

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud



Una Institución Adventista

Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente con pancreatitis aguda en el Servicio de Emergencias de un hospital de Lima, 2018

Por:

Fiorella Taís Blas Obispo

Asesor:

Mg. Neal Henry Reyes Gastañadui

Lima, abril de 2019

DECLARACIÓN JURADA
DE AUTORÍA DEL TRABAJO ACADÉMICO

Yo, NEAL HENRY REYES GASTAÑADUI, adscrito a la Facultad de Ciencias de la Salud, y docente en la Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud de la Escuela de Posgrado de la Universidad Peruana Unión.

DECLARO:

Que el presente trabajo de investigación titulado: *“Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente con pancreatitis aguda en el Servicio de Emergencias de un hospital de Lima, 2018”* constituye la memoria que presenta la licenciada BLAS OBISPO FIORELLA TAIS para aspirar al título de segunda especialidad profesional de enfermería en Emergencias y Desastres ha sido realizada en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

Las opiniones y declaraciones de este trabajo académico son de entera responsabilidad del autor, sin comprometer a la institución.

Y estando de acuerdo, firmo la presente declaración en Lima, a los treinta días del mes de abril de 2019.



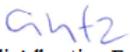
Mg. Neal Henry Reyes Gastañadui

Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente con pancreatitis aguda en el Servicio de
Emergencias de un hospital de Lima, 2018

TRABAJO ACADÉMICO

Presentado para optar el título de segunda especialidad profesional de enfermería en
Emergencias y Desastres

JURADO CALIFICADOR


Dra. Lili Albertina Fernández Molocho

Presidente


Mg. Nira Herminia Cutipa Gonzales

Secretario


Mg. Neal Henry Reyes Gastañadui
Asesor

Lima, 30 de abril de 2019

Índice

Símbolos usados.....	viii
Resumen.....	x
Capítulo I: Valoración.....	11
Datos generales	11
Valoración según patrones funcionales.....	11
Datos de valoración complementarios:	13
Exámenes auxiliares	13
TAC abdominal contrastada.....	14
Tratamiento Médico:	14
Capítulo II: Diagnóstico, planificación y ejecución	16
Diagnóstico enfermero	16
Planificación.....	18
Priorización.....	18
Plan de Cuidados	20
Capítulo III: Marco teórico	25
Dolor agudo.....	25
Patrón respiratorio ineficaz	28
Déficit de volumen de líquidos	31

Ansiedad.....	33
Riesgo de infección	36
Capítulo IV: Evaluación y conclusiones.....	40
Evaluación.....	40
Evaluación por días de atención: Primer día.	40
Evaluación por días de atención: Segundo día.	41
Evaluación por días de atención: Tercer día.....	42
Conclusión.....	43
Referencias.....	44
Apéndices.....	48

Índice de tablas

Tabla 1 Amilasa sérica	13
Tabla 2 Lipasa sérica	13
Tabla 3 Calcio sérico	13
Tabla 4 Hemograma y glucosa	14
Tabla 5 Transaminasa y deshidrogenasa láctica	14
Tabla 6 Dolor agudo	20
Tabla 7 Patrón respiratorio.....	21
Tabla 8 Déficit de volumen de líquidos	22
Tabla 9 Ansiedad	23
Tabla 10 Riesgo de infección.....	24

Índice de anexos

Apéndice A. Formato de hoja de valoración.....	48
Apéndice B. Consentimiento informado.....	50

Símbolos usados

CVP: catéter venoso periférico

PAO₂: presión parcial de oxígeno en la sangre arterial

SATO₂: saturación de oxígeno

PACO₂: presión parcial de dióxido de carbono en la sangre arterial

O₂: oxígeno

FR: frecuencia respiratoria

CBN: cánula binasal

PRN: administración de medicación a criterio del cuidador

BHE: balance hídrico electrolítico

LDH: Deshidrogenasa Láctica

TGO: Transaminasa Glutámico Oxalacética

NPO: nada por vía oral

UCIN: unidad de cuidados intermedios

EV: endovenoso

NACL: cloruro de sodio

FV: funciones vitales

IV: intravenosa

PAE: proceso de atención de enfermería

NANDA: North American Nursing Diagnosis Association

NIC: Nursing Interventions Classification

NOC: Nursing Outcomes Classification

ITU: infección del tracto urinario

STAT: statum o inmediatamente

MINSA: Ministerio de Salud

Resumen

La aplicación del presente PAE corresponde al paciente identificado con YGOB, aplicado en 3 días, a partir de su ingreso al servicio de emergencias en un hospital de Lima. El diagnóstico médico, al ingreso del paciente, fue Pancreatitis Aguda. La valoración y recolección de datos se realizó a través de la entrevista y guía de valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon, donde se identificaron 8 diagnósticos de enfermería, donde se priorizaron 5 que fueron: Dolor agudo relacionado con inflamación del páncreas, patrón respiratorio ineficaz relacionado con dolor y ansiedad, déficit de volumen de líquidos relacionado con mecanismos de regulación comprometidos, ansiedad relacionada con grandes cambios en el estado de salud y el entorno y riesgo de infección relacionado con procedimiento invasivos. Los objetivos generales fueron: el paciente disminuirá dolor agudo durante el turno, presentará mejoría del patrón respiratorio en el turno, presentará equilibrio hídrico en el turno, disminuirá sensación de ansiedad en el turno y presentará ausencia de signos y síntomas de infección durante su estancia en el servicio. De los 5 objetivos propuestos se alcanzaron el primero, segundo, tercero y el quinto; sin embargo, el cuarto objetivo fue parcialmente alcanzado ya que no se pudo alcanzar en su totalidad debido a que era la primera hospitalización del paciente y a los pendientes importantes en su centro de labores. Se concluye que el proceso de atención de enfermería empleado en el caso, fue de gran importancia ya que, gracias a su aplicación racional y sistemática, se lograron mejoras en el estado de salud y bienestar del paciente.

Palabras clave: Proceso de atención de enfermería, guía de valoración, diagnósticos de enfermería.

Capítulo I

Valoración

Datos generales

Nombre: YGOB

Edad: 64 años

Motivo de ingreso y diagnóstico médico: el paciente varón adulto maduro, ingresa al servicio de emergencias presentando dolor abdominal de inicio súbito progresivo y transfiectivo en horas de trabajo que se intensifica después de llegar a casa y desayunar; además, el paciente presentó sensación de calentura de 37.5°C al control en casa, sensación de náuseas seguidas de 5 vómitos alimenticios por lo que acude a emergencias acompañado de la esposa e hijos. El diagnóstico médico atribuido al paciente fue pancreatitis aguda. El paciente fue atendido por 7 días en el hospital, de los cuales 3 días fueron en emergencias y 4 días en hospitalización medicina.

Días de hospitalización: 3 días en emergencias y 4 días en hospitalización medicina.

Días de atención de enfermería: 3 días en emergencias.

Valoración según patrones funcionales

Patrón 1: Percepción - manejo de la salud

El paciente adulto maduro niega antecedentes familiares, antecedentes quirúrgicos y enfermedades crónicas, asimismo presenta adecuado estado de higiene a la valoración. Referente a los hábitos nocivos paciente indica que consumía alcohol con frecuencia de 1 a 2 veces por semana.

Patrón 2: Nutricional - metabólico

El paciente adulto maduro presenta a la valoración piel y mucosa oral seca, abdomen distendido doloroso a la palpación, ruidos hidroaéreos abdominales disminuidos, sensación de náuseas y 5 vómitos de contenido alimenticio en casa.

Patrón 3: Eliminación

El paciente presenta oliguria (aproximadamente 100 ml en 6 horas), se realiza colocación de sonda Foley n°18.

Patrón 4: Actividad – ejercicio**Actividad respiratoria**

El paciente adulto maduro presenta a la valoración respiración superficial e irregular, disnea en reposo, aleteo nasal y frecuencia respiratoria de 32 por minuto.

Actividad circulatoria

El paciente adulto maduro presenta a la valoración frecuencia cardiaca de 120 latidos por minuto, presión arterial 132/89 mmHg y además es portador de 1 catéter venoso periférico en cada brazo.

Patrón 6: Cognitivo - perceptual

El paciente adulto maduro, presenta facies de dolor y postura antiálgica refiriendo dolor transfixivo en zona de epigastrio que se irradia a la espalda tipo faja. Se valora dolor según escala visual analógica obteniendo un valor de 8/10 puntos.

Patrón 7: Autopercepción – autoconcepto

A la evaluación del estado emocional del paciente, este se muestra intranquilo y ansioso durante la entrevista; asimismo, refiere sentirse preocupado por su diagnóstico médico, indicando que tiene trabajo acumulado y que sólo él puede resolver por ser el único comprador

en su centro de trabajo y con el diagnóstico de pancreatitis aguda se atrasará la obra para la cual compra materiales.

Patrón 8: Rol - relaciones

El paciente adulto maduro de profesión ingeniero, acompañado de la esposa y sus 2 hijos presenta diagnóstico de pancreatitis aguda, refiriendo que concerniente a su enfermedad actual carece de conocimientos sobre la complejidad, los riesgos que conlleva y el tratamiento de la misma ya que sostiene querer curarse rápido por tener muchos pendientes laborales.

