

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO

FACULTAD DE ENFERMERIA

UNIDAD DE SEGUNDA ESPECIALIDAD



TRABAJO ACADEMICO

**ATENCION DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON
PANCREATITIS AGUDA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS
INTENSIVOS DEL HOSPITAL REGIONAL MANUEL
NUÑEZ BUTRON PUNO - 2018**

MONOGRAFIA

PRESENTADO POR:

JHOSIRA JULIA SARMIENTO MAMANI

PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN:

**“ ENFERMERÍA EN CUIDADOS INTENSIVOS Y
URGENCIAS ”**

PROMOCION 2016

PUNO – PERU

2019



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO
FACULTAD DE ENFERMERÍA

UNIDAD DE SEGUNDA ESPECIALIDAD
TRABAJO ACADEMICO

**ATENCION DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON PANCREATITIS
AGUDA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL
HOSPITAL REGIONAL MANUEL NUÑEZ BUTRON PUNO- 2018.
MONOGRAFIA**

PRESENTADO POR:

Lic. JHOSIRA JULIA SARMIENTO MAMANI

PARA OPTAR EL TITULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN :

“ ENFERMERÍA EN CUIDADOS INTENSIVOS Y URGENCIAS ”

APROBADA POR EL SIGUIENTE JURADO:

PRESIDENTE

: 
Lic. MARGOT ALEJANDRINA MUÑOZ MENDOZA

PRIMER MIEMBRO

: 
Lic. MIRIAN SALAZAR TITO

SEGUNDO MIEMBRO

: 
Mg. ZORAIDA NICOLAZA RAMOS PINEDA

ASESORA

: 
Mg. ZORAIDA NICOLAZA RAMOS PINEDA

PUNO - PERU

2019

AREA: ENFERMERIA EN CUIDADOS INTENSIVOS Y URGENCIAS

TEMA: PANCREATITIS

FECHA DE SUSTENTACION : 13/03/19

DEDICATORIA

A Dios por haberme dado salud para lograr mis objetivos además de su infinita bondad y amor.

Con profundo amor y eterna gratitud a mis padres Alvaro y Josefa, asimismo a mis hermanos Jessira y Gustavo, por su apoyo incondicional y comprensión durante el transcurso de mi formación.

A mi tía Hilda, por su apoyo incondicional y por demostrarme la gran fe que tiene en mí.

A mis docentes de la especialidad por su tiempo, enseñanzas para el desarrollo de mi formación profesional, en especial a la Lic. Zoraida por sus consejos y apoyo incondicional en todo momento.

JHOSIRA JULIA

ÍNDICE

DEDICATORIA	2
ÍNDICE	3
RESUMEN	5
I. PRESENTACIÓN DEL CASO	7
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	7
1.1.1. CASO A PRESENTAR.....	7
1.1.2. EVOLUCION DE ENFERMERIA.....	11
1.2. JUSTIFICACION.....	13
1.3 OBJETIVOS	15
1.3.1 Objetivo General	15
1.3.2 Objetivo Especifico	15
II. REVISIÓN TEÓRICA	16
2.1 Definiciones Médicas	16
III. PROCEDIMIENTOS METODOLÓGICOS.....	29
3.1. Búsqueda y selección de documentos	29
IV. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	32
V. CONCLUSIONES.....	65
VI. RECOMENDACIONES.....	67
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	68

RESUMEN

La presente monografía titulada atención de enfermería al paciente con diagnóstico médico de Pancreatitis Aguda en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno - 2018 es con el objetivo de determinar la prevalencia y características clínicas de la Pancreatitis aguda en pacientes que acuden a dicho nosocomio.

El proceso de atención de enfermería es un método científico que se aplica en la práctica asistencial de la enfermera, que permite prestar atención de forma racional y asistemática, individualizada tratando las necesidades del paciente, familia y comunidad.

El presente plan de atención de enfermería fue aplicado en un paciente con Pancreatitis Aguda que fue hospitalizado en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno, en la Unidad de Cuidados Intensivos.

La pancreatitis aguda es una enfermedad inflamatoria del páncreas, originada por la activación, liberación, intersticial y auto digestión de la glándula por sus propias enzimas en sangre y orina caracterizada por náuseas, vómito, dolor y distensión abdominal, siendo una causa más frecuente litiasis biliar a, predominante en el sexo femenino y es una patología frecuente que por su evolución puede llevar a complicaciones locales o sistémicas y alta mortalidad.

Antecedentes la Pancreatitis Aguda representa un reto diagnóstico en pacientes con dolor abdominal, con elevada morbilidad y costos.

Palabra Clave: Key Words: Acute pancreatitis – severity – mortality

**ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON PANCREATITIS AGUDA
EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL REGIONAL
MANUEL NUÑEZ BUTRON PUNO – 2018**

I. PRESENTACIÓN DEL CASO

1.1. Planteamiento del problema

La pancreatitis aguda es la inflamación del páncreas que ocurre de repente y generalmente se resuelve en pocos días con tratamiento. La pancreatitis aguda puede ser una enfermedad potencialmente mortal con complicaciones graves. La causa más común de pancreatitis aguda es la presencia de cálculos biliares, pequeñas sustancias similares a guijarros hechas de bilis endurecida que causan inflamación en el páncreas. Ya que pasan a través de un conducto biliar común. El consumo de alcohol crónico y abundante es también una causa común. La pancreatitis aguda puede ocurrir dentro de horas o hasta dos días después de consumir alcohol. Otras causas de pancreatitis aguda incluyen trauma abdominal, medicamentos. Infecciones, tumores y anomalías genéticas de páncreas.

El ochenta por ciento de la pancreatitis es causado por cálculos biliares y alcohol, los cálculos biliares son la causa más común de pancreatitis aguda.

A la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Manuel Núñez Butrón se observa el ingreso frecuente de pacientes con pancreatitis aguda. En el año 2018 ingresaron al servicio de UCI 56 pacientes con pancreatitis aguda.

1.1.1. CASO A PRESENTAR

1.1.1.1. Motivo de consulta

Paciente indica que hace días anteriores se presentó un dolor intenso en la parte superior del abdomen desde el día anterior de la consulta.

1.1.1.2. Antecedente de enfermedad

Paciente refiere accidente de tránsito año 2008. Colisistitis crónica año 2013.

1.1.1.3. Presentación del paciente

Paciente de 37 años de edad, refiere que inicio su enfermedad en forma súbita el 02 de Marzo del presente año a las 9 am. con dolor intenso en la parte superior del abdomen desde ese momento recibió mates y fomentos con agua caliente que no lo aliviaron, motivo por el que asistió al servicio de emergencia al día siguiente a las 4 am. nauseoso que llega al vómito de características biliosas amarillentas y sabor amargo, presenta fiebre de 38,5°C con PA 80/50 mmhg FR :32 X P :72 X Por lo cual es hospitalizado con el diagnostico Medico de Pancreatitis, es referido el día 04 marzo a horas 5 pm, al servicio de Unidad Cuidados Intensivos en camilla. Ingresando con el diagnostico medico de Pancreatitis Aguda.

A. Al examen físico

1. Al examen Físico General:

Al examen físico general al paciente de 37 años de edad de sexo masculino en posesión de cubito dorsal, cabeza de 30 grados, mucosas orales regular estado de hidratación, se encuentra delicado de salud bajo efecto de analgesia.

2. Al examen físico Regional:

- a) CABEZA:** Sin presencia de heridas, firmes, cabello de textura suave con buena implantación y distribución.
- b) CARA:** Rostro simétrico, con movimiento simétrico de todas las características faciales.

- c) OJOS:** Ojos normales, sin presencia de secreciones no presenta lesiones.
- d) PARPADOS:** Ligeramente edematizado.
- e) CONJUNTIVAS:** Transparente, integras, sin presencia de cuerpos extraños.
- f) ESCLERAS:** Integras de coloración normal
- G) PUPILAS:** Isocóricas, foto reactiva
- H) OREJA:** Pabellón articular íntegro de forma simétrica, tamaño normal, sin presencia de secreciones. Pabellón auricular bien formado.
- I:) NARIZ:** De tamaño regular simétrico, sin lesiones, sin cicatrices, sin presencia de inflamación, no epistaxis y no desviación de tabique.
- j) CAVIDAD ORAL Y OROFARINGE:** Labios humectados, labios se evidencia un poco de cianosis, simétricos, lengua móvil íntegra.
- k) CUELLO:** cuello cilíndrico no se palpa tumoraciones, cilíndrico móvil no masas palpables, con presencia de catéter venoso central.
- l) TORAX:** Simétrico, con presencia de cicatrices, clavículas íntactas movimientos respiratorio simétricos, frecuencia respiratoria 28 x' no se evidencia ruidos respiratorios simétricos, frecuencia cardíaca 86 x'.
- m) ABDOMEN:** Presencia de herida operatoria anterior en hipocondrio derecho a la auscultación RHA (-) , a la palpación dolor abdominal intenso, de instauración brusca; constante, varía de intensidad y va desde leve hasta agonizante. Se localiza inicialmente en epigastrio, se puede irradiar a uno o ambos hipocondrios.
- n) DORSO, CADERAS Y NALGAS:** **Dorso** recto y columna vertebral íntacta.
- ñ) ANO:** Permeable realiza sus deposiciones.
- o) GENITALES:** Masculinos, normales. sin presencia de secreciones, micción espontánea.

p) EXTREMIDADES SUPERIORES E INFERIORES: Extremidades simétricas y anatomía y función, sin ninguna anormalidad.

