

CASO CLÍNICO

PROCESO DE CUIDADO DE ENFERMERÍA A PACIENTE CON PANCREATITIS NURSING CAREFUL PROCESS FOR PATIENT WITH PANCREATITIS

Altamirano Vargas Greis Joselin¹, Benavides Muñoz Angela Selena²
Manayay Tejada Jennifer Jackeline³, Oblitas Guerrero Susan Mirian⁴

Citar como:

Altamirano G. Benavides A.
Manayay J. Oblitas S. Proceso
de cuidado de enfermería a
paciente con pancreatitis. Rev.
Recien. 2024; 13 (3)

Correspondencia:

Manayay Tejada Jennifer
Jackeline
mtejadayeniferj@uss.edu.pe

Recibido: 16/07/2024

Aprobado: 22/08/2024

En línea: 10/12/2024

Resumen

El proceso de cuidado de enfermería se realiza de manera organizada, utilizando métodos científicos en la práctica diaria y comprende cinco etapas: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Este enfoque se aplicó al adulto LDV, de 26 años de edad. El modelo teórico que respalda este proceso es la pirámide de Maslow, utilizando las taxonomías NANDA, NOC y NIC. Durante el proceso de valoración, el paciente se encontraba despierto, cansado, con dolor abdominal evaluado mediante una escala EVA de 10 puntos y presentaba náuseas. En la etapa diagnóstica, se identificaron los siguientes diagnósticos principales: (00132) Dolor agudo (4), (00011) Estreñimiento (5), (00007) Hipertermia (6), (00004) Riesgo de infección (7), (00182) Disposición para mejorar el autocuidado (8).

En la fase de planificación, los principales resultados propuestos utilizando la clasificación NOC fueron: (1605) Control del dolor (2), (0800) Termorregulación (2), (0501)

¹. Universidad Señor de Sipán Pimentel-Chiclayo. Estudiante de la Escuela Profesional de Enfermería. <https://orcid.org/0009-0000-9802-9933>

². Universidad Señor de Sipán Pimentel-Chiclayo. Estudiante de la Escuela Profesional de Enfermería <https://orcid.org/0009-0004-3916-1060>

³. Universidad Señor de Sipán Pimentel-Chiclayo. Estudiante de la Escuela Profesional de Enfermería. <https://orcid.org/0009-0005-6684-5529>

⁴. Universidad Señor de Sipán Pimentel-Chiclayo. Escuela Profesional de Enfermería. Doctora en Gestión Pública y Gobernabilidad. <https://orcid.org/0009-0003-1651-7584>

Eliminación intestinal (2), (1902) Control de riesgos (2), (1603) Conducta de búsqueda de la salud (2).

Palabras clave: Pancreatitis, Necrosis de la Grasa Peripancreática, Pancreatitis Aguda, Pancreatitis Aguda Edematosa, Parénquima Pancreático con Edema.

Abstract

The nursing care process is in an organized way where scientific methods are applied in daily practice and includes five stages: assessment, diagnosis, planning, execution and evaluation. The nursing care process is as follows and was carried out on an adult patient LDV; 26 years old. The theoretical model that supports this process is Maslow's pyramid based on the NANDA, NOC, NIC taxonomies. In the assessment phase he is awake, tired, with abdominal pain according to the VAS scale. 10 points, nausea. In the diagnostic stage, the main diagnoses were identified as: (00132) Acute pain, (00011) Constipation, (00007) Hyperthermia, (00004) Risk of infection, (00182) Willingness to improve self-care, in the planning phase the main Proposed NOC outcomes were: (1605) Pain Control, (0800) Thermoregulation, (0501) Bowel Elimination, (1902) Risk Control, (1603) Health Seeking Behavior.

Keywords: DeCS: Pancreatitis: Peripancreatic Fat Necrosis, Acute Pancreatitis, Acute Edematous Pancreatitis, Pancreatic Parenchyma with Edema.