Datos de valoración complementarios:

Exámenes auxiliares

Tabla 1

Amilasa sérica

Compuesto	Valor encontrado
Amilasa sérica (28 - 100 u/l)	200 u/l

Fuente: Resultado de laboratorio

Interpretación: amilasa sérica elevada revela inflamación del páncreas

Tabla 2

Lipasa sérica

Compuesto	Valor encontrado
Lipasa sérica (13 - 60 u/l)	100 u/l

Fuente: Resultado de laboratorio

Interpretación: lipasa sérica elevada indica inflamación del páncreas

Tabla 3

Calcio sérico

Compuesto	Valor encontrado
Calcio sérico (8.5 - 10.2 mg/dl)	10 mg/dl

Fuente: Resultado de laboratorio

Interpretación: La hipocalcemia es predictor temprano de Pancreatitis aguda necrotizante.

Tabla 4
Hemograma y Glucosa

Compuesto	Valor encontrado
Leucocitos 4,000 – 11,000 mm ³	15,000 mm ³
Hematocrito 42 – 52 %	42%
Glucosa (80 – 140 mg/dl)	180 mg/dl

Fuente: Resultado de laboratorio

Interpretación: los glóbulos blancos elevados indican inflamación y/o infección. El hematocrito presenta un valor límite normal bajo. El valor de glucosa muestra hiperglicemia.

Tabla 5
Transaminasa y Deshidrogenasa Láctica

Compuesto	Valor encontrado
TGO (0 - 30 U/L)	250
LDH (105 - 333 UI/L)	340

Fuente: Resultado de laboratorio

Interpretación: La TGO elevada indica un proceso que causa daño o lesión al hígado. La LDH elevada indica daño y necrosis celular.

TAC abdominal contrastada

Conclusión: Pancreatitis leve sin colecciones, ni necrosis. Se visualiza realce homogéneo del páncreas.

Tratamiento médico:

Primer día (01/04/18)

NPO

Cloruro de Sodio 9% 1000cc EV 220cc/h

Tramadol EV c/8 horas 100mg

Dimenhidrinato 50mg EV STAT PRN a vómito

Hioscina EV c/8 horas 20mg

Metamizol 1.5gr EV STAT PRN a fiebre

O2 por CBN PRN a SatO2: $\geq 92\%$

Colocación de sonda Foley

BHE

Segundo día (02/04/18)

NPO

Cloruro de Sodio 9% 1000cc EV 200cc/h

Tramadol EV c/8 horas 100mg

Hioscina EV c/8 horas 20mg

Metamizol 1.5gr EV STAT PRN a fiebre

O2 por CBN PRN a SatO2: $\geq 92\%$

BHE

Tercer día (03/04/18)

NPO

Cloruro de Sodio 9% 1000cc EV 100cc/h

Tramadol EV c/8 horas 100mg

Hioscina EV c/8 horas 20mg

Metamizol 1.5gr EV STAT PRN a fiebre

BHE

Capítulo II

Diagnóstico, planificación y ejecución

Diagnóstico enfermero

Primer diagnóstico:

Características definitorias: informe verbal de dolor 8/10 puntos según EVA, facies de dolor, postura antiálgica y frecuencia cardíaca de 120 latidos por minuto.

Etiqueta diagnóstica: dolor agudo.

Factor relacionado: inflamación del páncreas.

Enunciado diagnóstico: Dolor agudo relacionado con inflamación del páncreas evidenciado por informe verbal de dolor (EVA: 8/10 puntos) facies de dolor, postura antiálgica y frecuencia cardíaca de 120 latidos por minuto.

Segundo diagnóstico:

Características definitorias: respiración superficial e irregular, disnea, FR: 32 por minuto y aleteo nasal.

Etiqueta diagnóstica: patrón respiratorio ineficaz.

Factor relacionado: dolor y ansiedad.

Enunciado diagnóstico: patrón respiratorio ineficaz relacionado con dolor y ansiedad evidenciada por respiración superficial e irregular, disnea, FR: 32 por minuto y aleteo nasal secundario a Pancreatitis aguda.

Tercer diagnóstico:

Características definitorias: frecuencia cardíaca de 120 latidos por minuto, oliguria, piel y mucosa oral seca secundario a pancreatitis aguda.

Etiqueta diagnóstica: déficit de volumen de líquidos.

Factor relacionado: mecanismos de regulación comprometidos.

Enunciado diagnóstico: déficit de volumen de líquidos relacionado con mecanismos de regulación comprometidos evidenciado por frecuencia cardiaca de 120 latidos por minuto, oliguria, piel y mucosa oral seca secundario a Pancreatitis aguda.

Cuarto diagnóstico:

Características definitorias: intranquilidad, preocupación, incertidumbre, frecuencia cardiaca de 120 latidos por minuto y frecuencia respiratoria de 32 por minuto.

Etiqueta diagnóstica: ansiedad.

Factor relacionado: grandes cambios en el estado de salud y el entorno.

Enunciado diagnóstico: ansiedad relacionada con grandes cambios en el estado de salud y el entorno evidenciado por intranquilidad, preocupación, incertidumbre, frecuencia cardiaca de 120 latidos por minuto y frecuencia respiratoria de 32 por minuto.

Quinto diagnóstico:

Características definitorias: alteración de la interpretación a los estímulos.

Etiqueta diagnóstica: conocimientos deficientes acerca de la enfermedad de pancreatitis.

Factor relacionado: mala interpretación de la información.

Enunciado diagnóstico: conocimientos deficientes acerca de la enfermedad de Pancreatitis relacionado con mala interpretación de la información evidenciada por alteración de la interpretación a los estímulos.

Sexto diagnóstico:

Características definitorias: frecuencia cardiaca de 120 latidos por minuto y sequedad bucal.

Etiqueta diagnóstica: temor.

Factor relacionado: falta de familiaridad con la experiencia.

Enunciado diagnóstico: temor relacionado con falta de familiaridad con la experiencia evidenciada por frecuencia cardiaca de 120 latidos por minuto y sequedad bucal.

Séptimo diagnóstico:

Características definitorias: Incapacidad percibida para ingerir alimentos secundarios a medidas terapéuticas.

Etiqueta diagnóstica: desequilibrio nutricional inferior a las necesidades corporales.

Factor relacionado: incapacidad para ingerir alimentos.

Enunciado diagnóstico: desequilibrio nutricional inferior a las necesidades corporales relacionado con incapacidad para ingerir alimento secundario a medidas terapéuticas.

Octavo diagnóstico:

Características definitorias: no presenta.

Etiqueta diagnóstica: riesgo de infección.

Factor de riesgo: presencia de sonda Foley y catéteres venosos periféricos.

Enunciado diagnóstico: riesgo de infección relacionado con procedimiento invasivos.

Planificación

Priorización

1. Dolor agudo relacionado con inflamación del páncreas evidenciado por informe verbal de dolor (EVA: 8/10 puntos) facies de dolor, postura antiálgica y frecuencia cardiaca de 120 latidos por minuto.

2. Patrón respiratorio ineficaz relacionado con dolor y ansiedad evidenciada por respiración superficial e irregular, disnea, FR 32 por minuto y aleteo nasal secundario a Pancreatitis aguda.
3. Déficit de volumen de líquidos relacionado con mecanismos de regulación comprometidos evidenciado por frecuencia cardíaca de 120 latidos por minuto, oliguria, piel y mucosa oral seca secundario a Pancreatitis aguda.
4. Ansiedad relacionada con grandes cambios en el estado de salud y el entorno evidenciado por intranquilidad, preocupación, incertidumbre, frecuencia cardíaca de 120 latidos por minuto y frecuencia respiratoria de 32 por minuto.
5. Riesgo de infección relacionado con procedimiento invasivos.
6. Desequilibrio nutricional inferior a las necesidades corporales relacionado con incapacidad para ingerir alimento secundario a medidas terapéuticas.
7. Conocimientos deficientes acerca de la enfermedad de Pancreatitis relacionado con mala interpretación de la información evidenciada por alteración de la interpretación a los estímulos.
8. Temor relacionado con falta de familiaridad con la experiencia evidenciada por frecuencia cardíaca de 120 latidos por minuto y sequedad bucal.