B. LABORATORI

Hemograma:	03/03/18	Valores Normales	Interpretación
Hemoglobina	7.8gr/dl	13,5 a 17,5 gr/dl	Anemia
Hematocrito	53%	40.7% y 50.3%	Desviación izquierda
Leucocitos	11,200cell/m3	(4.5 a 11.0 × 10 ⁹ /L)	Aumentado
Recuento de plaquetas	136	150 a 400 × 10 ⁹ /L	Normal
Linfocitos	6.8%	3.500 y 11.000/mL	Normal
Monocitos	4.8%	100 y 800/μL	Normal
Neutrófilos	87.4	3.500 y 11.000/mL	Aumentado
Bioquímica:	03/03/18		Interpretación
Glucosa basal	169.4 mg/dl	70- 110 mg/dl	Hiperglicemia
Urea	199.5 mg/dl	- 40mg/dl	Aumentado
Creatinina	0.8 mg/dl	0.7 a 1.3 mg/dL	Normal
Nitrógeno	93.2 mg/dl	6 a 20 mg/dL	Aumentado
Proteínas totales	4.31 g/dl	6.4 a 8.3 gr	L. disminuido
Albumina	1.80 g/dl	3.4 a 5.4 g/dL	L. disminuido
Globulina	1.51 g/dl	2.0 a 3.5 gr	L. disminuido
Transaminasa TGO	45U/l	-40U/l	Aumentado
Transaminasa TGP	41U/l	-40U/l	Aumentado
lipasa	134 U/L	12 y 70 U/L	Aumentado
Amilasa	420 U/l	0 a 137 U/L	Aumentado
Fosfatasa alcalina	180	44 a 147 UI/L	Aumentado

✓ Interpretación de AGA:

AGA	RESULTADOS 03/03/18	INTERPRETACIÓN
PH	7.59	Alcalosis
PCO2	42 mmHg	Respiratoria
PO2	51 mmHg	Hipoxemia moderada
HCO3	40.7 mmol/L	Alteración metabólica
Na	146 mmol/L	Hipernatremia
K	3.4 mmol/L	Hipokalemia
Ca	1.04 mmol/L	Hipocalcemia

C. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO:

- Metamizol sódico 1g (en emergencia)
- Metoclopramida 10mg
- Tramadol 50mg
- Hioscina 20 mg c/d 8 hrs (en emergencia)
- Ranitidina 50 mg c/d 8 hrs.
- Cl Na 0,9% + 2 K + 1 Hna

1.1.2. EVOLUCION DE ENFERMERIA

Paciente de 37 años de edad de sexo masculino refiere que inicio su enfermedad en forma súbita el 02 de marzo del presente año a las 9 am con dolor intenso en la parte superior del abdomen desde ese momento recibió mates y fomentos de agua caliente que no lo aliviaron motivo por el que asistió al servicio de emergencia el día 03 de marzo a las 4 am y fue hospitalizado con el diagnóstico médico de Pancreatitis Aguda. Es referido al servicio de Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno en camilla.

AL EXAMEN FÍSICO REGIONAL:

- a) **CABEZA:** Sin presencia de heridas, firmes, cabello de textura suave con buena implantación y distribución.
- b) **CARA:** Rostro simétrico, con movimiento simétrico de todas las características faciales.
- c) **OJOS:** Ojos normales, sin presencia de secreciones no presenta lesiones.
- d) **PARPADOS:** Ligeramente edematizado.
- e) **CONJUNTIVAS:** Transparente, integras, sin presencia de cuerpos extraños.
- f) **ESCLERAS:** Integras de coloración normal
- g) **PUPILAS:** Isocóricas, foto reactiva
- h) **OREJA:** Pabellón articular íntegro de forma simétrica, tamaño normal, sin presencia de secreciones. Pabellón auricular bien formado.
- i) **NARIZ:** De tamaño regular simétrico, sin lesiones, sin cicatrices, sin presencia de inflamación, no epistaxis y no desviación de tabique.
- j) **CAVIDAD ORAL Y OROFARINGE:** Labios humectados, labios se evidencia un poco de cianosis, simétricos, lengua móvil íntegra.
- k) **CUELLO:** cuello cilíndrico no se palpa tumoraciones, cilíndrico móvil no masas palpables, con presencia de catéter venoso central.
- l) **TORAX:** Simétrico, con presencia de cicatrices, clavículas íntactas movimientos respiratorio simétricos, frecuencia respiratoria 28 x' no se evidencia ruidos respiratorios simétricos, frecuencia cardíaca 86 x'.
- m) **ABDOMEN:** Presencia de herida operatoria anterior en hipocondrio derecho a la auscultación RHA (-), a la palpación dolor abdominal intenso, de instauración brusca; constante, varía de intensidad y va desde leve hasta

agonizante. Se localiza inicialmente en epigastrio, se puede irradiar a uno o ambos hipocondrios.

n) DORSO, CADERAS Y NALGAS: Dorso recto y columna vertebral intacta.

ñ) ANO: Permeable realiza sus deposiciones.

o) GENITALES: Masculinos, normales. Sin presencia de secreciones, micción espontanea.

p) EXTREMIDADES SUPERIORES E INFERIORES: Extremidades simétricas y anatomía y función, sin ninguna anormalidad.

1.2. JUSTIFICACION

La presente monografía se realiza a la incidencia de casos de pacientes hospitalizados con pancreatitis aguda.

Los profesionales de enfermería que laboran en la UCI debe de estar constantemente capacitados y entrenados para ofrecer cuidados integrales y calidad al paciente con Pancreatitis Aguda y otras enfermedades graves que ingresan al servicio de UCI.

La pancreatitis es una enfermedad decreciente. Su diagnóstico depende en la mayoría de los casos de la pericia del médico para colocar dentro de las posibilidades diagnosticas esta enfermedad. Además, esta enfermedad presenta gran variabilidad en cuanto a las distribuciones por edad, sexo y etiología. De La Torre Y Soler (1), en su estudio realizado en España, exponen que la incidencia de pancreatitis es de 25 a 50 casos por 100,000 habitantes. En Lima en el Hospital Casimiro Ulloa en el año 2015, se reportaron 90 casos

de pancreatitis aguda que representa una tasa 4.4 por cada 100 Egresos, teniendo la prevalencia los del sexo femenino (66%), el grupo etario más afectado fueron de 20 – 44 años de edad, una media de 43.58 años, el 55.6% de estado civil casados, con nivel educación secundario 50%.

Según un artículo de los Tópicos selectos de medicina interna – Gastroenterología, del Colegio Médico del Perú en un servicio de emergencia el 2,3% de los pacientes que ingresan con dolor abdominal corresponden a pancreatitis aguda, sin embargo, es importante tener en cuenta que un cierto número de pancreatitis agudas, estimado entre el 3,5 y 19% cursan sin dolor y entre el 15 y 42% de los casos son diagnosticados en la sala de necropsia, sin que se haya constatado previamente el diagnóstico (2)

La diferente prevalencia de las principales causas de pancreatitis aguda, explicaría la gran variación constatada en la distribución por sexo, cuya relación hombres y mujeres es de 5.3 en función de su etiología. Mayor uniformidad existe en la edad de presentación cuya media se sitúa alrededor de los 60 años, encontrándose la mayoría de los casos entre los 30 y 70 años (3)

La situación mencionada, resulta de utilidad disponer de información descriptiva sobre la pancreatitis en nuestra ciudad.

1.3. OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo General

Conocer en qué manera influye la atención de enfermería en el paciente con diagnóstico médico de pancreatitis aguda

1.3.2. Objetivo Específico

- Identificar las necesidades y/o problemas de salud del paciente con pancreatitis aguda mediante la valoración de enfermería utilizando los 13 dominios
- Formular los Diagnósticos de Enfermería de acuerdo a las necesidades físicas y fisiológicas que presenta el paciente con pancreatitis aguda para lograr su recuperación
- Planificar las atenciones de enfermería para que contribuyan a la recuperación de la salud del paciente con pancreatitis aguda
- Ejecutar las acciones de enfermería en el paciente con pancreatitis aguda con la finalidad de evitar complicaciones
- Evaluar los resultados del proceso de atención de enfermería aplicado en el paciente con pancreatitis aguda

II. REVISIÓN TEÓRICA

2.1 Definiciones Médicas

2.1.1. Páncreas

Es un órgano situado en la parte superior del abdomen, por detrás del estómago y los intestinos. El conducto del páncreas desemboca en el intestino junto con el conducto biliar (colédoco), que trae la bilis del hígado y la vesícula. El páncreas participa en la absorción de los alimentos produciendo un líquido que contiene enzimas que los digieren. También controla los niveles de glucosa en la sangre mediante la producción de insulina.

El páncreas se localiza en posición transversal en la parte alta del abdomen detrás del estómago. La unión de la porción superior e izquierda de la cabeza del páncreas con el cuerpo del mismo se denomina “cuello”, es una zona estrecha que raras veces tiene una amplitud mayor de 3-4 cm. Las venas y arterias mesentéricas superiores se encuentran inmediatamente detrás del cuello y están envueltas en la parte superior por una pro-longación posterior de la porción inferior e izquierda de la cabeza (gancho del páncreas) (4)

Secreción de Líquidos y Electrólitos

El páncreas humano diariamente produce 1.500 – 2.500 ml de un líquido incoloro e inodoro que tiene un pH de 8.0-8.3. El líquido y los electrólitos son secretados por las células centroacinares y ductales en respuesta a estimulación de la secretina. El jugo pancreático contiene entre 1% - 3% de proteína, 90% de la cual está constituida por enzimas digestivas. Las

secreciones del páncreas contienen enzimas proteolíticas, lipolíticas y amilolíticas; el pH óptimo para la actividad de los 3 sistemas enzimáticos es >7.

