalcemia es sugestivo de este cuadro. Se diagnostica por TAC y PAAF con dosaje de amilasa o lipasa, que se encuentran elevadas por 10.000. (1)

SISTEMICAS

Se destacan la HDA, úlceras por stress, fístulas, trombosis vasculares con infartos viscerales, perforaciones intestinales, NTA, SDRA, CID, shock hipovolémico, falla multiorgánica. (1)

TRATAMIENTO

MEDICO

El tratamiento general de una pancreatitis leve (mayoría de los casos) se basa en hidratación adecuada, reposo digestivo hasta que el paciente no presente más dolor y sienta deseos de comer, con sonda nasogástrica sólo si hay vómitos incoercibles o íleo generalizado y analgesia (meperidina). (1)

FLUIDOTERAPIA

El mantenimiento de un adecuado volumen intravascular puede requerir de 5 a 10 litros de cristaloides o coloides durante los primeros días. (1)

Para estimar los líquidos requeridos se impone la colocación de una vía venosa central, con control de diuresis horaria y hematocrito diario. Una adecuada hidratación se pone de manifiesto con una PVC entre 8-12cm/H₂O. (1)

Nutrición

En pacientes con pancreatitis leve, en que la realimentación oral se producirá en un plazo máximo de 1 semana, no se ha demostrado beneficio de la asistencia nutricional; basta con suero glucosado al 5% que provee la adecuada energía calórica. (1)

Antibióticos

Sólo están indicados de forma profiláctica en pacientes con pancreatitis severa o cuando hay necrosis infectada (mortalidad del 40%) ya que su uso indiscriminado sólo lleva a la selección de cepas resistentes y a un aumento en el riesgo de infecciones micóticas. (1)

El tratamiento antibiótico, debe hacerse con Imipenen, que tiene actividad tanto contra Gram negativos como positivos, así como contra anaerobios, en dosis de 500g cada 6hs EV durante 14 días o más dependiendo del curso de la enfermedad. (1)

QUIRURGICO

COLANGIOPANCREATICOGRAFIA ENDOSCOPICA RETROGRADA: si los estudios de laboratorio o imágenes coinciden con pancreatitis aguda severa por litiasis que produce ictericia obstructiva o colangitis está indicada la realización de CPRE con esfinterotomía y extracción de litos dentro de las 72 horas del inicio de los síntomas (Recomendación grado D), por reducción de la sepsis biliar más que por una verdadera mejora de la pancreatitis; en ausencia de ictericia pero con sospecha o confirmación de litiasis también debería realizarse dentro de las 72 horas (Recomendación grado B). (1)

COLECISTECTOMIA: convencional o laparoscópica, de preferencia antes que el paciente sea dado de alta en casos de colecistopancreatitis leves; en pancreatitis aguda grave, la colecistectomía debe posponerse el mayor tiempo posible, sin embargo frente a deterioro clínico o evidencia de complicaciones locales, debe procederse a la intervención quirúrgica. (1)

Tabla 1: Score de Ranson

AL INGRESO	Etiología Biliar	Etiología No Biliar
Edad	>70	>55
Leucocitos	>18.000	>16.000
Glucemia (mg/dl)	>220	>200
TGO(UI/L)	>120	>120
LDH (UI/L)	>400	>350
A LAS 48 HS	Etiología Biliar	Etiología No Biliar
Descenso del HTO (%)	>10	>10
Aumento de Urea (mg/dl)	>2	>5
Calcio (mg/dl)	<8	<8
Déficit de base (meq/L)	>5	>4
PaO2 arterial (mmHg)	-	<60
Secuestro liquido (Lts)	>4	>6

Tabla 2: Score de Glasgow

PARAMETRO

Edad	>55
Leucocitos	>15.000
Glucemia (mg/dl)	>180
Uremia (mg/dl)	>45
TGO (UI/L)	>200
LDH (UI/L)	>600
Calcio (mg/dl)	<8
Albúmina (g/dl)	<3,2
PaO2 arterial	<60

PUNTAJE OBTENIDO (tanto para Ranson como Glasgow)

Mortalidad

0-2	<1%
3-4	15%
5-6	40%
>6	100%

Tabla 3: Score de APACHE II

Puntuación APACHE II									
APS	4	3	2	1	0	1	2	3	4
Tª rectal (°c)	> 40,9	39-40,9		38,5-38,9	36-38,4	34-35,9	32-33,9	30-31,9	< 30
Pres. arterial media	> 159	130-159	110-129		70-109		50-69		< 50
Frec. cardíaca	> 179	140-179	110-129		70-109		55-69	40-54	< 40
Frec. respiratoria	> 49	35-49		25-34	12-24	10-11	6-9		< 6
Oxigenación: Si FiO2 ≥ 0.5 (AaDO2)	> 499	350-499	200-349		< 200				
Si FiO2 ≤ 0.5 (paO2)					> 70	61-70		56-60	< 56
pH arterial	> 7,69	7,60-7,69		7,50-7,59	7,33-7,49		7,25-7,32	7,15-7,24	< 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	3,0-3,4	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									
15 - GCS									
EDAD	Puntuación	ENFERMEDAD CRÓNICA		Puntos APS (A)	Puntos GCS (B)	Puntos Edad (C)	Puntos enfermedad previa (D)		
≤ 44	0	Postoperatorio programado	2						
45 - 54	2	Postoperatorio urgente o Médico	5	Total Puntos APACHE II (A+B+C+D)					
55 - 64	3	Enfermedad crónica:							
65 - 74	5	Hepática: cirrosis (biopsia) o hipertensión portal o episodio previo de fallo hepático							
≥ 75	6	Cardiovascular: Disnea o angina de reposo (clase IV de la NVHA)							
		Respiratoria: EPOC grave, con hipercapnia, policitemia o hipertensión pulmonar							
		Renal: diálisis crónica							
		Inmunocomprometido: tratamiento inmunosupresor inmunodeficiencia crónicas							

El Score fisiológico agudo se obtiene por la suma de los puntos obtenidos por los 11 indicadores anteriores más el Score Glasgow: 15 menos el puntaje de la escala de coma de Glasgow. (1)

B. Puntaje por edad del paciente

EDAD	PUNTAJE
<44	0
45-54	2
55-64	3
65-74	5
>75	6

Puntaje por patologías crónicas

Por insuficiencias orgánicas graves: cardíaca, respiratoria, renal o hepática o bien por inmunodeficiencia demostrada. Si existe alguna de estas condiciones, se asignan 5 puntos si se dan en un contexto no quirúrgico o posterior a una intervención de urgencia y 2 puntos si se presentan en el postoperatorio de una intervención electiva. (1)