Plan de Cuidados

Tabla 6

Dolor agudo relacionado con inflamación del páncreas evidenciado por informe verbal de dolor (EVA: 8/10 puntos) facies de dolor, postura antiálgica y frecuencia cardiaca de 120 latidos por minuto

Objetivo / Resultados	PLANIFICACIÓN Intervenciones	EJECUCIÓN		
		01/04/2018	02/04/2018	03/04/2018
		M	T	N
Objetivo general:	1. Realizar valoración de funciones vitales en el paciente.	09:00	13:10	19:10
El paciente disminuirá dolor agudo durante el turno.	2. Proporcionar al paciente un entorno tranquilo y reposado.	09:00		19:10
	3. Indagar las referencias verbales de dolor del paciente, observando localización específica e intensidad según escala visual analógica (EVA).	09:05	13:15	19:15
Resultados:				
1.El paciente verbalizará disminución de dolor en 2 puntos según EVA.	4. Promover posiciones cómodas en el paciente, por ejemplo: sentado e inclinado hacia adelante.	09:10	13:20	19:20
2.El paciente mostrará facies de alivio durante el turno.	5. Administrar medicamento opiáceo: Tramadol 100 mg en infusión endovenosa.	09:20	18:00	02:00
	6. Administrar medicamento antiespasmódico: Hioscina 20 mg endovenoso.	09:20	18:00	02:00
3. El paciente presentará ausencia de postura antiálgica.	7. Educar al paciente acerca del uso de técnicas no farmacológicas para manejo del dolor, por ejemplo: distracción, relajación y visualización.	10:00	14:00	
4.El paciente presentará FC entre 60 y 100 latidos por minuto en el turno.	8. Indicar apoyo y participación de la familia en el uso de técnicas no farmacológicas para manejo del dolor.	12:00	14:00	20:00

Tabla 7

Patrón respiratorio ineficaz relacionado con dolor y ansiedad evidenciada por respiración superficial e irregular, disnea, FR: 32 por minuto y aleteo nasal secundario a Pancreatitis aguda

Objetivo / Resultados	PLANIFICACIÓN		EJECUCIÓN		
	Intervenciones	01/04/2018	02/04/2018	03/04/2018	
		M	T	N	
Objetivo general:	1. Elevar la cabecera de la cama, ayudar al paciente a adoptar una posición que facilite el trabajo respiratorio. Recomendar respiraciones profundas - lentas o con labios fruncidos según necesidad / tolerancia individual.	09:00	13:10	19:10	
El paciente presentará mejoría del patrón respiratorio al final del turno.	2. Valorar la permeabilidad de la vía aérea del paciente.	09:00	13:10	19:10	
	3. Valorar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo en las respiraciones del paciente.	09:05	13:15	19:15	
Resultados:	4. Anotar el movimiento torácico, mirando simetría, utilización de músculos accesorios y retracciones de músculos intercostales y supraclaviculares.	09:10	13:20	19:20	
1. El paciente presentará FR entre 14 y 20 respiraciones por minuto en el turno.	5. Administrar oxígeno por medio de cánula binasal de acuerdo a requerimientos del paciente.	09:20	13:25	19:25	
2. El paciente presentará respiraciones regulares y sin esfuerzo en el turno.	6. Vigilar la oximetría de pulso y revisar los informes de las radiografías torácicas.	10:30	15:00	22:00	
	7. Auscultar ruidos respiratorios en paciente.	09:10	13:15	19:20	
3. El paciente presentará ausencia de aleteo nasal en el turno.	8. Registrar incrementos de nerviosismo, confusión y letargo en el paciente.	11:00	15:00	22:00	

Tabla 8

Déficit de volumen de líquidos relacionado con mecanismos de regulación comprometidos evidenciado por frecuencia cardiaca de 120 latidos por minuto, oliguria, piel y mucosa oral seca secundario a Pancreatitis aguda

Objetivo / Resultados	PLANIFICACIÓN		EJECUCIÓN		
	Intervenciones	01/04/2018	02/04/2018	03/04/2018	
		M	T	N	
Objetivo general:	1. Realizar control de signos vitales.	09:00	13:10	19:10	
El paciente mostrará volumen de líquidos adecuado al final del turno.	2. Observar si la piel y las membranas mucosas están excesivamente secas, la turgencia cutánea, disminuida y el llenado capilar reducido.	09:10	13:10	19:10	
Resultados:	3. Realizar colocación de Sonda Foley para control estricto de la diuresis.	09:25			
1. El paciente presentará frecuencia cardiaca entre 60 y 100 latidos por minuto.	4. Administrar hidratación con NaCl 9% vía endovenosa según indicación.	09:40	13:15	19:15	
2. El paciente presentará débito urinario de 50 cc/h durante el turno.	5. Realizar reposición volumen a volumen 1000cc con NaCl 9% vía EV a goteo rápido.	09:15			
	6. Valorar ruidos respiratorios, presencia de disnea y respiraciones ruidosas en el paciente.	09:10	13:10	19:10	
3. El paciente evidenciará piel y mucosa oral húmeda en el turno.	7. Realizar controles seriados de electrolitos en sangre.	09:10	13:15	19:15	
	8. Realizar balance hídrico en cada turno.	13:00	19:00	06:00	

Tabla 9

Ansiedad relacionada con grandes cambios en el estado de salud y el entorno evidenciado por intranquilidad, preocupación, incertidumbre, frecuencia cardiaca de 120 latidos por minuto y frecuencia respiratoria de 32 por minuto

Objetivo / Resultados	PLANIFICACIÓN		EJECUCIÓN		
	Intervenciones	01/04/2018	02/04/2018	03/04/2018	
		M	T	N	
Objetivo general:	1. Favorecer un ambiente despejado, sin interrupciones y con luces suaves.	09:45		19:10	
El paciente disminuirá sensación de ansiedad durante el turno.	2. Mostrar actitud empática en el contacto con el paciente.	09:00	13:10	19:10	
	3. Observar las señales conductuales; p. ej. inquietud, irritabilidad, falta de contacto ocular, preocupación e incertidumbre.	09:00	13:10	19:10	
Resultados:					
1. El paciente presentará ecuanimidad y certeza sobre su enfermedad en el turno.	4. Acompañar al paciente; admitiendo su ansiedad. No negar ni tranquilizar al paciente diciéndole que todo irá bien.	09:30	13:30	19:30	
	5. Proporcionar información oportuna y adecuada respecto al diagnóstico, tratamiento y pronóstico.	09:30	13:30	19:30	
2. El paciente presentará FR entre 14 y 20 respiraciones por minuto en el turno.	6. Escuchar las expresiones verbales de los sentimientos del paciente	09:00	13:10	19:10	
	7. Ayudar al paciente a aprender nuevos mecanismos de afrontamiento; p. ej. técnicas de control de estrés.	10:30	13:30		
3. El paciente presentará FC entre 60 y 100 latidos por minuto en el turno.	8. Recomendar a la familia que transmitan cariño al paciente y preocupación por su estado de salud.	10:30	14:00	20:00	

Tabla 10
Riesgo de infección relacionado con procedimiento invasivos

Objetivo / Resultados	PLANIFICACIÓN		EJECUCIÓN		
	Intervenciones	01/04/2018	02/04/2018	03/04/2018	
		M	T	N	
Objetivo general:	1. Realizar técnica del lavado de manos aplicando los 5 momentos.	09:00	13:10	19:10	
El paciente disminuirá riesgo de infección durante su estancia en emergencias.	2. Valorar signos vitales en el paciente.	09:00	13:10	19:10	
	3. Vigilar la aparición de fiebre, escalofríos, sudoración, alteración del grado de conciencia. Inspeccionar la presencia de erupciones cutáneas.	09:10	13:20	19:20	
	4. Utilizar una técnica aséptica al cuidar o manipular las vías IV. Comprobar la presencia de edema y supuración purulenta.	09:30	13:30	19:30	
	5. Mantener la integridad del sistema de drenaje urinario cerrado.	09:30	13:40	19:40	
	6. Comprobar el color y claridad de la orina y si tiene mal olor.	09:30	13:40	19:40	
	7. Realizar examen de orina y urocultivo en caso de aparición de signos y síntomas de ITU.			23:00	

Capítulo III

Marco teórico

Dolor agudo

Según Sánchez y Aranda (2012), refieren que los síntomas de la pancreatitis aguda son variables, van desde el dolor abdominal leve hasta manifestaciones sistémicas, como desequilibrios metabólicos y shock. El dolor abdominal es el síntoma más común y se presenta hasta en un 87% de los casos, seguido de vómitos, distensión e hipersensibilidad abdominal, incrementándose el dolor por la ingesta de alimentos. Por su parte, Vicente, Delgado, Bandres, Ramirez, & Capdevila (2018) indican que la pancreatitis aguda se manifiesta casi siempre como un dolor de abdomen continuo e intenso, localizado principalmente en su parte superior aunque puede ocupar todo el vientre, con frecuencia irradiado a la espalda "en cinturón" y acompañado en la mayor parte de los casos de náuseas y vómitos.

Poggi & Ibarra (2007) refieren que las principales alteraciones cardiovasculares que produce el dolor son taquicardia, hipertensión, aumento de la contractilidad miocárdica y de la resistencia vascular sistémica, estos elementos causan un aumento en la demanda y el consumo de oxígeno por el miocardio. Por otro lado, Perez (2012) menciona que en el dolor hay una vasoconstricción coronaria que trae consigo una disminución en el aporte de oxígeno. Ambos elementos contrapuestos facilitan la aparición de arritmias e isquemia cardíaca, incluso shock cardiogénico.