Algunas de las enzimas digestivas son secretadas en forma activa (p. ej., amilasa, lipasa), en tanto que otras, sobre todo las proteolíticas (tripsina, quimiotripsina, carboxipeptidasas A y B) son liberadas como zimógenos inactivos. El jugo pancreático también contiene elastasa, fosfolipasa, ribonucleasa y desoxirribonucleasa, lo mismo que colipasa, que es un cofactor para la lipasa. En el intestino, las enzimas proteolíticas pancreáticas desdoblan a las proteínas en péptidos, la lipasa degrada a las grasas para formar glicerol y ácidos grasos y la amilasa degrada a los almidones para formar disacáridos y dextrinas (4)

Funciones del páncreas:

El páncreas tiene funciones digestivas y hormonales:

- Las enzimas secretadas por el tejido exocrino del páncreas ayudan a la degradación de carbohidratos, grasas, proteínas y ácidos en el duodeno. Estas enzimas son transportadas por el conducto pancreático hacia el conducto biliar en forma inactiva. Cuando entran en el duodeno, se vuelven activas. El tejido exocrino también secreta un bicarbonato para neutralizar el ácido del estómago en el duodeno.
- Las hormonas secretadas en el páncreas por el tejido endocrino son la insulina y el glucagón (que regulan el nivel de glucosa en la sangre) y la somatostatina (que previene la liberación de las otras dos hormonas) (5)

2.1.2. PANCREATITIS

Definición

La Pancreatitis es una inflamación brusca del páncreas provocada por la activación dentro de él de las enzimas que produce para la digestión. En casos graves, parte del páncreas se destruye en un proceso que se llama necrosis, que produce una reacción inflamatoria generalizada que puede afectar a otros órganos vitales (6)

Etiología de Pancreatitis Aguda

Existen diversas causas de pancreatitis aguda. Conforme se han perfeccionado los recursos diagnósticos, ha disminuido la frecuencia de pancreatitis idiopática, de aproximadamente 45% a < 20%. En una revisión de 589 pacientes provenientes de diversos estudios se encontró que las dos primeras causas de pancreatitis fueron la idiopática y la traumática, seguidas de las alteraciones estructurales que producen obstrucción, como el quiste de colédoco, la duplicación duodenal, el páncreas divisum o el páncreas anular. Además, enfermedades sistémicas, donde destacan el síndrome urémico-hemolítico, el efecto de fármacos o toxinas e infecciones, incluso por virus hepatotrópos (7)

En todo paciente con pancreatitis aguda debe investigarse la etiología de la enfermedad con el fin de prevenir una recidiva en el futuro. En aquellos casos en los que el estudio inicial (anamnesis, analítica y ecografía abdominal) no descubre una causa aparente, lo primero a considerar es que la pancreatitis tenga una etiología frecuente pero oculta: microlitiasis vesicular no detectada

por ecografía o consumo no confesado de alcohol. La analítica inicial puede proporcionar pistas valiosas. Una elevación de ALT (GPT) mayor de 150 mg/dl orienta hacia una etiología biliar; en tanto que la elevación aislada de GGT-AST (GOT), VCM, ferritina y transferrina deficiente en carbohidratos orienta claramente hacia una etiología etílica (8)

La esteatosis hepática ecográfica es casi universal en pacientes con etilismo importante. Se debe reinterrogar acerca del consumo de fármacos, sobre todo los esporádicos que frecuentemente se obvian en la anamnesis inicial, y si el paciente tiene antecedentes familiares de pancreatitis. No está claro cuánto se debe profundizar en el estudio etiológico de un episodio único de pancreatitis aguda en lo que se refiere a pruebas complementarias. Siempre debe tenerse en consideración la posibilidad de que la pancreatitis sea producida por un tumor, particularmente en pacientes mayores de 40 años, con síndrome constitucional o diabetes de reciente comienzo

Varias mutaciones se han relacionado con pancreatitis aguda de origen genético, sobre todo la del gen del tripsinógeno catiónico (PRSS1), de la fibrosis quística y del inhibidor de la proteasa sérica Kazal tipo 1 (SPINK-1)9. En raros casos la pancreatitis puede tener un origen autoinmune (pancreatitis autoinmune). Puede orientar a esta etiología la asociación con otras enfermedades autoinmunes (a destacar la enfermedad inflamatoria intestinal) y la elevación de IgG4 en sangre, así como la existencia concomitante de lesiones en pulmones, riñones, glándulas salivales o vía biliar, así como la respuesta de cualquiera de estas lesiones a los corticoides (8)

Diagnostico

El diagnóstico de una pancreatitis aguda puede realizarse sobre la base de datos clínico-biológicos en el propio Servicio de Urgencias. Las determinaciones analíticas deben incluir un hemograma y bio-química con amilasemia, enzimas hepáticas, glucosa, función renal, calcio, sodio y potasio. La lipasa puede ser particularmente útil sobre todo cuando el cuadro lleva varios días de evolución (ya que tiene un aclaramiento plasmático más lento que la amilasa) y cuando existe una hipertrigliceridemia (que puede interferir con la determinación de la amilasemia, no así con la amilasuria). Aunque la pancreatitis aguda se caracteriza por un incremento de las enzimas pancreáticas, no se ha establecido con precisión un rango definido a partir del cual pueda establecerse el diagnóstico de forma inequívoca. No obstante, se acepta que una elevación de al menos tres veces el límite superior de la normalidad (LSN), junto con un cuadro clínico sugestivo sirve para el diagnóstico de la enfermedad. Debe considerarse que otras enfermedades pueden cursar con dolor abdominal e hiperamilasemia incluyendo la colecistitis aguda, colangitis, isquemia mesentérica aguda, perforación de víscera hueca, cetoacidosis diabética, obstrucción intestinal, apendicitis aguda, y embarazo ectópico. En todos estos casos, la magnitud de la elevación de la amilasa es considerablemente más baja que la observada en los casos habituales de pancreatitis y una historia y examen físico minuciosos ayudan a orientar el diagnóstico. En caso de duda, una prueba de imagen como la ecografía abdominal (que además proporciona información sobre la posible etiología biliar de la pancreatitis) o una TC confirmarán el diagnóstico de la mayoría de estos cuadros (9)

Clasificación de Pancreatitis Aguda

Como se ha comentado, la clasificación de Atlanta define la PA como leve o grave según presente o no complicaciones. Estas complicaciones pueden aparecer tardíamente. Por este motivo, se han diseñado diversos sistemas que pretenden estratificar o predecir el riesgo de evolución hacia una pancreatitis grave. Existen varias escalas que tienen en común un elevado valor predictivo negativo, pero con un bajo valor predictivo positivo.

La pancreatitis puede ser:

- Moderada: que se manifiesta por el aumento de volumen del páncreas y suele responder al tratamiento médico de apoyo
- Severa: la inflamación es acompañada por complicaciones debido a la liberación de enzimas pancreáticas, lo que provoca digestión del tejido y afectan la circulación sanguínea, generando colecciones líquidas alrededor del páncreas, que al infectarse crean pseudoquistes o abscesos que pueden llegar hasta la necrosis alrededor de la glándula y requieren cirugía para eliminarlas, así como tratamiento médico de apoyo en las unidades de terapia intensiva (10) (11)

La pancreatitis aguda es más frecuente entre los 40 y 50 años de edad y afecta más a:

- Hombres si se produce por ingesta abundante de alcohol y alimentos ricos en grasa

- Mujeres si la pancreatitis es complicación de tener cálculos en vesícula y vías biliares

El tratamiento de esta enfermedad se realiza dentro de hospitales y, cuando es grave, siempre en terapia intensiva.

2.1.3 Factores de Riesgo

Hay varios factores de riesgo que se asocian a pancreatitis aguda. La causa real que fija en la inflamación dentro del páncreas no está sin obstrucción.

- **Secreción de la Enzima**

La Tripsina es una enzima secretada por el páncreas. Esta enzima ayuda a analizar las proteínas en comida para ayudar a digerir la comida. Esto es una enzima muy fuerte y mientras que dentro del páncreas, tirante en un formulario inactivo y no tiene ninguna propiedad digestiva.

Una vez que se traslada del páncreas y a los intestinos, se convierte en active y comienza a analizar las proteínas. (12)

- **Presencia de piedras de vesícula biliar**

Éste es uno de los factores de riesgo más comunes asociados a pancreatitis aguda. Las piedras de Vesícula biliar son las piedras duras que pueden formar si la bilis dentro de la vesícula biliar tiene demasiado colesterol y otros minerales. La Presencia de piedras de vesícula biliar se llama colelitiasis.

Estas piedras de la raspadura pueden también cegar las aperturas (tuberías) al páncreas. El bloqueo de las tuberías pancreáticas puede llevar a prematuro la activación de la tripsina dentro del páncreas y llevar a la inflamación aguda (12)

- **Consumo Excesivo del alcohol**

El Alcohol es metabolizado normalmente por el hígado. Hay los estudios que sugieren que el alcohol pueda afectar a los funcionamientos normales de las células del páncreas y éste puede llevar a una activación prematura de la tripsina de la enzima que daña las células del páncreas para llevar a la inflamación.

El Alcohol es un factor de riesgo directo para la pancreatitis aguda. El Consumo compulsivo de alcohol o la consumición de una gran cantidad de alcohol a la una que se sienta también aumenta el riesgo de pancreatitis aguda importante.

- **Daño al páncreas**

Daño al páncreas y a sus tuberías durante un tipo de cirugía conocido como cholangiopancreatography retrógrado endoscópico (ERCP). ERCP se utiliza generalmente para el retiro de las piedras de vesícula biliar.

- **Medicaciones**

Algunas medicaciones pueden causar pancreatitis aguda como su efecto secundario. Éstos incluyen la diurética (píldoras del agua) como thiazides, furosemida, las drogas anticáncer como el azathioprine, el mercaptopurine, las drogas hormonales de L-Asparaginase como los estrógenos (contraceptivos orales), las drogas de corazón como la procainamida, los inhibidores de ACE, losartan, y los antibióticos como las sulfamidas, la eritromicina, la tetraciclina, el pentamidine, el metronidazole, inhibidores reversos nucleósido-analogicos del transcriptase, drogas ácido valproic de la anti-captura, analgésicos como el paracetamol, salicilatos y anestésicos generales como propofol. (12)

- **Infecciones**

Algunas infecciones tienen gusto del virus de sarampión, virus del coxsackie B, ascaridiasis, micoplasma, hepatitis viral (la Hepatitis A, B y C), VIH, virus de la varicela, citomegalovirus, virus de Epstein-Barr, adenovirus, virus de generación de eco, leptospirosis, legionella, jejuni del Campylobacter, tuberculosis, avium de la micobacteria y virus de paperas puede llevar a la inflamación pancreática.

