

**CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON PANCREATITIS
AGUDA**

Karina Rocío Portillo Rivas

Tutora: Lic. Cinthya Valeriana Chávez Brítez

Tesis presentada a la Universidad Tecnológica Intercontinental como requisito para la culminación de la Carrera de Licenciatura en Enfermería.

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DE LA TUTORA

Quien suscribe, Lic. Cinthya Valeriana Chávez Brítez, con Documento de Identidad N° 4.956.824, tutora de la Tesis titulado “Cuidados de enfermería en pacientes con pancreatitis aguda” en la UTIC, elaborado por la alumna Karina Rocio Portillo Rivas, para la obtención del Título Licenciado en Enfermería hace constar que dicho trabajo reúne los requisitos formales y de fondo exigidos por la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Tecnológica Intercontinental y puede ser sometido a evaluación y presentarse ante los docentes que fueren designados para conformar la Mesa Examinadora..

En la ciudad de Hernandarias, a los 18 días del mes de julio de 2022.

Dedico este trabajo a:

Al creador supremo, por la
sabiduría y fortaleza

A mis padres, por el apoyo
incansable durante todo este proceso de
mi vida.

Agradezco a:

A Dios, por haberme regalado el don de la vida, por ser mi fortaleza en mis momentos de debilidad y por brindarme una vida llena de aprendizajes, experiencias, felicidad y permitirme el haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional.

A mis padres, por su apoyo desde un principio.

TABLA DE CONTENIDOS

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DE LA TUTORA	ii
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
TABLA DE CONTENIDOS	v
PORTADA	1
Resumen	2
Marco Introdutorio.....	3
Planteamiento y delimitación del problema.....	3
Pregunta General.....	3
Preguntas específicas.....	3
Objetivo General	3
Objetivos Específicos.....	4
Marco Teórico.....	5
Antecedentes de investigación	5
Bases teóricas	5
<i>El Páncreas</i>	5
Definición de Pancreatitis Aguda	5
Etiología de la Pancreatitis Aguda	6
<i>Litiasis biliar</i>	6
<i>Alcohol</i>	6
<i>Post-CPRE</i>	6
<i>Postquirúrgica</i>	7
<i>Hipertrigliceridemia</i>	7
<i>Idiopática</i>	7
<i>Fármacos</i>	7

<i>Infecciones</i>	7
<i>Traumatismo abdominal.</i>	8
<i>Metabólica</i>	8
<i>Obstruktiva</i>	8
<i>Tóxicos</i>	8
<i>Miscelánea</i>	8
Cuadro Clínico	8
<i>Dolor abdominal</i>	8
<i>Vómitos y estado nauseoso</i>	9
<i>La distensión abdominal, el íleo paralítico, la ictericia y el colapso cardiocirculatorio</i>	9
Exámenes complementarios	10
<i>Laboratorio</i>	10
<i>ECG</i>	11
<i>Imagenología</i>	11
Clasificación	13
Complicaciones	14
<i>Colección líquida aguda peri pancreática</i>	14
<i>Pseudoquiste</i>	15
<i>Colección necrótica aguda</i>	15
<i>Necrosis encapsulada</i>	15
<i>Fístulas</i>	16
Complicaciones vasculares	16
<i>Hipertensión portal pre hepática</i>	16
<i>Sangrado o aparición del pseudoaneurisma.</i>	16
<i>Síndrome compartimental abdominal.</i>	17
<i>Tratamiento</i>	17

Asistencia nutricional	17
Terapias de utilidad potencial en pancreatitis aguda	20
Actuación de Enfermería.....	21
Control de balance hídrico	22
Intervención de Enfermería.....	23
Plan de cuidados de enfermería	24
Protección de los derechos del paciente.....	25
Intermediación cultural	26
Informe de turnos	26
Manejo de enfermería en pancreatitis Aguda	26
Fundamentos del Manejo Nutricional.....	29
Criterios pronósticos de Ranson	29
<i>Valoración del Estado Nutricional</i>	33
Definición y operalización de variables	37
Marco Metodológico	39
Marco Analítico	41
Análisis y presentación de los resultados de la Observación Directa a los profesionales de Enfermería Clínica Médica y Clínica Quirúrgica Internados.....	41
Conclusión.....	47
Bibliografía.....	48
Apéndice.....	49

Cuidados de enfermería en pacientes con pancreatitis aguda internados en el
Hospital Distrital de Hernandarias

Karina Rocío Portillo Rivas

Universidad Tecnológica Intercontinental

Carrera de enfermería sede Hernandarias

karirivas765@gmail.com

Resumen

La pancreatitis aguda es la inflamación aguda del páncreas y del tejido alrededor de este se manifiesta por el aumento de volumen del páncreas. La investigación tuvo como objetivo general determinar los cuidados de enfermería en pacientes con pancreatitis aguda en internados. Es de nivel descriptivo con un enfoque cuantitativo, de diseño no experimental y corte transversal, se apoya en una amplia revisión bibliográfica. La población estuvo compuesta por 24 profesionales de enfermería de los servicios internados de cirugía y clínica médica. La técnica utilizada es la Observación directa en tres oportunidades a cada una, los datos obtenidos se presentaron en tablas, siendo los resultados que los profesionales de enfermería del servicio de internados realizan la valoración al recepcionar al paciente principalmente a través de la entrevista, realiza el control de las constantes vitales, realizan en la mayoría el sitio del dolor, registra los datos para el balance hidrosalino, del mismo modo se evidencia que no realizan el control de peso, tampoco el índice de masa muscular, no observa las características del pliegue cutáneo, no valora la magnitud de la desnutrición calórica-proteica.

Palabras claves: Cuidados de enfermería, Pancreatitis aguda.

Marco Introductorio

Planteamiento y delimitación del problema

La pancreatitis aguda o inflamación del páncreas es una patología gastrointestinal, cuya frecuencia ha ido incrementando alrededor del mundo, con las respectivas consecuencias sobre la calidad de vida del paciente sobre todo en una persona que ha sufrido un trauma abdominal, presenta una enfermedad sistémica subyacente que cursa con una infección, que caracterizada por náusea, vómito, dolor y distensión abdominal; siendo su causa más frecuente litiasis biliar.

Los cuidados de enfermería en los pacientes con pancreatitis son fundamentales para la recuperación favorable del paciente, las intervenciones oportunas del personal de enfermería que se encuentra en permanente contacto con el usuario y de los controles que realicen.

Las actuaciones de enfermería ante un paciente con pancreatitis aguda al ser clasificada por la gravedad requiere de cuidados específicos de no ser realizada las intervenciones el paciente presentara complicaciones, el protocolo de nutrición del paciente es pilar del tratamiento del paciente, desconocerlo y autorizar cierto tipo de alimentación equivocadamente incluso podría llevar a la muerte del paciente.

La investigación se realizó en el Hospital distrital de Hernandarias con los pacientes adultos internados en Clínica quirúrgica y clínica médica.

Pregunta General

¿Cuáles son los cuidados de enfermería aplicados en los pacientes con pancreatitis aguda internados en el Hospital Distrital de Hernandarias?

Preguntas específicas

¿Cuál es la actuación de enfermería en el cuidado del paciente con Pancreatitis aguda internados en el Hospital Distrital de Hernandarias?

¿Cuál es el protocolo nutricional aplicado en los pacientes con pancreatitis aguda internado en el Hospital Distrital de Hernandarias?

Objetivo General

Determinar los cuidados de enfermería en pacientes con pancreatitis aguda internados en el Hospital Distrital de Hernandarias

Objetivos Específicos

Identificar la actuación de enfermería en los pacientes con pancreatitis aguda internados en el Hospital Distrital de Hernandarias

Describir el protocolo de nutrición aplicado en los pacientes con pancreatitis aguda internados en el Hospital Distrital de Hernandarias

Marco Teórico

Antecedentes de investigación

De acuerdo a las investigaciones bibliográficas realizadas, no se ha encontrado ningún trabajo tan similar conforme a las características de la presente investigación.

Bases teóricas

El Páncreas

El páncreas es un órgano abdominal con una gran cantidad de funciones. Secreta varias enzimas digestivas y hormonas vitales. El páncreas endocrino se encarga de producir enzimas digestivas, incluyendo lipasas, proteinasas y amilasas, encargadas del metabolismo de grasas, proteínas y carbohidratos para su absorción. El páncreas endocrino, comprende menos de un 5% de la masa total del páncreas, contiene diferentes tipos de células, las cuales se encargan de secretar una hormona diferente cada una: células α (glucagón), células β (insulina), células δ (somatostatina), células P (péptido polipancreático), y células ϵ (grelina). (Garro Urbina, V. 2020)

El páncreas es un pequeño órgano, de forma alargada, situado en la cavidad abdominal, posee dos funciones principales: exocrinas, es la que se encarga de las funciones digestivas, y la endocrina encargada para la producción de las hormonas.

Definición de Pancreatitis Aguda

La pancreatitis aguda es un proceso inflamatorio súbito del páncreas, y es uno de los trastornos gastrointestinales que más comúnmente requieren valoración en el servicio de emergencias. Se asocia con alteraciones sistémicas y metabólicas debido a la liberación de enzimas hidrolíticas, toxinas y citoquinas y puede resultar en el fallo de varios órganos y sistemas. Es una patología con una presentación muy variable y causa morbilidad y mortalidad significativas en casos severos. Esta patología tiene un espectro variable de la enfermedad, que va desde leve (80% de los casos), donde el paciente se recupera en pocos días, a severa (20% de los casos), con estancias hospitalarias.

La pancreatitis aguda es un proceso inflamatorio agudo del páncreas, con afectación variable de tejidos peri pancreáticos, que puede cesar en este punto e ir seguida de fenómenos de reparación y cicatrización o, menos frecuentemente, de una respuesta inflamatoria sistémica que puede producir la afectación de otros sistemas (circulatorio, respiratorio o excretor renal) dando lugar al desarrollo de fallo orgánico e incluso al fallecimiento del paciente.

Pancreatitis Aguda es debido a la enfermedad inflamatoria de páncreas, es un proceso típicamente agudo que se presenta con dolor abdominal y habitualmente se asocia con elevación de sangre y orina de los enzimas pancreáticos, desde el punto clínico se definieron dos formas de pancreatitis aguda, la forma leve caracterizada por la no existencia de fallo multisistémico y recuperación sin complicación y la otra forma severa que evoluciona con fallo multisistémico y complicaciones locales o sistémica.

Etiología de la Pancreatitis Aguda

Litiasis biliar

40-50% de los casos. Sólo en el 20-30% 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. (Vera Carrasco, O. 2021).

La litiasis biliar la padecen la mayoría de las personas pueden ser sintomáticas o asintomáticas hasta que en un momento determinado se produce un movimiento de esta litiasis hacia los conductos y bloquea el paso de la bilis produciendo una inflamación por el enclavado.

Alcohol

“35% de las Pancreatitis aguda. Es infrecuente en bebedores ocasionales” (Vera Carrasco, O. 2021).

En la mayoría de los pacientes que presentan pancreatitis aguda se puede decir que guarda relación con el consumo crónico de alcohol.

Post-CPRE

“Hay hiperamilasemia en el 50% de las CPRE y síntomas en el 1-10%” (Vera Carrasco, O. 2021).

En una CPRE se realiza la extracción o se moviliza la litiasis biliar que produce el enclavado pudiendo ser la causa de una pancreatitis aguda, pero en muy bajo porcentaje manifiestan síntomas.

Postquirúrgica

“En cirugía mayor cardiaca y abdominal. Alta mortalidad (10-45%)” (Vera Carrasco, O. 2021).

Por la manipulación del abdomen al realizar los movimientos se puede realizar una pancreatitis al paciente como causa secundaria de la cirugía a la cual fue sometida.

Hipertrigliceridemia

“Con trigliceridemia >1000 mg/dl. Mecanismo desconocido” (Vera Carrasco, O. 2021).