El paciente en estudio presenta el síntoma más característico de la pancreatitis aguda que es el dolor abdominal de inicio súbito manifestado por referencia de intensidad del dolor según EVA: 8/10 puntos, expresión facial de dolor, postura antiálgica y frecuencia cardíaca de 120 latidos por minuto. Por tanto se determina utilizar, según el NANDA (2015), el

siguiente diagnóstico: dolor agudo relacionado con inflamación del páncreas evidenciado por informe verbal de dolor (EVA: 8/10 puntos) facies de dolor, postura antiálgica y frecuencia cardíaca de 120 latidos por minuto.

En tal sentido, se ejecutaron las siguientes intervenciones de enfermería: Se valoró las funciones vitales puesto que según Villegas indica que estos constituyen una herramienta valiosa, como indicadores del estado funcional del individuo y su toma está indicada al ingreso y egreso del paciente al centro asistencial, durante la estancia hospitalaria, de inmediato cuando el paciente manifiesta cambios en su condición funcional y según la prescripción médica; en el paciente estable se requiere un control por turno; pero en el paciente en estado crítico, el monitoreo de los signos vitales es una acción permanente.

Otra intervención importante es proporcionar al paciente un entorno tranquilo y reposado ya que Doenges, Moorhouse, & Murr (2008) refieren que hay que tener en cuenta que los enfermos tienen más agudizados los sentidos pues el miedo, que acompaña a todo sufrimiento, es una reacción ante el peligro cercano e inminente para la vida o el bienestar. Y toda situación de peligro produce un estado de alerta y vigilancia que aumenta el volumen de las sensaciones captadas por los sentidos. Por ello, los enfermos perciben con gran intensidad los estímulos desagradables del entorno, y eso empeora el estado psicológico producido por las sensaciones, también desagradables, de su cuerpo enfermo. De ahí la importancia de rodearle de un ambiente de estímulos agradables que han de ser renovados y frecuentes.

Otra intervención sustancial es indagar las referencias verbales de dolor del paciente, observando su localización específica e intensidad según EVA ya que Doenges, Moorhouse, & Murr (2008) indican que el dolor en la pancreatitis aguda suele ser difuso, intenso e implacable; un dolor aislado en el cuadrante superior derecho es indicativo de afección de la cabeza del páncreas; un dolor en el cuadrante superior izquierdo es indicativo de la cola del páncreas y un dolor localizado puede indicar el desarrollo de pseudoquistes o abscesos

pancreáticos. Otra intervención significativa es promover posiciones cómodas en el paciente, por ejemplo, sentado e inclinado hacia adelante ya que Potter & Perry (2015) describen que sentarse con inclinación hacia adelante reduce la presión abdominal, proporcionando cierto alivio del dolor a diferencia de la posición supina que suele incrementar el dolor.

Asimismo, otra intervención importante es administrar un medicamento opiáceo puesto que Basurto, Smeltzer, Bare, Hinkle, & Cheever (2017) refieren que los opiáceos pueden ser una opción apropiada para el tratamiento del dolor de pancreatitis aguda. Comparados con otras opciones analgésicas, los opiáceos pueden reducir la necesidad de analgesia complementaria.

Otro medicamento importante a administrar, según señala Poggi & Ibarra (2007), es un antiespasmódico ya que el espasmo con dolor abdominal resulta de desórdenes inflamatorios, infecciosos o isquémicos; se manifiesta en numerosos cuadros gastrointestinales como dispepsia, pancreatitis, enteritis, peritonitis, entre otros. En casos de dolor muy intenso y altamente incapacitante están indicados los opioides solos o en combinación con espasmolíticos.

Otra intervención significativa es educar al paciente acerca del uso de técnicas no farmacológicas para manejo del dolor, por ejemplo: distracción, relajación y visualización ya que según García (2017) refiere, las técnicas no farmacológicas para manejo del dolor tienen como objetivo el dejar los músculos libres de tensión unos minutos para después conseguir un mayor control consciente sobre el estado corporal y mental, de tal manera que la distracción permite aumentar la tolerancia al dolor, aumentar el autocontrol del paciente sobre el dolor y disminuir la intensidad del dolor; referente a la relajación este ofrece beneficios relacionados con la interacción entre dolor, la tensión muscular y la ansiedad, mejorando la sensación de autocontrol y disminuyendo la fatiga; con respecto a la visualización, este utiliza la imaginación del paciente para desarrollar imágenes sensoriales que le proporcionen alivio,

aumentando la confianza del paciente y su capacidad para controlar la experiencia dolorosa, disminuyendo así la intensidad del dolor o haciéndolo más tolerable.

Finalmente, una intervención importante es indicar el apoyo y participación de familiares en el uso de técnicas no farmacológicas para manejo del dolor ya que Triana (2017) describe que las interacciones familiares son muy importantes tanto en el origen como en el curso y resultado de las enfermedades. Este autor señalaba que la familia poseía una influencia directa (pudiendo dificultar o facilitar funciones corporales) como indirecta (ayudando o interfiriendo en la aplicación de tratamientos médicos).

Patrón respiratorio ineficaz

Burgos & Burgos (2003) menciona que en los pacientes con pancreatitis aguda aparecen diferentes grados de insuficiencia respiratoria desde una ligera hipoxemia hasta un distress respiratorio. En un comienzo, el dolor limita la ventilación pulmonar y puede provocar atelectasia pulmonar e hipoxemia. La obesidad, ascitis pancreática, distensión del íleo paralítico y el derrame pleural agravan la insuficiencia respiratoria. Es necesario monitorizar frecuentemente los gases en sangre para indicar la terapia adecuada. Se recomienda efectuar oxigenoterapia y tratamiento agresivo del dolor.

Perez (2012) refiere que las funciones respiratorias se deterioran especialmente cuando las lesiones que provocan dolor afectan la región torácica o el hemiabdomen superior, como sucede en la pancreatitis aguda. En primer lugar aparece contractura refleja de la musculatura toraco-abdominal y disfunción diafragmática, factores que limitan la expansibilidad de la caja torácica, además Farias *et al.* (2012) señalan que hay inhibición voluntaria del reflejo de la tos y la respiración profunda generando un patrón respiratorio incapaz, lo que favorece la retención de secreciones y la consecuente aparición de infecciones respiratorias.

El paciente en estudio presenta dolor en la región de hemiabdomen superior como síntoma más relevante que tiene como consecuencia la limitación de la ventilación pulmonar; al momento de la valoración el paciente evidencia respiración superficial e irregular, disnea, frecuencia respiratoria de 32 por minuto y aleteo nasal. Por lo tanto, se determina utilizar, según el NANDA (2015), el siguiente diagnóstico: Patrón respiratorio ineficaz relacionado con dolor y ansiedad evidenciada por respiración superficial e irregular, disnea, FR: 32 por minuto y aleteo nasal secundario a Pancreatitis aguda.

En tal sentido, se realizaron las siguientes intervenciones de enfermería: Se elevó la cabecera de la cama y se ayudó al paciente a adoptar una posición que facilite el trabajo respiratorio, además se recomendó realizar respiraciones profundas y lentas o con labios fruncidos según su necesidad ya que según refieren Doenges *et al.* (2008) se puede mejorar la oxigenación adoptando una posición erguida y realizando ejercicios respiratorios para reducir el colapso de las vías respiratorias, la disnea y el trabajo respiratorio.

Otra de las intervenciones importantes es valorar la permeabilidad de la vía aérea del paciente, puesto que según Falcon (2015) refiere que para una adecuada ventilación pulmonar, debe estar permeable la vía aérea, existir un funcionamiento correcto de los pulmones y de la pared del tórax, además debe mantenerse una adecuada regulación de todo el proceso, por parte del centro nervioso de la respiración.

Otra intervención significativa es valorar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo en las respiraciones del paciente ya que según indican Arriagada, Smeltzer *et al.* (2017), el control continuo, confiable y preciso de diversos parámetros respiratorios tanto en la admisión del paciente como en el manejo posterior, permite al profesional de la salud la detección temprana de falla respiratoria aguda, la evaluación de la necesidad de soporte ventilatorio, la evaluación de la respuesta al tratamiento y el minimizar las complicaciones asociadas al tratamiento.

Otra intervención importante es anotar el movimiento torácico, mirando simetría, utilización de músculos accesorios y retracciones de músculos intercostales y supraclaviculares ya que según Carmona refiere que los músculos accesorios de la respiración, no actúan en una respiración normal, sólo participan cuando el trabajo respiratorio se ve aumentado.

Otra intervención sustancial es administrar oxígeno por medio de cánula binasal de acuerdo a requerimientos del paciente puesto que según Potter & Perry (2015) describen que la finalidad de la oxigenoterapia es mantener unos niveles de oxigenación adecuados, que eviten la hipoxia tisular.

Otra intervención de enfermería importante es vigilar la oximetría de pulso y revisar los informes de las radiografías torácicas ya que según señalan Doenges *et al.* (2008) la disminución de las PaO₂ o SatO₂ y el incremento de la PaCO₂ (alteración de intercambio gaseoso) y las modificaciones en las radiografías torácicas indican la presencia de complicaciones que requieren una evaluación y tratamiento adicionales.