1. Introducción

Este enfoque implica un análisis cualitativo de un único estudio de caso. Según la investigación de casos, se analiza una situación real dentro de su contexto para comprender la manifestación y evolución de fenómenos de interés para el investigador. Se aplicó de referencia las 14 necesidades de Virginia Henderson para la evaluación, utilizando la nomenclatura taxonómica del NANDA(1) 2021 – 2023 los datos. Para evaluar los resultados, se empleó la taxonomía de clasificación del NOC (sexta edición). Así mismo, se empleó la taxonomía del NIC (séptima edición).

Presentación del Caso:

Adulto L.D.V, DE 26 años de edad. Ingresó el día 11/04 de 2024 Ingresa por emergencia en silla de ruedas acompañado de su madre.

El paciente adolece de estreñimiento con frecuencia. A veces hace dos deposiciones por semana y se acostumbró a ese ritmo porque bebe

poca agua o se le olvida. Es soltero, desordenado, poco sociable, ansioso por su soledad, a veces recibe la visita de su madre y padre llegan hacerles aseo, comida, higiene. Paciente está ansioso, llora con frecuencia porque es primera vez que acude a un hospital, le da miedo las agujas, los médicos, refieren que desconfía de los hospitales.

Refiere que a veces se “siente triste, extraña a sus padres, pero por trabajo tiene que vivir solo”

Al examen físico:

El paciente se observa despierto, cansado, con dolor abdominal según la escala EVA 10 puntos, náuseas, ha vomitado el día anterior.

A la valoración:

Se observa en mal estado de higiene, con barba crecida, transpirado

A la toma de los signos vitales:

P:150/70 FC: 110 T°: 38.9 Saturación de oxígeno: 94%

En emergencia se le canaliza catéter endovenoso periférico en MMII, con un catéter N° 18.

Exámenes Auxiliares

EXAMEN	RESULTADOS	VALOR REFERENCIAL NORMAL
UREA	72.98	10-50 MG/DL
LIPASA	16.41	13 - 60 U/L
PCR	245.01	MENOR DE 5MG/L
CREATININA SÉRICA	1.46	0.3 - 1.1 MG/DL
AMILASA	89.71	28/100 U/L
GLUCOSSA BASAL	89.26	70-99 MG/DL

Tratamiento médico

Tratamiento médico

- NPO (nada por vía oral)
- Radiografía de abdomen.
- Exámenes auxiliares: hemograma completo, PCR,
- Paracetamol 1g VO condicional si solo presenta fiebre Temperatura Mayor a 38.0°.
- Ceftriaxona 2g cada 12 horas X vía EV.
- Cloruro de sodio al 9% x1000CC+Hipersodio(1)+kalium(1) a XV gotas/ minuto 24 horas.
- Tramal 100 mg SC PRN si presenta dolor intenso.
- Control de hemoglucotest en ayunas, y cena.
- Control de funciones vitales.
- Interconsulta en cardiología.
- Interconsulta con cirugía general.
- Toma ECG (electrocardiograma)
- Colocar SNG a gravedad.

Valoración por patrones funcionales:

PATRÓN I: percepción de la salud, Paciente masculino, de ocupación como ingeniero de sistemas, lleva catéter endovenoso periférico con una temperatura de 38.9 y es alérgico a la amoxicilina.

PATRÓN II: nutricional metabólico, paciente masculino, tiene un IMC de 41.86, lo cual representa una obesidad también es intolerante a la lactosa. paciente refiere “le gusta comer en la calle y se alimenta de comida rápida”, él come hamburguesas, salchipollo y no bebe agua.

PATRÓN III: eliminación, paciente masculino, paciente refiere bebe poca agua o se olvida, transpirado también a vomitado un día anterior

y sufre de estreñimiento con frecuencia, tiene dos deposiciones por semana.

PATRÓN IV: actividad/ejercicio, paciente masculino, paciente refiere que no hace deporte tiene la pa: 150/70 mmhg, fc: 110x', fr: 21x', so2:94%.

PATRÓN V: sueño-descanso, paciente masculino, el paciente trabaja en doble horario y a veces se queda más de las 2 am.

