



UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA
DE ICA

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE ICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE ENFERMERÍA

TRABAJO ACADÉMICO

**“PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA MEJORAR LA
ATENCIÓN DE PACIENTES CON PANCREATITIS AGUDA EN LA
UNIDAD DEL B21 GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL
MILITAR CENTRAL CORONEL LUIS ARIAS SCHEREIBER
DURANTE EL AÑO 2016”**

Presentado por:

Monica Roxana Romero Lopez
Ericka Geraldine Chavez Flores

Trabajo Académico desarrollado para optar el Título de Segunda
Especialidad Profesional de Especialista en Gastroenterología
y Procedimientos Endoscópicos

Docente asesor:

Dra. Juana María Marcos Romero

Chincha, Ica, 2016

INDICE

RESUMEN.....	03
INTRODUCCION.....	04
CAPITULO I: PLANTEAMIENTO METODOLOGICO	
I.1.- Antecedentes de la investigación.....	05
I.2.- Bases Teóricas	06
I. 3.- Teorías de enfermería.....	14
CAPITULO II APLICACIÓN DEL PAE	
II. 1.- VALORACION DE ENFERMERIA.....	15
II.1.1.- Situación Problema.....	15
II.1.2.- Recolección de datos.....	16
II.1.3.- Valorización de Enfermería en la UU/ HH B21:.....	18
II.1.4.- Valoración por Dominios.....	19
II. 2.- DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA	
II.2.1.- Priorización de problemas (Reales y Potenciales).....	20
II.2.2.- Planteamiento de Objetivos y prioridades.....	21
CAPITULO III: PLANIFICACION	
III.1. DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: Prioridades.....	22
III.2. ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS.....	25
III.3. ESQUEMA DE PLANIFICACIÓN.....	27
CAPÍTULO IV	
EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN	
IV .1. REGISTRÓ DE ENFERMERÍA SOAPIE.....	33
CONCLUSIONES.....	35
RECOMENDACIONES.....	36
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	37

DEDICATORIA

El presente trabajo lo dedicamos a Dios porque gracias el estamos aquí experimentando grandes conocimientos. A el quien nos regaló sabiduría, entendimiento para realizar y haber podido culminar nuestras metas más anheladas siendo nuestro guía en cada momento de nuestras vidas; mediante la fe y la constancia nos dio la fuerza para no darnos por vencidas en ningún momento principalmente cuando las cosas se tornaban difíciles.

A mi querida tutora por darnos un espacio en su corazón por enseñarme que en la vida todo se puede, todo lo logra, gracias por compartir sus conocimientos por dar todo de usted, por ser como una madre ejemplar.

A nuestros hijos quienes fueron el pilar fundamental quienes nos ayudaron incondicionalmente, gracias a ustedes pudimos conocer cosas que nunca esperamos alcanzar y nos enseñaste a ser personas humildes y llenaste nuestro corazón de mucho amor, el triunfo alcanzado es de los dos.

A nuestros padres porque ellos nos dieron la vida y por ello somos quien somos personas exitosas, por la enseñanza que todo en la vida debe ser a base de esfuerzo, dedicación y perseverancia por enseñarnos que nada es imposible que todo merece esfuerzo y dedicación, gracias a ustedes conocemos lo que es sacrificios de trabajar a conciencia y lo más importante por darnos la oportunidad de tener una educación digna y tener toda su confianza y esfuerzo hacia mí, brindándonos fuerza y el coraje que necesitábamos para ser cada día mejor y superar cada una de los obstáculos que se nos presentaron en el camino.

A toda nuestra familia quienes de una u otra manera nos brindaron su apoyo de manera incondicional. A todos ellos mi eterna gratitud.

Lic. MONICA R. ROMERO L.

Lic. ERIKA G.CHAVEZ .F

RESUMEN

En el siguiente caso clínico que se presenta se trata de un paciente con diagnóstico de pancreatitis aguda, el cual ingresa por admisión y transferido al servicio del B21, gastroenterología, para su atención médica,

Entre las patologías gastrointestinales más frecuentes es la pancreatitis aguda situándose dentro de las tres primeras causas de atención médica en el mundo. Los cuidados de enfermería sobre dicha patología son de un enfoque multidisciplinario e integral, para reducir la estancia hospitalaria, los costos de internamiento, la recuperación total de la salud del paciente, y uno de los principales pilares es la promoción de la salud.