Puntaje Final

Se obtiene por la suma de los puntajes obtenidos en el Score fisiológico agudo, por edad y por patologías crónicas. (1)

1.2 TEORÍAS DE ENFERMERÍA

Dentro de las teorías de enfermería más aceptadas en la actualidad es la de Virginia Henderson. Su funcionabilidad es óptima hasta nuestros tiempos debidos a que se basa en las respuestas humanas y ve al ser humano como un ser holístico. El modelo de Virginia Henderson es totalmente compatible con el Proceso de atención de Enfermería, cuestión esencial para que tenga aplicación en la práctica. El modelo de Virginia Henderson es un modelo humanístico, porque la enfermera que atiende al paciente brindándole los cuidados va suplir o ayudar a cumplir con sus funciones básicas de cada paciente ya que no puede realizar en un determinado momento de su ciclo de vital, enfermedad, infancia o edad avanzada. (4) Como se puede apreciar desde mi punto de vista el modelo de enfermería más idóneo para la realización del trabajo es el de Virginia Henderson ya que se basa principalmente en las necesidades y respuestas humanas de los pacientes, viéndolo como un ser holístico y engloba sus cuidados de enfermería a suplir o ayudar a la mejoría de la calidad humana del mismo.

En la teoría de las 14 necesidades que plantea Virginia Henderson, en relación con este trabajo académico se ve relacionado en cuanto a la nutrición e hidratación, se ve alterado en el paciente ya que se evidencia sequedad, signo de pliegue, y su anorexia debido al dolor que esto le produce después de la ingesta de alimentos, el sueño y el descanso también se ve alterado debido a que sufre de insomnios por el dolor predominante que sufre por la patología que tiene, estos son principalmente dos de las catorce necesidades que se ve alterado en el paciente y es por eso que esta teoría tiene relación con el trabajo académico que se presenta a continuación

CAPITULO II APLICACIÓN DEL PAE- EBE

2.1 VALORACION DE ENFERMERIA

2.1.1 SITUACIÓN PROBLEMA

Paciente adulto R.C.R.L ingresa al servicio por presentar dolor de estómago tipo cólico de regular intensidad acompañado de náuseas y vómitos biliosos en 4 oportunidades, afebril, malestar general, sequedad de mucosas, facies dolorosas, mucosas y escleras ictéricas hospitalizado hace 20 días por colangitis aguda.

Al examen físico

- Tórax y pulmón: murmullo vesicular pasa bien en Ambos Campos pulmonares.
- Cardiovascular: Ruidos Cardiacos Rítmicos de buena intensidad no soplos.
- Abdomen: blando depresible Ruidos hidroaéreos aumentados, dolor en epigastrio e hipocondría derecho
- Neurológico: lucido orientado en tiempo espacio y persona

Diagnostico

Síndrome doloroso abdominal, coledocolitiasis descartar pancreatitis.

Indicaciones médicas.

- Clna 0.9 % 100cc
- Tramadol 100 mg
- Hioscina 20 mg
- Dimenhidrinato

Laboratorio

Hemograma completo, glucosa, urea, creatinina, perfil hepatico amilasa.

Diagnostico

Pancreatitis aguda litiasica

- Bisap:1
- Apache: 9
- Marshal: 0

Litiasis vesicular

Síndrome Ictérico obstructivo d/c coledocolitiasis

Indicaciones médicas

- NPO
- Clna 0.9% 1000 cc a 30 gotas por minuto --> I-III
- Dextrosa al 5% 1000 cc + 1k +1h a 30 gotas por minuto ---> II-IV
- Traamadol 100 mg ev c/ 8h
- Dimenhidrinato 50 mg ev c/ 8h

2.1.2 RECOLECCIÓN DE DATOS

a) Datos de Afiliación

- Establecimiento de salud: Hospital María Auxiliadora
- Nombre de la paciente: r.c.r.l
- Servicio: emergencia
- Fecha de ingreso: 08/09/18

b) Datos generales

- Edad: 57
- Estado Civil: casado
- Sexo: masculino
- Ocupación: obrero
- Raza: mestizo
- Lugar de procedencia: VES
- Domicilio: sector 1 grupo 8 mz n lt 3
- Religión: católico
- Grado de instrucción: secundaria completa
- Dx. Medico: pancreatitis

Examen Físico:

- Cráneo: normocefalo, sin lesiones
- Cabello: delgado, color negro, sin signos de calvicie
- Ojos: pupilas foto reactivas, isocóricas.
- Nariz: normal
- Boca: sin lesiones en cavidad bucal, lengua normal
- Orejas: sin lesiones aparentes, tamaño normal
- Cuello: no se evidencia lesión a nivel cervical.
- Cardiovascular: Ruidos Cardiacos Rítmicos de buena intensidad no soplos.
- Tórax: murmullo vesicular pasa en ambos campos pulmonares, sin ruidos agregados
- Abdomen: blando depresible ruidos hidroareos aumentados (+), dolor en epigastrio e hipocondría derecho
- Miembros Superiores: intactos
- Miembros inferiores: intactos
- Espalda: Columna vertebral sin malformaciones.
- Aparato Urinario: conservado, flujo urinario adecuado
- Aparato excretor:
- Aparato cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos sin alteraciones

EXÁMENES DIAGNÓSTICOS: RESULTADOS DE LABORATORIO

Prueba	Valores encontrado	Valores referenciales
Ph	7.49	7.35 - 7.45
PCO2	34	35 – 45
PO2	110	80 – 100
HCO3	24.1	22-26
K	3.9	3.5 – 4.0
Na	144	135 - 145
Ca	1.22	2.13 - 2.55
Cl	107	96- 106
Amilasa	2526	28- 100
Lipasa	1090	13-90
Hemoglobina	16.5	11 – 16
Leucocito	21.50	4.40 – 11.30
Bilirrubina total	2.63	<= 1.00
Bilirrubina directa	2.14	<= 0.20

DATOS GENERALES

- Nombre del paciente: R.C.R.L H.C:
- Fecha de Nacimiento: 10/07/61 Edad: 57
- Condición: estable
- Servicio: emergencia
- Fecha de ingreso:08/09/18
- Procedencia: Admisión () Emergencia (x) Otro ()
- Forma de llegada: Ambulatorio () Silla de ruedas () Camilla (x)
- Peso: Estatura: 1.66mts PA:90/50 mmHg FC:123 F.R 24 T°: 37.7
- Fuente de Información: Paciente () familiar/amigo () Otro: esposo

ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD Y QUIRURGICAS:

- HTA () DM (x) Gastritis/Ulceras (x) Asma () TBC () HIV ()
Otros:
- Cirugías: () Especifique: Fecha:
- Alergia y otras reacciones: Fármacos () Alimentos () Otros ()

Motivo de ingreso: persona adulta ingresa a emergencia por dolor en epigastrio, tipo colico que se irradia hacia la espalda, ictérico

VALORACION DE ENFERMERIA SEGÚN DOMINIOS

Dominio 1: Promoción de la Salud

Clase 1: Toma de Conciencia

- Ud. cuida su salud: Si () No (x)
- Realiza controles médicos periódicos: Si () No (x)
- Frecuencia:.
- Hábitos Nocivos: bebe alcohol ocasionalmente
- TABACO Si (x) No () ALCOHOL Si (x) No ()
- Consumo de Medicamentos con o sin indicación: no refiere
- ¿Qué toma actualmente? Dosis /Frec. Ult. dosis

Estado de higiene:

Corporal: regular estado de higiene

Estilo de alimentación: inadecuado

Clase 2: Gestión de la Salud.

Está en algún programa de atención integral Si () No (x)

Cumple con sus citas Si () No (x)

Cumple con el régimen indicado Si () No (x)

Asiste a charlas educativas de salud Si () No (x)

Pone en práctica los conocimientos recibidos Si () No (x)

Comentario: Dominio 2: Nutrición

Clase 1: Ingestión

- Apetito: Normal () Anorexia (x) Bulimia () Obesidad (x) Rechazo ()
- Dificultad para deglutir: Si () No (x)
- Dentadura: completa (x) Ausente () Incompleta () Prótesis ()
- Mucosa Oral: intacta (x) lesiones ()
- Alimentación por SNG ()
- Comentarios:

Clase 2: Digestión

- Náuseas: (x) Pirosis ()
- Abdomen: Normal (), Distendido (x) Doloroso (x)
- Ruidos Hidroaéreos: Aumentado (x) Disminuido ()
- Ausentes ()

Dominio 2: Nutrición

Clase 3: Absorción

- Cambio de peso durante los últimos 6 meses Si (x) No ()
- Peso actual 85kg
- Comentarios: refiere que bajo de peso (4kg) debido a que dejaba de comer por los dolores

Clase 4: Metabolismo

- Piel Normal () enrojecida () Pálida () con hematoma () Ictericia (x).
- Comentarios: escleras, mucosas ictericas

Clase 5: Hidratación

- Piel: Seca (x), Turgente () Edema ()
- Signo del pliegue (x)
- Mucosas: Húmedas () Secas (x) ligeramente
- Sed: aumentada (x) Disminuida ()
- Comentarios: labios ligeramente secos

Dominio 3: Eliminación

Clase 1: Sistema Urinario

- Hábito, vesicales: frecuencia: 5 veces al día
- Disuria (x) Retención () Incontinencia () Polaquiuria ()
- Nicturia () Hematuria ()
- Pañal () Sonda () Fecha de colocación
- Colector () Fecha de colocación
- Comentarios
- Drenaje: Si () NO (x) Características ()

Clase 2: Sistema Gastrointestinal.

- Hábitos intestinales: Número de deposición por día: 2
- Incontinencia () Diarrea () Frecuencia () Características:
- Estreñimiento () Ostomía () Vómitos (x) Cantidad: 6
- Comentarios: vómito biliosos con contenido alimenticio

Clase 3: Sistema tegumentario

- Sudoración: Normal () Diaforesis (x)

Clase 4: Sistema Pulmonar

- Respiración: Oximetría de Pulso 99%
- Disnea (x) Polipnea () Ortopnea ()
- Aleteo nasal () Tos: No (x) Si () Tipo:
- Secreciones No (x) Si () Características
- Ruidos respiratorios: murmullo vesicular: Normal (x) Roncantes ()
- Sibilantes () Crepitos () Estertores ()
- Tubo orofaríngeo () Tubo endotraqueal ()
- Respirador () Traqueotomía ()
- Comentario:

Dominio 4: Actividad y Reposo

• Clase 1: Reposo y Sueño

- Horas de sueño interrumpido Se despierta temprano (x)
- Sueño: Tranquilo () Insomnio (x) pesadilla () fraccionado ()
- Somnolencia diurna () Usa algún medicamento para dormir ()
- Comentarios: refiere que sufre de insomnio a causa de sus dolores abdominales

DATOS OBJETIVOS:

- Náuseas.
- Vómitos abundantes de característica biliosos.
- Sequedad de mucosas.
- Dolor abdominal agudo en epigastrio.
- Facies dolorosas
- Inmovilidad (grado de dependencia III).
- Tensión arterial de 90/50 mmHg.
- Temperatura de 37.7 °C.
- Frecuencia cardiaca de 123 por minuto.
- Frecuencia respiratoria de 24 por minuto.

DATOS SUBJETIVOS.

- “tengo sed”
- “me duele mucho mi abdomen”
- “En mi casa comía más frituras y arroz”
- “Me preocupa mi enfermedad”.
- “No puedo dormir”.

CARACTERISTICAS DEFINITORIAS

- Sequedad de mucosas.
- Inmovilidad (grado de dependencia III).
- Hipotensión.
- Taquicardia.

- Taquipnea.
- Preocupación.
- Insomnio.
- Náuseas.
- Vómitos abundantes de característica biliosos.
- Sequedad de mucosas.
- Inmovilidad (grado de dependencia III).
- Dolor.

MATRIZ DE LA VALORACIÓN.

- Dolor, inmovilidad, taquipnea, taquicardia.
- Náuseas, Vómitos abundantes de característica biliosa, sequedad de mucosas, taquicardia e hipotensión.
- insomnio, preocupación.
- Insomnio, Dolor
- Ingesta de alimentos con poco contenido nutricional
- Procedimientos invasivos

DATOS RELEVANTES	FUNDAMENTO	DIAGNOSTICO
NÁUSEAS	Náusea es la sensación de tener la urgencia de vomitar.	Déficit del volumen de líquidos relacionado con pérdida activa del volumen de líquidos evidenciado por sequedad de mucosas, disminución de la tensión arterial y aumento de la frecuencia del pulso.
VÓMITOS	Vomitarse es forzar los contenidos del estómago a salir a través del esófago y fuera de la boca.	
SEQUEZADURA DE MUCOSAS	Es un signo que evidencia el estado de hidratación de una persona.	
TAQUICARDIA	Es el aumento de la frecuencia cardíaca por encima de su valor normal, donde el corazón se contrae más veces de lo requerido	
HIPOTENSION	Es la disminución de la presión arterial, donde el paciente puede tener síntomas como cansancio, desvanecimiento.	
DOLOR	Es una experiencia sensorial (objetiva) y emocional (subjetiva), generalmente desagradable, que pueden experimentar todos aquellos seres vivos que disponen de un sistema nervioso	Dolor agudo relacionado con agentes biológicos lesivos evidenciado por información verbal, EVA de 8/10.
INMOVILIDAD	Es la falta de movilidad física por diversas causas.	
TAQUIPNEA	Consiste en un aumento de la frecuencia respiratoria por encima de los valores normales (>20 inspiraciones por minuto).	
PREOCUPACIÓN	Es un estado que se caracteriza por un incremento de las facultades perceptivas ante la necesidad fisiológica del organismo de incrementar el nivel de algún elemento que en esos momentos se	Ansiedad relacionada con amenaza de cambio en el estado de salud evidenciado por inquietud y preocupación.