PATRÓN VI: cognitivo perceptivo, paciente masculino, paciente quejumbroso, se queja y lo único que solicita es que calme su dolor, tiene un dolor abdominal y escala de EVA 10/10.

PATRÓN VII: autopercepción / autoconcepto, paciente masculino, aspecto de mala higiene, barba crecida.

PATRÓN VIII: rol/relaciones, Joven masculino, paciente refiere “tiene muchas ganas de aprender a cuidar su salud”

PATRÓN X: adaptación y tolerancia al estrés, paciente está ansioso, llora con frecuencia porque es primera vez que acude a un hospital, le da miedo las agujas, los médicos, refiere que desconfía de los hospitales.

PATRÓN XI: valores y creencias, paciente masculino, es católico tiene fe en dios que calme su dolor. tiene muchas ganas de aprender a cuidar su salud.

Priorización de diagnósticos enfermeros

Diagnóstico 1: (00132) Dolor agudo r/c Agente lesivo bilógico Escala de EVA 10/10 m/p Paciente quejumbroso, se queja y lo único que solicita es que calme su dolor

Diagnóstico 2: (00007) Hipertermia r/c Deshidratación con m/p temperatura

Diagnostico 3: (00011) Estreñimiento r/c ingesta

insuficiente de líquidos sufre de estreñimiento con frecuencia m/p Paciente refiere bebe poca agua o se olvida

Diagnostico 4: (00004) Riesgo de infección r/c

procedimientos invasivos

Diagnostico 5: (00182) disposición para mejorar el autocuidado manifestado por paciente refiere tiene muchas ganas de aprender a cuidar su salud.

2. Resultados

Tabla N.1. Plan de cuidado del diagnóstico NANDA :
(00132) Dolor agudo (4)

Diagnóstico NANDA	Criterios NOC	Intervenciones NIC	Fundamento Científico												
(00132) Dolor agudo relacionado con Agente lesivo bilógico Escala de EVA 10/10 m/p Paciente quejumbroso, se queja y lo único que solicita es que calme su dolor.	NOC: 1605 Control del dolor (2) Dominio IV: Conocimiento y conducta de salud Clase Q: Conducta de salud Definición: Acciones personales para eliminar o reducir el dolor Rango de medición: Nunca demostrado hasta Siempre demostrado Puntuación diana del resultado: Aumentar de 3 a 5 <table><tr><th>Indicadores</th><th>ND</th><th>RD</th><th>AD</th><th>FD</th><th>SD</th></tr><tr><td>160502 reconoce el comienzo del dolor</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table>	Indicadores	ND	RD	AD	FD	SD	160502 reconoce el comienzo del dolor	1	2	3	4	5	1410 manejo del dolor: agudo Dominio 1: Fisiológico: básico Clase E: Fomento de la comodidad física Definición: Alivio del dolor o disminución del dolor a un nivel de tolerancia que sea aceptable para el paciente (4) Actividades: - Realizar una evaluación detallada del dolor que contemple la ubicación, duración, e intensidad., así como los factores que lo alivian y agudizan (4) -Explorar el conocimiento y sus creencias del paciente sobre su dolor.	La evaluación del dolor es crucial para un tratamiento efectivo, ya que el dolor es subjetivo y solo lo experimenta el individuo. Por lo tanto, una evaluación exhaustiva proporciona las bases necesarias para su control óptimo (4) Hace años, se ha reconocido la influencia de la cultura y sus creencias en cómo una persona percibe y maneja el dolor, así como en la manera en que lo expresa(4).
Indicadores	ND	RD	AD	FD	SD										
160502 reconoce el comienzo del dolor	1	2	3	4	5										

Tabla N.2. Plan de cuidado del diagnóstico NANDA :

Diagnóstico 2: (00007) Hipertermia relacionado Deshidratación m/p temperatura.