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

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

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

INTRODUCCION

La profesión de enfermería se caracteriza por ser una profesión de mayor versatilidad y permeabilidad a los cambios. Dentro de este contexto, tiene la imperiosa necesidad de la especialización en áreas distintas, entre ellas especializada en cuidado enfermero en gastroenterología, para proporcionar cuidados a personas con problemas de salud en situaciones críticas de alto riesgo o de fase terminal. Sea en el nivel intrahospitalario o nivel extra hospitalario.

La pancreatitis aguda (PA) es una enfermedad inflamatoria que además del páncreas compromete tejidos vecinos y a distancia. Su presentación clínica es muy variable y en algunos casos tiene una morbimortalidad importante y por sus complicaciones es de alto riesgo. Requiere de un diagnóstico precoz y un manejo oportuno para evitar complicaciones y muertes. El método científico por el que el enfermero asiste se denomina "Proceso de Atención de Enfermería (PAE)".

El presente trabajo académico de cuidado enfermero es aplicado a paciente con pancreatitis aguda en un caso del HOSPITAL MILITAR CENTRAL "Coronel Luis Arias Schreiber" Lima 2016, fue elaborado con base a los datos obtenidos de la historia clínica de la paciente, la recogida de datos durante la entrevista y el diagnóstico médico, esto dio lugar a realizar acciones de enfermería relevantes para su intervención; diagnóstico (con base a la clasificación de NANDA), planificación de los resultados esperados (NOC), actividades en la intervención de enfermería (NIC) y la evaluación.

CAPITULO I: MARCO TEORICO

I.1.- ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACION

La pancreatitis aguda es una patología con un curso clínico heterogéneo. En este Contexto, el espectro de la pancreatitis aguda comprende desde cuadros clínicos en los que no se especifica claramente si es o no esta patología, llegando así a casos fulminantes en los que la respuesta inflamatoria sistémica compromete múltiples órganos, poniendo en riesgo la vida del paciente. Si bien es sabido que la pancreatitis aguda puede responder a múltiples etiologías, en aproximadamente un 20% de los casos esta no logra ser determinada (1).

La incidencia de pancreatitis aguda a nivel mundial ha aumentado paulatinamente en el transcurso del tiempo, y va de 4,9 a 73,4 casos por cada 100.000 habitantes a nivel mundial. Esta incidencia varía en las diferentes regiones geográficas, dependiendo del consumo de alcohol y de la frecuencia de litiasis biliar (2).

Se estima que en los Estados Unidos se presentan cerca de 250.000 casos anuales de pancreatitis aguda y, en Europa, unos 70.000. En Europa, la principal causa continúa siendo la enfermedad de litiasis biliar (44% a 54% de los casos), seguida por la idiopática (20%-34%), y finalmente la inducida por alcohol (3% a 19%). En los Estados Unidos, la etiología de la pancreatitis aguda es atribuible a litiasis en 45% y al alcohol en otro 45% de los casos (3).

A nivel Latinoamericano 49% de las pancreatitis agudas son de etiología biliar y 37% son alcohólicas. La hiperlipidemia se asocia a un 4% de casos y el resto de etiologías se asocia en menos del diez por ciento siendo la idiopática la de mayor frecuencia dentro de estas (4). En Latinoamérica se reportó una incidencia de 15,9 casos por cada 100.000 habitantes en Brasil y en Perú una incidencia de 28 casos por cada 100.000 habitantes.