Asimismo, otra intervención importante es auscultar ruidos respiratorios al paciente ya que según Smeltzer *et al.* (2017) indican que la pérdida de ruidos respiratorios activos en una región con ventilación previa puede reflejar atelectasia. Los ruidos crepitantes o los roncus pueden ser indicativos de acumulación de líquidos (edema intersticial, congestión pulmonar o infección).

Finalmente, una intervención importante es registrar incrementos de nerviosismo, confusión y letargo en el paciente según indican Doenges *et al.* (2008) ya que puede revelar una alteración del intercambio gaseoso, un posible síndrome de insuficiencia respiratoria aguda que requiere una evaluación e intervención rápidas.

Déficit de volumen de líquidos

Guyton (2016) refiere que los trastornos hemodinámicos se producen en la fase inicial de la pancreatitis por liberación de sustancias vasoactivas. Hay una importante restricción de la volemia (vómitos, edema retroperitoneal, íleo paralítico) y un estado hemodinámico muy parecido al de la sepsis (gasto cardíaco elevado y baja resistencia vascular periférica). En las primeras 12 - 24 horas en todos los pacientes sin enfermedad cardiovascular ni renal coexistente a la pancreatitis. Se debe hidratar de forma intensiva iv, adecuando la velocidad de infusión al estado de hidratación, a la capacidad compensatoria del aparato circulatorio y de la función renal.

Soler, Moreira & Lopez (2010) refieren que por lo general la pancreatitis aguda se inicia de manera súbita, con dolor violento, distensión abdominal y vómitos, aparentando una obstrucción de intestino delgado. A medida que el proceso se agrava, los vómitos se hacen constantes y biliosos, ocasionando un déficit en la volemia del paciente. En cuanto a la hidratación y reposición electrolítica debe insistirse sobre todo en la administración cristaloides salinos por vía intravenosa para evitar la deshidratación hiponatémica.

Nieto & Rodriguez (2010) indican que las náuseas y los vómitos están presentes en 80% de los casos y en caso de existir un tercer espacio intraabdominal e importante disminución del volumen, se puede presentar hipotensión y choque en el paciente.

El paciente en estudio presenta déficit de volumen de líquidos a consecuencia de la liberación de sustancias vasoactivas en la enfermedad de pancreatitis aguda originando frecuencia cardíaca de 120 latidos por minuto, oliguria, piel y mucosa oral seca. Por tanto, se determina utilizar según el NANDA (2015) el siguiente diagnóstico: Déficit de volumen de líquidos relacionado con mecanismos de regulación comprometidos evidenciado por frecuencia cardíaca de 120 latidos por minuto, oliguria, piel y mucosa oral seca secundario a Pancreatitis aguda.

En tal sentido, se realizaron las siguientes intervenciones de enfermería: Se valoró las funciones vitales en el paciente ya que según Servicio Extremeño de Salud (2011) señalan que ante un déficit de volumen de líquidos se observa taquicardia con hipotensión de intensidad variable, dependiendo del grado de déficit que tenga el paciente.

Otra intervención importante es observar si la piel y las membranas mucosas están excesivamente secas, asimismo la turgencia cutánea disminuida y el llenado capilar reducido puesto que Doenges et al (2008) señalan que son indicadores de pérdida excesiva de líquidos con una deshidratación a consecuencia.

También se debe colocar una Sonda Foley para control estricto de la diuresis puesto que Smeltzer *et al.* (2017) refieren que la sonda vesical o catéter vesical con balón en la punta o sonda Foley está indicado para realizar un balance hídrico y poder medir la diuresis con exactitud.

Como tratamiento farmacológico substancial es administrar hidratación con NaCl 9% por vía endovenosa según indicación ya que según Doenges *et al.* (2008) señalan que la elección de la solución para fluidoterapia puede tener menos importancia que la rapidez, la cantidad y el volumen de reposición. Se pueden utilizar soluciones salinas o albumina para favorecer la movilización del líquido de nuevo espacio vascular para reducir el riesgo de disfunción renal y edema pulmonar asociado con la pancreatitis.

Así mismo, es importante es realizar reposición volumen a volumen 1000cc con NaCl 9% vía EV a goteo rápido, puesto que Smeltzer *et al.* (2017) refieren que la reposición de líquidos y electrolitos intravenosos está indicada en pacientes que no pueden retener líquidos orales y en pacientes con desbalances hídricos electrolíticos.

Una intervención es valorar los ruidos respiratorios, presencia de disnea y respiraciones ruidosas en el paciente, ya que según Potter & Perry (2015) indican que los

ruidos accesorios (crepitantes) son indicativos de exceso de líquidos y se puede producir un edema pulmonar con rapidez.

Otra intervención importante es realizar controles seriados de electrolitos en sangre ya que según Doenges *et al.* (2008) indican que en función de la vía de pérdida de líquido pueden existir diferentes trastornos metabólicos que requieren su corrección.

Finalmente, una intervención importante es realizar balance hídrico en cada turno, ya que según Doenges *et al.* (2008) refieren que el balance hídrico proporciona las pautas para la reposición hídrica.

Ansiedad

Asuar (2017), en concordancia con la Organización Mundial de la Salud, define la salud como aquel estado de bienestar físico, psíquico y social y no sólo como la ausencia de enfermedad. En este contexto, la enfermedad debe entenderse como un proceso biológico que supone una alteración estructural o funcional, un proceso psicológico conllevan sufrimiento y dolor y un proceso social porque supone una invalidez.

Cada individuo reacciona de manera diferente tras ser ingresado en un hospital, dependiendo de la naturaleza de la enfermedad, de su personalidad, y de su situación vital. Algunos pacientes lo interpretan como un lugar seguro del que van a obtener cuidado y alivio en sus síntomas mientras que otras personas lo ven como un lugar que aumenta su ansiedad.

Castanedo & Valdizan (2015), en un estudio de manifestaciones somáticas en personas con ansiedad, refieren que dentro de los síntomas somáticos, físicos u objetivos, en la mayoría, se presentaron trastornos del sueño: insomnio inicial o de mantenimiento (despertares nocturnos), sueño intranquilo, somnólocuos y pesadillas; también, la hiperactividad-excitación, dada por inquietud o crisis de ansiedad, que se comportan como síntomas disruptivos. En cambio, también estaban presentes aquellos equivalentes de la ansiedad somatizada, tales como, la taquicardia y/o las palpitaciones, el salto epigástrico, el

dolor abdominal, la sudoración o la transpiración. Nada despreciable resultaron la disnea, y la opresión en el pecho y/o el dolor precordial. En menor cuantía se presentó hiperfagia o anorexia, temblores y/o tensión muscular, náuseas y/o vómitos, mareos y cefalea.

El paciente en estudio muestra intranquilidad, preocupación, incertidumbre, frecuencia cardíaca de 120 por minuto, frecuencia respiratoria de 32 por minuto debido a que la pancreatitis aguda es una enfermedad de inicio rápido, intenso y constante, ocasionando cambios en sus actividades personales, familiares y laborales. Por tanto, se determina utilizar según el NANDA (2015), el siguiente diagnóstico: Ansiedad relacionada con grandes cambios en el estado de salud y el entorno evidenciado por intranquilidad, preocupación, incertidumbre, frecuencia cardíaca de 120 por minuto y frecuencia respiratoria de 32 por minuto.

En tal sentido se realizaron las siguientes intervenciones de enfermería: Se favoreció un ambiente despejado, sin interrupciones y con luces suaves, ya que según Doenges *et al* (2008), mencionan que alejar al paciente de sus tensiones ayuda al relajamiento, lo cual reduce la ansiedad, asimismo facilita la relajación y aumenta la capacidad para afrontar su situación.

Otra intervención importante es mostrar actitud empática al contacto con el paciente puesto que según Potter & Perry (2015) señalan que el cuidado que imparte la enfermera requiere de actitudes empáticas sustentadas en sentimiento de comprensión entre dos personas, que les permite interactuar mediante acciones individuales con un objetivo común, asimismo señalan que los pacientes aprecian a los profesionales que combinan su competencia técnica con la amabilidad, característica humana que identifica su relación con el éxito del tratamiento integral.

Se debe observar las señales conductuales en el paciente como inquietud, irritabilidad, falta de contacto ocular, preocupación e incertidumbre, ya que según Doenges *et al.* (2008)

manifiestan que estas señales conductuales son indicadores del grado de ansiedad y estrés que presenta el paciente.

Es importante acompañar al paciente, admitiendo su ansiedad, no negar ni tranquilizar al paciente diciéndole que todo irá bien ya que según Smeltzer *et al.* (2017) señalan que esta intervención confirma el valor del paciente como ser humano, que necesita atención para afrontar su enfermedad.

La siguiente intervención importante es proveer información oportuna y adecuada respecto al diagnóstico, tratamiento y pronóstico puesto que Doenges *et al.* (2008) indican que el conocimiento de lo que se puede esperar puede reducir la ansiedad, tanto en el paciente como en los allegados.

Así mismo, otra intervención importante es escuchar la expresión verbal de los sentimientos del paciente ya que según Smeltzer *et al.* (2017) señalan que esta intervención establece una relación terapéutica y ayuda al paciente a identificar los problemas que causan estrés.