- **Obesidad**

La Obesidad con un índice de masa corporal (BMI) de sobre 30 es un factor de riesgo para la pancreatitis.

- **Fumadores**

Los Fumadores y éstos sobre la edad de 70 están en un mayor riesgo de inflamación pancreática.

- **Genética**

Los Estudios han mostrado que éstas con una mutación genética específica, conocida como la mutación MCP-1, son ocho veces más probables desarrollar pancreatitis aguda severa que otras sin tal mutación.

- **Niveles de Colesterol**

Ésos con los altos niveles de sangre de un tipo especial de colesterol llamaron los triglicéridos especialmente mientras que las embarazadas están en un mayor riesgo de pancreatitis.

- **Condiciones Metabólicas**

Otras condiciones metabólicas que aumentan el riesgo de pancreatitis incluyen:

- alto calcio de la sangre
- niveles de los chylomicrons (partículas gordas especiales en sangre)

- ketoacidosis diabético
- niveles de ureas en sangre
- temperatura del cuerpo inferior (hipotermia)
- escenarios avanzados del embarazo Etc (12)

2.1.4 Fisiopatología

Las células acinares pancreáticas secretan isoenzimas de tres tipos: amilasas, lipasas y proteasas. Estas enzimas incluyen: amilasa, lipasa, tripsinógeno, quimotripsinógeno, procarboxipeptidasa A y B, ribonucleasa, deoxyribonucleasa, proelastasa e inhibidor de la tripsina. Este grupo de enzimas no se secreta en un rango fijo, dependiendo del estímulo de nutrientes específicos lo cual puede determinar el aumento de algunas de ellas.

Los cambios en la dieta pueden también alterar las cantidades secretadas de estas enzimas. Cuando la secreción de una de estas enzimas no es suficiente o esta alterada se producen alteraciones en el proceso de la digestión y mala absorción. La secreción enzimática es regulada primariamente a través de factores neurohormonales. La hormona entérica Colecistoquinina es el regulador predominante y estimulador de las células acinares a través de receptores de unión de membrana. Los efectores intracelulares son el Calcio y el Diacilglicerol. La Acetilcolina es un estimulador potente de la célula acinar cuando es secretado desde las fibras pos ganglionar del plexo pancreático y actuaría en sinergismo junto con la Colecistoquinina potenciando la secreción acinar. La Secretina y el VIP son estimuladores débiles de la secreción acinar pero potencian el efecto de la Colecistoquinina sobre ella.

La secreción acinar (función exocrina) también es influenciada por las hormonas secretadas a nivel de los islotes de Langerhans (función endocrina) a través del sistema insuloacinar portal.

En condiciones normales las enzimas pancreáticas son activadas en la luz duodenal; existen varios mecanismos que protegen de la activación enzimática en el páncreas evitando su activación dentro del páncreas ocasionando pancreatitis; estos mecanismos son:

1. Las enzimas se almacenan en forma de gránulos de zimógeno
2. Las enzimas se secretan en forma inactiva
3. La enzima que activa los zimógenos se encuentra fuera del páncreas (Enteroquinasa duodenal)
4. Las células acinares producen inhibidores de tripsina como la serina proteasa inhibidor Kazal tipo 1 (SPINK1)
5. El gradiente de presión favorece el flujo de jugo pancreático hacia el duodeno
6. Las bajas concentraciones de calcio ionizado intracelular (13)

2.1.5 Complicaciones

Las principales complicaciones se describen a continuación:

- A. Dolor abdominal superior Severo
- B. Náusea y enfermedad
- C. Fiebre o temperatura más arriba que 37.5°C
- D. Baja del apetito
- E. Pulso Rápido
- F. En casos graves, la deshidratación puede convertirse y llevar a la descarga eléctrica hypovolemico (14)

ESCALA DE APACHE

La unidad de cuidados intensivos es el área hospitalaria donde el personal médico y de enfermería especialmente entrenado en el diagnóstico y tratamiento de alteraciones orgánicas agudas, apoyado por medios avanzados de soporte cardiopulmonar y dispositivos electrónicos de vigilancia de las funciones vitales, se ocupa de la atención integral de los enfermos gravemente lesionados, con posibilidades razonables de recuperación. Abarca dos aspectos predominantes: la vigilancia estrecha y las decisiones rápidas (15).

La Pancreatitis Aguda es una enfermedad que se caracteriza por un proceso inflamatorio pancreático que presenta un curso leve en un 80% de los casos y en el resto tiene un curso severo. En este último grupo es de suma importancia predecir la severidad. La PA es una entidad clínica que en los últimos años ha mostrado una prevalencia en aumento. A nivel mundial su manejo en la mayoría de los pacientes es médico, reservándose el manejo quirúrgico para los casos graves o con complicaciones, debido a esto, es de suma importancia disponer de una escala de puntuación para 4.2.5r a los pacientes en las primeras 24 horas de hospitalización que nos permita predecir con la mayor certeza la posibilidad del desarrollo de complicaciones (16).

El APACHE II Es una herramienta de ayuda que mejora la valoración exclusivamente clínica que sólo identifica un 35-45 % de las pancreatitis severas. Suelen requerir 48 horas para su evaluación y no presentan elevadas tasas de sensibilidad ni especificidad

Este predictor APACHE (Acute Physiology And Cronic Health Evaluation), surge en 1981 como un sistema que permite cuantificar la gravedad de la enfermedad a través de 34 variables fisiológicas que expresan la intensidad de la enfermedad. Aunque de inicio se utilizó en pacientes ingresados en UCI, posteriormente se propuso para otras unidades.

Una versión del APACHE (II) utiliza 12 parámetros de los 34 del Acute Physiology Score, con la finalidad de obtener un índice que refleje el nivel de los servicios recibidos. Así pues, para calcular el score se suman a las 12 variables fisiológicas, la puntuación obtenida por edad y aquella obtenida por enfermedad crónica.

Los parámetros considerados en la Escala APACHE II predictores de gravedad en Pancreatitis aguda son:

- pH arterial (mejor HC03 sérico)
- Hematocrito %
- Leucocitos/mm³
- Creatinina (ptosx2siagudo)
- No sérico
- K sérico

Dentro de sus ventajas se considera ser el más exacto predictor, con aceptables tasas de sensibilidad y especificidad, además de que puede evaluarse en las primeras 24 horas o puede cotejarse continuamente (17).

III. PROCEDIMIENTOS METODOLÓGICOS

3.1. Búsqueda y selección de documentos

A. Nivel Internacional

Recientemente en Estados Unidos se encontró que la Pancreatitis Aguda es la primera causa de admisiones hospitalarias dentro de las enfermedades gastrointestinales.

B. Nivel Nacional

En nuestro país los reportes del Ministerio de Salud que incluyen a los trastornos de páncreas, vesícula y vías biliares, indican una incidencia de 28 casos por 100 000 habitantes en 2009 (18).

En un estudio que se realizó en el Hospital Nacional Cayetano Heredia entre Enero del 2013 y Abril del 2014 se estudiaron a 334 pacientes con diagnósticos de Pancreatitis aguda de los cuales 70.06% fueron sexo femenino y 29.94% de sexo masculino .Entre las etiologías de la Pancreatitis aguda ,la causa biliar fue más frecuente en 86.53 % de igual manera se realizó que 13.27% presento falla de órgano y un 11.67 % presento complicaciones locales (16). (19)

En el hospital Regional Honorio Delgado Espinoza en un estudio realizado en el periodo 2010-2012 se registró 239 casos de pancreatitis aguda en los diferentes servicios con edad promedio de 47 a 41 años para varones y de 46 a 94 años en mujeres (20)

Otro estudio realizado en el Hospital Honorio Delgado registro 120 pacientes con pancreatitis aguda en el año 2012 siendo 64.17% de las mujeres y 36.83% de varones ,con edad promedio para varones 43.42 años y para mujeres 37.51 años (21)

El estudio realizado para determinar la incidencia, características clínicas y epidemiológicas de pancreatitis aguda en pacientes del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa en el año 2015, revisó historias clínicas de 213 casos con diagnóstico de pancreatitis. Se demostró que el 77.5% de casos tuvo como causa una etiología biliar, en 3.3% consumo intensivo de alcohol, y en 6.1% ambas. El tiempo de enfermedad promedio fue de $3,67 \pm 3,87$ días (rango: 1 a 30 días). Las manifestaciones clínicas fueron dolor abdominal (100%), en 40,85% irradiado hacia la espalda; en 91,55% de casos hubo náuseas y en 83,10% vómitos. Se definió un cuadro grave de pancreatitis según escala APACHE II. El 25,35% del total de pacientes tuvieron complicaciones sistémicas, La estancia hospitalaria fue de $10,56 \pm 9,14$ días (rango de 1 a 78 días). Se registró 4% de mortalidad por pancreatitis aguda (22)

Otro estudio realizado en el Hospital Dos de Mayo de Lima en el año 2016, para determinar la utilidad de las Escalas BISAP y APACHE II y predicción de severidad y falla orgánica en pacientes con pancreatitis aguda, revisó las historias clínicas de pacientes con diagnóstico final de pancreatitis aguda que ingresaron a mencionado Hospital y su posterior valoración de severidad de los que cumplan los criterios de inclusión. Con los resultados obtenidos se demostró que el promedio de edad de los pacientes fue 40.9 años, la población femenina fue del 75% y la etiología más frecuente fue la biliar (86%). La

Pancreatitis aguda leve fue la más frecuente (87.5%), con solo 3.7% para la severa. Se concluyó que las escalas BISAP y APACHE II son útiles como predictores tempranos de severidad y falla orgánica de pancreatitis aguda. La escala BISAP tiene una especificidad y un valor predictivo negativo altos (23).