I.1.1.- Estudio de pacientes con pancreatitis aguda evaluados con la nueva guía del Colegio Americano de Gastroenterología

En el hospital Central Militar de la ciudad de México, se realizó un estudio de investigación sobre pacientes con pancreatitis aguda, mismo que tenía como objetivo evaluar el proceso del cuidado que conllevó al diagnóstico de esta patología mediante la nueva guía clínica del Colegio Americano de Gastroenterología. Este fue un estudio observacional, retrospectivo, transversal y descriptivo, su periodo de investigación fue de un año; En el cual participaron 177 pacientes, los cuales fueron diagnosticados con pancreatitis aguda. Como resultado de esta investigación se recabaron 177 pacientes que equivale al 100%, mismos que fueron clasificados de la siguiente manera: el 31% de los pacientes obtuvieron una clasificación Balthazar A, presentaban un páncreas normal, el 27% obtuvo Balthazar B, presentaron un aumento en el tamaño del páncreas sin evidencia de enfermedad peri pancreática, el 29% obtuvo Balthazar C, alteraciones pancreáticas intrínsecas y el 11% obtuvo Balthazar D y E. La pancreatitis aguda es una patología que inicia con un proceso inflamatorio del páncreas que se Manifiesta inicialmente como un padecimiento benigno, este es un problema de salud en el cual es necesario un diagnóstico temprano para que sus lesiones sean reversibles y así evitar complicaciones que pueden llevar a un desenlace fatal para el paciente (5).

I.1.2.- Características clínicas de la pancreatitis aguda en México

Se realizó un estudio en el hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González”, de la ciudad de Monterrey en México; El objetivo de este estudio fue determinar la frecuencia, etiología y mortalidad de la Pancreatitis Aguda en una población del noreste de México, en un periodo de seis años estudiaron prospectivamente a los pacientes con un primer episodio de pancreatitis aguda. En este estudio se incluyeron a 605 pacientes con edad promedio de 40 años en el cual el 64% tenía sobrepeso y obesidad por índice de masa corporal. La etiología biliar en 66,60%, ingesta de alcohol en un 15,90%, hipertrigliceridemia en 7,80%, poscolangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) en un 2,10% y de etiología no determinada en un 7,20%. La etiología biliar fue la más frecuente en los pacientes que participaron en el estudio. Debemos tener presente que la pancreatitis aguda es una patología que se está presentando más frecuentemente en el mundo, ya que su incidencia varía dependiendo la región geográfica, el consumo de alcohol y la presencia de litiasis biliar. En este estudio la etiología biliar fue la más frecuente entre los pacientes, pero la etiología causada por el alcohol es la que más complicaciones conlleva a tal punto de que la vida del paciente se pone en riesgo y este puede morir (6).

I.1.3.- Diagnóstico y tratamiento de la pancreatitis aguda en la Argentina.

Resultados de un estudio prospectivo en 23 centros

En un estudio realizado en Argentina, cuyo objetivo fue conocer el manejo de los pacientes con pancreatitis aguda en Argentina. Participaron 23 centros que ingresaron en forma prospectiva y consecutiva, en la que se diseñó una base de datos que se encontraba disponible en Internet desde Junio del 2010 a Junio de 2013, en la cual ingresaban los centros a todos los pacientes diagnosticados con pancreatitis aguda. Este estudio fue observacional y prospectivo. En este estudio ingresaron 854 pacientes, de los cuales 495 fueron de sexo femenino y se obtuvo como resultado que la etiología biliar fue la causa más frecuente entre todos los pacientes obteniendo un 88,2% se utilizó un sistema pronóstico que fue el de Ranson y fueron clasificados como pancreatitis aguda leve el 83,6% y pancreatitis aguda grave el 16,4%. La mortalidad en este estudio se determinó que fue del 1,5%. En esta investigación se demostró que la pancreatitis aguda tiene un amplio rango de presentación clínica, desde formas leves hasta graves cifras de mortalidad; Los procedimientos diagnósticos y terapéuticos utilizados en pancreatitis aguda dependen de su presentación clínica ya que esta varía de acuerdo al origen de su etiología (7).

I.2.-BASES TEORICAS

I.2.1.- DEFINICION

Proceso inflamatorio agudo del páncreas en respuesta a diversas injurias, que puede comprometer tejidos vecinos, órganos distantes y presentar tanto complicaciones locales como fallas orgánicas múltiples. (8)

I.2.2.- EPIDEMIOLOGIA

La incidencia por cada 100.000 personas asciende de 10 a 46 casos por año. Es tres veces más frecuente en personas de raza negra, y en cuanto al sexo, más frecuente en hombres cuando la causa está relacionada con el alcohol y en mujeres cuando está relacionada con patologías de la vía biliar. (8)