Es el exceso de grasa en la sangre y en el organismo, producido por el hígado mayor a 1000mg/dl tienen un riesgo de desarrollar pancreatitis.

Idiopática

“Representa el 10% de los casos” (Vera Carrasco, O. 2021).

Es aquella en la no se consigue determinar la causa del cuadro tras un estudio básico inicial. Lo cual representa el 10% de los casos.

Fármacos

“Azatioprina, valproato, estrógenos, metronidazol, pentamidina, sulfonamidas, tetraciclinas, eritromicina, trimetropina, nitrofurantoina, diuréticos de asa, tiazidas, metildopa, mesalamina, sulindac, paracetamol, salicilatos, cimetidina, ranitidina, corticoides, ddl, Laspariginasa, 6-mercaptopurina, procainamida, cocaína, IECA” (Vera Carrasco, O. 2021).

El consumo excesivo de determinados fármacos expone a los pacientes a graves daños pancreáticos.

Infecciones

Según Vera Carrasco, O. 2021.

Virus. VIH, CMV, parotiditis, Coxackie, EBV, rubeola, varicela, adenovirus.

Bacterias. Mycoplasma, Salmonella, Campylobacter, Legionella, Leptospira, TBC.

Parásitos. Áscaris, Fasciola hepática.

A causas de estas infecciones hace que el organismo sea más vulnerable a desarrollar Pancreatitis Aguda.

Traumatismo abdominal.

Es la lesión pancreática grave por golpe cerrado ya que el páncreas es aplastado entre la fuerza compresiva y la espina inmóvil, que posteriormente puede desarrollar inflamación del páncreas, es decir, Pancreatitis Aguda

Metabólica

“Hipercalcemia, insuficiencia renal” (Vera Carrasco, O. 2021).

La hipercalcemia es una enfermedad conocida por el exceso de calcio en la sangre, la cual debilita los huesos, forman cálculos renales, y también se relaciona a la causa frecuente de la pancreatitis aguda.

Obstructiva

“Obstrucción de la ampolla de Vater (tumores periampulares, divertículo yuxtacapilar, síndrome del asa aferente, enfermedad de Crohn duodenal), coledococoele, páncreas divisum, páncreas anular, tumor pancreático, hipertonia del esfínter de Oddi” (Vera Carrasco, O. 2021).

Es cuando por alguna razón se obstruye el conducto de secreción que tiene el páncreas, que puede ser causada por la lesión de la vía (durante los procedimientos endoscópicos o quirúrgicos), también causada por un traumatismo en el abdomen.

Tóxicos

“Organofosforados, veneno de escorpión” (Vera Carrasco, O. 2021).

Producidas por sustancias que son tóxicas para el páncreas, al no poder ser filtradas adecuadamente por los riñones.

Miscelánea

“Pancreatitis hereditaria, úlcera duodenal penetrada, hipotermia, trasplante de órganos, fibrosis quística, quemaduras, carreras de fondo” (Vera Carrasco, O. 2021).

En este tipo la pancreatitis es hereditaria es decir, genético.

Cuadro Clínico

Dolor abdominal

Es el síntoma capital, presente en más del 90% de los enfermos. Habitualmente es de inicio rápido, intenso, constante, ubicado en el hemiabdomen superior, clásicamente irradiado "en faja" o en

"cinturón", de difícil control. Irradiación al dorso presentan el 50% de los pacientes. (Vera Carrasco, O. 2021)

Este es el dolor característico que se presenta en casi la totalidad de los pacientes, es un dolor que irradia de abdomen al dorso que no responde fácilmente a la analgesia que resulta muy irritante para el paciente y produce desesperación ante un dolor que no mejora inmediatamente.

Vómitos y estado nauseoso

“Otra sintomatología importante, y presente en el 70-90 % de los pacientes” (Vera Carrasco, O. 2021).

La náusea es una sensación subjetiva y el vómito es una expulsión súbita del contenido gástrico por la boca, a consecuencia de contracciones fuertes de los músculos abdominales y torácicos, otro síntoma importante y común en pancreatitis aguda.

La distensión abdominal, el íleo paralítico, la ictericia y el colapso cardiocirculatorio

“Pueden estar también presentes, en especial en aquellos casos más graves” (Vera Carrasco, O. 2021).

Los signos físicos varían en su localización, extensión, intensidad y calidad, todo ello en relación con la zona pancreática interesada, la gravedad y naturaleza de los hallazgos patológicos, el estadio del ataque, la presencia, extensión o ausencia de peritonitis, íleo o ascitis, la participación de otros órganos abdominales, etcétera. En el examen físico siempre se deben incluir el peso, la talla, el índice de masa corporal (IMC), la temperatura, la saturación de oxígeno (SaO₂), la frecuencia cardíaca, la frecuencia respiratoria y la tensión arterial. Pueden destacarse el signo de Mayo-Robson (dolor a la palpación del ángulo costo lumbar posterior izquierdo) y el signo de Cullen (equimosis periumbilical). (Vera Carrasco, O. 2021).

Los signos y síntomas que se presentan en los cuadros de pancreatitis aguda varían acorde a la localización y acorde a cada paciente, es decir existe características clínicas marcadas, pero no en todas las ocasiones se presentan del mismo modo, en la mayoría de las personas cursa con dolor intenso, con

distensión abdominal y genera ictericia en el paciente, es característico ver al paciente con pigmentación amarillo y un abdomen bastante distendido.

Exámenes complementarios.

Según Vera Carrasco, O. (2021), son exámenes de laboratorio y gabinete, también conocida como los exámenes auxiliares, proporcionan datos clínicos sobre condiciones que de otro modo son inobservables.

Laboratorio

- “Determinaciones enzimáticas: la determinación de amilase y amilasa, elevación de la lipasa (específica)”
- “Hemograma: Leucocitosis, Hb. y Hcto. generalmente superan las cifras normales, a causa de la hemoconcentración”
- “Bilirrubinemia y calcemia (hipocalcemia = gravedad)”
- “Hiperglucemia y glucosuria (inconstante)”
- “Incremento de la urea y la creatinina plasmáticas”
- “Marcadores de necrosis (Determinación de la proteína C reactiva, la alfa1 antitripsina y la alfa 2 macroglobulina”
- “Examen del líquido peritoneal (si se constata presencia de este)”
- “Coagulograma si el paciente es candidato a procedimientos invasivos (PT, PTT, INR)”

Son análisis laboratoriales que se realizan de la sangre del paciente para poder realizar la analítica del estado de alteración de los marcadores para determinar la presencia o no de una pancreatitis aguda o también para poder marcar o determinar la clasificación de la pancreatitis.

1. Amilasa: se eleva a las 2-12 horas de comienzo del dolor y puede normalizarse en 2-5 días. Cifras 3 veces superiores al valor normal sugieren el diagnóstico, pero hay que tener en cuenta que la amilasa se eleva en muchos procesos intra y extraabdominales. El grado de hiperamilasemia no se correlaciona con la gravedad del proceso, pero a medida que aumentan las cifras aumenta la sensibilidad y la especificidad. Cifras 5 veces por encima del valor normal son altamente indicativas de PA. Puede ser normal porque su elevación es fugaz y el examen se toma tarde, si existen niveles de triglicéridos muy elevados o si se

trata de una P.A. crónica recurrente con insuficiencia pancreática. No es específica.

Puede estar elevada en otros cuadros intraabdominales: colecistitis aguda, coledocolitiasis, úlcera perforada, accidente vascular mesentérico, etc. La **amilasa urinaria** elevada es más persistente que la amilasa sérica (7-10 días). Se suele pedir mediciones en orina de 24 hrs. Es más sensible que la amilasa sérica.

2. Lipasa: presenta mayor sensibilidad (S: 94%) y especificidad (E: 96%) que la amilasa total sérica. Se eleva el primer día y los niveles plasmáticos persisten elevados un poco más de tiempo que los de amilasa. Se usa para el diagnóstico de pancreatitis un valor de corte del triple del límite superior del valor normal. Existen aumentos por debajo de 3 veces el valor normal en la insuficiencia renal grave, roturas de aneurisma, nefrolitiasis, obstrucción intestinal, quimio o radioterapia. La determinación simultánea de amilasa y lipasa tiene una S y E > 95%.

“3. Otros datos analíticos: Hematocrito (Hcto), leucocitosis con desviación izquierda, hiperglucemia sin cetoacidosis, ↑BUN, ↓PaO₂, déficit de bases, ↓Ca, ↓Albúmina, ↑LDH, ↑GOT o GPT, ↑bilirrubina, ↑fosfatasa alcalina (FA), ↑triglicéridos, Proteína C Reactiva (PCR)”

ECG

“Imprescindible. Sirve para descartar que el dolor sea por cardiopatía isquémica, conocer la situación basal del paciente, y valorar cambios en caso de fallo cardiaco”

Es un medio diagnostico complementario pero necesario para ir descartando otras patologías que puedan generar síntomas similares a los que presenta el paciente.

Imagenología

“Los estudios imagenologicos son complementarios para determinar las alteraciones, la localización de esas alteraciones para ir confirmando o descartando el diagnostico de pancreatitis es más son indispensables para valorar la condición de las manifestaciones al paso de las horas”

Cabe mencionar que la evolución de una pancreatitis de leve a moderada debe ser monitoreada por su rápida evolución.

- Radiografía simple
- Radiografía de abdomen:

“Puede haber presencia de una opacidad prevertebral, colocada trasversalmente sobre L1-L2”

“Íleo segmentario ocasional, es muy raro el neumoperitoneo”

- Radiografía de tórax:

“Sobreelevación del hemidiafragma izquierdo y no siempre derrame pleural o atelectasias basales en el mismo lado. En los casos severos se puede reconocer un infiltrado alveolar difuso que sugiere un síndrome de dificultad respiratoria aguda”

- Ecografía abdominal y la endoultrasonografía (EUS).
- Tomografía axial computarizada.
- Colangio-resonancia.

Radiografía tórax. “Obligada, puede presentar atelectasias, derrame pleural, insuficiencia cardiaca congestiva, SDRA, neumoperitoneo”

Radiografía abdomen. Se puede encontrar íleo localizado ("asa centinela") o generalizado, espasmo de un segmento del colon ("signo de la interrupción del colon"), cálculos biliares calcificados, calcificaciones pancreáticas, ascitis. Ayuda en el diagnóstico diferencial con otras enfermedades abdominales: perforación de víscera, isquemia intestinal, oclusión intestinal.

Ecografía abdominal: Debe realizarse siempre dentro de las primeras 24h. Se solicita para descartar el origen litiásico de la PA y detectar signos de obstrucción de la vía biliar (de causa litiásica o no). Puede servir en algunos casos para orientar la severidad de la PA.

Si el diagnóstico clínico de presunción de PA no es claro, debe establecerse un árbol de diagnóstico diferencial clínico, para alguno de los cuales es útil la ecografía (colecistitis, isquemia intestinal, apendicitis retrocecal).

TAC abdominal: Es el método de imagen más importante para el diagnóstico de la PA y el estudio de su severidad.

Recordar que es imprescindible la estabilización hemodinámica de los pacientes para su realización y que el "bolo" de contraste intravenoso puede agravar la situación clínica del paciente y/o empeorar otras patologías asociadas (insuficiencia renal, insuficiencia cardíaca). Si la suma de la puntuación obtenida de la evaluación del grado de severidad según cambios morfológicos y del grado de severidad según el área de necrosis es >6 puntos, el paciente es subsidiario de valoración por UCI. Esta indicado en: casos de duda diagnóstica, deterioro clínico, falla orgánica múltiple, sospecha de necrosis pancreática, valoración de complicaciones en casos de pancreatitis grave (se debe realizar a las 48 horas del inicio del cuadro clínico) o persistencia de deterioro.