Siguiendo con las intervenciones podemos ayudar al paciente a aprender nuevos mecanismos de afrontamiento, por ejemplo técnicas de control de estrés ya que según manifiestan Doenges *et al.* (2008) puede ser útil aprender nuevas maneras de afrontar la situación para reducir el estrés y la ansiedad, mejorando el control de la enfermedad.

Finalmente, una intervención importante es recomendar a la familia que transmita cariño al paciente y preocupación por su estado de salud, ya que según Smeltzer *et al.* (2017) mencionan que la eliminación de los factores estresantes para el paciente puede ayudarlo a sentirse más tranquilo, pudiendo utilizar la energía directamente en el proceso de recuperación.

Riesgo de infección

Asuar (2017) refiere que los accesos más utilizados en la práctica clínica son los catéteres venosos periféricos cortos. Insertar un catéter venoso es un proceso invasivo que genera dolor, incomodidad y complicaciones, una de ellas la flebitis. Aunque la incidencia de flebitis es relativamente baja, la frecuencia y cantidad de catéteres periféricos que son utilizados en la práctica clínica convierten a la flebitis en un problema serio, con serias repercusiones económicas.

Gehlbach & Hall (2014) refieren que el CVP es el “pariente pobre” de los catéteres venosos, minimizándose erróneamente el impacto que tiene su uso indebido y las complicaciones resultantes. Concienciados del tema, es hora de adoptar estrategias y protocolos de actuación para evitar los riesgos derivados de un abuso y de un mal uso de los mismos. Hay que reflexionar a diario sobre la conveniencia o no del catéter, revisar el punto de inserción y actuar precozmente frente a cualquier sospecha de flebitis, infección o disfunción.

Hay que fomentar el registro informatizado de los catéteres periféricos, incluyendo las siguientes variables: Fecha y lugar de inserción, revisión diaria, motivo de su utilización, fecha de retirada y causa (Berman, 2013).

La implementación actual en la mayoría de hospitales de registros informatizados de la labor de enfermería, es una oportunidad única para poder llevar a cabo programas de vigilancia intensiva del uso y de las complicaciones de los CVP en base a días de riesgo, cosa que de otra manera es imposible de llevar a cabo por lo laborioso que resulta.

García & Noguera (2010) indican que la sonda vesical es un factor de riesgo especial de ITU. La ITU asociada a sondaje es la infección nosocomial más frecuente (el 40% del total, el 80% de la ITU nosocomial) y donde la duración del sondaje es el factor más determinante para adquirirla, con un riesgo de infección del 3 - 7% por día de sondaje.

Además, múltiples factores (edad avanzada, inmunodepresión, antibioterapia) pueden contribuir a que los sondados sean un reservorio de microorganismos resistentes, transmisibles a otros pacientes y de difícil tratamiento.

Hernández, Mohamed, & Aliaga (2007) señalan que las personas sometidas a sondaje vesical, además de albergar con frecuencia especies microbianas con una sensibilidad a los antibióticos restringida, constituyen un reservorio de cepas resistentes de organismos comunes, como *S. aureus*, *E. coli* o *K. pneumoniae*, debido a que a menudo concurren en ellas exposiciones de riesgo como el ingreso en hospitales o instituciones y la administración de antibióticos. La presencia de una sonda urinaria es un factor de riesgo reconocido de colonización por *S. aureus* resistente a la cloxacilina y de infección urinaria, incluida la bacteriémica, debida a enterobacterias, productoras de betalactamasas de espectro extendido (BLEE, fundamentalmente *E. coli*) con independencia del ámbito de adquisición.

El paciente en estudio presenta dos catéteres venosos periféricos para administración de medicación endovenosa y una sonda Foley para el control estricto de diuresis generando el riesgo de infección por tratarse de dispositivos invasivos. Por tanto, se determina utilizar, según el NANDA (2015), el siguiente diagnóstico: riesgo de infección relacionado con procedimiento invasivos.

En tal sentido, se realizaron las siguientes intervenciones de enfermería: se realizó técnica del lavado de manos aplicando los 5 momentos durante el turno, ya que según Doenges *et al.* (2008) señalan que la técnica del lavado de manos es la primera línea de defensa para limitar la propagación de la infección.

Seguidamente, con las intervenciones, es importante es valorar signos vitales en el paciente ya que según Villegas, Villegas, & Villegas (2012) refieren que la valoración de los signos vitales es una de las funciones del personal de enfermería que permite detectar alteraciones potenciales o reales, modificatorias del equilibrio psicofísico del individuo,

asimismo, Smeltzer *et al.* (2017) refieren que la fiebre superior a 38°C, con aumento del pulso y las respiraciones, es normal cuando el metabolismo está elevado, debido a un proceso inflamatorio, aunque la septicemia puede presentarse sin respuesta febril.

Se debe vigilar la aparición de signos y síntomas de microorganismos infecciosos y sepsis; fiebre, escalofríos, sudación, alteración del grado de conciencia puesto que según Potter & Perry (2015) refieren que estos signos y síntomas pueden indicar el desarrollo de septicemia, que precisará una mayor evaluación e intervención.

En cuanto la asepsia, se debe utilizar una técnica aséptica al cuidar o manipular las vías IV. Comprobar la presencia de edema y supuración purulenta puesto que según Berman (2013) señalan que los CVP son habitualmente de corta duración, siendo su uso extraordinario más allá de una semana; como la duración de la cateterización está directamente relacionada con el riesgo de aparición de complicaciones infecciosas, no es de extrañar que catéter a catéter, el riesgo de infección con los CVP sea menor siendo otra cosa la aparición de signos clínicos de flebitis, mucho más frecuentes en los catéteres periféricos en relación a la irritación química sobre la pared de la vena que producen ciertas sustancias administradas.

Mantener la integridad del sistema de drenaje urinario cerrado puesto que según refieren Berman (2013), existen factores de riesgo “alterables” como la indicación para cateterización vesical, duración de la misma, calidad del cuidado del catéter y la contaminación cruzada; asimismo, hay estudios que demuestran claramente que la inserción del catéter y el mantenimiento de la bolsa inadecuada, predispone a bacteriuria; sin embargo, las mejoras técnicas en los sistemas de drenaje cerrado han reducido la frecuencia de bacteriuria asociada a catéter vesical, logrando mantener la orina estéril en 50% de cateterizados por 10 días, tanto en hombres como en mujeres.

Otra intervención importante es comprobar el color, claridad de la orina y si tiene mal olor puesto que según Hernández *et al.* (2007) indican que en una ITU baja la colonización bacteriana es a nivel de uretra y vejiga que normalmente se asocia a la presencia de síntomas y signos urinarios, como urgencia, disuria, polaquiuria, turbidez y olor fétido de la orina.

Finalmente, otra intervención importante es realizar examen de orina y urocultivo en caso de aparición de signos y síntomas de ITU puesto que según Lopes y Tavares señalan que la infección del tracto urinario se caracteriza por el crecimiento bacteriano de al menos 10^5 unidades formadoras de colonias por ml de orina (100.000 ufc / ml) cosechadas en medio de la corriente y forma aséptica, proporcionando el examen de orina con sedimento urinario, asociado a la anamnesis y al cuadro clínico, los datos que prácticamente confirman el diagnóstico de ITU: presencia de piuria, de hematuria y de bacteriuria. Asimismo, señalan que el cultivo de orina cuantitativa, evaluada en muestra de orina recogida asépticamente, chorro medio, podrá suministrar, en la mayoría de los casos, el agente etiológico causante de la infección y traer subsidio para la conducta terapéutica.

Capítulo IV

Evaluación y conclusiones

Evaluación

Se atendió 3 días al paciente, iniciando el 01/04/18 al 03/04/18.

Se atendió al paciente YGOB en el área de emergencias de un hospital de Lima durante 3 días, cuya valoración inicio el 01 de abril y finalizó la atención el 03 de abril del 2018.

El 1er día de atención fue en el turno mañana, el 2do día de atención fue en el turno tarde y el 3er día en el turno noche.

El primer día tuvo 5 diagnósticos, el 2do día tuvo 4 diagnósticos y el 3er día tuvo 4 diagnósticos priorizados atendidos.

Evaluación por días de atención: primer día.

Primer diagnóstico.

Dolor agudo.

Objetivo alcanzado. El paciente disminuyó dolor al presentar facies de alivio, ausencia de postura antiálgica, frecuencia cardiaca entre 60 y 100 latidos por minuto y calificar en 2 puntos el dolor según la escala visual analógica en el turno.

Segundo diagnóstico.

Patrón respiratorio ineficaz.

Objetivo alcanzado. El paciente presentó mejoría del patrón respiratorio al final del turno, observándose en él una FR entre 14 y 20 respiraciones por minuto además de respiraciones regulares que no demandan esfuerzo y ausencia de aleteo nasal.

Tercer diagnóstico.

Déficit de volumen de líquidos.

Objetivo alcanzado. El paciente mostró equilibrio hídrico al final del turno, observándose en él una frecuencia cardíaca entre 60 y 100 latidos por minuto, un débito urinario de 50 cc/h, además de piel y mucosa oral húmeda.