I.2.3.- CAUSAS

- **LITIASIS BILIAR:** Sólo en el 20-30% de los casos se encuentra el cálculo enclavado en la papila. El barro biliar y la microlitiasis son factores de riesgo para el desarrollo de Pancreatitis aguda y probablemente son la causa de la mayoría de las Pancreatitis Aguda idiopáticas.
- **ALCOHOL:** 35% de las Pancreatitis aguda. Es infrecuente en bebedores ocasionales.
- **POST COLANGIOPANCREATICOGRAFIA ENDOSCÓPICA RETROGRADA:** hay hiperamilasemia en el 50% de las colangiopancreaticografía endoscópica retrograda y síntomas en el 1-10%.
- **POSTQUIRÚRGICA:** En cirugía mayor cardiaca y abdominal. Alta mortalidad (10-45%).
- **HIPERTRIGLICERIDEMIA:** Con trigliceridemia >1000 mg/dl. Mecanismo desconocido.
- **IDIOPÁTICA:** Representa el 10% de los casos.
- **FÁRMACOS:** Azatioprina, valproato, estrógenos, metronidazol, pentamidina, sulfonamidas, tetraciclinas, eritromicina, trimetropin, nitrofurantoina, diuréticos de asa, tiazidas, metildopa, mesalamina, sulindac, paracetamol, salicilatos, cimetidina, ranitidina, corticoides, Lasparginasa, 6-mercaptopurina, procainamida, cocaína, IECA.
- **INFECCIONES:** -Virus: VIH, parotiditis, Coxsackie, EBV, rubeola, varicela, adenovirus. - Bacterias: Mycoplasma, Salmonella, Campylobacter, Legionella, Leptospira, TBC. - Parásitos: Áscaris, Fasciola hepática.
- **TRAUMATISMO.**
- **METABÓLICA:** Hipercalcemia, insuficiencia renal.
- **OBSTRUCTIVA:** Obstrucción de la papila de Water (tumores periampulares, divertículo yuxtacapilar, síndrome del asa aferente, enfermedad de Crohn duodenal), coledocoele, páncreas divisum, páncreas anular, tumor pancreático, hipertonia del esfínter de Oddi.
- **TÓXICOS:** Organofosforados, veneno de escorpión.
- **VASCULAR:** Vasculitis (Lupus eritematoso, pancitopenia, purpura trombocitopenica), hipotensión, hipertensión arterial maligna, émbolos de colesterol.
- **MISCELÁNEA:** Pancreatitis hereditaria, úlcera duodenal penetrada, hipotermia, trasplante de órganos, fibrosis quística, quemaduras, carreras de fondo. (9)

Causas de Pancreatitis Aguda	
Causas frecuentes	<ul style="list-style-type: none"> • Cálculos biliares • Alcohol (alcoholismo agudo y crónico) • Hipertrigliceridemia • Complicaciones por Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (ERCP), sobre todo después de manometría biliar. • Traumatismo (traumatismo abdominal contuso) • Posoperatorio (intervenciones quirúrgicas abdominales y no abdominales) • Fármacos • Disfunción de Oddi
Causas infrecuentes	<ul style="list-style-type: none"> • Causas vasculares y vasculitis • Conjuntivopatías y púrpura trombocitopenia trombótica • Cáncer pancreático • Hipercalcemia • Divertículo periampollar • Páncreas dividido • Pancreatitis hereditaria • Fibrosis quística • Insuficiencia renal
Causas raras	<ul style="list-style-type: none"> • Infecciones(parotiditis, parásitos) • Autoinmunitaria(Síndrome de Sogren)
Fuente: Libro de Harison-Principios de Medicina Interna	

I.2.4.- Clasificación de la Pancreatitis Aguda

La clasificación de Atlanta en 1992 recomienda el uso de las siguientes seis definiciones; las dos primeras se relacionan con la evolución clínica de la enfermedad y las demás con su morfología (10): **Evolución clínica de la enfermedad:**

- **Pancreatitis aguda leve:** proceso inflamatorio pancreático agudo en el que el hallazgo patológico es el edema intersticial de la glándula, con mínima repercusión sistémica.
- **Pancreatitis aguda grave:** se asocia a fallas orgánicas sistémicos o complicaciones locales como necrosis, pseudoquiste o absceso; generalmente es consecuencia de la necrosis pancreática.