Resonancia magnética de abdomen. “se utiliza de manera excepcional, sólo cuando el paciente tenga contraindicación para la realización de TAC”

Colangio-resonancia. “Se usa en pacientes con pancreatitis biliar y una probabilidad intermedia baja para coledocolitiasis”

Diagnostico

El diagnóstico de la pancreatitis aguda se basa en el cuadro clínico, hiperamilasemia y evidencia morfológica de inflamación pancreática. Esta última puede ser demostrada mediante métodos por imágenes (ecografía y/o TAC), cirugía o anatomía patológica.

La obligatoriedad de la presencia de los tres criterios para definir el ataque es especialmente útil para aumentar la especificidad diagnóstica.

Clasificación

Según Consenso de Atlanta 2012

La clasificación de grados de severidad podemos tener

Nos refiere que mediante bases reales del paciente y no solo con base a escalas pronosticas se puede clasificar a la patología, toma en cuenta que la falla orgánica como es la renal, cardiovascular y respiratorio que pueden ser persistentes o transitorios, además de la presencia de necrosis que puede ser infectada o estéril nos mencionan:

Pancreatitis aguda leve (PAL). “Como la ausencia de falla orgánica y necrosis”

Pancreatitis aguda moderada (PAM). “Como cualquier tipo de necrosis pancreática estéril y presencia de falla orgánica transitoria”

Pancreatitis aguda grave (PAG). “Como cualquier grado de necrosis ya infectada y presencia de falla orgánica persistente”

Persistente aguda crítica (PAC). Como presencia de necrosis ya infectada y presencia de falla orgánica persistente. A la Falla orgánica transitoria: como un periodo tras inicio de medidas A la Falla orgánica persistente: como que se resuelve en un periodo corto. En definición de falla orgánica encontramos a: Hipotensión: que va ser dada por presión arterial sistólica < 90 mmHg, con disminución de presión arterial media basal de 40 mmHg. Falla respiratoria: por la presencia de Pa O₂ < 60 mmHg (sin oxígeno), y el Índice de Kirby PaO₂/ Fio₂ < 300, Lesión renal aguda: presentando aumento de creatinina > 2 mg/ sobre lo basal o AKI-2 RIFFLE 1. O oliguria < 0.5 ml/ kg/ hora.

La clasificación de la pancreatitis se da de acuerdo a la afectación que presenta el páncreas y lo comprometido que se encuentra en su funcionalidad es de leve a crítico y la evolución puede ir cambiando drásticamente en corto plazo, es importante por ello considerar las condiciones del paciente constantemente.

Complicaciones

Colección líquida aguda peri pancreática

Aparece precozmente, a menudo en las primeras 24-48 h de la pancreatitis aguda intersticial-edematosa. Carece de pared propia bien definida en ecografía o Tomografía Computarizada. Su contenido es exclusivamente líquido. Se desarrolla por la ruptura de los conductos pancreáticos o por acumulación de exudado inflamatorio. Suele reabsorberse en las primeras 4 semanas y raramente se convierte en pseudoquiste. (Orellana Soto, P. 2014).

La formación de colecciones líquidas peri pancreáticas en el seno de una pancreatitis aguda es una complicación frecuente con buena evolución en

la mayoría, la recuperación y la reabsorción del líquido es lento, pero normalmente no presenta alteraciones en la funcionalidad del paciente con pancreatitis.

Pseudoquiste

La colección peri pancreática líquida aguda (APFC) que no se ha reabsorbido en 4 semanas. La pared del pseudoquiste suele estar formada por una cápsula constituida por tejido conjuntivo tapizado del tejido granular y puede estar delimitada por áreas de órganos contiguos: estómago, intestino, páncreas. Igualmente, como APFC, contiene solamente material líquido. (Orellana Soto, P. 2014).

Los pseudoquistes pancreáticos se desarrollan generalmente después de un episodio de pancreatitis grave, es un bolso lleno de líquido localizado en el abdomen que se eleva desde el páncreas. También puede contener tejido del páncreas, enzimas y sangre.

Colección necrótica aguda

Se desarrolla en la fase temprana de la pancreatitis aguda necrótica, puede reabsorberse por completo (cuando la necrosis engloba <30 % de la glándula) o resolverse gradualmente formando una cápsula. Contiene una cantidad variable de material sólido (restos de tejido necrosado): rasgo diferencial entre ANC y APFC y pseudoquistes. Puede infectarse. La RMN, ecoendoscopia y abdominal son las pruebas más útiles para el diagnóstico diferencial. (Orellana Soto, P. 2014).

Se caracteriza por la presencia de líquido y tejido necrótico, lo que le da un aspecto heterogéneo y no posee pared propia, las colecciones tempranas ecografía y tardías pueden ser estériles o infectadas, puede ser reabsorbido por completo.

Necrosis encapsulada

ANC persistente y "madura", con una cantidad variable de contenido líquido y mezclas de material sólido, rodeada de una pared gruesa que disminuye la probabilidad de resorción espontánea; suele desarrollarse ≥ 4 semanas desde el comienzo de la pancreatitis aguda necrotizante. Puede ser asintomática o

causar dolor abdominal, obstrucción mecánica del duodeno y/o de los conductos biliares. (Orellana Soto, P. 2014).

La maduración normalmente requiere 4 semanas después de la aparición de una Pancreatitis Necrótica, presenta una pared inflamatoria bien definida, una colección heterogénea de densidad líquida y no líquida puede cursar con síntomas, así como ser asintomático.

Infección de la necrosis pancreática y de los tejidos peri pancreáticos

Suele aparecer en la 3ª semana. La mortalidad alcanza el 50 %.

Sospechar infección en pacientes con necrosis pancreática o de los tejidos peri pancreáticos que empeoran o no mejoran en 7-10 días de hospitalización. (Orellana Soto, P. 2014).

Es una de las complicaciones más severas que ocurre aproximadamente en 37% de los casos, La necrosis pancreática Infectada se produce cuando los organismos intestinales se trasplantan a la región pancreática necrótica y el tejido peri pancreático.

Fístulas

“Complicación tardía de la pancreatitis aguda necrotizante, se produce por la ruptura del conducto pancreático. Más frecuentemente la fístula duodenal o de colon transversal” (Orellana Soto, P. 2014).

Generalmente, las fístulas son el producto de una lesión o cirugía, la fístula pancreática son ocasionadas por la secreción pancreática, una complicación que puede seguir a una cirugía mayor por cáncer o inflamación del páncreas.

Complicaciones vasculares.

Hipertensión portal pre hepática

“Producida por la compresión u obstrucción de la vena esplénica o la vena mesentérica superior” (Orellana Soto, P. 2014).

La presión portal resulta del aumento que produce la obstrucción del flujo del sistema venoso, una fístula, un parásito o un tumor entre otros, como consecuencia de enfermedades hepáticas crónicas y trombosis de la vena porta.

Sangrado o aparición del pseudoaneurisma.

Por erosión directa de las arterias y venas pancreáticas o peripancreáticas. La ruptura del pseudoaneurisma es causa de

hemorragia masiva, con sangrado hacia la luz del pseudoquiste, peritoneo, espacio retroperitoneal o hacia la luz del tubo digestivo. En caso de la comunicación del pseudoaneurisma con el conducto pancreático puede producirse un sangrado duodenal a través de la ampolla de Vater. (Orellana Soto, P. 2014).

Los pseudoaneurismas arteriales ocurren cuando se lesiona la pared de un vaso sanguíneo, con una complicación rara de la pancreatitis, la forma más frecuente de presentación es la hemorragia digestiva alta seguida por la hemorragia hacia el ducto pancreático y al romperse presentan una mortalidad elevada.

Síndrome compartimental abdominal.

“Hipertensión intraabdominal persistente >20 mm Hg asociada a disfunción/fracaso de órgano de nueva aparición” (Orellana Soto, P. 2014).

El Síndrome Compartimental Abdominal es una condición clínica potencialmente letal en pacientes con pancreatitis agudas, de hasta 40-60%, es causado por una disminución de la distensibilidad de la pared abdominal o un aumento del volumen intraabdominal.

Tratamiento

“El tratamiento de la Pancreatitis Aguda es principalmente de soporte dependiendo de la gravedad o la severidad del estado general del paciente, habitualmente es sintomático el tratamiento” (Alarcón, C. 2008)

Hospitalizar

“Ingreso a una unidad crítica de cuidados intermedios o intensivos según la gravedad inicial para observación estricta” (Alarcón, C. 2008)

Dependiendo del estado general del paciente se decide el ingreso hospitalario para tratamiento de soporte y de cuidados críticos según la condición del paciente, la atención del personal especializado acorde a los cuidados requeridos por el paciente.

Asistencia nutricional

Pancreatitis Aguda leve.

La realimentación oral se producirá en un plazo máximo de 1 semana; no se ha demostrado beneficio de la asistencia nutricional parenteral. Se recomienda iniciar régimen líquido

hidrocarbonado a las 48-72 horas de evolución, pudiendo hacerlo por boca o Sonda nasogástrica. (Alarcón, C. 2008)

En la pancreatitis aguda es necesario mantener al paciente en total reposo gástrico, por unos pocos días, luego se inicia la realimentación por vía oral progresivamente o de ser necesario por sonda nasogástrica y no se requieren especiales cuidados nutricionales, salvo que presenten una desnutrición previa.

Pancreatitis Aguda grave

En estos casos el reinicio de la alimentación oral no se provee en el corto plazo, pero de igual forma se debe privilegiar la nutrición enteral precoz por sonda nasoyeyunal, ya que ésta no aumenta la secreción pancreática, es bien tolerada, no presenta efectos adversos y se asocia a una significativa menor incidencia de infecciones y menor estadía hospitalaria. Se aportarán fórmulas altas en proteínas y bajas en grasa hasta que pueda reiniciarse la ingesta oral. Las limitaciones para la nutrición enteral son la presencia de un íleo persistente o la imposibilidad de colocar una sonda nasoyeyunal más allá del ángulo de Treitz, lo que obligará al uso de nutrición parenteral. (Alarcón, C. 2008)

En la realimentación en pancreatitis Aguda grave, la nutrición enteral es mejor que la nutrición parenteral, por que protege la mucosa intestinal, es inmunomoduladora, disminuye la traslocación bacteriana, disminuye la hiperglucemia y la tasa de infecciones.

Analgesia

El dolor es un síntoma importante dentro de esta patología y debe asegurarse un buen manejo. La sonda nasogástrica, en presencia de retención gástrica, reduce el dolor. Los antiinflamatorios no esteroideos son efectivos en el control del dolor pancreático, sin embargo, por su costo y las eventuales complicaciones de su uso prolongado, ocupan un lugar secundario. Los opiáceos son altamente eficaces en el control del dolor pancreático, recordando que la petidina y la metadona no producen espasmo del esfínter de oddi, a diferencia de la morfina por lo que está contraindicado. (Alarcón, C. 2008)

La analgesia es la eliminación de la sensación de dolor mediante el bloqueo artificial de las vías de transmisión del mismo y/o de los mediadores dolorosos, o por desconexión de los centros del dolor, en paciente en pancreatitis aguda grave, puede ser necesaria por varios días, a pesar de su posible efecto favorable en la presión de las vías biliares, creo que no es aconsejable su uso, sobre todo, cuando existen otras alternativas más favorables.

Profilaxis y tratamiento antibiótico en Pancreatitis aguda grave

No hay evidencia que la profilaxis antibiótica tenga beneficio en el manejo de la pancreatitis aguda leve, edematosa, por lo que en estos pacientes no se recomienda. La reducción en la mortalidad se limita a los pacientes con Pancreatitis Aguda grave con necrosis pancreática o en casos de sospecha o confirmación de infección. (Alarcón, C. 2008)

Las profilaxis antibióticas deben iniciarse en todos los pacientes con evidencias de necrosis pancreáticas demostradas, prescindiendo tanto de la gravedad clínica como de la extensión de la necrosis, fármaco como el imipenem es el antibiótico empírico de elección en la infección de necrosis pancreática.