C. NIVEL REGIONAL

En Hospital EsSalud III Juliaca año 2016, al determinar la frecuencia de disfunción orgánica según la escala de Marshall (modificado) en pacientes con pancreatitis aguda con datos recogidos de la revisión de historia clínica de los pacientes demostró que hay una frecuencia de 30% de pacientes con pancreatitis aguda que presentaron disfunción orgánica de acuerdo a los criterios de Marshall (modificado) (24)

IV. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

4.1. Análisis Estadístico

La gravedad de la pancreatitis aguda varía desde una enfermedad leve a grave. Generalmente los procesos inflamatorios leves se auto limitan y solo cerca del 15% de los casos desarrollan cuadros graves. En este estudio predominó el sexo femenino en ambos grupos; esto se atribuye a los factores de riesgo asociados (p. ej., embarazo, obesidad y uso de hormonas anticonceptivas) para desarrollar patología biliar, siendo esta última la principal causa de pancreatitis aguda, al igual que lo informado en la literatura nacional e internacional.

En el grupo de alto riesgo la edad promedio es de 64,61 años \pm 16,07, y en el grupo de bajo riesgo es de 45,97 años \pm 17,80 ($t = 4,64$; $p = 0,00$). En ambos predominó el sexo femenino, sin embargo, estadísticamente no fue significativa la diferencia: 65,2% en alto riesgo y 57,7% en bajo riesgo ($\text{Chi}^2 = 0,45$; $p = 0,50$).

La prevalencia de hipertensión en el grupo de alto riesgo (34,8%) fue mayor que la prevalencia en la población de bajo riesgo (13,5%); estadísticamente estos valores fueron significativos ($\text{Chi}^2 = 6,02$; $p = 0,01$). Contrario al comportamiento de la hipertensión, la diabetes no mostró diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de alto riesgo (30,4%) y bajo riesgo (25,2%) ($\text{Chi}^2 = 0,26$; $p = 0,60$). Lo que la literatura señala es que la diabetes altera la secreción exocrina del páncreas principalmente por un aumento de la secreción de somatostatina, glucagón y polipéptido pancreático, hormonas que participan en dicha secreción; esto se observa más

en pacientes insulinopecnicos, y el grado de disfunción se correlaciona con el tiempo de evolución. Se ha descrito en estudios que existe una mayor cantidad de fibrosis tanto en tejido exocrino como endocrino, que puede propiciar mayor riesgo de padecer pancreatitis aguda y crónica; no obstante, habrá que recordar que lo que se estudia en este trabajo no es la prevalencia de la pancreatitis, lo que se estudia es la gravedad de la misma y su relación con la mortalidad.

4.2. Discusión y comentario

Se realizó el presente trabajo con el propósito de determinar la incidencia características clínicas y epidemiológicas de pancreatitis aguda en pacientes de la unidad de cuidados intensivos del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno, en el año 2018. Se abordó el presente estudio debido a que la pancreatitis aguda representa una enfermedad que ha ido en aumento de los últimos años.

Así mismo su evolución es incierta ya que puede afectar solo dicho órgano o puede convertirse en un serio problema ocasionando daño en otros sistemas dando lugar al desarrollo de fallo orgánico que pueden llevar a la muerte. Es por ello que la vital importancia es poder reconocer desde el ingreso del paciente si su dicho cuadro es leve o grave para optar por servicio de mayor complejidad el cual asegure la atención integral del paciente.

El siguiente trabajo busca obtener datos actualizando sobre dicha patología en nuestro medio para que de esa manera se pueda tener un manejo adecuado del paciente que dicho incremento se podría atribuir al mayor consumo de

grasas y alcohol que se observa en nuestra región siendo estos las principales causas de dicha patología.

4.2.1. Valorización de Enfermería

Paciente masculino de 37 años de edad, con diagnóstico de pancreatitis aguda. divorciado, nacido y residente en Puno, católico, estudios secundarios completos, ocupación electricista. Paciente refiere que desde hace dos días siente dolor en hipocondrio izquierdo, el mismo que se presentó después de haber consumido alimentos que contenían grandes cantidades de grasa y carbohidratos, como síntomas acompañantes refiere que se levantaba por las mañanas con la boca amarga durante el día sentía agruras especialmente después de los alimentos.

- Paciente acude a la emergencia del hospital Manuel Núñez Butrón con dolor insoportable en hipocondrio izquierdo, nauseas que llegan al vómito de características biliosas amarillentas y sabor amargo, presenta fiebre de 38,5°C, con distensión abdominal, en donde es atendido. Al momento hospitalizado en la UCI con el diagnóstico médico de pancreatitis aguda, en NPO, consiente orientada en tiempo y espacio, afebril, deshidratado, mucosas orales semihumedas, conserva autonomía respiratoria con disnea, con signos vitales dentro de los parámetros normales (T° 36.2; FR 28 X FC 86 X'; P/A: 105/68 ;SPO2: 92), vía periférica en extremidad superior derecha permeable. Abdomen suave, depresible y doloroso a la palpación, diuresis por sonda Foley 200cc, Deposición con dificultad, miembros inferiores sin edema.

4.2.1.2. VALORACIÓN POR DOMINIOS

A. ORGANIZACIÓN DE DATOS

1. DOMINIO 1: PROMOCIÓN DE LA SALUD

- Paciente refiere y desconoce su enfermedad y tratamiento
- No conoce los cuidados de la pancreatitis ni participa en los cuidados de la misma.
- Teme perder capacidad física para seguir trabajando.

2.DOMINIO 2: NUTRICIÓN

- Paciente en NPO
- Con nutrición parenteral.
- Sequedad de mucosa oral.
- Paciente con sonda nasogástrica.

3.DOMINIO 3: ELIMINACIÓN

- Paciente con sonda vesical.
- Habito vesical normal.

4. DOMINIO 4: ACTIVIDAD REPOSO

- Sueño interrumpido por ruido de hospital.
- Movilización limitada por miedo al dolor.
- Al examen físico de pulmones se escucha murmullo vesicular disminuido.

5. DOMINIO 5: PERCEPCION /COGNICION

- Paciente orientado en tiempo espacio y en estado de alerta
- Incomodo por falta de movilización al dolor.
- Siente su cuerpo incapacitado para la actividad física acostumbrado.

- No ha recibido información sobre su enfermedad y tratamiento.
- No conoce los cuidados ni participa en los cuidados de la misma.

6. DOMINIO 6. AUTOPERCEPCION

- Preocupado por días de hospitalización que privan de su ingreso económico a la familia.
- Sentimiento de utilidad de su cuerpo para la actividad física acostumbrado
- Siente su cuerpo mal oliente.

7. DOMINIO 7: ROL Y RELACIONES

- Paciente se desempeñaba como electricista, se encuentra preocupado tal vez no pueda trabajar.
- Cuenta con el SIS y a veces tiene que afrontar con medicamentos que no hay en el SIS.

8. DOMINIO 11: SEGURIDAD Y PROTECCIÓN

- Reposo prolongado en cama, movilización limitada por temor a dolor intenso.

9. DOMINIO 12: CONFORT:

- El paciente refiere sentir mucho dolor a nivel del páncreas.
- Además de sentir incomodidad en la movilización.

B. VALORACIÓN DE DATOS

Los datos mencionados fueron verificados con la historia clínica con los registros realizados por otros profesionales médicos y enfermeras, así como los exámenes auxiliares.

4.2.2. Diagnóstico de Enfermería

Diagnostico medico de ingreso

- Pancreatitis aguda

Diagnostico medico actual

- Pancreatitis aguda

AFRONTACION E INTERPRETACIÓN DE DATOS

DATOS RELEVANTES	DOMINIO Y CLASES	INTERPRETACIÓN DE DATOS, ANÁLISIS CRITICO	CONCLUSIÓN DIAGNOSTICA	FACTOR RELACIONADO
<p>No ha recibido información sobre su enfermedad y tratamiento. No conoce los cuidados ni participa en los cuidados de la misma.</p>	<p>DOMINIO 5 Autopercepción/Cognición</p> <p>CLASE:4 Código: 00126</p>	<p>La Pancreatitis aguda constituye una situación desconocida para el paciente y una alteración de la función diaria de eliminación a la cual tiene que adaptarse haciendo muchos cambios en su modo de vida, de manera que pueda llevar una vida normal, con el máximo de sus capacidades, Estos cambios deben ser aprendidos con la ayuda de la enfermera sin</p>	<p>Conocimientos deficientes</p>	<p>Limitación cognitiva</p>

		<p>embargo aún no ha sido informado sobre su enfermedad. Pancreatitis aguda y efectos. El desconocimiento puede contribuir a una diversidad de respuestas inseguridad, ansiedad, deficiencias en el autocuidado, rechazo al tratamiento, etc.</p> <p>a relación enfermera-paciente como un proceso interpersonal significativo, terapéutico. La enfermera ayuda al paciente a reconocer y comprender su problema de salud para determinar su necesidad de cuidado. Se origina del conocimiento del paciente y del desarrollo de la capacidad de utilizar la información.</p>		
--	--	--	--	--

<p>El paciente refiere sentir dolor a nivel del páncreas la herida operatoria. Además de sentir incomodidad por el dolor y de sonda vesical y sonda nasogástrica. Sueño interrumpido por el dolor en el páncreas.</p>	<p>Dominio 12: Confort</p> <p>CLASE 1</p> <p>CÓDIGO: 00132</p>	<p>El dolor es una experiencia sensitiva y emocional desagradable que se presenta en los pacientes con la enfermedad</p> <p>En una pancreatitis aguda, el dolor es producido por la estimulación de las terminaciones nerviosas en el plexo solar y en los conductos lobulillares pancreáticos;</p> <p>además, existe distensión importante en la cámara gástrica, lo que provoca una sensación de plenitud que descansa cuando aparecen los</p>	<p>Dolor agudo</p>	<p>Agentes lascivos biológicos Secundario.</p>
---	---	--	--------------------	--