Petrov propone agregar a esta clasificación dos categorías más:

- **Pancreatitis aguda moderada:** presenta falla orgánica pero transitoria (< 48 horas), diferenciándola así de la leve, que no presenta falla orgánica.
- **Pancreatitis aguda crítica:** presenta complicación infecciosa local y falla orgánica múltiple.

Clasificación de la Pancreatitis Aguda				
Categoría de gravedad	Determinantes locales		Determinantes sistémicos	Mortalidad esperada
Leve	Sin necrosis pancreática o peripancreática y		Sin falla de órganos	0%
Moderada	Necrosis pancreática o peripancreática o	estéril	Falla de órganos menor de 2 días	< 2%
Grave	Necrosis pancreática o peripancreática o	infectada	Fallo de órganos persistente	11-22%
Crítica	Necrosis pancreática o peripancreática y	infectada	Falla de órganos persistente	43%

Fuente: Libro de Giménez Mariano-Cirugía fundamentos para la práctica clínico quirúrgica

I.2.5.- Manifestaciones clínicas

Los síntomas de la pancreatitis aguda son variables y van desde dolor abdominal leve hasta manifestaciones sistémicas como desequilibrios metabólicos y choque (11).

Síntomas frecuentes (12):

- Dolor en la parte medial del epigastrio, constante y terebrante, que se irradia a la espalda, a menudo intensificado con la posición supina.
- Náusea
- Vómito

Exploración física (12):

- Febrícula
- Taquicardia
- Hipotensión
- Nódulos cutáneos eritematosos debido a necrosis de grasa subcutánea
- Estertores basales
- Derrame pleural (a menudo del lado izquierdo)
- Sensibilidad y rigidez abdominales
- Disminución de ruidos intestinales
- Signo de Cullen: coloración azul en el área peri umbilical por hemoperitoneo
- Signo de Turner: coloración azul-rojo-púrpura o verde-parda en los flancos a causa del catabolismo hístico de la hemoglobina.

En los niños, el dolor abdominal tiene características variables y casi no se manifiesta con el dolor típico, generalmente el alimento incrementa el dolor y el vómito.

A la exploración física el niño puede estar irritable o hipo activo, permanece acostado en posición de gatillo, ya que el movimiento agrava el dolor. Ocasionalmente los signos de Grey-Turner o de Cullen pueden observarse en niños, consisten en una coloración violácea en los flancos o el ombligo, debido a una hemorragia pancreática.

I.2.6.- DIAGNOSTICO:

- CLINICO

Se debe sospechar frente a cualquier paciente con dolor abdominal intenso, prolongado, localizado en hemiabdomen superior.

- LABORATORIO

Amilasa y Lipasa sérica: El test más útil para la confirmación diagnóstica es la Lipasa sérica cuya elevación a 2 veces el rango normal tiene sensibilidad y especificidad del orden del 95%; La Amilasa se eleva de 3-4 veces el límite superior normal también tiene alta sensibilidad y especificidad (86% en promedio). (8)

Hemograma: la leucocitosis puede sugerir tanto inflamación como infección; un hematocrito >47% puede sugerir pancreatitis necrotizante (por tercer espacio que lleva a la hemoconcentración). (8)

Hepatograma: valores aumentados de GOT, GPT, FAL y bilirrubina sugieren colecistopancreatitis; un aumento de la GOT >150 U/ml sugiere este origen, aunque un valor menor no la descarta. (8)

Calcio, Colesterol y Triglicéridos: valores patológicos pueden determinar la etiología o complicaciones de la pancreatitis. (8)

- IMÁGENES

Rayos X SIMPLE DE ABDOMEN: Rol limitado. El proceso inflamatorio puede afectar estructuras peri pancreáticas pudiéndose observar íleo regional (asa centinela) y/o generalizado, borramiento del psoas, calcificaciones pancreáticas. (8)

ECOGRAFIA ABDOMINAL: Es el método inicial más útil ya que evalúa la vía biliar y presencia o ausencia de cálculos, así como cambios en el tamaño, forma y alteración de la ecogenicidad del páncreas, compatibles con proceso inflamatorio. (8)

TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTALIZADA DINAMICA ABDOMINAL: Provee buena evidencia de la presencia o ausencia de pancreatitis, sin embargo, rara vez es usada con fines exclusivamente diagnósticos, aunque con este fin puede ser de utilidad en el diagnóstico diferencial con otras patologías (si los hallazgos clínicos y de laboratorio son inconclusos, cuando el dolor abdominal sugiere otra patología, como perforación, aneurisma, tumor, etc.), por lo tanto tiene su mayor indicación para clasificar la gravedad de la enfermedad (criterios de Balthazar). (8)

GRADACIÓN DE LA GRAVEDAD SEGÚN LOS CRITERIOS DE BALTHAZAR:

GRADO TAC

SCORE

A: páncreas normal (0)

B: aumento del tamaño focal o difuso (1)

C: B + inflamación peripancreática (2)

D: C + una colección líquida, intra o extrapancreática (3)

E: C + dos o más colecciones y/o gas en el páncreas o retroperitoneo (4)

GRADO DE NECROSIS

SCORE

0 (0)

<33% (2)

33-50% (4)

>50% (6)

SCORE TOTAL = GRADO TAC + GRADO DE NECRO-SIS

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

Ecografía

La utilidad de la ecografía en el diagnóstico de la pancreatitis está limitada por la grasa intra-abdominal y el aumento del gas intestinal resultado del íleo. La elevación combinada de las transaminasas hepáticas y de las enzimas pancreáticas y la presencia de cálculos biliares en la ecografía tiene una sensibilidad y especificidad incluso mayores en el diagnóstico de la pancreatitis biliar aguda (13).

Tomografía Computarizada

La tomografía computarizada con contraste es la mejor modalidad para evaluar el páncreas, especialmente si el estudio se realiza usando un escáner de TC con múltiples detectores. La fase de contraste más útil para evaluar el parénquima pancreático es la fase venosa portal, lo que permite evaluar la viabilidad del parénquima pancreático, el grado de inflamación peri pancreático y la presencia de aire libre intra-abdominal o de acumulaciones líquidas (13).

Resonancia Magnética

La resonancia magnética abdominal también es ventajosa para evaluar la extensión de la necrosis, la inflamación y la presencia de líquido libre. Su coste y disponibilidad y el

hecho de que los pacientes que precisan el estudio estén muy afectados y necesiten unidades de cuidados intensivos limita su aplicabilidad en la fase aguda (13).

EVALUACION PRONOSTICA DE GRAVEDAD

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

Proteína C reactiva: es un reactante de fase aguda producida por el hígado en respuesta a inflamación. Un valor >150mg/L a las 48 horas es consistente de pancreatitis se-vera. (8)

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

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

I.2.7.- PRONÓSTICO:

En los casos de pancreatitis leve sin infección sistémica, la recuperación es temprana y generalmente en el lapso de la primera semana se han resuelto. Se han descrito diversas escalas de evaluación para predecir la morbilidad y mortalidad de los pacientes adultos con pancreatitis grave; sin embargo, estas no son aplicables a niños. La complicación en pancreatitis aguda grave es una falla respiratoria u orgánica múltiple y particularmente

la infección de la necrosis pancreática, donde se ha reportado un incremento en la mortalidad (14).

I.2 8.- FACTORES DE RIESGO

Es importante destacar que existen características clínicas y del paciente que aumentan el riesgo de gravedad. Los factores de riesgo propios del paciente son:

- Edad avanzada
- Consumo de alcohol
- Obesidad

Los pacientes obesos tienen más riesgo de sufrir pancreatitis aguda grave por la lipotoxicidad de la grasa.