Tratamiento de la patología biliar concomitante

El tratamiento quirúrgico está indicado en los casos de pancreatitis necrótica infectada y en las pancreatitis con patología biliar concomitante. En Pancreatitis Aguda leve asociada a colelitiasis, la colecistectomía laparoscópica o clásica, debe efectuarse cuando la inflamación pancreática ha regresado, pero de preferencia en la misma hospitalización. (Alarcón, C. 2008)

En Pancreatitis Aguda grave, la colecistectomía debe posponerse el mayor tiempo posible, es decir no se considera como primera opción realizar una intervención quirúrgica, sin embargo, frente a deterioro clínico o evidencia de complicaciones locales, debe precederse con la colecistectomía.

Manejo de los pseudoquistes

Los pequeños y asintomáticos no requieren tratamiento específico. Los sintomáticos deben ser descomprimidos por vía quirúrgica, radiológica o endoscópica. En los de gran tamaño

(>5cm) depende de su comunicación con el conducto pancreático principal; los no comunicantes se resuelven con drenaje o aspiración percutánea, mientras que los comunicantes, suelen requerir la cirugía como terapia definitiva. (Alarcón, C. 2008)

Terapias de utilidad potencial en pancreatitis aguda

Inhibidores de proteasas pancreáticas

El más estudiado es el gabexato mesilato. Estos fármacos antagonizan la tripsina pancreática activada lo que teóricamente podría afectar positivamente la evolución del proceso local de auto digestión y necrosis y reducir la inflamación sistémica. Sin embargo, no existe evidencia que avale su uso rutinario. (Alarcón, C. 2008)

El gabexato mesilato no ayuda a minimizar el riesgo de la cirugía, ni la mortalidad por pancreatitis aguda, por lo cual no se recomienda su uso rutinario, sin embargo, su uso minimiza el aumento de enzimas y la frecuencia de dolor pancreático, pero no el riesgo de pancreatitis.

“El uso de somatostatina o su análogo sintético, el octreotide, son los que han recibido la mayor atención y han motivado más estudios experimentales y clínicos” (Alarcón, C. 2008)

El octeotride inhibe la motilidad gastrointestinal, la secreción de ácidos gástricos, pepsina y factor intrínseco, la secreción de enzimas pancreáticas, el flujo sanguíneo esplácnico y la contractilidad de la vesícula. El octeotride tiene una vida media de alrededor de 90 minutos cuando se administra en forma subcutánea, comparado con los 3 minutos de la somatostatina. En la actualidad no hay evidencias suficientes que avalen su indicación terapéutica o profiláctica para pancreatitis aguda. (Alarcón, C. 2008)

El octeotride reduce la duración de la respuesta inflamatoria sistémica, minimiza la frecuencia del dolor pancreático y disminuye el riesgo de ser hospitalizado, es decir, no mostró su efectividad sobre la mortalidad por pancreatitis aguda grave. Son precisos más estudios clínicos, para generar un análisis más seguro sobre la efectividad de este medicamento en cuanto a la mortalidad.

Antagonistas del factor activador plaquetario (PAF):

Lexipafant es un potente antagonista del PAF y su administración podría tener efecto beneficioso en pacientes con pancreatitis aguda al evitar la activación de la cascada inflamatoria” (Alarcón, C. 2008)

Antioxidantes

Existe la posibilidad de que la suplementación con agentes antioxidantes podría ser beneficiosa debido a que es conocida la asociación entre el stress oxidativo y la activación del tripsinógeno. Existen estudios en que se ha demostrado déficit de antioxidantes en niños con pancreatitis hereditaria. (Alarcón, C. 2008)

Las terapias antioxidantes con selenio, y vitaminas A, E y C, disminuye el dolor y previene las recaídas de la pancreatitis, crea la posibilidad de prevenir las complicaciones extra pancreáticas, sin importar el origen de la misma, es decir, es un recurso terapéutico que debería ser estudiado con mucha más profundidad.

Enzimas pancreáticas

En las Pancreatitis Aguda existe poca evidencia de su uso; no así en las pancreatitis crónicas en que varios estudios han analizado su utilidad en relación al alivio del dolor con distintos resultados. En la actualidad ninguna de las terapias mencionadas en el punto 7 puede ser recomendada sobre la base de una sólida evidencia clínica. (Alarcón, C. 2008)

La terapia de reemplazo de enzimas pancreáticas, es el uso de medicamentos en pacientes con problemas de pancreatitis aguda, el medicamento contiene enzimas que reemplazaran lo que el páncreas ya no está liberando, también contiene proteasas para digerir las proteínas, amilasas para digerir los carbohidratos y lipasas para digerir la grasa, de esa manera reducir los problemas asociados con la absorción insuficiente, la dosis debe ser ajustada a su nivel de insuficiencia enzimática.

Actuación de Enfermería

Según Cedeño Loor, M. 2021

Valoración de enfermería al recibir al paciente

“Entrevista para recogida de datos sobre antecedentes, capacidad funcional, alergias, toma de medicación en domicilio; así como datos de contacto de familiares cercanos o tutores”

Toma de constantes vitales

“(TA, FC sat O2, temperatura, diuresis y deposiciones) y vigilancia de su evolución, previniendo el inicio de un fallo orgánico; sobre todo vigilaremos la aparición de hipotensión, desaturación y oliguria”

Control del dolor

“Previa valoración por parte de enfermería del grado de dolor del paciente, se administrará el tratamiento antiálgico prescrito”

En pacientes encamados

“Aplicaremos los cuidados que le corresponden, higiene, movilización, prevención de ulceraciones, intentando la movilización lo antes posible”

Nutrición

“En el caso de pancreatitis leves, se tiende a reintroducir la dieta oral de manera temprana, siempre que no provoque la aparición nuevamente de síntomas”

En caso de pancreatitis graves, se puede optar por nutrición enteral mediante sonda naso-yeyunal o nutrición parenteral. En ambos casos aplicaremos los cuidados precisos sobre la sonda (cambio de apósito, evitar úlceras en fosas nasales, administración del preparado nutricional según pauta y lavado del sistema) y vía central (aplicación de antiséptico en zona de inserción y cambio de apósito según protocolo de la unidad)

Control de balance hídrico***Canalizaremos dos vías periféricas***

“Para aportar la cantidad necesaria de líquidos para mantener el volumen intravascular”

“Si el paciente no es capaz de recoger la orina para su posterior medición, se deberá valorar con el equipo facultativo la necesidad de sondaje vesical”

“Medición de PVC tras colocación de vía central si fuera necesario en caso de hipovolemia o shock”

“Trasfusión sanguínea en caso de hemorragias severas”

Intervención de Enfermería.

(Almeyda Labarrera, Ascoitia Chacaltana, Lujan Rodríguez, & Contreras Aguilar, 2012, págs. 31-34)

“Controle funciones vitales”

“Valore la intensidad del dolor, con escala numérica (0 al 10)”

“Administre analgésico prescrito”

“Brinde comodidad y confort”

“Aplique técnicas de relajación”

“Coloque en posición antálgica al paciente”

“Proporcione un ambiente libre de ruidos”

“Valore el estado de hidratación y nutrición”

“Canalice vía periférica”

“Sonda nasogástrica (SNG) N° 14 o 16 y evalúe características del contenido gástrico”

“Pese diariamente al paciente”

“Inicie la nutrición parenteral de acuerdo a indicación médica”

“Evalúe tolerancia gástrica e intestinal antes de reiniciar la dieta enteral (Vía oral, SNG, Sonda nasoyeyunal, yeyunostomía)”

“Coordine con el servicio de nutrición el régimen dietético”

“Administre dieta enteral según requerimiento”

“Brinde educación sobre autocuidado en la alimentación”

“Realice Balance Hídrico”

“Controle glucosa y electrolitos”

“Lávese las manos”

“Controle funciones vitales”

“Mantenga técnicas asépticas en la manipulación de catéter y procedimientos invasivos”

“Cure y evalúe puntos de inserción de catéteres invasivos en busca de signos de infección”

“Monitorice la temperatura”

“Administre antibiótico según prescripción médica”

“Cambie vías según protocolo”

“Ausculte foco neumónico”

“Explique el procedimiento o actividad a realizar”

“Realice aseo bucal, baño de esponja, cambio de posición y confort”

“Controle y valore las eliminaciones fisiológicas (Intestinales y vesicales)”

“Mantenga un ambiente tranquilo y seguro, libre de ruidos”

“Oriente sobre el proceso de su enfermedad al paciente y familia”

“Explique los procedimientos a realizar”

“Enseñe técnicas de relajamiento”

“Involucre a los familiares en el cuidado del paciente”

“Coordine con el servicio de psicología”

Plan de cuidados de enfermería

Concepto de plan de cuidados

“El Plan de cuidados de enfermería es un instrumento para documentar y comunicar la situación del paciente/cliente, los resultados que se esperan, las estrategias, indicaciones, intervenciones y la evaluación de todo ello”

“Tiene como objetivo alinear a todos los involucrados en el cuidado de una persona dependiente para enfocar todos los esfuerzos hacia un objetivo común”

Un plan de cuidados se hace con base en la información recabada en las diferentes valoraciones integrales del paciente e incluye información de diferentes áreas cómo lo son: nivel de aleta, oxigenación, nutrición, eliminación, movilización, comunicación, reposo y sueño, recreación, cultura y creencias, nivel educativo, y el conocimiento sobre su diagnóstico o padecimiento.

“Esta herramienta es indispensable para que un paciente logre una recuperación pronta y duradera”

“Un plan de cuidados debe tener un formato definido”

Existen diferentes metodologías para realizar los planes de cuidado, sin embargo, todas deben considerar al paciente de forma integral. Es importante tener un plan de cuidados ya que estos marcan la pauta para que el cuidado tenga objetivos y resultados esperados claros. Para que un plan de cuidados tenga toda la información es preferible que se desarrolle tomando en

cuando lo que el paciente quiere lograr y el esfuerzo que quiere poner en el cuidado. De igual forma, es importante que toda la familia se involucre y quede definido cómo aportarán para cumplir con los objetivos.

“En un cuidado de enfermería o de cuidados a personas dependientes siempre hay que tener un plan para que podamos alcanzar la recuperación y la calidad de vida de los pacientes”

El plan de cuidados de enfermería es la organización y elaboración del informe del estado de salud de un paciente, registrando la prestación de los cuidados de enfermería orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, así como a la prevención de enfermedades y discapacidades, es un informe indispensable para que un paciente logre una recuperación rápida y lo más importante duradera es un plan que expone las prioridades de salud del paciente.

Desarrollo del plan de cuidados estandarizado para el paciente con pancreatitis

Cuidados de enfermería al ingreso

“Presentarse a sí mismo y su familia en los cuidados”

“Orientar al paciente y familia sobre las normas y funcionamiento de la unidad”

“Realizar la valoración de enfermería al ingreso”

“Establecer el plan de cuidados del paciente, los diagnósticos, resultados e intervenciones”

“Establecer procedimiento de identificación y protección de pacientes vulnerables”

Protección de los derechos del paciente

“Proporcionar al paciente la Carta de derechos y obligaciones del paciente”

“Proteger la intimidad del paciente durante las actividades de higiene, eliminación y aseo personal”

“Tomar nota de la preferencia religiosa”

“Mantener la confidencialidad de la información sanitaria del paciente”

Intermediación cultural

“Determinar la naturaleza de las diferencias conceptuales que tienen el paciente y el profesional de enfermería sobre los problemas de salud o el plan de tratamiento”

“Identificar, con el paciente, las prácticas culturales que pueden afectar negativamente a la salud, de manera que el paciente pueda elegir de manera informada”

Facilitar la comunicación intercultural (uso de traductor, materiales/medios bilingües por escrito”

“Modificar las intervenciones convencionales (enseñanza al paciente) de manera adecuada”

Informe de turnos

“Identificar las enfermedades y razones principales del ingreso, si procede.