Diagnóstico NANDA	Criterios NOC	Intervenciones NIC	Fundamento Científico												
(00007) Hipertermia r/c Deshidratación m/p temperatura 38.9	NOC: 0800 Termorregulación (6) Dominio II: Salud Fisiológica Clase I: Regulación Metabólica Definición: Equilibrio entre la producción, ganancia y la pérdida de calor. Rango de medición: Nunca demostrado hasta Siempre demostrado Puntuación diana del resultado: Aumentar de 3 a 5 <table><tr><th>Indicadores</th><th>ND</th><th>RD</th><th>AD</th><th>FD</th><th>SD</th></tr><tr><td>080019 hipertermia</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table>	Indicadores	ND	RD	AD	FD	SD	080019 hipertermia	1	2	3	4	5	3900 regulación de la temperatura Dominio 2: Fisiológico complejo Clase M: Termorregulación Definición: Consecución y mantenimiento de una temperatura corporal dentro del rango normal (6) Actividades: -Comprobar la temperatura al menos cada dos horas según corresponda (6) - Administración de medicamentos si está indicado.	La temperatura corporal se divide en temperatura externa, que abarca la piel, y temperatura interna, que implica el sistema nervioso central (SNC) y los órganos internos. Aunque la temperatura externa puede fluctuar, la temperatura interna se mantiene dentro de un estrecho rango de 36,5 a 37,5 °C.
Indicadores	ND	RD	AD	FD	SD										
080019 hipertermia	1	2	3	4	5										

Tabla N.3. Plan de cuidado del diagnóstico NANDA :

Diagnóstico 3: (00011) Estreñimiento relacionado con ingesta insuficiente de líquidos sufre de estreñimiento con frecuencia manifestado por Paciente refiere bebe poca agua o se olvida.

Diagnóstico de Enfermería NANDA	Criterios de resultados NOC	Intervenciones de Enfermería NIC	Fundamento Científico												
(00011) Estreñimiento r/c ingesta insuficiente de líquidos sufre de estreñimiento con frecuencia m/p Paciente refiere bebe poca agua o se olvida.	NOC: 0501 Eliminación intestinal (2) Dominio II: Salud Fisiológica Clase F: Eliminación Definición: Formación y evacuación de heces Rango de medición: Nunca demostrado hasta Siempre demostrado Puntuación diana del resultado: Aumentar de 1 a 5 <table><tr><th>Indicadores</th><th>ND</th><th>RD</th><th>AD</th><th>FD</th><th>SD</th></tr><tr><td>050110 estreñimiento</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table>	Indicadores	ND	RD	AD	FD	SD	050110 estreñimiento	1	2	3	4	5	0450 manejo del estreñimiento / Impactación fecal Dominio 2: Fisiológico básico Clase B: Control de la evacuación Definición: Prevención y alivio del estreñimiento / impactación fecal (5) Actividades: -Verificar las evacuaciones, evaluando la frecuencia, consistencia, forma, volumen y color según sea necesario. -Promover el aumento en la ingesta de líquidos, a menos que esté contraindicado	El estreñimiento es un síntoma que padecen muchas personas y al que reaccionan con causas multifactoriales. Muchas personas experimentan estreñimiento en algún momento de sus vidas, aunque la mayoría de las veces el estreñimiento es temporal y no es un problema grave (5)
Indicadores	ND	RD	AD	FD	SD										
050110 estreñimiento	1	2	3	4	5										

Tabla N.4. Plan de cuidado del diagnóstico NANDA :
Diagnóstico 4: (00004) Riesgo de infección relacionado con procedimientos invasivos