	encuentra por debajo del nivel adecuado, o -por el contrario- ante el temor de perder un bien preciado.	
INSOMNIO.	Aunque el insomnio únicamente suele concebirse como la dificultad para iniciar el sueño.	Insomnio relacionado con dolor abdominal evidenciado por quejas verbales.
Ingesta excesiva a las necesidades calóricas	El exceso de consumo de alimentos con bajo nivel alimenticio va producir un incremento de la tasa metabólica y esto va producir el incremento de la masa corporal, y se va ver aumentado la producción de enzimas para poder procesar pero esta van ser insuficientes para el metabolismo.	Desequilibrio nutricional ingesta superior a las necesidades relación con aportes excesivos en relación a las necesidades metabólicas evidenciado por índice de masa corporal >28.
Procedimiento invasivos	Los procedimiento invasivos en la persona va aumentar el riesgo de alguna infección, tanto local por ejemplo eritemas y generalizada la sepsis.	Riesgo de infección relacionado a procedimientos invasivos

2.2 Diagnostico de enfermería

- Déficit del volumen de líquidos relacionado con pérdida activa del volumen de líquidos evidenciado por sequedad de mucosas, náuseas, vómitos disminución de la tensión arterial y aumento de la frecuencia del pulso, manifestado “tengo sed”
- Dolor agudo relacionado con agentes biológicos lesivos evidenciado por fascia de dolor y quejumbroso, medido en la escala de EVA 8/10, manifestado por “me duele mucho mi abdomen”.
- Desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades relacionado con aportes excesivos en la relación con las necesidades metabólicas evidenciado por IMC >28 y manifestado “ en mi casa comía más frituras y arroz”
- Ansiedad relacionada con amenaza de cambio en el estado de salud evidenciado por inquietud y preocupación y manifestado por “Hasta cuando voy a estar en el hospital ya quiero irme a mi casa sano”
- Insomnio relacionado con dolor abdominal evidenciado por quejas verbales “no puedo dormir bien durante la noche me levanto por el dolor que tengo” evidenciado por Paciente se mantiene en vigilia durante la noche.
- Riesgo de infección relacionado a procedimientos invasivos

2.3 planteamiento de objetivo y prioridades

- Paciente mejorara el estado hidroelectrolítico durante su estancia hospitalaria con cuidados de enfermería.
- Paciente mejorar el desequilibrio nutricional durante su estancia hospitalaria con cuidados de enfermería
- La paciente expresará disminución del dolor de según Escala de Valoración Análoga durante su estancia en observación.
- Paciente se mantendrá calmado
- Paciente podrá dormir sin interrupciones
- Paciente no contraerá alguna infección debido a los procedimiento invasivos

PLANEAMIENTO DE OBJETIVOS Y PRIORIDADES

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA	Nº	FUNDAMENTO	OBJETIVO
Déficit del volumen de líquidos relacionado con pérdida activa del volumen de líquidos evidenciado por sequedad de mucosas, nauseas, vómitos biliosos ,disminución de la tensión arterial y aumento de la frecuencia del pulso, manifestado “tengo sed”	1	El déficit de volumen de líquidos podría llevar a una deshidratación severa, el cual conllevaría a shock hipovolémico, con un desenlace fatal de mortalidad	Reponer el volumen de líquidos en el paciente dentro del esquema establecido, según las guías medicas
Dolor agudo relacionado con agentes biológicos lesivos evidenciado por fascia de dolor y	2	El dolor generara que el paciente no se encuentre calmado y no cooperara con los procedimientos a realizar	Disminuir el dolor mediante fármacos.

quejumbroso, medido en la escala de EVA 8/10, manifestado por “me duele mucho mi abdomen”.			
Desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades relacionado con aportes excesivos en la relación con las necesidades metabólicas evidenciado por IMC >28 y manifestado “ en mi casa comía más frituras y arroz”	3	El desequilibrio nutricional produce en el cuerpo el aumento del metabolismo y como es tan excesivo esto se va formar en grasa y así se ve aumentado el índice de masa corporal como también que el páncreas segregue más enzimas y estas no cubran las necesidades funcionales del organismo	Mejorar el desequilibrio nutricional
Ansiedad relacionada con amenaza de cambio en el estado de salud evidenciado por inquietud y preocupación y manifestado por “Hasta cuando voy a estar en el hospital ya quiero irme a mi casa sano”	4	El estado de ansiedad genera en la persona que sus funciones vitales se encuentren alteradas y por ende no ayuda a la mejoría de su estado de salud.	Disminuir la ansiedad informándole sobre su estado de salud y los procedimientos a realizarse
Insomnio relacionado con dolor abdominal evidenciado por quejas verbales “no puedo dormir bien durante la noche me levanto por el dolor que tengo” evidenciado por Paciente se mantiene en	5	El trastorno del sueño es un severo indicador ya que las horas perdidas de sueño no se pueden recuperar y esto puede empeorar el ánimo del paciente y también la salud	Que el paciente pueda descansar sus 8 horas

vigilia durante la noche.			
Riesgo de infección relacionado a procedimientos invasivos	6	Los procedimientos invasivos en la persona va aumentar el riesgo de alguna infección, tanto local por ejemplo eritemas y generalizada la sepsis.	Disminuir el riesgo de infección en el paciente