“Identificar los diagnósticos médicos y de cuidados clave, si procede”

“Dar la información de forma concisa, centrándose en los datos recientes e importantes necesarios para el personal que asume la responsabilidad en cuidados”

“Describir el régimen de tratamiento”

“Identificar las pruebas de laboratorio y de diagnóstico que deban completarse en las próximas 24 horas”

“Describir los datos del estado de salud, incluyendo signos vitales y los signos y síntomas presentes durante el turno”

“Describir las intervenciones de enfermería llevadas a cabo”

“Resumir los progresos en las metas fijadas”

Manejo de enfermería en pancreatitis Aguda***Aspectos generales***

“En cuanto a los cuidados de enfermería en este tipo de pacientes hay que monitorizar al paciente para comprobar que no se produzca ningún empeoramiento de su estado de salud”

El control de las constantes deberá hacerse horario y vigilando:

“Tensión arterial, FC”

“Frecuencia respiratoria”

“Diuresis horario”

“Temperatura”

“-Balance hídrico con las entradas y salidas, se realiza por turno”

“-Saturación de oxígeno”

“-Glucemia capilar”

Además, hay que tener en cuenta el Glasgow del paciente y el estado mental, si tiene dolor (mediante la escala EVA). En el caso de que el paciente tenga drenajes habría que llevar un control horario y anotar por turno el debido del mismo.

Control del dolor

“Es el principal síntoma. Se pueden utilizar analgésicos u opiáceos, hay que tener en cuenta los escalones terapéuticos”

Cambios posturales.

Para evitar la aparición de úlceras por presión, en todos los pacientes de UCI esto se lleva a cabo, junto a la realización de una buena higiene, que la alineación del cuerpo sea la correcta y la movilización pasiva de las extremidades. Se recomienda la administración de HBPM en todo paciente encamado con movilidad reducida y siempre que no haya contraindicación médica.

Cuidados de los drenajes.

“Hay que comprobar el débito de los drenajes y anotarlo, que sean permeables y valorar la coloración de los mismos”

Cuidados de las vías.

Tanto de las vías venosas periféricas como de las centrales, éstas últimas se colocan en pacientes con pancreatitis aguda que están en la UCI. Es importante que cuando se manipulen se realice de forma aséptica para evitar el riesgo de infección. En el caso de las vías centrales el cambio de apósito se realizará cada 7 días y siempre y cuando sea necesario, la técnica es estéril y se utiliza clorhexidina 2%. En cuanto a las vías periféricas el cambio de apósito será cada 2 días y siempre y cuando precise, la técnica es igual que en el caso de las vías centrales.

El personal de enfermería tiene que comprobar que las vías venosas sean permeables para que no se produzca extravasación ni flebitis.

Otros aspectos a tener en cuenta por el personal de enfermería**Soporte respiratorio.**

Fisioterapia respiratoria y drenaje postural. “aspiración de las secreciones traqueobronquiales y clapping respiratorio”

Higiene del tubo endotraqueal. Es importante comprobar por turno que el tubo se encuentra a la misma altura que cuando se colocó, que no existan secreciones (por lo que hay que aspirar), que el tubo sea permeable (muchas veces se puede acodar) y por turno hay que comprobar el balón de neumotaponamiento.

Higiene de la cavidad oral y nasal. Se hace por turno y siempre que sea necesario, con una solución antiséptica en una jeringa y aspirando, también se utilizan gasas y depresores. Si el paciente no está inconsciente del todo a veces hay que colocar mordedores para evitar lesiones por parte del personal de enfermería durante la higiene.

Soporte dietético. “En estos pacientes la dieta deberá ser absoluta para aliviar ese dolor que refieren los pacientes”

Se puede utilizar la vía parenteral para garantizar un adecuado aporte de proteínas y calorías, en este caso es importante vigilar la zona de inserción por si apareciera cualquier signo de infección y realizar la técnica de forma estéril. En el caso de la nutrición enteral, el inicio debería hacerse en las primeras 48 horas y hay que introducir la sonda nasoyeyunal con control radiológico tras la colocación y cuidados de la sonda según protocolos de la unidad.

Cuando se cambie la nutrición a vía oral hay que tener en cuenta que puede reaparecer ese dolor y reactivar la inflamación pancreática.

Soporte inotrópico. “A veces estos pacientes presentan inestabilidad hemodinámica y precisan fármacos vasoactivos como la noradrenalina, dobutamina... Esto precisa una monitorización continua y una estrecha vigilancia”

Fundamentos del Manejo Nutricional

La primera medida a tomar luego de tener el diagnóstico de la pancreatitis aguda es la estratificación del paciente en una forma leve o grave. Esto se lleva a cabo dentro de las primeras 48 horas, usando los criterios de Ranson, A.P.A.C.H.E: II y Proteína C Reactiva. Así las pancreatitis pueden ser: agudas leves y agudas graves.

Criterios pronósticos de Ranson

Criterios pronósticos de Ranson (32)

En el ingreso	En las primeras 48 horas
<ul style="list-style-type: none"> • Edad > de 55 años • Leucocitosis > de 16.000/mm³ • Glicemia > 2 gr/dL • SGOT > 250 UI/L • LDH > 350 UI/L 	<ul style="list-style-type: none"> • Caída de hematocrito > 10 puntos % • Alza del BUN > de 5 mg/dl • Calcemia < de 8 mg/dl • PO₂ < 60 con FiO₂ de 21% (ambiental) • Déficit de base (B.E) > -4 mEq/L • Secuestro de volumen > 6 L (Balance Hídrico)

APACHE II (32)

Variables fisiológicas	Rango Elevado					Rango Bajo			
	+4	+3	+2	+1	0	+1	+2	+3	+4
Temperatura rectal (Axial +0.5°C)	*41 ^a	39-40,9 ^a		38,5-39,9 ^b	36-38,4 ^b	34-35,9 ^b	32-33,9 ^b	30-31,9 ^b	£29,9 ^a
Presión arterial media (mmHg)	*160	130-159	110-129		70-109		50-69		£49
Frecuencia cardiaca (respuesta ventricular)	*180	140-179	110-139		70-109		55-69	40-54	£39
Frecuencia respiratoria (no ventilado o ventilado)	*50	35-49		25-34	12-24	10-11	6,9		£5
Oxigenación: elegir a o b a Si FiO ₂ > 0,5 anotar PA aO ₂ b Si FiO ₂ < 0,5 anotar PaO ₂	*500	350-499	200-349		<200 >70	61-70		55-60	<55
pH arterial (Preferido) HCO ₃ sérico (venoso mEq/l)	*7,7 *52	7,6-7,59 41-51,9		7,5-7,59 32-40,9	7,33- 7,49 22-31,9		7,25- 7,32 18-21,9	7,15- 7,24 15-17,9	<7,15 <15
Sodio Sérico (mEq/l)	*180	160-179	155-159	150-154	130-149		120-129	111-119	£110
Potasio Sérico (mEq/l)	*7	6-6,9		5,5-5,9	3,5-5,4	3-3,4	2,5-2,9		<2,5
Creatinina sérica (mg/dl) Doble puntuación en caso de falla renal agudo	*3,5	2-3,4	1,5-1,9		0,6-1,4		<0,6		
Hematocrito (%)	*60		50-59,9	46-49,9	30-45,9		20-29,9		<20
Leucocitos(Total/m ³ en miles)	*40		20-39,9	15-19,9	3-14,9		1-2,9		<1
Escala de Glasgow Puntuación=15- Glasgow actual									
A. APS (Acute Physiology Score) Total: Suma de las 12 variables individuales									
B. Puntuación por edad (£44 = 0 punto; 45-54 = 2 puntos; 55-64 = 3 puntos; 65-74 = 5 puntos; >75 = 6 puntos)									
C. Puntuación por enfermedad crónica (ver más abajo)									
Puntuación APACHE II (Suma de A+B+C)									

Y desde el punto de vista nutricional esta estratificación tiene las siguientes implicancias, a saber:

Pancreatitis aguda Leve

La mayoría de los casos de pancreatitis aguda son leves y autolimitado, con recuperación de la actividad enzimática normal en 2-4 días. Es infrecuente la aparición de complicaciones en este grupo de pacientes, que habitualmente puede reiniciar la alimentación oral en 3-7 días. En estos casos, se aconseja un breve periodo de ayuno, hasta que cesa el dolor y descenden los valores de amilasa y lipasa, durante el que se administran fluidos y electrolitos por vía parenteral.

El paciente con Pancreatitis leve suele verse libre de dolor, náuseas y vómitos alrededor de cuatro a cinco días después de

iniciado el cuadro; en estos casos, si no existe dolor espontáneo y la peristalsis es adecuada, puede iniciarse una dieta de líquidos claros hacia el quinto día, bajo vigilancia constante de los efectos y la tolerancia del paciente. Si tolera los líquidos claros, es decir, no presenta dolor, náuseas o vómitos posprandiales, el contenido de la dieta puede progresarse la dieta a una dieta de fácil digestión, baja en grasa y alta en hidratos de carbono, según la tolerancia del paciente se puede permitir una progresión de un aporte calórico adecuado. No está indicado el apoyo nutricional con fórmulas enterales o parenterales en quienes permanecerán en ayuno por un tiempo limitado (menos de cinco a siete días) y en los que la vía oral podrá reiniciarse pronto. Sin embargo, si la vía oral no se tolera, debe iniciarse soporte nutricional mediante nutrición enteral o parenteral. Además, cuando el paciente presenta datos de desnutrición a su ingreso, debe valorarse el soporte nutricional en forma más temprana y se les debe realizar un screening para detectar quiénes necesitan una evaluación nutricional y un soporte posterior.

Dieta líquida clara alimentos permitidos: (34)

- Agua.
- Infusiones claras de té.
- Jugos o zumos de frutas naturales licuadas y coladas.
- Sopas de verduras desgrasadas, licuadas y coladas
- Edulcorante.
- Gelatinas dietéticas.
- Suplementos nutricionales orales libres de residuo.

Dieta líquida completa alimentos permitidos: (34)

- Lácteos descremados.
- Jugos o zumos de frutas naturales licuadas y coladas.
- Caldo o crema de vegetales licuada y colada.
- Gelatina.
- Bebidas de cereales, bebidas de frutas con sabor artificial.
- Suplementos nutricionales líquidos.

Dieta general alimentos permitidos: (34)

- Lácteos descremados.
- Carnes magras.
- Cereales y almidones.
- Vegetales.
- Frutas.
- Dulces.
- Grasas en escasa cantidad.

Pancreatitis aguda grave

En la pancreatitis aguda grave los pacientes presentan cambios hiperdinámicos, que incluyen incremento del gasto cardiaco, disminución de las resistencias vasculares sistémicas, mayor consumo de oxígeno secundario al estrés inflamatorio y el dolor. Tales cambios determinan que el gasto energético y el catabolismo proteico aumenten de manera significativa, lo cual resulta en un balance negativo de nitrógeno.

También se presentan alteraciones en el metabolismo de los hidratos de carbono que se deben a un incremento en la secreción de cortisol y catecolaminas a causa tanto del estado de estrés metabólico como de la disfunción de las células beta y la resistencia a la insulina. Además, el secuestro de líquidos observado en estos casos produce vasoconstricción del lecho vascular esplácnico, isquemia y necrosis pancreática así como daño a la mucosa intestinal. Si a estos cambios se suma el ayuno prolongado, la necesidad de una intervención de soporte nutricional es fundamental.

El ayuno por más de siete días debe evitarse porque además de favorecer la desnutrición incrementa la probabilidad de desarrollo de infecciones y complicaciones sistémicas, secundarias a translocación bacteriana intestinal, lo cual empeora el pronóstico general del paciente ⁽³³⁾. El soporte nutricional temprano, cuando la dieta se administra por vía enteral, ha demostrado mejorar el pronóstico de la Pancreatitis aguda grave al disminuir la aparición de estas complicaciones.