Diagnóstico NANDA	Criterios NOC	Intervenciones de NIC	Fundamento Científico												
(00004) Riesgo de infección relacionado con procedimientos invasivos	NOC: 1902 Control del riesgo(2) Dominio IV: Conocimiento y conducta de salud Clase T: Control del riesgo Definición: Acciones personales para comprender, evitar, eliminar o reducir las amenazas para la salud que son modificables Rango de medición: Nunca demostrado hasta Siempre demostrado Puntuación diana del resultado: Mantener en 5 <table><tr><th>Indicadores</th><th>ND</th><th>RD</th><th>AD</th><th>FD</th><th>SD</th></tr><tr><td>Riesgo de infección</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table>	Indicadores	ND	RD	AD	FD	SD	Riesgo de infección	1	2	3	4	5	6540 control de infecciones Dominio 4: Seguridad Clase U: Control en caso de crisis Definición: Minimizar el contagio y transmisión de agentes infecciosos (7) Actividades: realizar un buen lavado de manos antes de manipular la vía asegurar la manipulación aséptica de las vías intravenosas. Limpiar la piel del paciente con un agente antibacteriano apropiado - Cambiar los sitios de las vías periféricas	Las prácticas de prevención y control de infecciones (IPAC) son procedimientos y prácticas fundamentados en la evidencia que pueden prevenir y disminuir la transmisión de enfermedades, además de eliminar posibles fuentes de infecciones. (PIDAC, 2012). Cuando se usa de manera consistente, las prácticas del IPAC evitarán la transferencia de infecciones asociadas a la atención médica (HAI) en todos los entornos de atención médica (6).
Indicadores	ND	RD	AD	FD	SD										
Riesgo de infección	1	2	3	4	5										

Tabla N.5. Plan de cuidado del diagnóstico NANDA :

Diagnostico 05: (00182) disposición para mejorar el autocuidado manifestado por paciente refiere tiene muchas ganas de aprender a cuidar su salud.

Diagnóstico de Enfermería NANDA	Criterios de resultados NOC	Intervenciones de Enfermería NIC	Fundamento Científico												
(00182) Disposición para mejorar el autocuidado m/p paciente refiere tiene muchas ganas de aprender a cuidar su salud.	NOC: 1603 Conducta de búsqueda de la salud (2) Dominio IV: Conocimiento y conducta de salud Clase Q: Conducta de salud Definición: Capacidad el trato gastrointestinal para ingerir y digerir alimentos, absorber nutrientes y eliminar producto de desechos Rango de medición: Nunca demostrado hasta Siempre demostrado Puntuación diana del resultado: Mantener en 5 <table><tr><th>Indicadores</th><th>ND</th><th>RD</th><th>AD</th><th>FD</th><th>SD</th></tr><tr><td>160314 realiza conductas de salud por iniciativa propia</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table>	Indicadores	ND	RD	AD	FD	SD	160314 realiza conductas de salud por iniciativa propia	1	2	3	4	5	4470 Ayuda en la modificación de sí mismo Dominio 3: Conductual Clase O: Terapia conductual Definición: Reafirmación del cambio autodirigido puesto en marcha por el paciente para conseguir metas personal importantes Actividades: - Evaluar los argumentos por las cuales el paciente desea realizar el cambio. - Asistir al paciente en la identificación de una meta específica. - Evaluar el nivel actual de conocimientos y habilidades del paciente en relación con el cambio deseado.	Se define la salud mental como un patrón secuencial de acciones que contribuyen a una experiencia satisfactoria de la vida. En este contexto, una personalidad psicológicamente sana se caracteriza por la capacidad y disposición para cuidar de sí misma con el fin de alcanzar esa experiencia satisfactoria (23).
Indicadores	ND	RD	AD	FD	SD										
160314 realiza conductas de salud por iniciativa propia	1	2	3	4	5										

3- Discusión:

El caso clínico presentado se realizó en un paciente diagnosticado con Pancreatitis, asegurando la provisión de cuidados de enfermería para garantizar la integridad y protección del paciente. En la investigación del primer diagnóstico (00132) Dolor agudo r/c Agente lesivo biológico Escala de EVA 10/10 m/p Paciente quejumbroso, se queja y lo único que solicita es que calme su dolor, El dolor agudo es una manifestación común en pacientes con pancreatitis. En este caso, el dolor es intenso y constante, lo que sugiere un proceso inflamatorio severo del páncreas. La solicitud insistente del paciente para aliviar el dolor indica una necesidad urgente de intervención analgésica. Las intervenciones incluyen la administración de analgésicos según prescripción médica, monitoreo constante de la intensidad del dolor utilizando la escala EVA, evaluación de signos vitales y estado general del paciente, y educándolo de como tener un manejo del dolor no farmacológicas, como la relajación y la respiración profunda (4).