VALORACIÓN	DIAGNOSTICO	PLANIFICACIÓN	INTERVENCIÓN	EVALUACIÓN
<p>Datos</p> <p>Objetivos</p> <p>sequedad de mucosas, disminución de la tensión arterial 90/50 mmHg y aumento de la frecuencia cardiaca 123lpm</p> <p>Datos Subjetivos “tengo sed”</p>	<p>Reales</p> <p>Déficit del volumen de líquidos relacionado con pérdida activa del volumen de líquidos evidenciado por sequedad de mucosas, nauseas, vómitos disminución de la tensión arterial y aumento de la frecuencia del pulso, manifestado “tengo sed”</p>	<p>Objetivo General</p> <p>Paciente mejorara el estado hidroelectrolítico durante su estancia hospitalaria con cuidados de enfermería</p> <p>Objetivo Específico</p> <p>Las funciones vitales se estabilizaran y los signos de deshidratación mejoran con la reposición de fluidos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se controla las funciones vitales • Se Administra fluido terapia manteniendo el nivel de flujo intravenoso prescrito. CINA 0.9% 1000 cc a 30 gotas por minuto • Se Registra los ingresos: líquidos infundidos. • Mantener un balance hídrico dentro de los límites normales • Vigilar el estado de hidratación: observación de las mucosas, turgencia de la piel y sed. • Vigilar el llenado capilar y su no hay signos del pliegue 	<ul style="list-style-type: none"> - Paciente mejoro el estado hidroelectrolítico, balance hídrico positivo de 300 cc - Las Membranas y mucosas se encuentran húmedas - Diuresis dentro de los límites normales, Diuresis en 24horas, debito urinario de 1200 cc en 24 horas, con un flujo urinario de 0.71 el cual se encuentra dentro de los límites normales - Tensión Arterial dentro de los límites normales, 120/80 mmHg - Frecuencia Cardiaca (76lpm) dentro de los límites normales, 60 a 100 latidos por minuto

VALORACIÓN	DIAGNOSTICO	PLANIFICACIÓN	INTERVENCIÓN	EVALUACIÓN
<p>Datos Subjetivos “me duele mucho mi abdomen”</p> <p>Datos Objetivos Se observa con fascia de dolor y quejumbrosa, medido en la escala de EVA 8/10</p>	<p>Reales Dolor agudo relacionado con agentes biológicos lesivos evidenciado por fascia de dolor y quejumbroso, medido en la escala de EVA 8/10, manifestado por “me duele mucho mi abdomen”.</p>	<p>Objetivo General La paciente expresará disminución del dolor de según Escala de Valoración Análoga durante su estancia en observación.</p> <p>Objetivo Específico El dolor disminuirá a los niveles tolerables evidenciado por valoración en la escala del dolor 4/10, manifestado por el paciente.</p>	<p>Se realiza una valoración exhaustiva del dolor: localización, características y factores desencadenantes</p> <p>Se evalúa el dolor según escala de EVA</p> <p>Exploración con la paciente de los factores que alivian o empeoran el dolor.</p> <p>Canalización de vía periférica</p> <p>Se administra analgésico tramadol 100 mg EV</p> <p>Se mantiene en reposo y un ambiente tranquilo y cómodo</p> <p>Se registra la respuesta al analgésico y cualquier efecto adverso.</p>	<p>El dolor abdominal disminuyo en la escala de EVA 4/10</p>

VALORACIÓN	DIAGNOSTICO	PLANIFICACIÓN	INTERVENCIÓN	EVALUACIÓN
<p>Datos</p> <p>Objetivos</p> <p>IMC > 28</p> <p>Datos</p> <p>Subjetivos</p> <p>“En mi casa comía más frituras y arroz”</p>	<p>Reales</p> <p>Desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades relacionado con aportes excesivos en la relación con las necesidades metabólicas evidenciado por IMC >28 y manifestado “ en mi casa comía más frituras y arroz”</p>	<p>Objetivo generales</p> <p>Paciente mejorar el desequilibrio nutricional durante su estancia hospitalaria con cuidados de enfermería</p> <p>Objetivos específicos</p> <p>Paciente recupera su estado nutricional a mediano plazo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se controla funciones vitales. • Se evalúa el estado nutricional • Se determinar la ingesta y los hábitos alimenticios • Se establece metas reales a corto y largo plazo para bajar de peso. • Facilitar las identificaciones de las conductas nutricionales, realizando anotaciones de todos los hábitos alimenticios del paciente. • Coordinación con nutrición, verificar el tipo de dieta indicada, dieta blanda hipograsa, hipo sódica • Ajustar la dita al estilo de vida del paciente. 	<p>Paciente disminuyo el exceso de ingesta nutricional se evidencia por el</p> <p>Peso 60 kg</p> <p>IMC< 25</p>

VALORACIÓN	DIAGNOSTICO	PLANIFICACIÓN	INTERVENCIÓN	EVALUACIÓN
<p>Datos</p> <p>Objetivos</p> <p>Paciente presenta inquietud y preocupación</p> <p>Datos subjetivos</p> <p>Hasta cuando voy a estar en el hospital ya quiero irme a mi casa sano.</p>	<p>Reales</p> <p>Ansiedad relacionada con amenaza de cambio en el estado de salud evidenciado por inquietud y preocupación y manifestado por “Hasta cuando voy a estar en el hospital ya quiero irme a mi casa sano”</p>	<p>Objetivo General</p> <p>Paciente se mantendrá calmado</p> <p>Objetivo Específico</p> <p>Paciente no manifestara signos de ansiedad durante la estancia hospitalaria</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se monitoriza los signos vitales • Explicar el proceso de la enfermedad. • Explicar todos los procedimientos incluyendo las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento. • Identificar todos los agentes estresantes del paciente • Se le enseña técnicas de relajación, para que pueda manejar su estrés. • Se interconsulta con psicología para evaluación por su servicio. 	<p>- Paciente disminuyo su nivel de ansiedad se evidencia por la comunicación verbal que manifiesta y porque no se evidencia signos de inquietud y medida por la escala de ansiedad de Hamilton</p>

VALORACIÓN	DIAGNOSTICO	PLANIFICACIÓN	INTERVENCIÓN	EVALUACIÓN
<p>Datos subjetivos</p> <p>Quejas verbales “no puedo dormir bien durante la noche me levanto por el dolor que tengo”</p> <p>Datos objetivos</p> <p>Paciente se mantiene en vigilia durante la noche.</p>	<p>Reales</p> <p>Insomnio relacionado con dolor abdominal evidenciado por quejas verbales “no puedo dormir bien durante la noche me levanto por el dolor que tengo” evidenciado por Paciente se mantiene en vigilia durante la noche.</p>	<p>Objetivo</p> <p>Paciente podrá dormir sin interrupciones</p> <p>OBJETIVOS ESPECIFICOS</p> <p>Paciente mejorara el patrón del sueño</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se monitoriza los signos vitales • Comprobar el esquema de sueño del paciente y observar las circunstancias físicas (dolor, molestias) o psicológicas (miedo, ansiedad) que interrumpen el sueño. • Ajustar el ambiente (luz, ruido, temperatura) para favorecer el sueño. • Tener un esquema de su patrón del sueño • Identificar los agentes que le producen el insomnio • Se tramita interconsulta con psiquiatría para manejo del patrón del sueño. 	<p>- Paciente mejoro su patrón del sueño logrando descansar durante 6 horas como mínimo durante la noche y se evidencia menor irritabilidad</p>