En los pacientes con pancreatitis aguda grave hay que iniciar el tratamiento nutricional precozmente, dentro de las primeras 72 horas de ingreso.

Valoración del Estado Nutricional.

Previamente, a las guías de FELANPE, de acuerdo al consenso de Cancún los pacientes deben ser evaluados con una herramienta validada como la Valoración Global Subjetiva en una primera, y luego de la Objetiva. Sin embargo esta propuesta tiene sus limitaciones, y hay trabajos que agregan otros parámetros no incluidos en esta encuesta. Se ha encontrado que el exceso de masa grasa, la disminución de la masa magra, el estado inmunológico también son determinantes y deben ser evaluados al mismo tiempo que se realiza la VSG

- Valoración Global Subjetiva.
- Valoración Global Objetiva.

Valoración Global Subjetiva (SGA). “Considera datos de anamnesis y del examen físico, principalmente para detectar pacientes desnutridos o en riesgo de desnutrición. Se debe realizar en todos los pacientes hospitalizados”

Valoración Nutricional Objetiva. Está indicada en pacientes desnutridos o en riesgo de desnutrición y en casos en que se harán indicaciones nutricionales precisas para corregir alteraciones por déficit o por exceso. Consiste en medidas antropométricas (que se comparan con valores estándares), parámetros bioquímicos y otros exámenes.

En los datos antropométricos se consideran

- “- Peso, talla, IMC”
- “- Pliegues cutáneos”
- “- Perímetros corporales”
- “- Balance nitrogenado”

En los datos de laboratorio se consideran:

- “- Albumina”
- “-Prealbumina”
- “-Recuento de linfocitos”

Para el soporte de estos pacientes es importante tener en cuenta

- “- La magnitud de la desnutrición calórica proteica”
- “- Duración y grado del hipermetabolismo y /o hipercatabolismo”
- “- Duración de la inanición”
- “- Complicaciones metabólicas”
- “- Gravedad de disfunción de órganos”

La Nutrición Enteral es segura ya que puede reducir las complicaciones al mantener la barrera intestinal y al prevenir o reducir la translocación bacteriana a partir del intestino. Se sabe que tiene menos complicaciones que la Nutrición Parenteral. Pero también es importante saber que no son excluyentes y que muchas veces es necesario comenzar con Nutrición Parenteral Total y después instaurar Nutrición Enteral.

La nutrición enteral por sny se debe realizar cuando se logra la estabilización hemodinámica y de la función de órganos y sistemas. Se puede iniciar el tratamiento con Nutrición Parenteral en aquellos casos en los que la Nutrición Enteral no sea posible (aumento del dolor abdominal, elevación significativa de las enzimas pancreáticas o íleo paralítico). La Nutrición Enteral podrá iniciarse conforme estos eventos se resuelven, retirando simultánea y progresivamente la Nutrición Parenteral.

La nutrición parenteral está indicada en caso de haber limitaciones para el uso de la vía enteral, como en las siguientes situaciones

- “Obstrucción intestinal”
- “Intolerancia a la nutrición enteral”
- “Fístula entérica”
- “Cuando el aporte por vía enteral no sea suficiente”

Es necesario un cálculo correcto de los requerimientos ya que con el soporte se puede estimular la secreción pancreática si éste no es el adecuado.

Calorías

- “Estimar con la ecuación de Harris Benedict y factor de injuria”

Proteínas

- “1 a 1,5 g/kg/día”

Hidratos de carbono

“50% del las calorías totales de la dieta”

Lípidos

“30% de las calorías totales (42)”

Es importante la implementación de un protocolo de trabajo a fin de uniformar la conducta ante estos pacientes y poder evaluar los resultados de dicha conducta.

Por este motivo planteamos el siguiente esquema de trabajo ante la creciente frecuencia de ingresos con este diagnóstico.

Los objetivos del protocolo son

“Preservar la masa magra y la capacidad funcional de los pacientes afectos de pancreatitis aguda”

“Prevenir las complicaciones derivadas de la desnutrición en este mismo grupo de paciente”

Protocolo de manejo nutricional en pacientes con pancreatitis agudas

“Pancreatitis: ante la presencia de un paciente con diagnóstico establecido de pancreatitis aguda, corresponde la estadificación de la gravedad del paciente que se realiza básicamente por los criterios de RANSON Y APACHE según gravedad”

Si el paciente tiene una puntuación de RANSON <3 corresponde a una Pancreatitis Aguda Leve y se indicara nada vía oral por 48 – 72 horas, luego en el caso de que el paciente no presente dolor, distensión abdominal, náuseas y/o vómitos con amilasa y lipasa normal se inicia la tolerancia vía oral con dieta líquida clara de aproximadamente 600 kcal, que dependiendo de la tolerancia en 24 horas se progresara a una dieta líquida completa de 1100 kcal hasta llegar a una dieta Normo e hiper calórica 1500 – 2000 kcal de acuerdo a estado nutricional de paciente, Normo e hiper proteica dependiendo de los requerimientos y parámetro del paciente y en todos los casos hipo lipídica.

En el caso de que persistan los síntomas, la lipasa y la amilasa no se normalizan y no se tolere la vía oral se instalara una Sonda Nasoyeyunal, donde se administrara una formula semi elemental, hiper calórica 1800 – 2400 kcal, que según las

condiciones clínicas y nutricionales será Normo o Hiper proteica y en todos los casos Hipo lipidica e inmunomoduladora.

La administración de la formula se hará en goteo continuo iniciándose a 30 ml/h y progresando según la tolerancia hasta alcanzar un volumen de 100 ml/h.

Cuando las condiciones clínicas del paciente así lo permitan se progresara a una dieta vía oral.

Si los criterios de RANSON arrojan una puntuación =3 corresponde a una Pancreatitis Aguda Grave y se le indica nada vía oral por 48 – 72 horas, luego se inicia la Nutrición Enteral salvo que el paciente presente Obstrucción intestinal, fistula entérica, íleo paralitico y en cuyo caso se indicara e iniciara Nutrición Parenteral Total con mezcla comercial estándar entre 1700 – 2400 kcal en goteo continuo de 60 – 100 ml/h dependiendo del volumen de la bolsa y las necesidades nutricionales del paciente.

En caso de que el paciente no presente ningunas de las complicaciones anteriormente expuestas se le instalara una Sonda Nasoyeyunal y se administrara el mismo esquema planteado en la Pancreatitis Aguda Leve. Finalmente cuando las condiciones clínicas del paciente mejoren y los parámetros en cuanto a dolor, distensión abdominal nauseas y/o vómitos desaparezcan se iniciaran la tolerancia vía oral con la progresión descrita en la Pancreatitis Aguda Leve.

Definición y operalización de variables

Variable	Definición Conceptual	Definición operacional	
		Dimensiones	Indicadores
Cuidados de enfermería en pancreatitis aguda	<p>Hacen referencia a todas aquellas atenciones que los enfermeros y auxiliares de enfermería le dedican a los pacientes con pancreatitis</p> <p>Cada paciente requiere un nivel de asistencia particular, los cuidados de enfermería están orientados en supervisar la salud y asistir a los pacientes.</p> <p>Cedeño Loor, M. 2021</p>	Actuación de Enfermería	<p>Valoración al recibir al paciente:</p> <p>Entrevista para recogida de datos.</p> <p>Capacidad funcional.</p> <p>Medicación en domicilio.</p> <p>Toma de constantes vitales:</p> <p>Tensión arterial</p> <p>Frecuencia cardiaca</p> <p>Temperatura</p> <p>Saturación de oxígeno</p> <p>Control de diuresis y deposiciones.</p> <p>Control del dolor:</p> <p>Valoración del grado del dolor.</p> <p>Control de balance hídrico:</p> <p>Doble vía periférica.</p> <p>Control de glicemia y electrolitos.</p>

		<p>Protocolo nutricional aplicado en el paciente.</p>	<p>Valoración del estado nutricional: Valoración global subjetiva: Anamnesis Examen Físico Valoración Global Objetiva: Medidas antropométricas: peso,talla,IMC Pliegues cutáneos. Balance nitrogenado. Parámetros Bioquímicos: Albumina Pre albumina Recuento de linfocitos. Otros exámenes: Magnitud de desnutrición proteica. Complicaciones metabólicas. Gravedad de Disfunción de órganos.</p>
--	--	---	--

Marco Metodológico

Tipo de Investigación

En esta investigación se tiene en cuenta el paradigma cuantitativo porque para la recolección de datos se utilizó la medición numérica y como instrumento un cuestionario de carácter cuantitativo.

Según lo indica (Hernández, Fernández & Baptista, 2010) La investigación con enfoque cuantitativo “consiste en la recolección de datos para probar hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico para establecer patrones de comportamiento y probar teorías”, por tanto lo anteriormente descrito coincide con esta temática.

Diseño de investigación

El diseño seleccionado es el no experimental transversal, pues se trabajó con informaciones veraces que no se han de modificar. “Los diseños de investigación tan seccional o transversal recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado” (Hernández, Fernández & Baptista, 2003).

En la presente investigación no se manipularon las variables, sino que en un solo momento se observó el fenómeno de estudio tal como se dio en su contexto natural.

Nivel de conocimiento esperado

El estudio se enmarcó dentro de una investigación de carácter descriptivo (Hernández, Fernández & Baptista, 2003), señala que “los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis”. Permiten medir la información para posteriormente describir, analizar e interpretar las características del fenómeno estudiado según la realidad.

Este trabajo es de carácter descriptivo y transversal porque comprende la descripción, análisis e interpretación de la variable, así como se presenta sin manipularla y se realizó en un determinado momento, haciéndose un solo corte en el tiempo.

Descripción de la Población

La población o universo según (Hernández, Fernández & Baptista, 2010) “es el conjunto de todas las cosas que concuerdan con determinadas especificaciones”, es decir las que son tomadas como objeto de estudio.

La población está compuesta por 24 profesionales de enfermería de los servicios de clínica médica y clínica quirúrgica internados.

Técnica e Instrumento de recolección de datos

Antes del proceso de recolección de los datos, el instrumento fue validado por profesionales expertos en el área de enfermería, con el fin de corregir el mismo; para lo cual se realizaron los ajustes necesarios de algunos ítems.

Para la recolección de los datos seleccione la técnica de la Observación directa, que según (Miranda, 2008). “Consiste en la recolección de informaciones de forma objetiva desde la guía del observador

Se consideraron 4 principios éticos fundamentales:

- **Conocimiento o participación libre y voluntaria:** Se explica a cada profesional de enfermería el objetivo de la investigación realizada

- **Justicia:** De acuerdo con este principio se difundieron los resultados obtenidos al final de la investigación.

- **No maleficencia:** En base a este principio se realizaron todos los objetivos y acciones buscando el bienestar de la población en general.