En el segundo diagnostico enfermero tenemos (00011) Estreñimiento r/c ingesta insuficiente de líquidos sufre de estreñimiento con frecuencia m/p paciente refiere bebe poca agua o se olvida. En este caso el estreñimiento es una condición caracterizada por la falta de movimiento regular de los intestinos, lo que resulta en una defecación infrecuente o con esfuerzo, generalmente con ausencia de deposiciones . Una mal defecación varía entre las personas, desde varias veces al día hasta tres veces por semana. Las intervenciones para tratar el estreñimiento incluyen la monitorización de líquidos para mantener

un balance hidroelectrolítico adecuado, la administración de laxantes o enemas según sea necesario, el seguimiento de los movimientos intestinales que abarcan la frecuencia, consistencia, forma, volumen y color de las heces, y la evaluación de la incontinencia fecal (5).

En el tercer diagnóstico enfermero (00007) Hipertermia r/c deshidratación m/p temperatura. La hipertermia en el contexto de la pancreatitis puede deberse a una infección o inflamación sistémica. La deshidratación exacerba esta condición al reducir la capacidad del cuerpo para regular su temperatura. Las intervenciones incluyen la administración de líquidos intravenosos para corregir la deshidratación, monitoreo regular de la temperatura corporal, evaluación de signos de infección, uso de antipiréticos según prescripción médica, y medidas físicas para reducir la fiebre, como compresas frías (6).

Para el cuarto diagnóstico enfermero tenemos (00004) Riesgo de infección r/c procedimientos invasivos (7). Un riesgo de infección, la colonización o infección del catéter, la infección en el sitio de inserción y la bacteriemia asociada al catéter son algunas de las complicaciones de este procedimiento invasivo. Las complicaciones más graves incluyen la tromboflebitis supurada, la endocarditis y las metástasis sépticas, las cuales deben ser consideradas si persiste la fiebre, se presenta un deterioro clínico o se obtienen hemocultivos positivos tres días después de retirar el catéter y con un tratamiento antimicrobiano adecuado. Es importante recordar que los catéteres venosos centrales son la principal causa de bacteriemia nosocomial

y la tercera causa de infección hospitalaria en unidades de cuidados intensivos. por catéter endovenoso. Las intervenciones incluyen lavado de manos, minimizar la manipulación del catéter, tener una adecuada posición del paciente y controlar los signos de infección (7).

Como último diagnostico enfermero tenemos (00182) Disposición para mejorar el autocuidado m/p paciente refiere tiene muchas ganas de aprender a cuidar su salud. Esta disposición nos demuestra como el paciente tiene el interés de mejorar su autocuidado y alcanzar sus objetivos de salud. Dentro de las intervenciones tenemos, educar al paciente de las acciones que el pueda realizar para fortalecer y cuidar de su salud (8).

4- Conclusión

El proceso de cuidado de enfermería está integrado con las taxonomías de diagnósticos enfermeros NANDA¹, resultados de NOC y NIC. Se priorizaron los diagnósticos enfermeros y se establecieron objetivos basados en los resultados deseados, los cuales fueron parcialmente alcanzados. (00132) Dolor agudo relacionado con Agente lesivo biológico Escala de EVA 10/10 m/p Paciente quejumbroso, se queja y lo único que solicita es que calme su dolor. (00007) Hipertermia r/c Deshidratación con m/p temperatura (00011) Estreñimiento r/c ingesta insuficiente de líquidos sufre de estreñimiento con frecuencia m/p Paciente refiere bebe poca agua o se olvida (00004) Riesgo de infección r/c procedimientos invasivos. Disposición para mejorar el autocuidado m/p paciente refiere tiene muchas ganas de aprender a cuidar su salud se les proporcionaron todas las atenciones

conforme a los planes de cuidado personalizados y el paciente fue dada de alta con sus respectivas recomendaciones específicas para el proceso de recuperación.