VALORACIÓN	DIAGNOSTICO	PLANIFICACIÓN	INTERVENCIÓN	EVALUACIÓN
<p>Datos subjetivos No identificable</p> <p>Datos objetivos Se evidencia catéter venoso periférico</p>	<p>Potenciales Riesgo de infección relacionados con procedimiento invasivos</p>	<p>Objetivo Paciente no contraerá alguna infección debido a los procedimiento invasivos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se controla funciones vitales • Se realiza el lavado de manos antes y después de cada procedimiento • Se mantiene la asepsia • Se vigila signos de infección local y generalizada debido a los procedimientos invasivos. • Se enseña al paciente los signos de alarma. 	<p>Paciente no presento infección agregada por los procedimiento invasivos, no se evidencia infección local, no existe flebitis, y exámenes de laboratorio indica que el PCR disminuye</p>

CAPITULO III CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

1. Paciente mejoró el estado hidroelectrolítico, logrando un balance positivo de 300cc, el flujo urinario fue de 0.71 manteniendo un estado óptimo para los riñones y por lo cual las funciones vitales se encuentran estables, esto debido al cuidado de enfermería, que según la prescripción médica y el uso del criterio de enfermería se logra la reposición de líquidos.
2. El dolor abdominal disminuyo en la escala de EVA 4/10, debido ala prescripción médica, a la administración y a los cuidados de enfermería que brindo un ambiente agradable para el paciente
3. Paciente disminuyó el exceso de ingesta nutricional, debido al manejo multidisciplinario de enfermería, médicos y nutricionistas los cuales plantearon los planes dietéticos, su IMC <25
4. Paciente disminuyo su nivel de ansiedad, gracias al manejo multidisciplinario de los médicos, psicólogos y enfermeros que le brindaron un ambiente agradable y lo cual se ve evidenciado por la comunicación verbal que manifiesta y porque no se evidencia signos de inquietud e irritabilidad
5. Paciente mejoro su patrón del sueño, se ve manifestado porque el paciente logro descansar 6 horas continuas durante la noche.
6. Paciente no presento infección agregada por los procedimientos invasivos, gracias a los cuidados de asepsia y antisepsia brindados por el personal de enfermería.

RECOMENDACIONES:

1. Al personal de enfermería mantener un estado hídrico adecuado, para la reposición de líquidos y el cumplimiento estricto de la fluidoterapia y mantener un adecuado flujo urinario como se evidenció hasta la fecha.
2. Al personal de salud, continuar con el manejo del equipo multidisciplinario para que el paciente mantenga un IMC adecuado a los parámetros normales, y el seguimiento del paciente por consultorio externo, para sus controles.
3. A los licenciados de Enfermería continuar con el manejo del dolor hasta la recuperación total del paciente.
4. Al licenciado de Enfermería contribuir con el manejo del patrón del sueño mediante las psicoterapias y uso de medicamentos somníferos.
5. Al personal de enfermería cumplir con el seguimiento de los protocolos de bioseguridad, como el lavado de mano que es la principal y más eficiente medida.
6. A los directivos del Hospital María Auxiliadora, actualizar y socializar los protocolos de atención de las diversas patologías.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. PANCREATITIS (EN LÍNEA). ESPAÑA – INTRAMED; 2008. (FECHA DE ACCESO 15 DE OCTUBRE DE 2018) URL DISPONIBLE EN: HTTPS://WWW.INTRAMED.NET/SITIOS/LIBROVIRTUAL1/PDF/LIBROVIRTUAL1_37.PDF
2. PANCREATITIS (EN LÍNEA). SERVICIO NAVARRO DE SALUD ESPAÑA 2017. (FECHA DE ACCESO 15 DE OCTUBRE DE 2018) URL DISPONIBLE EN: <HTTP://WWW.CFNAVARRA.ES/SALUD/PUBLICACIONES/LIBRO%20ELECTRONICO%20DE%20TEMAS%20DE%20URGENCIA/5.DIGESTIVAS%20Y%20QUIRURGICAS/PANCREATITIS%20AGUDA.PDF>
3. JUAN PABLO LEDESMA-HEYER, JAIME ARIAS AMARAL PANCREATITIS AGUDA. MED INT MEX 2009;25(4):285-94
4. DR.C. YDALSYS NARANJO HERNÁNDEZ; MSC. NORMA JIMÉNEZ MACHADO; MSC. LOURDES GONZÁLEZ MENESES, ANÁLISIS DE ALGUNAS TEORÍAS DE ENFERMERÍA Y SU VIGENCIA DE APLICACIÓN EN CUBA, AMC VOL.22 NO.2 CAMAGÜEY MAR.-ABR. 2018.

ANEXOS

ID paciente 9080619.1
 Apellido ROSALES CAPCHA, R
 Nombre 08/09/18
 Dpto. (Pac.)
 Tipo muestra 16:25 Arterial
 T 37.0 °C
 FO₂(l) 21.0 %

Valores de Gases en Sangre

pH 7.405
 pCO₂ 38.4 mmHg
 † pO₂ 110 mmHg

Valores de Oximetría

† ctHb 16.8 g/dL
 sO₂ 98.0 %
 FO₂Hb 96.2 %
 FCOHb 0.9 %
 FHHb 2.0 %
 FMetHb 0.9 %

Valores de Electrolitos

cK⁺ 3.9 mmol/L
 cNa⁺ 144 mmol/L
 † cCa²⁺ 1.22 mmol/L
 † cCl⁻ 107 mmol/L

Valores de Metabolitos

† cGlu 130 mg/dL
 cLac 1.6 mmol/L

Valores Corregidos por Temperatura

pH(T) 7.405
 pCO₂(T) 38.4 mmHg
 pO₂(T) 110 mmHg

Estado de Oxigenación

ctO_{2c} 22.8 Vol%
 p50_e 26.14 mmHg

Estado Ácido-Base

cBase(Ecf)_c -0.5 mmol/L
 cHCO₃⁻(P,st)_c 24.1 mmol/L
 Anion Gap_c 13.6 mmol/L
 cBase(B)_c -0.4 mmol/L
 pO₂(A)_e 103.8 mmHg
 pO₂(A-a)_e mmHg
 pO₂(a/A)_e 106.0 %
 RI_e -6 %
 pO₂(a)/FO₂(l)_c 524