- **Confidencialidad:** En consideración y respeto de este principio no se divulgaron los nombres de las personas de la población de estudio

Consentimiento Informado

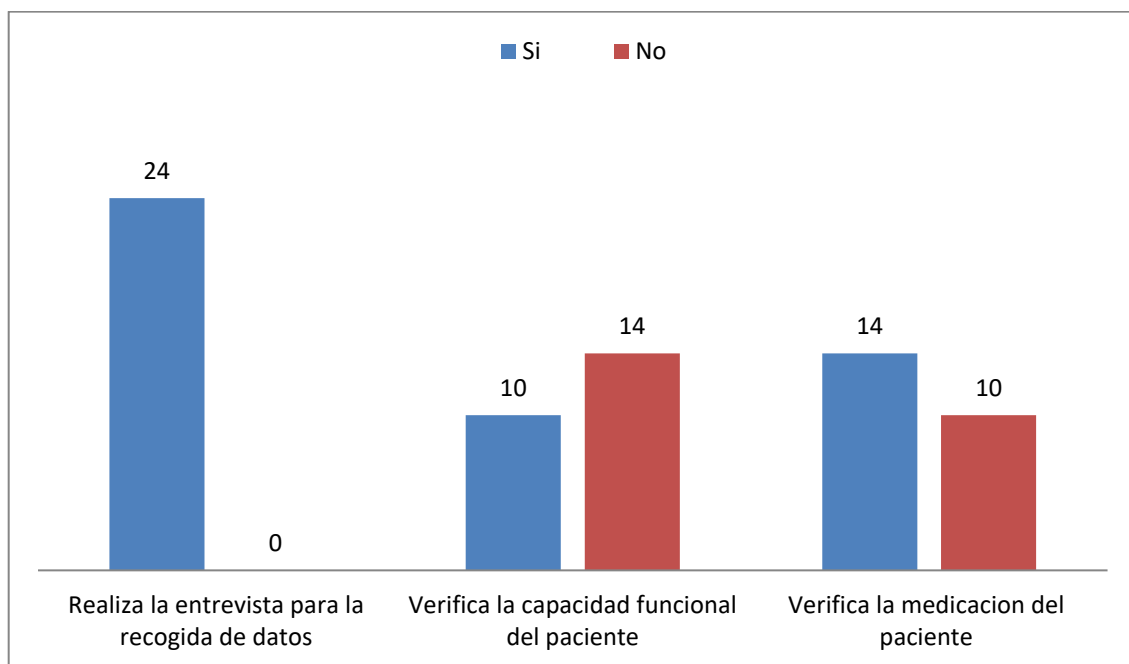
Para el presente estudio se informó verbalmente la naturaleza, título, objetivos, propósito del mismo a fin que el entrevistado decidiera libremente participar.

Marco Analítico

Análisis y presentación de los resultados de la Observación Directa a los profesionales de Enfermería Clínica Médica y Clínica Quirúrgica Internados.

Figura N° 1- Actuación de Enfermería en los pacientes con pancreatitis aguda

Valoración al recibir al paciente



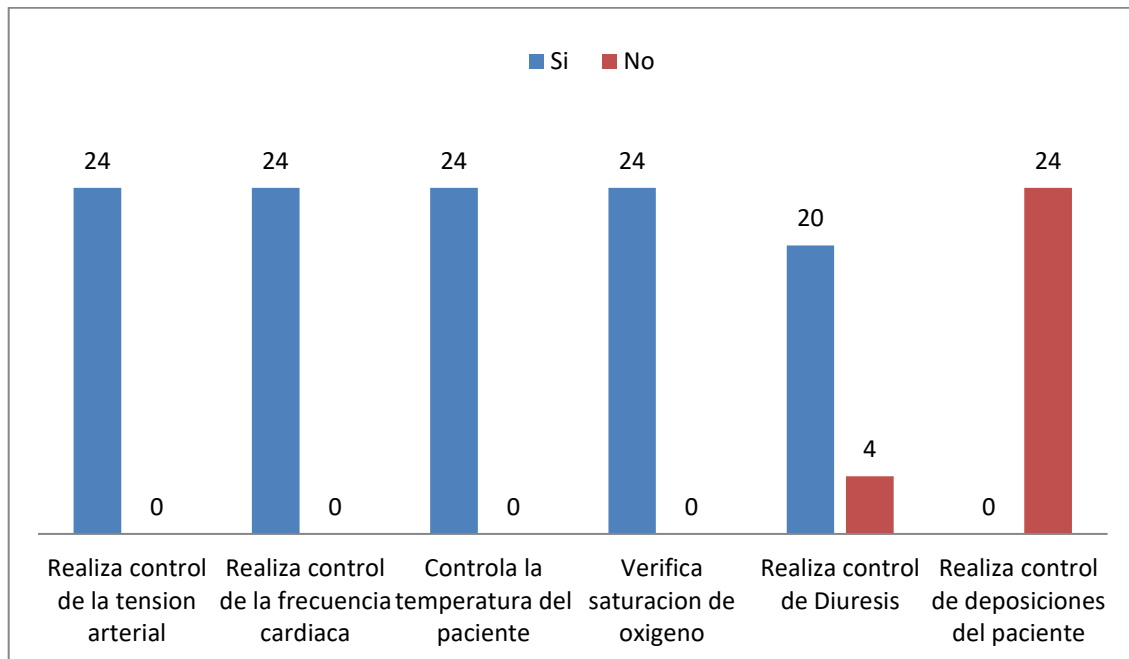
Durante las observaciones realizadas a los profesionales de enfermería se constata que la totalidad realiza la entrevista como herramienta para la recogida de datos del paciente con pancreatitis aguda.

La mayoría de los profesionales no verifica la capacidad funcional del paciente, mientras que una minoría no verifica la capacidad funcional del paciente.

La mayoría de los profesionales verifica las medicaciones que recibe el paciente antes del ingreso hospitalario como antecedente del mismo, sin embargo una minoría no lo verifica.

Figura N° 2- Actuación de Enfermería en los pacientes con pancreatitis aguda.

Toma de Constantes Vitales



Se constata que la totalidad del profesional de enfermería realiza control de la tensión arterial, de la frecuencia cardiaca, de la temperatura corporal y del nivel de oxígeno en sangre por el oxímetro de pulso en los horarios establecidos y según la gravedad del paciente las veces que sea necesario.

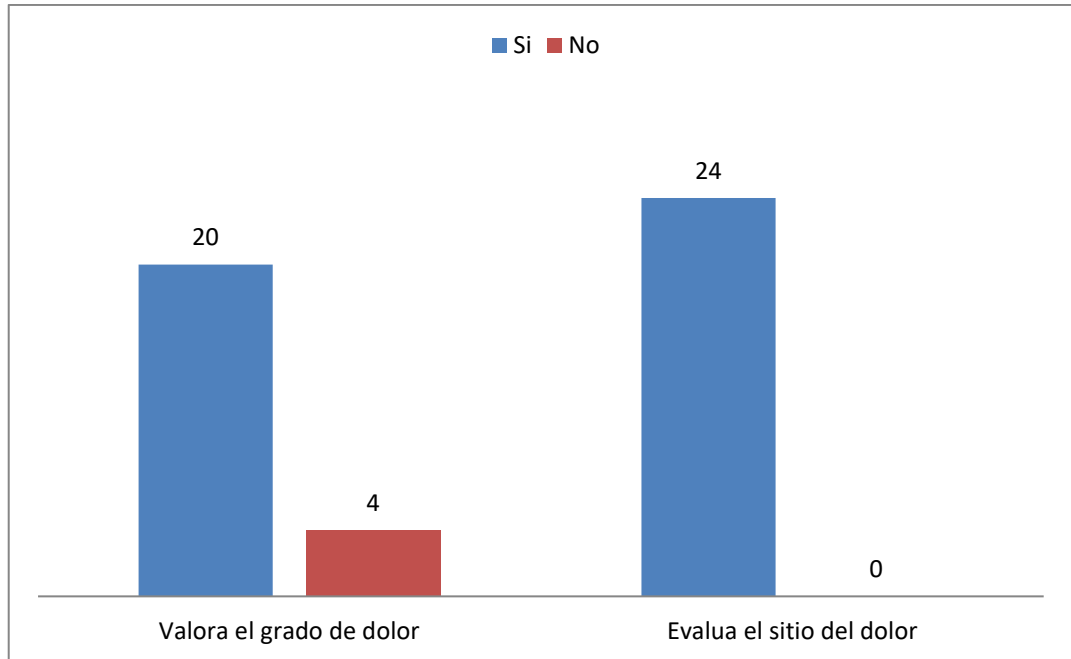
La mayoría realiza control de la diuresis del paciente registrando en la hoja de enfermería los datos en ml.

Por otro lado ninguno de los profesionales controla las deposiciones del paciente.

El control de las constantes vitales son fundamentales como indicadores de gravedad del estado del paciente.

Figura N° 3- Actuación de Enfermería en los pacientes con pancreatitis aguda.

Control del dolor

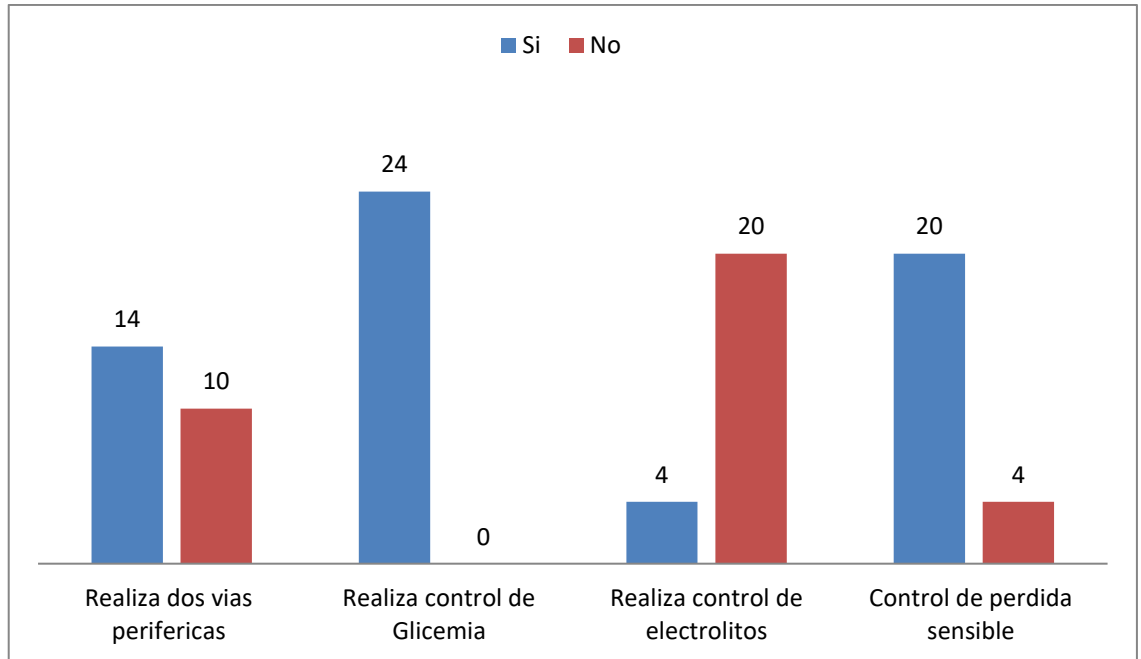


La mayoría de los profesionales observados valoran el grado de dolor del paciente observando las características del paciente y la frecuencia con el cual presenta episodio de dolor con la respuesta a la analgesia aplicada.

La totalidad de los profesionales evalúa el sitio del dolor del paciente corroborando la correlacionalidad con el páncreas.

Figura N° 4- Actuación de Enfermería en los pacientes con pancreatitis aguda.

Control de Balance Hídrico.



Se evidencia que la mayoría realiza dos vías periféricas de gran calibre al paciente internado con pancreatitis aguda y una minoría no realiza doble vía periférica.

La totalidad de los profesionales controlan la glicemia capilar a horario al paciente con pancreatitis por el reposo gástrico que realizan por la patología que padecen.