		<p>problemas gastrointestinales (18).</p>		
<ul style="list-style-type: none"> • Paciente con dolor permanente • NPO • Residuo gástrico550c c en 24 horas de color verde oscuro • Ruidos hidroáereos alejados y débiles • Sequedad de mucosa orales 	<p>DOMINIO2 Nutrición CLASE 1: Ingestión CÓDIGO: 00002</p>	<p>Nutrición: La nutrición es el proceso a través del cual el organismo absorbe y asimila las sustancias necesarias para el funcionamiento del cuerpo. Este proceso biológico es uno de los más importantes determinantes para el óptimo funcionamiento y salud de nuestro cuerpo por lo que es muy importante prestarle la atención y el cuidado que merece. En los pacientes de</p>	<p>Desequilibrio nutricional por defecto.</p>	<p>Incapacidad del organismo Para metabolizar o Absorber los nutrientes debido a factores biológicos.</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Balance Hídrico negativo 		<p>resección de intestino se produce íleo paralítico debido al trauma y mecanismo reflejo, lo que ocasiona acumulo de gases, jugo gástrico. bilis. Jugo pancreático e intestinal que llegan diariamente a la parte superior del intestino. Esta situación hace necesaria la aplicación de sonda nasogástrica con la finalidad de eliminar gases y líquidos gastrointestinales que ocasionarían distensión intestinal, vómitos, dolor.</p>		
	<p>DOMINIO2 Nutrición</p>	<p>¡Al encontrarse el paciente NPO y!</p>	<p>Déficit de volumen de</p>	<p>Pérdida activa de</p>

	<p>CLASE 5 Hidratación CÓDIGO: 00027</p>	<p>falta-de reabsorción de las secreciones gastrointestinales puede provocar deficiencias severas de nutrientes líquidos y electrolitos. Las necesidades De un adulto normal exigen un mínimo de 1000 a 2000 calorías por día, para evitar que el organismo convierta sus propias proteínas en energía un litro de glucosa que recibe el paciente solo aportan 50gramos de carbohidratos que aportan 200calorías muy por debajo de sus necesidades.</p>	<p>líquidos</p>	<p>volumen de líquidos</p>
--	--	---	-----------------	--------------------------------

		<p>-La falta de reabsorción de las secreciones gastrointestinales puede provocar deficiencias severas de líquidos y electrolitos, con manifestaciones de oliguria, sed intensa, sequedad de la piel y mucosas. hipotensión debilidad sin embargo solo está recibiendo líquidos para cubrir el requerimiento mínimo de agua que en un adulto oscila entre 2000a 2400ml, no está recibiendo la suficiente cantidad de líquidos para reponer las pérdidas gastrointestinales que</p>		
--	--	---	--	--

		está eliminando por la sonda.		
<p>Sentimiento de inutilidad de su cuerpo para la actividad física acostumbrada</p> <p>-Siente su cuerpo maloliente</p>	<p>DOMINIO 6</p> <p>Autopercepción</p> <p>CLASE: 3</p> <p>CÓDIGO:</p> <p>00118</p>	<p>Aunque el dolor sea temporal es causa de aflicción, esto a su vez puede alterar la percepción de sí mismo de la imagen corporal y dar lugar a otras alteraciones como aislamiento social por temor al rechazo de los demás el paciente no se encontraba preparado para enfrentar esta nueva situación.</p> <p>Todos los síntomas y los cambios que se producen por la</p>	Trastorno de la Imagen corporal	A presencia del dolor intenso y cambio repentino de su cuerpo.

		<p>enfermedad, causan sentimientos de inutilidad y culpa. El paciente, que no comprende lo que le pasa, se siente responsable de lo que le ocurre. La vida pasa a verse como desagradable, vacía y carente de interés. Estas ideas no son propias de la forma de pensar del paciente, sino que se deben al trastorno que produce la depresión y desaparecen cuando el tratamiento funciona y los cuidados de enfermería (25).</p>		
--	--	---	--	--

<p>Preocupado por días de hospitalización que privan de su ingreso económico a la familia.</p>	<p>DOMINIO 6 Autopercepción CLASE: 1 CÓDIGO: 00152</p>	<p>El impacto económico de la atención de la salud, al aunar todos los gastos asociados con la atención y la pérdida del ingreso, puede resultar muy elevado respecto de los ingresos de los hogares, y constituir una barrera económica que obstaculice la búsqueda, aceptación y continuidad de la atención, lo que resulta determinante en términos de oportunidad y manejo de los pacientes.</p> <p>La magnitud de los efectos económicos</p>	<p>Riesgo de impotencia</p>	<p>A enfermedad aguda</p>
--	---	---	-----------------------------	---------------------------

		<p>de eventos inesperados, como la enfermedad, ocasionan gran preocupación en el paciente hospitalizado. Es de esperar que los gastos elevados imposibiliten muchas veces a cumplir el tratamiento.</p> <p>La implantación de las políticas de salud, orientadas a la provisión de un paquete de servicios mediante esquemas de aseguramiento financiados como el SIS es una opción adecuada para proteger la economía de los pacientes (26)..</p>		
--	--	--	--	--

DIAGNÓSTICOS PRIORIZADOS

DATOS RELEVANTES	DOMINIOS Y CLASES	DIAGNOSTICO		FACTOR RELACIONADO	EVIDENCIA	DIAGNOSTICO EN ENFERMERÍA
		REAL	POTENCIA			
Paciente con pancreatitis aguda NPO.	Dominio2 nutrición Clase 3: Absorción Código: 000 02	Desequilibrio nutricional por defecto	No aplica	Incapacidad del organismo para absorber los nutrientes debido a factores biológico	Paciente se encuentra nada por boca con sonda nasogástrica ,bajo peso. Ruidos hidrocareos disminuidos	Desequilibrio nutricional por defecto R/C. Incapacidad del organismo para absorber los nutrientes debido a factores biológicos (Vólvulo del ileo sigmoides, paralítico).

Residuo	Dominio	Déficit	No aplica	Relacionado a	Sequedad de	Déficit de volumen de
Residuo gástrico 550cc en	2	Déficit	No aplica	Pérdida activa	mucosas	líquidos
24 horas de color verde oscuro	Clase 5	de volumen de		Volumen de	orales	R/C Pérdida activa de
-Ruidos hidroáereos	Hidratación	líquidos		Líquidos	Residuo	Volumen de Líquido
alejados y débiles	Código:00027				gástrico	Secundario a íleo
-Sequedad de mucosa orales					bastante	Paralítico pérdida de
Diuresis 800cc en 24 horas					cantidad	Líquido por sonda nasogástrica
Balance Hídrico negativo						

Presencia de sonda nasogástrica.	6	Trastorno de la Imagen corporal (00118)		A presencia de pancreatitis aguda cambio repentino en la estructura de su cuerpo	Presencia de sonda nasogástrica	Trastorno de la Imagen biofisiologicos
-Sentimiento de inutilidad de su cuerpo para la actividad física acostumbrada - siente su cuerpo maloliente	5	Conocimientos deficientes		Falta de Exposición sobre enfermedad	No tiene conocimiento de lo que le está pasando	Conocimientos deficientes R/C Falta de Exposición sobre su enfermedad
-No ha recibido información sobre su enfermedad y tratamiento.	5	Percepción /cognición				
-No conoce los						

<p>cuidados de pancreatitis aguda ni participa en los cuidados de la misma.</p>						
---	--	--	--	--	--	--

Formación de diagnóstico de enfermería

- Déficit de conocimiento.
- Dolor agudo a edema, distensión pancreática e irritación peritoneal.
- Déficit de volumen de líquidos r/s vómitos y drenaje por sonda nasogástrica.
- Desequilibrio nutricional ingesta inferior a las necesidades en relación con anorexia, vómitos y problemas digestivos secundarios a la falta de enzimas necesarias para el proceso digestivo, aumento de las necesidades nutricionales por enfermedad aguda e hipertermia.

4.2.3. Planificación de Enfermería

4.2.3.1. Prioridad Alta

- Los pacientes con pancreatitis aguda necrotizante pueden precisar una reposición hídrica de hasta seis a doce litros durante las primeras 24 horas de su ingreso. En estos casos puede ser necesario colocar un catéter para medir la presión venosa central, o incluso la presión de la arteria pulmonar en pacientes con cardiopatías importantes.
- En caso de hemorragia se transfundirá concentrados de hemáties en cantidad necesaria para mantener el hematocrito entre el 30-32 %.
- Es muy importante el control de la diuresis en el manejo de los fluidos. El objetivo es conseguir una diuresis de 40-50 ml/h (unos 400 ml cada 8 horas). En caso contrario, se debe avisar al facultativo para valorar administración extra de sobrecarga de suero salino.
- En las pancreatitis leves no sería preciso el sondaje vesical siempre y cuando el paciente fuese capaz de recoger adecuadamente la diuresis.

4.2.3.2. Prioridad Media

1 ro Plan de atención de enfermería

Recepción del paciente (entrevista personal sobre alergias, antecedentes y tratamientos previos). Protocolo de acogida según cada centro

2 do do Plan de atención de enfermería

Al ingreso, todo paciente con pancreatitis aguda debe seguir una monitorización no invasiva de las constantes vitales (tensión arterial, frecuencia

cardiaca, saturación, temperatura y diuresis), así como la medición de parámetros analíticos para detectar precozmente fallo orgánico (de saturación, oliguria, deterioro de la función renal, hipotensión).

3ro Plan de atención de enfermería

Se canalizará dos vías periféricas de mayor tamaño posible y se realizará sondaje vesical para control estricto de diuresis si el paciente no es capaz de recoger la orina.