INDICACIONES MEDICAS

N° Orden: 9080617

Paciente: ROSALES CAPCHA, ROLANDO LEONCIO

N° Historia: 1802550

Atención: EMERGENCIA

Edad: 57

Sexo: Hombre

Servicio: TOPICO DE MEDICINA

Cama:

Ingreso: 08/09/2018 16:21:25

Tarifa: SIS

Impresión: 08/09/2018 17:13:27

PRUEBA	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
BIOQUIMICA			
AMILASA	2526	U / l	[28 - 100]
BILIRRUBINA TOTAL	2.63 ↑	mg / dl	[<= 1.00]
BILIRRUBINA DIRECTA	2.14 ↑	mg / dl	[<= 0.20]
BILIRRUBINA INDIRECTA	0.49	mg / dl	[0.20 - 1.00]
CREATININA	0.86	mg / dl	[0.70 - 1.20]
FOSFATASA ALCALINA	622	U / l	[40 - 130]
GLUCOSA	116	mg / dl	[75 - 106]
LIPASA	1090	U / l	[13 - 60]
PROTEINAS TOTALES	8.1	g / dl	[6.4 - 8.3]
ALBUMINA	4.4	g / dl	[3.5 - 5.2]
GLOBULINAS	3.7	g / dl	[2.0 - 3.5]
TRANSAMINASA G.OXALACETICA	741	U / l	[<= 40]
TRANSAMINASA G.PIRUVICA	855	U / l	[<= 41]
UREA	34	mg / dl	[<= 50]
Validado por: C. T.M JORGE TOMASTO			08/09/2018 17:13:14
HEMATOLOGIA			
LEUCOCITOS	21.50 ↑↑	10 ³ /ul	[4.40 - 11.30]
LEUCOCITOS CORREGIDOS	-	10 ³ /ul	
HEMATIES	5.03	10 ⁶ /ul	[3.50 - 5.00]
HEMOGLOBINA	16.5	g / dl	[11.0 - 18.0]
HEMATOCRITO	49	%	[33 - 48]
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	98.0	fL	[80.0 - 95.0]
HB CORPUSCULAR MEDIA	32.9	pg	[28.0 - 36.0]
CONCENTRACION HB CORPUSCULAR MEDIA	33.5	g / dl	[30.0 - 35.0]
DISTRIBUCION ERITROCITARIA CV	15.5	%	[11.0 - 15.0]
PLAQUETAS	218	10 ³ /ul	[150 - 450]
VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO	7.90	fL	[8.00 - 12.00]
PLAQUETOCRITO	0.17	%	[0.15 - 0.50]
INDICE DE DESVIACION PLAQUETARIA	13.80	%	[11.00 - 18.00]
NRBC %	-	%	[0.0 - 4.0]
NEUTROFILOS ABASTONADOS %	1.0	%	[40.0 - 75.0]
NEUTROFILOS SEGMENTADOS %	82.0	%	

HOSPITAL MARIA AUXILIADORA

Av. Miguel Iglesias 968 - San Juan de Miraflores - Lima - Peru Mail: laboratorihama@hotmail.com Tlf.:5193030

LABORATORIO

N° Orden: 9090031 N° Historia: 1802550 Edad: 57 Sexo: Hombre
 Paciente: ROSALES CAPCHA, ROLANDO LEONCIO Cama: Ingreso: 09/09/2018 02:44:50
 Atención: EMERGENCIA Tarifa: SIS Impresión: 09/09/2018 04:20:49
 Servicio: TOPICO DE MEDICINA

PRUEBA	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
HEMATOLOGIA			
LEUCOCITOS	7.60 ✓	10 ³ /ul	[4.40 - 11.30]
LEUCOCITOS CORREGIDOS	-	10 ³ /ul	[3.50 - 5.00]
HEMATIES	5.10	10 ⁶ /ul	[11.0 - 16.0]
HEMOGLOBINA	17.0 ✓	g / dl	[33 - 48]
HEMATOCRITO	50	%	[80.0 - 95.0]
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	98.0	fL	[28.0 - 36.0]
HB CORPUSCULAR MEDIA	33.4	pg	[30.0 - 36.0]
CONCENTRACION HB CORPUSCULAR MEDIA	34.0	g / dl	[11.0 - 15.0]
DISTRIBUCION ERITROCITARIA CV	14.4	%	[150 - 450]
PLAQUETAS	223 ✓	10 ³ /ul	[8.00 - 12.00]
VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO	8.20	fL	[0.15 - 0.50]
PLAQUETOCRITO	0.18	%	[11.00 - 18.00]
INDICE DE DESVIACION PLAQUETARIA	13.80	%	
NRBC %	-	%	
NEUTROFILOS ABASTONADOS %	0.0	%	[0.0 - 4.0]
NEUTROFILOS SEGMENTADOS %	85.0	%	[40.0 - 75.0]
LINFOCITOS%	10.0	%	[15.0 - 45.0]
MONOCITOS %	5.0	%	[2.0 - 10.0]
EOSINOFILOS %	0.0	%	[0.0 - 5.0]
BASOFILOS %	0.0	%	[0.0 - 1.0]
GRANULOCITOS INMADUROS%	0.0	%	[<= 1.0]
NEUTROFILO ABASTONADOS	0.00	/mm ³	[0.00 - 400.00]
NEUTROFILOS SEGMENTADOS	6460 ✓	/mm ³	[1600 - 7500]
LINFOCITOS	760	/mm ³	[1500 - 4500]
MONOCITOS	380	/mm ³	[200 - 1000]
EOSINOFILOS	0	/mm ³	[0 - 500]
BASOFILOS	0	/mm ³	[0 - 100]
GRANULOCITOS INMADUROS	0.00		[<= 1.00]

09/09/2018 04:20:27

Validado por: C. T.M AUGUSTO ROBLES

HOSPITAL MARIA AUXILIADORA

Av. Miguel Iglesias 968 - San Juan de Miraflores - Lima - Peru Mail: laboratorihama@hotmail.com Tlf.:5193030

LABORATORIO

N° Orden: 9110685 N° Historia: 1802550
 Paciente: ROSALES CAPCHA, ROLANDO LEONCIO Edad: 57 Sexo: Hombre
 Atención: EMERGENCIA Cama: 16 Ingreso: 11/09/2018 15:38:17
 Servicio: OBSERVACION2 Tarifa: SIS Impresión: 11/09/2018 17:00:07