I.2.9.- COMPLICACIONES: (15)

Complicaciones Sistémicas:

- Insuficiencia cardiocirculatoria
- Trastornos metabólicos o del medio interno
- Insuficiencia respiratoria
- Insuficiencia renal
- Trastornos metabólicos
- Insuficiencia hepática
- Encefalopatía metabólica
- Insuficiencia gastrointestinal
- Desnutrición aguda
- Inmunosupresión

Complicaciones Locales:

- Necrosis pancreática
- Necrosis pancreática infectada
- Pseudoquiste
- Absceso pancreático

I.2.10.- TRATAMIENTO:

La mayoría de los casos involuciona en tres a siete días. Medidas convencionales:

- Analgésicos
- Líquidos y coloides intravenosos
- Ayuno

El tratamiento de la pancreatitis aguda depende de la intensidad de los síntomas. Está enfocado en el mantenimiento de la vida hasta que se resuelva la inflamación, además prevenir y tratar las complicaciones. Se administran líquidos intravenosos, como soluciones cristaloides, electrolitos o coloides como la albúmina si el paciente presenta un choque hipovolémico. La sangre o los hemoderivados también se administran si el paciente presenta una pérdida considerable de sangre (16).

El enfermo puede requerir oxígeno complementario si la presión abdominal, el derrame pleural o acidosis producen una alteración del intercambio gaseoso o un patrón respiratorio ineficaz ⁽¹⁶⁾.

El médico en sus indicaciones prescribe clorhidrato de meperidina para el dolor para el dolor porque algunos expertos piensan que la morfina puede causar espasmo del Esfínter de Oddi y acentuar el dolor. El dolor y la ansiedad incrementan la secreción pancreática al estimular al sistema nervioso autónomo ⁽¹⁶⁾.

La más de las veces se ordena que el paciente esté en ayuno para que descanse el tubo digestivo, aunque investigaciones recientes indican que los pacientes pueden presentar menos complicaciones si se mantiene la alimentación enteral. Tener una sonda nasogástrica insertada en el estómago con aspiración baja para vaciar el contenido gástrico y el gas ⁽¹⁶⁾.

Si se prolonga el ayuno o si el paciente se desnutre, está indicada la nutrición parenteral total. Se inserta una sonda Foley para efectuar mediciones exactas de los egresos y valorar la necesidad de reposición de líquidos. Se documenta un estricto de ingresos y egresos de líquidos ⁽¹⁶⁾.

Los medicamentos típicos incluyen bicarbonato de sodio para revertir la acidosis secundaria al choque, electrolitos como el calcio y el magnesio para reponer las pérdidas, insulina de acción corta para combatir la hiperglicemia y antibióticos para tratar la sepsis ⁽¹⁶⁾.

I.3. TEORIAS DE ENFERMERIA:

Dentro de las teorías de enfermería más aceptadas en la actualidad es la de Virginia Henderson. Su funcionabilidad es óptima hasta nuestros tiempos debidos a que se basa en las respuestas humanas y ve al ser humano como un ser holístico.

El modelo de Virginia Henderson es totalmente compatible con el Proceso de atención de Enfermería, cuestión esencial para que tenga aplicación en la práctica. El modelo de Virginia Henderson es un modelo humanístico, porque la enfermera que atiende al paciente brindándole los cuidados va suplir o ayudar a cumplir con sus funciones básicas de cada paciente ya que no puede realizar en un determinado momento de su ciclo de vital, enfermedad, infancia o edad avanzada. ⁽¹⁷⁾ Como se puede apreciar desde mi punto de vista el modelo de enfermería más idóneo para la realización del trabajo es el de Virginia Henderson ya que se basa principalmente en las necesidades y respuestas humanas de los pacientes, viéndolo como un ser holístico y engloba sus cuidados de enfermería a suplir o ayudar a la mejoría de la calidad humana del mismo. En la teoría de las 14 necesidades que plantea Virginia Henderson, en relación con este trabajo académico se ve relacionado en cuanto a la nutrición e hidratación, se ve alterado en el paciente ya que se evidencia sequedad, signo de pliegue, y su anorexia debido al dolor que esto le produce después de la ingesta de alimentos, el sueño y el descanso también se ve alterado debido a que sufre de insomnios por el dolor predominante que sufre por la patología que tiene, estos son principalmente dos de las catorce necesidades que se ve alterado en el paciente y es por eso que esta teoría tiene relación con el trabajo académico que se presenta a continuación:

CAPITULO II: APLICACIÓN DE PAE

II.1.- VALORACION DE ENFERMERIA

Planteamiento del problema:

A la Unidad de gastroenterología B21 del Hospital Militar Central "Luis Arias Shereiber se observa el ingreso frecuente de pacientes con pancreatitis aguda. En el año 2015 ingresaron al servicio de 56 pacientes con pancreatitis aguda.