4to Plan de atención de enfermería

Aporte de fluidos: La reposición adecuada de volumen en estos pacientes es esencial para restablecer el volumen intravascular, lo que permite un control hemodinámico adecuado y el mantenimiento de la presión arterial y prevención de la insuficiencia renal.

5 to Plan de atención de enfermería

La fluido terapia intravenosa ha de ser suficiente para reponer las pérdidas sin olvidar que, en estos pacientes, es frecuente la formación de un tercer espacio debido al íleo paralítico y a la acumulación de líquido intra, peri y extra pancreático. Por ello, la cantidad de líquido a administrar deberá exceder al menos en tres litros las pérdidas cuantificables. Es necesario el cálculo diario de retención de líquidos y control estricto del aporte y diuresis.

4.2.4. Ejecución de Enfermería

PLAN DE ATENCION DE ENFERMERÍA

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVOS	INTERVENCIÓN	PRINCIPIO CIENTÍFICO	EVALUACIÓN
Dolor agudo r/ a edema, distensión pancreática e irritación peritoneal.	Aliviar el dolor para mejorar en el bienestar del paciente	Valorar la intensidad y características del dolor con la escala de EVA. Explicar los factores desencadenantes del dolor, procedimientos diagnósticos y terapéuticos del paciente.	Medir el dolor vital tanto para los diagnósticos de los pacientes con proceso alérgico, como para la valoración de las diferentes técnicas de tratamientos. La distensión de la cámara gástrica,	<ul style="list-style-type: none"> Al término de la atención de enfermería el paciente manifestara alivio del dolor

		<p>Administrar al paciente el tratamiento indicado valorando su efectividad por medio de interrogante. Medidas de bioseguridad.</p>	<p>provoca dolor y una sensación de plenitud que descansa cuando aparecen los problemas gastrointestinales, ocasionando dolor. Es importante para la ayuda aliviar el dolor para así que las medidas terapéuticas combinadas.</p>	
--	--	---	---	--

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVOS	INTERVENCIÓN	PRINCIPIO CIENTÍFICO	EVALUACIÓN
Déficit de volumen de líquidos r/a vómitos y drenaje por sonda nasogástrica.	Objetivo General - Consecución de un equilibrio de líquidos	Independientes <ul style="list-style-type: none"> • Monitorización de signos vitales • Pesar diariamente • Manejo de Líquidos y electrolitos • Observar y registrar la turgencia cutánea y el aspecto de la lengua -Realizar un registro preciso	La deshidratación, hipovolemia y desequilibrio electrolítico pueden causar problemas importantes en pacientes aguda pancreatitis Como descenso de la PA, Taquicardia, hipotermia	Signos vitales estables Turgencia cutánea normal Mucosas orales húmedas Diuresis no menos

	<p>turno</p> <p>-Turgencia cutánea normal</p> <p>-Pulso periférico palpable</p> <p>-mucosas orales húmedas</p> <p>Diuresis de 30cc a 1 cc/k/hora</p>	<p>de entradas y salidas de Líquidos</p> <p>-Instruir al paciente sobre el estado nada por boca.</p> <ul style="list-style-type: none"> Control de diuresis Interdependientes: Insertar y mantener una vía EV de acceso <p>Administrar Líquidos EV como cristaloides y coloides</p>	<p>-La hidratación adecuada se refleja en la capacidad de la piel para recuperar la forma normal después de pellizcarla con los dedos. Los cambios en las mucosas que cubre la lengua son reflejo preciso y temprano de la hidratación</p>	<p>de 30cc/hora</p>
--	--	---	--	---------------------

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVOS	INTERVENCIÓN	PRINCIPIO CIENTÍFICO	EVALUACIÓN
<p>Desequilibrio nutricional inferior a las necesidades en relación con anorexia, vómitos y problemas digestivos secundarios a la falta de enzimas necesarias para el proceso digestivo, aumento de las</p>	<p>Objetivo general -El paciente tendrá equilibrio nutricional optimo</p> <p>Resultados esperados: El paciente modificará la dieta -El paciente colaborara en la administración de</p>	<p>INDEPENDIENTES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitorización de signos vitales • Pesar al paciente c/día • Auscultar presencia de ruidos hidroáereos • Manejo de líquidos y electrolitos. • Controlar residuo gástrico por sonda características y cantidad • Balance hídrico • Vigilar niveles de albúmina, Proteínas, Hemoglobina. 	<p>La nutrición óptima es un factor esencial para la recuperación de la pancreatitis aguda las necesidades nutritivas, pueden determinarse a través de mediciones índice de masa corporal y de la</p>	<p>Signos vitales estables</p> <p>Turgencia cutánea normal</p> <p>Mucosas orales húmedas</p> <p>Diuresis no de menos de 30cc/hora</p>

<p>necesidades nutricionales por enfermedad aguda e hipotermia.</p>	<p>alimentación parenteral. -El paciente tolerará molestias ocasionadas por la sonda nasogástrica</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Observar la correcta colocación de sonda nasogástrica <p>INTERDEPENDIENTES</p> <ul style="list-style-type: none"> -Administración de Nutrición parenteral -Terapia intravenosa 	<p>circunferencia de la cintura</p>	
---	---	---	-------------------------------------	--

SOAPIE.1

S: Paciente refiere: “tener dolor y miedo a realizar su actividad con normalidad”.

O: paciente en posición decúbito dorsal, piel tibia a la palpación, en hiperextensión, con presencia de electrodos y presencia de vía en brazo derecho izquierdo, presencia de facies algicas por dolor.

A: Dolor agudo r/ a edema, distensión pancreática e irritación peritoneal.

P: Disminuirá dolor.

I:

- Se administra analgesia. Tramadol 50mg/ml
- Brindar apoyo emocional.
- Brindar apoyo espiritual.
- Fortalecer los lazos de familia a cualquier eventualidad que pueda pasar consigo mismo.

E: Paciente disminuyo dolor y temor.

SOAPIE. 2

S: paciente refiere: “tengo sed se me seca la boca”

O: paciente adulto de 37 años en posición decúbito dorsal, hipo activo, piel tibia a la palpación, en hiperextensión con presencia de dolor, con presencia de vía en brazo derecho e izquierdo.

A: Déficit de volumen de líquidos r/a vómitos y drenaje por sonda nasogástrica.

P: paciente no presentara sequedad en la boca durante su hospitalización.

I:

- Monitorización de signos vitales
- Manejo de líquidos y electrolitos.
- Brindar apoyo espiritual
- Control de balance hídrico

E: Paciente mantiene los labios húmedos.

SOAPIE.3

S: paciente refiere: “tener miedo a la pérdida de su peso”

O: paciente en posición decúbito dorsal, piel tibia a la palpación, en hiperextensión, con presencia de electrodos y presencia de vía en brazo derecho izquierdo, presencia de facies algicas por dolor.

A: Desequilibrio nutricional ingesta inferior a las necesidades en relación con anorexia, vómitos y problemas digestivos secundarios a la falta de enzimas necesarias para el proceso digestiva, aumento de las necesidades nutricionales por enfermedad aguda e hipertermia.

P: Disminuirá temor de la pérdida de peso.

I:

- Monitorización de signos vitales.
- Administración nutrición parenteral.
- Brindar apoyo emocional.
- Control de peso Inter diario.
- Brindar apoyo espiritual

- Fortalecer los lazos de familia a cualquier eventualidad de sí mismo.

E: Paciente disminuyo el temor de la pérdida de peso durante su hospitalización.

4.2.5. Evaluación de Enfermería

El personal de enfermería deberá avisar al facultativo si:

- Diuresis < de 400 ml en 8 horas.
- Temperatura mayor de 38°C y cuando no responda al tratamiento antitérmico pautado. Valorar la extracción de hemocultivos. -Mal control alérgico.
- Hipotensión o hipertensión.
- Vómitos persistentes y siempre que no respondan al tratamiento antiemético.
- Distensión abdominal de aparición brusca.
- En caso de disnea, administrar oxígeno a 2 litros en gafas nasales, medir saturación y si es menor de 94-95%, avisar.
- Si hay presencia de ictericia o equimosis en la zona periumbilical

4.2.5.1. Resultados Esperados

RESULTADO ESPERADO	JUICO CLÍNICO	INFORME
<p>General: Ayudar al paciente a fortalecer la percepción de la realidad frente a su enfermedad.</p> <p>Específico: *describir cuales son las características de su enfermedad</p>	<p>Objetivo logrado, el paciente mantiene una percepción más adecuada de la realidad de su enfermedad.</p>	<p>El paciente mejora percepción de la realidad de su enfermedad gracias a las intervenciones de enfermería.</p>
<p>DOLOR</p> <p>General: Aliviar el dolor para mejorar el bienestar del paciente</p> <p>Específico: Valorar la intensidad y características del dolor en la escala EVA.</p>	<p>Objetivo logrado: El paciente presenta dolor disminuido después de la información y terapéutica recibida</p>	<p>El paciente después de recibir cuidados respecto al dolor manifiesta bienestar por la disminución del dolor</p>
<p>DEFICT DE VOLUMEN DE LIQUIDOS</p> <p>General:</p>	<p>Objetivo logrado: El paciente mantiene signos</p>	<p>El paciente ha mejorado el nivel de</p>

<p>Consecución del equilibrio de líquidos</p> <p>Conservación del equilibrio de líquidos</p> <p>Específico:</p> <p>Monitorizar los signos vitales</p> <p>Observar y registrar la turgencia</p> <p>Control de diuresis</p>	<p>vitales estables</p> <p>Presenta turgencia cutánea normal</p> <p>Se observa mucosas orales húmedas</p> <p>Presenta una diuresis no menos de 30cc/hora</p>	<p>hidratación expresado en los signos vitales estables, con signos de una buena hidratación y un balance hídrico adecuado.</p>
<p>DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL</p> <p>General:</p> <p>Mantener al paciente con equilibrio nutricional óptimo.</p> <p>Específico:</p> <p>Establecer la dieta óptima para la alimentación parenteral</p> <p>Disminuir las molestias que ocasiona la colocación de la sonda nasogástrica.</p>	<p>Objetivos logrados:</p> <p>El paciente incrementa progresivamente el peso.</p> <p>Valores de albúmina, proteínas y hemoglobina en valores normales</p> <p>El paciente con sonda nasogástrica permeable</p>	<p>El paciente tolera la alimentación parenteral, con repercusión en el aumento de peso y en los valores bioquímicos, presentando signos vitales estables, turgencia cutánea normal, mucosas orales húmeda y diuresis adecuada.</p>

V. CONCLUSIONES

El proceso de atención estandarizada de Enfermería constituye una herramienta básica y primordial en la labor cotidiana del profesional de enfermería debido a que mediante esta herramienta de trabajo se realizó un trabajo satisfactorio o bueno en el paciente que ingreso con diagnóstico médico pancreatitis aguda necrotizante a la unidad de cuidados intensivos.