Cuarto diagnóstico.

Ansiedad.

Objetivo parcialmente alcanzado. El paciente disminuyó parcialmente sensación de ansiedad durante el turno debido a que era su primera hospitalización con un diagnóstico que conllevaba riesgos y complicaciones latentes, asimismo el paciente recordaba continuamente sus asuntos labores pendientes.

Quinto diagnóstico.

Riesgo de infección.

Objetivo alcanzado. El paciente evidenció ausencia de signos y síntomas de infección durante su estancia en emergencias.

Evaluación por días de atención: Segundo día.***Primer diagnóstico.***

Dolor agudo.

Objetivo alcanzado. El paciente disminuyó dolor al presentar facies de alivio, ausencia de postura antiálgica, frecuencia cardíaca entre 60 y 100 latidos por minuto y calificar en 2 puntos el dolor según la escala visual analógica en el turno.

Segundo diagnóstico.

Patrón respiratorio ineficaz.

Objetivo alcanzado. El paciente presentó mejoría del patrón respiratorio al final del turno, observándose en él una FR entre 14 y 20 respiraciones por minuto además de respiraciones regulares que no demandan esfuerzo y ausencia de aleteo nasal.

Cuarto diagnóstico.

Ansiedad.

Objetivo parcialmente alcanzado. El paciente disminuyó parcialmente sensación de ansiedad durante el turno debido a que era su primera hospitalización con un diagnóstico que conllevaba riesgos y complicaciones latentes, asimismo el paciente recordaba continuamente sus asuntos labores pendientes.

Quinto diagnóstico.

Riesgo de infección.

Objetivo alcanzado. El paciente evidenció ausencia de signos y síntomas de infección durante su estancia en emergencias.

Evaluación por días de atención: tercer día.

Primer diagnóstico.

Dolor agudo.

Objetivo alcanzado. El paciente disminuyó dolor al presentar facies de alivio, ausencia de postura antiálgica, frecuencia cardíaca entre 60 y 100 latidos por minuto y calificar en 2 puntos el dolor según la escala visual analógica en el turno.

Segundo diagnóstico.

Patrón respiratorio ineficaz.

Objetivo alcanzado. El paciente presentó mejoría del patrón respiratorio al final del turno, observándose en él una FR entre 14 y 20 respiraciones por minuto además de respiraciones regulares que no demandan esfuerzo.

Cuarto diagnóstico.

Ansiedad.

Objetivo parcialmente alcanzado. El paciente disminuyó parcialmente sensación de ansiedad durante el turno debido a que era su primera hospitalización con un diagnóstico que conllevaba riesgos y complicaciones latentes, asimismo el paciente recordaba continuamente sus asuntos labores pendientes.

Quinto diagnóstico.

Riesgo de infección.

Objetivo alcanzado. El paciente evidenció ausencia de signos y síntomas de infección durante su estancia en emergencias.

Conclusión.

Se concluye que, de los 5 objetivos propuestos, 4 de ellos fueron alcanzados, siendo que paciente disminuyó dolor agudo durante el turno, paciente presentó mejoría del patrón respiratorio al final del turno, paciente mostró equilibrio hídrico al final del turno y paciente evidenció ausencia de signos y síntomas de infección durante su estancia en emergencias. Referente al objetivo parcialmente alcanzado, señala que el paciente disminuirá sensación de ansiedad durante el turno. Este objetivo no pudo alcanzarse en su totalidad debido a que era la primera hospitalización del paciente y que además tenía el pendiente de unas compras muy importantes en su centro de labores que sólo él podría realizar.

Referencias

- Asuar, M. (2017). Valoración del dolor en pacientes intervenidos quirúrgicamente de hernioplastia con cirugía ambulatoria en el Hospital Universitario Santa María del Rosell. *Revista Electrónica Trimestral de Enfermería*, 45, 400–419.
<https://doi.org/10.6018/eglobal.16.1.228981>
- Berman, A. (2013). *Kozier & Erb Fundamentos de enfermería: conceptos proceso y práctica* (9º). Madrid: Pearson.
- Burgos, L., & Burgos, M. (2003). Pancreatitis aguda. Parte II. *Rev. Chilena de Cirugía*, 55(1), 97–107. Retrieved from http://www.cirujanosdechile.cl/revista_anteriores/PDF_Cirujanos_2003_01/Cir.1_2003_Pancreatitis_agudaII.pdf
- Castanedo, C., & Valdizan, E. (2015). *Papel de la enfermera en el tratamiento de pacientes con trastorno de ansiedad generalizada*. Universidad de Cantabria. Retrieved from <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/7457/CastanedoBoladoC.pdf;sequence=1>
- Doenges, M., Moorhouse, M., & Murr, A. (2008). *Planes de cuidados de enfermería* (7ma ed.). Mexico D.F: Mc Graw Hill.
- Falcon, M. (2015). *Nivel de conocimiento sobre reanimación cardiopulmonar del enfermero (a) de la segunda especialidad en enfermería UNMSM 2014*. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Retrieved from http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4133/Falcon_am.pdf?sequence=1
- Farias, J., Fernández, A., Monteverde, E., Flores, J., Baltodano, A., Menchaca, A., ... Esteban, A. (2012). Mechanical ventilation in pediatric intensive care units during the season for

acute lower respiratory infection. *Pediatric Critical Care Medicine*, 13(2), 158–164.

<https://doi.org/10.1097/PCC.0b013e3182257b82>

García, J. (2017). Manejo básico del dolor agudo y crónico. *Anestesia En México*, 29(1), 77–85.

Retrieved from http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-87712017000400077

García, M., & Noguero, A. (2010). La infección del tracto urinario en los servicios de medicina interna. *Revista Clínica Española*, 210(11), 537–544.

<https://doi.org/10.1016/j.rce.2009.12.015>

Gehlbach, B., & Hall, J. (2014). Insuficiencia respiratoria - Trastornos del pulmón y las vías respiratorias - Manual MSD versión para público general. Retrieved April 4, 2019, from

<https://www.msdmanuals.com/es-pe/hogar/trastornos-del-pulmón-y-las-vías-respiratorias/insuficiencia-respiratoria-y-síndrome-de-dificultad-respiratoria-aguda/insuficiencia-respiratoria>

Guyton, J. (2016). *Tratado De Fisiología Médica* (13^o). Madrid: Elsevier España, S.L.

<https://doi.org/10.1007/s12369-009-0019-1>

Hernández, J., Mohamed, O., & Aliaga, L. (2007). Infecciones del aparato urinario. Retrieved April 18, 2019, from <http://www.sietes.org/marcados>

Marca, C., Canales, M., Miguel, F., & Escudero, P. (2011). La pulsioximetría y su aplicación en pruebas de esfuerzo máximo. *Apunts. Medicina de l'Esport*, 46(169), 23–27.

<https://doi.org/10.1016/j.apunts.2010.11.002>

Moreira, V., & Lopez, A. (2010). Pancreatitis aguda. *Revista Española de Enfermedades Digestivas*, 102(9), 560–560. Retrieved from

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082010000900010

- NANDA. (2015). *Diagnosticos enfermeros nanda 2015 - 2017*. Mexico D.F: harcourt brace & company -elsevier.
- Nieto, J., & Rodriguez, S. (2010). Manejo de la pancreatitis aguda: guía de práctica clínica basada en la mejor información disponible. *Revista Colombiana de Cirugía*, 25(2), 76–96. Retrieved from <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=355534494007>
- Perez, J. (2012). Pathophysiology of acute pain: cardiovascular, respiratory alterations and of other systems and organs. *Revista Cubana de Anestesiología y Reanimación*, 11(1), 19–26. Retrieved from <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenI.cgi?IDARTICULO=35599>
- Poggi, L., & Ibarra, O. (2007). Manejo del dolor agudo pos quirúrgico. *Acta Médica Peruana*, 24(2), 39–45. Retrieved from http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1728-59172007000200008&script=sci_abstract
- Potter, P., & Perry, A. (2015). *Fundamento de Enfermería (8º)*. Barcelona: Elsevier España, S.L.
- Sánchez, A. C., & Aranda, J. A. G. (2012). Pancreatitis aguda. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*, 69(1), 3-10.
- Servicio Extremeño de Salud. (2011). *Planes de Cuidados de enfermería en atención esPeCializada: Estandarización en Extremadura (Primera)*. Merida: Servicio Extremeño de Salud Dirección General de Asistencia Sanitaria. Retrieved from http://www.areasaludbadajoz.com/images/datos/elibros/enfermeria_especializada.pdf
- Smeltzer, S., Bare, B., Hinkle, J., & Cheever, K. (2017). *Brunner &Suddart: Enfermería médico quirúrgic*. Mexico D.F: Mc Graw – Hill Interamericana.
- Triana, M. (2017). La empatía en la relación enfermera paciente. *Av Enferm*, 35(2), 121–122. <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v35n2.66941>