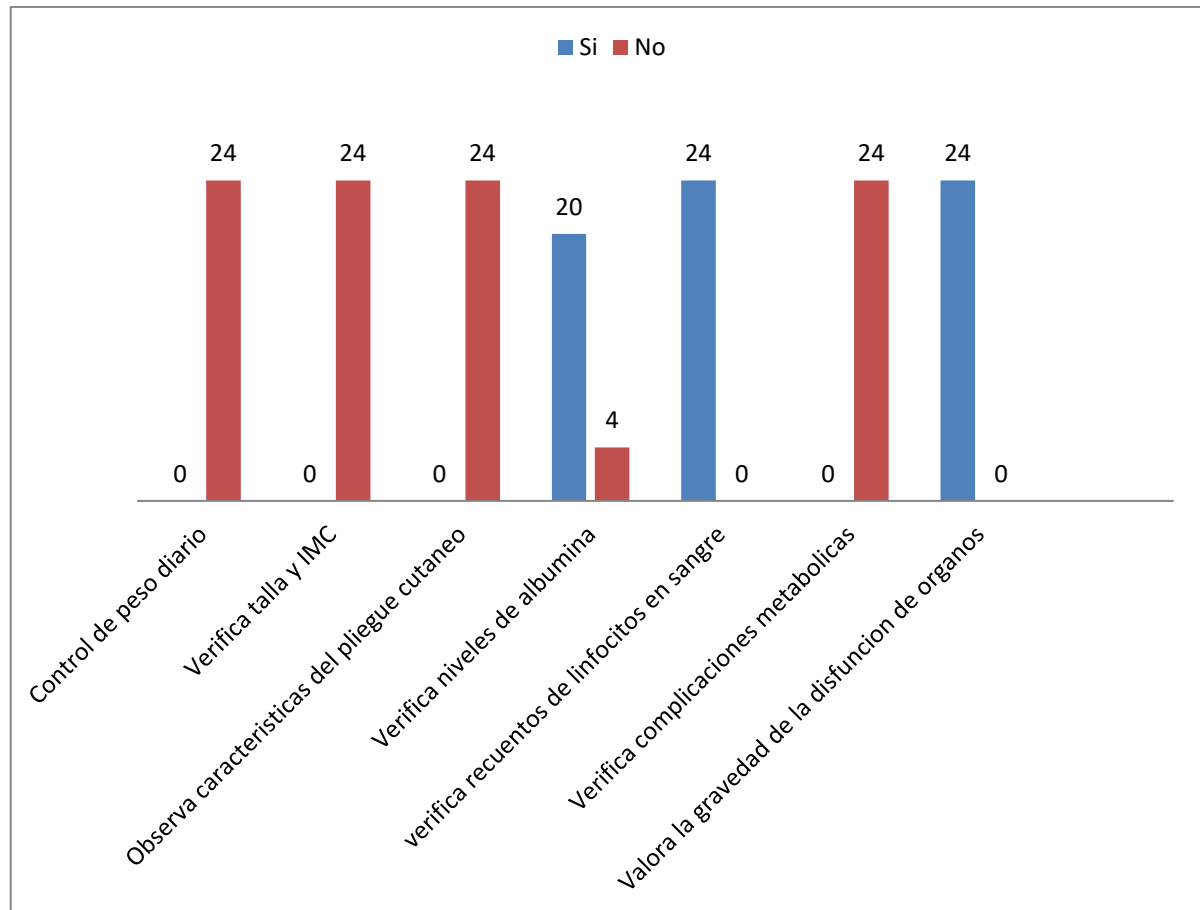
La mayoría no realizan control de electrolitos considerando que el nosocomio no cuenta con este estudio y la mayoría de los pacientes se declaran insolventes.

La mayoría realiza control de la pérdida insensible registrando en el formulario y horario correspondiente.

Figura N° 5- Protocolo nutricional aplicado al paciente con pancreatitis

Valoración del estado nutricional

Valoración Global Objetiva



La totalidad de los profesionales no realizan el control de peso del paciente de forma diario, no verifican la talla y el índice de masa corporal de forma diaria, no observan las características del pliegue cutáneo para valorar la hidratación del paciente.

La mayoría verifica los niveles de albumina del paciente con pancreatitis.

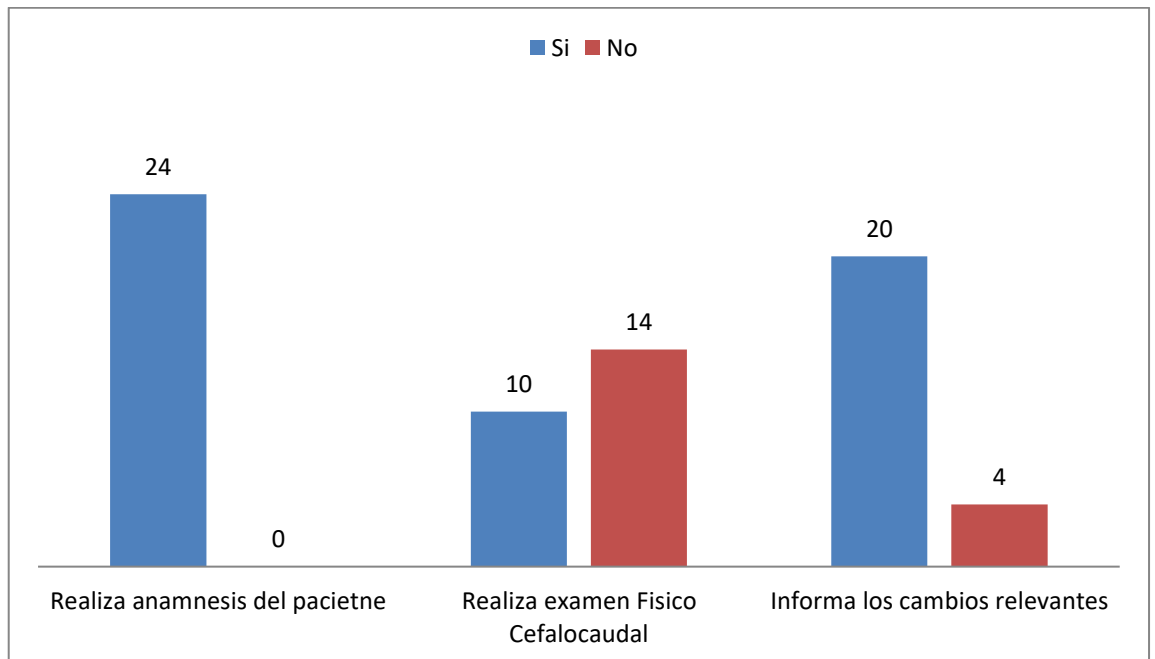
La totalidad valora el recuento de linfocitos en sangre del paciente y la gravedad de la disfuncionalidad de los órganos.

La totalidad no verifica las complicaciones metabólicas del paciente.

Figura N° 6- Protocolo nutricional aplicado al paciente con pancreatitis

Valoración del estado nutricional

Valoración Global subjetiva



La totalidad de los profesionales de enfermería realizan la anamnesis del paciente con pancreatitis.

La mayoría no realiza un examen físico de forma Céfalocaudal del paciente, sin embargo una minoría si lo realiza.

La mayoría informa los cambios relevantes del paciente con pancreatitis que varíe la clasificación y la gravedad de la misma requiriendo cuidados más específicos.

Conclusión

El resultado de la investigación se ha concluido satisfactoriamente, ya que se ha logrado cumplir con el objetivo general propuesto que es determinar los cuidados de enfermería en pacientes con pancreatitis aguda internados en Clínica Médica y Clínica Quirúrgica, la investigación arrojó los siguientes resultados.

Respondiendo a los objetivos específicos, he llegado a las siguientes conclusiones:

Identificar la actuación de enfermería en los pacientes con pancreatitis aguda internados en el Hospital Distrital de Hernandarias

Se evidencia que la totalidad de los observados realiza la entrevista con el paciente como herramienta de recolección de datos subjetivos, controlan las constantes vitales como la presión arterial, frecuencia cardiaca, temperatura corporal y nivel de oxigenación en los horarios correspondientes y según la gravedad del paciente con mayor frecuencia, del mismo modo realizan el control de la glicemia capilar. En contrapartida una mayoría no verifica la medicación del paciente pre ingreso hospitalario, no realizan control de las deposiciones del paciente, no realiza el control de los electrolitos en los horarios correspondientes por la indisponibilidad en el nosocomio y si realizan control de las pérdidas insensibles dejando registro en el formulario correspondiente.

Describir el protocolo de nutrición aplicado en los pacientes con pancreatitis aguda internados en el Hospital Distrital de Hernandarias.

Los profesionales no realizan control de peso de forma diaria, no verifican el índice de masa corporal ni la talla del paciente, no observa las características del pliegue cutáneo del paciente con pancreatitis aguda, no valoran la magnitud de la desnutrición calórica-proteica, no verifican las complicaciones metabólicas presentes en el paciente. Sin embargo si valora la gravedad de la disfuncionalidad de los órganos y si informa los cambios relevantes para la evolución de los pacientes. La mayoría verifica los niveles de albumina en sangre y los recuentos de linfocitos en sangre, además no realizan la valoración Cefalocaudal del paciente.

Bibliografía

- Alarcón, C. (2008). *Pancreatitis Aguda*. Revista chilena pediatría.
- Cedeño Loor, M. (2021). *Internado rotativo área de emergencia*. Universidad técnica de Manabi.
- Derechos de los Pacientes. (2016). <https://msdsalud.es/informacion-practica/derecho-pacientes.html>
- Eraso, T.M., Marín, G.S. & Rojas, o.P. (2012). *Conocimiento de los usuarios sobre sus derechos y deberes en el SGSSS, Hospital San José de Buga, 2011*. (Tesis de Especialización. Universidad Católica de Manizales, Colombia.
- Gómez Salgado, D.M. (2015). *Derechos del paciente y su relación con la atención de Enfermería en el área de cirugía del Hospital Isidro Ayora*. (Tesis de Grado). Universidad Nacional de Loja, Ecuador.
- Garro Urbina, V. (2020). *Diagnóstico y tratamiento de pancreatitis aguda*. Universidad de Ciencias Médicas.
- Nuestra Constitución Nacional. (2007). *Decidamos, Campaña por la Expresión Ciudadana*.
- Orellana Soto, P. (2014). *Pancreatitis Aguda*. Revisión de las nuevas guías del 2013. Medicina legal de Costa Rica.
- Salazar Tello, R.R. (2019). *Nivel de conocimiento sobre derechos en salud y su relación con el cumplimiento en la atención desde la perspectiva de los padres de pacientes hospitalizados en el Servicio de Cirugía General del Instituto Nacional de Salud del Niño – Breña 2017* (Tesis de maestría). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Perú.
- Vera Carrasco, O. (2021). *Manejo y tratamiento de la pancreatitis aguda en la unidad de cuidados intensivos*. Universidad Mayor de San Andrés.

Apéndice

Observación aplicada al personal de Enfermería de Clínica Médica y Clínica Quirúrgica.

Cuadro nº1 actuación de enfermería en los pacientes con pancreatitis aguda.

Indicadores	Observ1		Observ 2		Observ 3	
Valoración al recibir al paciente:						
Realiza la entrevista para la recogida de datos	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Verifica la capacidad funcional del paciente.						
Verifica la medicación del paciente en el domicilio.						
Toma de Constantes Vitales						
Realiza control de la tensión arterial						
Realiza control de la frecuencia cardiaca						
Controla la temperatura del paciente.						
Verifica la Saturación de Oxígeno						
Realiza control de Diuresis						
Realiza control de las deposiciones del paciente						

Control del Dolor						
Valora el Grado de dolor						
Evalúa el sitio del dolor						
Control de Balance Hídrico						
Se realiza dos vías periféricas al paciente						
Se realiza control de glicemia a horario						
Se realiza control de electrolitos en los horarios correspondientes.						
Se realiza el control de las perdidas sensibles del paciente.						

Cuadro nº 2 Protocolo Nutricional aplicado al paciente con pancreatitis.

Indicadores	Observ1	Observ 2	Observ 3
Valoración del estado nutricional			
Valoración Global Objetiva			
Realiza control de peso diario			
Verifica la talla y el IMC del paciente diariamente			
Observa las características del pliegue cutáneo			
Verifica los niveles de			

albumina en sangre			
Verifica los recuentos de linfocitos en sangre del paciente.			
Valora la magnitud de la desnutrición calórica-proteica			
Verifica las complicaciones metabólicas presente			
Valora la gravedad de la disfunción de órganos.			
Valoración Global Subjetiva			
Realiza al paciente la anamnesis			
Realiza un examen físico Céfalocaudal del paciente en la guardia			
Informa los cambios relevantes para la evolución del paciente			