1. El paciente con pancreatitis aguda necrotizante que ingresa a la UCI, presenta los siguientes problemas y/o necesidades: Desconocimiento de la enfermedad y tratamiento, no recibe nada por vía oral, con cateterismo vesical; presenta sueño interrumpido por dolor, se siente incapacitado para la actividad física acostumbrado, con sentimiento de utilidad de su cuerpo para la actividad física acostumbrado, con movilización limitada por temor a dolor intenso, preocupado por que dejo de trabajar y por el reposo prolongado.
2. Los diagnósticos de enfermería establecidos de prioridad fueron:
 - Desequilibrio nutricional por defecto R/C. Incapacidad del organismo para absorber los nutrientes debido a factores biológicos (Vólvulo del sigmoides, Ileo paralitico).
 - Déficit de volumen de líquidos R/C Pérdida activa de Volumen de Líquido Secundario a íleo Paralítico pérdida de Líquido por sonda nasogástrica.

- Trastorno de la Imagen R/C biofisiologicos
 - Conocimientos deficientes R/C Falta de Exposición sobre su enfermedad.
3. La planificación de enfermería estuvo en una prioridad media y alta:
- La planificación media estuvo dirigida a la recepción del paciente según el protocolo establecido en la UCI, por la monitorización no invasiva que comprende la valoración de las constantes vitales, así como la medición de parámetros analíticos para detectar precozmente el fallo orgánico.
- La planificación en el nivel alto estuvo dirigido a la reposición de líquidos a través de un catéter periférico; con la debida monitorización de la diuresis.
4. Los procesos de la ejecución de las actividades planificadas de enfermería se desarrollaron para aliviar el dolor con el objetivo de mejorar el bienestar del paciente, conservar el equilibrio de líquidos y nutricional adecuado.
5. El proceso de atención de enfermería aplicado en el paciente con pancreatitis aguda necrotizante, se logró mejorar el bienestar del paciente aliviando el dolor; se mantuvo los signos vitales estables y con buena hidratación.

VI. RECOMENDACIONES

- Se recomienda a la Dirección Regional de Salud en coordinación con la oficina de capacitación se sugiere programar talleres de capacitación para el manejo del paciente con pancreatitis aguda necrotizante, para optimizar la atención de enfermería.
- Al personal de enfermería; mantener una comunicación efectiva con las personas a las que proporciona atención, Identificándose y dirigiéndose con amabilidad, explicándole con lenguaje claro y sencillo los cuidados que se proporcionan, favoreciendo un ambiente de confianza para que expresen sus dudas sentimientos y emociones. Atendiendo de inmediato la solicitud de ayuda o apoyo explicándole en su caso las situaciones que pudieran retrasar la misma.
- Emplear un manejo protocolizado en todos los servicios de este hospital en estos pacientes desde que ingresan al servicio de emergencia para poder hacer una valoración adecuada respecto a la severidad de la presente patología.
- Debido al incremento de pancreatitis aguda se debe realizar un estudio posterior respecto a los factores asociados en cuanto a los hábitos alimenticios de estos pacientes.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. La Pancreatitis Aguda desde la perspectiva de la medicina intensiva y crítica. *Medicina Intensiva*. 2003 Febrero; 27(2): p. 74-76.
2. Perfil Epidemiológico de pacientes en consulta externa y hospitalización. 2009.
3. Gómez N. Prevalencia y Perfil clínico en pacientes atendidos por pancreatitis aguda en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, periodo Enero- Julio del 2015". Tesis. Lima: Universidad Ricardo Palma, Facultad de Medicina Humana; 2015.
4. Intramed. Páncreas En Libro Virtual. [Online].; 2016 [cited 2018 Diciembre 12 [: https://www.intramed.net/sitios/librovirtual8/pdf/8_06.pdf].
5. By J.L. [Online]. [cited 2018 octubre 12. Available from: https://www.intramed.net/sitios/librovirtual8/pdf/8_06.pdf.
6. Moreira V, López A. Información al paciente. *Rev. esp. enferm. dig.* In. Madrid; 2010.
7. Bhagat S, Wadhawan M, Sud R, Arora A. Virus de la hepatitis que causan pancreatitis y hepatitis: una serie de casos y revisión de la literatura. In.; 2008. p. 424-427.
8. Forsmark C, Baillie J. Institute Technical Review on Acute Pancreatitis.

- Gastroenterolo-gy. In.; 2007. p. 2022-44.
9. Enrique de Madaria J, Martínez S. Pancreas y vías biliares Pancreatitis. Unidad de Gastroenterología y Endoscopia Digestiva. 2016.
 10. Bustamante D, García A, Umanzor W, Leiva L, Barrientos A, Diek L. Pancreatitis Aguda: Evidencia Actual. Archivos de Medicina. In.
 11. Mikolasevic I, Milic S, Orlic L, Porapat G, Jakopcic I. Síndrome metabólico y pancreatitis aguda. Eur J intern Med. 2016; 32: p. 79-83.
 12. Ananya B. Causa Agudas de la Pancreatitis. [Online].; 2018 [cited 2019 Enero 12. Available from: [https://www.news-medical.net/health/Acute-Pancreatitis-Causes-\(Spanish\).aspx](https://www.news-medical.net/health/Acute-Pancreatitis-Causes-(Spanish).aspx).
 13. Lizaeazo JI. Fisiopatología de la pancreatitis aguda. Revista colombiana. 2008 Apr/june; 23(2).
 14. Dominguez E.. Pancreatitis crónica y sus complicaciones. [Online]. Available from: https://www.aegastro.es/sites/default/files/archivos/ayudas-practicas/43_Pancreatitis_cronica_y_sus_%20complicaciones.pdf.
 15. Gien J, Salazar D, López R, Ramirez J. Valor predictivo de la escala APACHE II sobre la mortalidad en una unidad de cuidados intensivos de adultos en la ciudad de Mérida Yucatán. Medicina crítica y Terapia Intensiva. 2016; 20(1): p. 30-40.
 16. González F, García K, Álvarez F. Validación de las escalas BISAP, APACHE II y RANSON para predecir falla orgánica y complicaciones en

- pancreatitis aguda. 2014 Noviembre; 5(2).
17. Meijide H. APACHE II. Predictores de gravedad en Pancreatitis aguda. [Online].; 2011 [cited 2019 Marzo 25. Available from: <https://meiga.info/escalas/apacheii.pdf>.
 18. Informática. Perfil epidemiológico de consultas externas y hospitalización. Lima Perú: Ministerio de Salud; 2009.
 19. Pérez A, Paredes E, Prochazka R. BISAP-O y APACHE-O: utilidad en la predicción de severidad en la pancreatitis aguda según la clasificación modificada de Atlanta. Revista gastroenterología. 2015 ene; 35(1).
 20. Álvarez A, Araoz Y.. Incidencia, características clínicas y epidemiológicas de pancreatitis aguda en pacientes del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa en el año 2015. Tesis Especialidad. Arequipa: Universidad Nacional San Agustín; 2015.
 21. Zea Villena P. "Características Epidemiológicas, Clínicas, Diagnósticas y Terapéuticas en pacientes con Pancreatitis Aguda en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa -Enero 2010 a Febrero 2012". Tesis grado. Arequipa: Universidad Nacional San Agustín; 2012.
 22. Álvarez la Torre A.. Incidencia, características clínicas y epidemiológicas de pancreatitis aguda en pacientes del hospital regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa en el año 2015. Tesis Grado. Arequipa: Universidad Nacional de San Agustín; 2015.
 23. Ugarte C. UTILIDAD DE LAS ESCALAS BISAP y APACHE II para

predicción de la severidad y falla orgánica en pacientes con pancreatitis aguda que acudieron al Hospital Dos de Mayo durante el año 2016. Tesis grado. Puno: Universidad Nacional del Altiplano Puno, Facultad de Medicina Humana; 2016.

24. Tocona J.. Frecuencia de disfunción orgánica según Escala de Marshall modificado en pacientes con pancreatitis aguda en el hospital EsSalud III-Juliaca, desde enero –junio 2016. Tesis grado. Puno: Universidad Nacional del Altiplano; 2016.
25. Servicio Andaluz. Información para pacientes sobre la Depresión. [Online].; 2018 [cited 2019 Abril 10. Available from: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hinmaculada/intranet/ugcolula/informacion%20y%20consejos/salud%20mental/depresion.pdf>.
26. Rocha A, Hernández P, Ruiz S, Ávila L, Marín T, Lezcano E. Gasto de hogares durante la hospitalización de menores derechohabientes, con diagnóstico de leucemia, en dos hospitales en México. Salud pública Méx. 203 Julio-Agosto; 45(4).
27. De la torre M , García A, Soler A. La Pancreatitis Aguda desde la perspectiva de la medicina intensiva y crítica. In.; 2003. p. 74-76.

ANEXOS