- Vicente, M., Delgado, S., Bandres, F., Ramirez, M., & Capdevila, I. (2018). Valoración del dolor. Revisión comparativa de escalas y cuestionarios. *Rev Soc Esp Dolor*, 25(4), 228–236. <https://doi.org/10.20986/resed.2018.3632/2017>
- Villegas, J., Villegas, A., & Villegas, V. (2012). Signos vitales, presión arterial, temperatura corporal, frecuencia del pulso, frecuencia respiratoria, oximetría. *Arch Med (Manizales)*, 12(2), 221–240. Retrieved from <https://www.redalyc.org/pdf/2738/273825390009.pdf>

Apéndices

Apéndice A. Guía de valoración

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA AL INGRESO Universidad Peruana Unión – Escuela de Posgrado – UPG Ciencias de la Salud

DATOS GENERALES	
Nombre del usuario: _____	Fecha nacimiento: _____ Edad: _____
Fecha de ingreso al servicio: _____ Hora: _____	Persona de referencia: _____ Telf. _____
Procedencia: Admisión _____ Emergencia _____ Otro _____	
Forma de llegada: Ambulatorio _____ Silla de ruedas _____ Camilla _____	
Peso: _____ Estatura: _____ PA: _____ FC: _____ FR: _____ T° _____	
Fuente de Información: Paciente _____ Familiar/amigo _____ Otro: _____	
Motivo de ingreso: _____	Dx. Médico: _____
Fecha de la valoración: _____	

VALORACIÓN SEGÚN PATRONES FUNCIONALES DE SALUD

PATRÓN PERCEPCIÓN - CONTROL DE LA SALUD

Antecedentes de enfermedad y quirúrgicas:
HTA DM Gastritis/úlcera TBC Asma
Otros _____ Sin problemas importantes

Intervenciones quirúrgicas No Si (fechas)

Alergias y otras reacciones

Fármacos: _____
Alimentos: _____
Signos-síntomas: _____
Otros _____

Factores de riesgo

Consumo de tabaco	No	Si
Consumo de alcohol	No	Si
Consumo de drogas	No	Si

Medicamentos (con o sin indicación médica)

¿Qué toma actualmente?	Dosis/Frec.	Última dosis
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Estado de higiene

Buena Regular Mala

¿Qué sabe usted sobre su enfermedad actual?

¿Qué necesita usted saber sobre su enfermedad?

PATRÓN DE RELACIONES - ROL (ASPECTO SOCIAL)

Ocupación: _____
Estado civil: Soltero _____ Casado/a _____
Conviviente _____ Divorciado/a _____ Otro _____

¿Con quién vive?
Solo _____ Con su familia _____ Otros _____
Fuentes de apoyo: Familia _____ Amigos _____ Otros _____
Comentarios adicionales: _____

PATRÓN DE VALORES - CREENCIAS

Religión: _____

Restricciones religiosas: _____
Solicita visita de capellán: _____
Comentarios adicionales: _____

PATRÓN AUTOPERCEPCIÓN-AUTOCONCEPTO TOLERANCIA A LA SITUACIÓN Y AL ESTRÉS

Estado emocional:
Tranquilo ansioso Negativo
Temeroso Irritable Indiferente
Preocupaciones principales/comentarios:

PATRÓN DE DESCANSO - SUEÑO

Horas de sueño: _____
Problemas para dormir: Si No
Especificar: _____
¿Usa algún medicamento para dormir? No Si
Especificar: _____

PATRÓN PERCEPTIVO - COGNITIVO

Despierto Somnoliento Soporoso inconsciente
Orientado: Tiempo Espacio Persona
Presencia de anomalías en:
Audición: _____
Visión: _____
Habla/lenguaje: _____
Otro: _____
Dolor/molestias: No Si
Descripción: _____

Escala de Glasgow:

Apertura Ocular	Respuesta Verbal	Respuesta motora
4 Espontáneamente	5 Orientado mantiene una conversación	6 Obedece órdenes
3 A la voz	4 Confuso	5 Localiza el dolor
2 Al dolor	3 Palabras inapropiadas	4 Sólo se retira
1 No responde	2 Sonidos incomprensibles	3 Flexión anormal
	1 No responde	2 Extensión anormal
		1 No responde

Puntaje total: _____
Pupilas: Isocóricas _____ Anisocóricas _____
Reactivas _____ No reactivas _____

Tamaño: _____
Comentarios adicionales: _____

PATRÓN DE ACTIVIDAD - EJERCICIO

ACTIVIDAD RESPIRATORIA

Respiración: superficial profunda
Disnea: en reposo al ejercicio

Se cansa con facilidad: No Si
 Ruidos respiratorios: _____
 Tos ineficaz: No Si
 Reflejo de la tos: presente disminuido ausente
 Secreciones: No Si
 Características: _____
 O2: No Si Modo: _____ l/min/FIO2: _____
 TET: Traqueostomía: VM: Sat O2: _____

ACTIVIDAD CIRCULATORIA

Pulso: _____ Regular Irregular
 Pulso periférico: normal disminuido ausente
 Edema: No Si Localización: _____

+ (0-0.65cm) ++ (0.65-1.25cm) +++ (1.25-2.50cm)

Riego periférico:

MI I Tibia Fria Caliente
 MID Tibia Fria Caliente
 MSI Tibia Fria Caliente
 MSD Tibia Fria Caliente

Presencia de líneas invasivas:

Cateter periférico: _____
 Cateter central: _____

EJERCICIO: CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO

1= Independiente 3= Totalmente dependiente
 2= Parcialmente dependiente

1 2 3

Movilización en cama			
Deambula			
Ir al baño/bañarse			
Tomar alimentos			
Vestirse			

Aparatos de ayuda: ninguno muletas andador
 bastón S. ruedas Otros _____
 Movilidad de miembros: Conservada Flacidez
 Contracturas Parálisis
 Fuerza muscular: Conservada Disminuida

Comentarios adicionales: _____

PATRÓN NUTRICIONAL – METABÓLICO

Piel:

Coloración: Normal Pálida
 Cianótica Ictérica
 Hidratación: Seca Turgente
 Integridad: Intacta Lesiones

Especificar: _____

Cavidad bucal:

Dentadura: Completa Ausente
 Incompleta Prótesis

Mucosa oral: Intacta Lesiones

Hidratación: Si No

Cambio de peso durante los últimos días: Si No

Especificar: _____

Apetito: Normal Anorexia Bulimia

Dificultad para deglutir: Si No

Nauseas Pirosis Vómitos Cantidad: _____

SNG: No Si Alimentación Drenaje

Abdomen: Normal Distendido Doloroso

Ruidos hidroaéreos: Aumentados Normales

Disminuidos Ausentes

Drenajes: No Si Especificar: _____

Comentarios adicionales: _____

PATRÓN DE ELIMINACIÓN

Hábitos intestinales
 Nº de deposiciones/día: _____ Normal
 Estreñimiento Diarrea Incontinencia
 Hábitos vesicales
 Frecuencia: _____ / día
 Oliguria: _____
 Anuria: _____
 Otros: _____
 Sistema de ayuda:
 Sondaje Colector Pañal
 Fecha de colocación: _____
 Comentarios adicionales: _____

PATRÓN DE SEXUALIDAD/REPRODUCCIÓN

Secreciones anormales en genitales: No Si
 Especifique: _____
 Otras molestias: _____

Comentarios adicionales: _____

Observaciones:

Tratamiento Médico Actual:

Nombre del enfermero:

Firma : _____
 CEP: _____
 Fecha: _____

Apéndice B. Consentimiento informado

Universidad Peruana Unión
Escuela de Posgrado
UPG de Ciencias de la Salud

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Propósito y procedimientos

Se me ha comunicado que el título del trabajo académico es "Proceso de atención de enfermería aplicado a un paciente en situación de emergencia", El objetivo de este estudio es aplicar el Proceso de Atención de Enfermería a una persona en situación de emergencia. Este trabajo académico está siendo realizado por la Lic. Fiorella Taís Blas Obispo, bajo la asesoría de la Dra. ~~Angela~~ Paredes Aguirre. La información otorgada a través de la guía de valoración, entrevista y examen físico será de carácter confidencial y se utilizarán sólo para fines del estudio.

Riesgos del estudio

Se me ha dicho que no hay ningún riesgo físico, químico, biológico y psicológico; asociado con este trabajo académico. Pero como se obtendrá alguna información personal, está la posibilidad de que mi identidad pueda ser descubierta por la información otorgada. Sin embargo, se tomarán precauciones como la identificación por números para minimizar dicha posibilidad.

Beneficios del estudio

No hay compensación monetaria por la participación en este estudio.

Participación voluntaria

Se me ha comunicado que mi participación en el estudio es completamente voluntaria y que tengo el derecho de retirar mi consentimiento en cualquier punto antes que el informe esté finalizado, sin ningún tipo de penalización. Lo mismo se aplica por mi negativa inicial a la participación en este proyecto.

Habiendo leído detenidamente el consentimiento y he escuchado las explicaciones orales del investigador, firmo voluntariamente el presente documento.

Nombre del participante: _____

DNI N°: _____ Fecha: _____

|

Firma participante