PRUEBA	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
MONOCITOS %	6.5	%	[2.0 - 10.0]
EOSINOFILOS %	4.7	%	[0.0 - 5.0]
BASOFILOS %	0.7	%	[0.0 - 1.0]
GRANULOCITOS INMADUROS%	0.6	%	[<= 1.0]
NEUTROFILO ABASTONADOS	0.00	/mm3	[0.00 - 400.00]
NEUTROFILOS SEGMENTADOS	7680	/mm3	[1600 - 7500]
LINFOCITOS	1130	/mm3	[1500 - 4500]
MONOCITOS	650	/mm3	[200 - 1000]
EOSINOFILOS	470	/mm3	[0 - 500]
BASOFILOS	70	/mm3	[0 - 100]
GRANULOCITOS INMADUROS	0.06		[<= 1.00]

11/09/2018 16:59:52

Validado por: C. T.M ISABEL JUNCHAYA

URIANALISIS

CELULAS EPITELIALES	ESCASAS	x campo
LEUCOCITOS	1-3	x campo
LEUCOCITOS AGLUTINADOS	NO SE OBSER	x campo
HEMATIES O	NO SE OBSERVA	x campo
CILINDROS	NO SE OBSER	
CRISTALES	ESCASOS	
GERMENES	NO SE OBSER	
LEVADURAS	---	
OTROS - EX. ORINA		

11/09/2018 16:59:53

Validado por: C. T.M ISABEL JUNCHAYA

Resultados de control

HOSPITAL MARIA AUXILIADORA
Av. Miguel Iglesias 968 - San Juan de Miraflores - Lima - Peru Mail: laboratoriomaria@hotmail.com Tlf.: 5193030

LABORATORIO

N° Orden: 9110685 N° Historia: 1802550 Edad: 57 Sexo: Hombre
 Paciente: ROSALES CAPCHA, ROLANDO LEONCIO Cama: 16 Ingreso: 11/09/2018 15:38:17
 Atención: EMERGENCIA Tarifa: SIS Impresión: 11/09/2018 17:00:07
 Servicio: OBSERVACION2

PRUEBA	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
QUIMICA			
AMILASA	218	U / l	
BILIRRUBINA TOTAL	0.81	mg / dl	[28 - 100]
BILIRRUBINA DIRECTA	0.33	mg / dl	[<= 1.00]
BILIRRUBINA INDIRECTA	0.48	mg / dl	[<= 0.20]
CREATININA	0.65	mg / dl	[0.20 - 1.00]
FOSFATASA ALCALINA	261	U / l	[0.70 - 1.20]
GLUCOSA	107	mg / dl	[40 - 130]
LIPASA	99	mg / dl	[75 - 106]
PROTEINAS TOTALES	6.2	g / dl	[13 - 60]
ALBUMINA	3.3	g / dl	[6.4 - 8.3]
GLOBULINAS	2.9	g / dl	[3.5 - 5.2]
TRANSAMINASA G.OXALACETICA	71	U / l	[<= 40]
TRANSAMINASA G.PIRUVICA	271	U / l	[<= 41]
UREA	10	mg / dl	[<= 50]
Validado por: C. T.M ISABEL JUNCHAYA 11/09/2018 16:59:52			
HEMATOLOGIA			
LEUCOCITOS	10.00	10 ³ /ul	[4.40 - 11.30]
LEUCOCITOS CORREGIDOS	-	10 ³ /ul	
HEMATIES	4.12	10 ⁶ /ul	[3.50 - 5.00]
HEMOGLOBINA	13.7	g / dl	[11.0 - 16.0]
HEMATOCRITO	41	%	[33 - 48]
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	100.0	fl	[80.0 - 95.0]
HB CORPUSCULAR MEDIA	33.4	pg	[28.0 - 36.0]
CONCENTRACION HB CORPUSCULAR MEDIA	33.3	g / dl	[30.0 - 36.0]
DISTRIBUCION ERITROCITARIA CV	14.9	%	[11.0 - 15.0]
PLAQUETAS	175	10 ³ /ul	[150 - 450]
VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO	8.10	fl	[8.00 - 12.00]
PLAQUETOCRITO	0.14	%	[0.15 - 0.50]
INDICE DE DESVIACION PLAQUETARIA	13.50	%	[11.00 - 18.00]
NRBC %	-	%	[0.0 - 4.0]
NEUTROFILOS ABASTONADOS %	0.0	%	[40.0 - 75.0]
NEUTROFILOS SEGMENTADOS %	76.8	%	



HOSPITAL MARIA AUXILIADORA
 DEPARTAMENTO DE DIAGNOSTICO POR IMÁGENES
 SERVICIO DE ECOGRAFIA

ECOGRAFIA ABDOMINAL

HIGADO:

TAMAÑO: NORMAL () AUMENTADO () DISMINUIDO () LONG. 151 mm
 CONTORNOS: LIBROS DEFORMADO
 ECOGENICIDAD PARENQUIMAL: NORMAL () INCREMENTADA homogenea

VENAS SUPRAHEPATICAS: CALIBRE: NORMAL () ESTRECHAS ()
 VENA PORTA: CALIBRE: 9.9 MM FLUJO DOPPLER: NORMAL () INVERTIDO ()
 VIAS BILIARES INTRAHEPATICAS: CALIBRE: NORMAL () DILATADO LEVE () MODERADO () SEVERO ()
 COLEDOCO: CALIBRE: NORMAL (5.7 MM) DILATADO (.....MM) CALCULOS

VESICULA BILIAR:

FORMA: HABITUAL con liquido perivascular
 DIMENSIONES: LONG. 60 MM x TRANSV. 32 MM PARED 4 MM
 VOLUMEN: NORMAL DISMINUIDO (.....) AUMENTADO (.....) LEVE () MODERADO () SEVERO ()
 CALCULOS: NO () SI NUMERO: múltiplos TAMAÑO: 2.5 mm
 POLIPOS: NO SI ()
 BARRIO BILIAR: NO SI ()

PANCREAS FORMA: HABITUAL () No se visualiza por interposición gástrica
 TAMAÑO NORMAL ()
 ESTROMA GLANDULAR HOMOGENEO ()
 BAZO VOLUMEN: NORMAL 88 x 39 mm INCREMENTADO () LEVE () MODERADO () SEVERO ()

OBSERVACIONES

- Líquido libre en espacio de Morrison, subcapsular, retrorenal

CONCLUSIONES:

- 1) Líquido libre intraabdominal aproximadamente 100 cc.
- 2) Colelitiasis con coledocolitiasis
- 3) No dilatación de vías biliares.

DR. PUKAATQ DIONISIO M.
 MEDICO RADILOGO
 C.M.P. 34121 RNE 24886

PCTE: Rosales Cepcha Rolando EDAD: 55 FECHA: 10/09/18