II.1.1.- SITUACIÓN PROBLEMA

Paciente J.R.T. de 51 años de edad, refiere que inicio su enfermedad en forma súbita con dolor intenso en la parte superior del abdomen desde ese momento recibió mates con agua caliente que no lo aliviaron, motivo por el que asistió al servicio de emergencia, y 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 en el servicio del B21, con el diagnostico Medico de Pancreatitis Aguda.

II.1.2.- RECOLECCION DE DATOS Datos

de Afiliación:

- Establecimiento de salud: Hospital Militar Central - Nombre de la paciente: J.R.T.
- Servicio: Ingresa por emergencia
- Fecha de ingreso: 02/06/19 - Informante: Fuente Directa

Datos generales

- Edad: 51 años
- Estado Civil: divorciado
- Sexo: masculino
- Ocupación: Militar
- Raza: mestizo
- Lugar de procedencia: VES
- Domicilio: sector 1 grupo 8 mz n lt 3
- Religión: católico
- Grado de instrucción: secundaria completa
- Dx. Medico: pancreatitis Aguda

A. Al examen físico

1. Al examen Físico General:

Al examen físico general al paciente de 51 años de edad de sexo masculino en posición 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) PÁRPADOS: Ligeramente edematizado.
- e) CONJUNTIVAS: Transparente, íntegras, sin presencia de cuerpos extraños.
- f) ESCLERAS: Íntegras 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, 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 anomalía.

B. LABORATORIO:

Hemograma:	03/06/19	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
Neutrófilos	87.4	3.500 y 11.000/mL	Aumentado

Bioquímica	03/06/19	Valores Normales	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
TGO	45U/l	-40U/l	Aumentado
TGP	41U/l	-40U/l	Aumentado
Amilasa	134 U/L	12 y 70 U/L	Aumentado
Lipasa	420 U/l	0 a 137 U/L	Aumentado
Fosfatasa Alcalina	180	44 a 147 UI/L	Aumentado

Interpretación de AGA:

AGA	RESULTADO: 03/06/19	INTERPRETACION

PH	7.59	Alcalosis
PCO2	42 mmHg	Respiratoria
PO2	51 mmHg	Hipoxemia moderada
HCO3	40.7 mmol/L	Alteracion Metabólica
Na	146 mmol/L	Hipernatremia
K	3.4 mmol/L	Hipokalemia
Ca	1.04 mmol/L	Hipocalcemia

Ecografía abdominal: 05 – 06 – 2015 Conclusiones:

- ✓ Colecistitis calculosa.
- ✓ Pancreatitis aguda hemorrágica.
- ✓ Síndrome de mirizzi (impactación de cálculo en infundíbulo de la vesícula).
- ✓ Discreta Dilatación de vías biliares intra hepática.

Informe médico TAC/TEM: 05 -06 -2015

Sin resultados de informe médico especialista en imágenes. La tomografía permite obtener imágenes del interior del organismo, valorar la extensión de la pancreatitis aguda en el inicio de la enfermedad determinando la presencia o no de complicaciones.

DATOS OBJETIVOS:

- ✓ Náuseas.
 - ✓ Vómitos abundantes de característica biliosos.
 - ✓ Dolor abdominal agudo en epigastrio.
 - ✓ Facies dolorosas
 - ✓ Inmovilidad (grado de dependencia II).
 - ✓ Tensión arterial de 80/50 mmhg.
 - ✓ Temperatura de 38.5 °
- Frecuencia respiratoria de 32 por minuto.

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

II.1.3.- Valorización de Enfermería en la UU/ HH B21:

Paciente masculino de 51 años de edad, con diagnóstico de pancreatitis aguda. Divorciado, católico, estudios secundarios completos, ocupación Militar. 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 Militar Central con dolor insoportable en hipocondrio izquierdo, náuseas 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 UU/HH B21 con el diagnóstico médico de pancreatitis aguda, en NPO con SNG,, consiente orientada en tiempo y espacio, febril, deshidratado, mucosas orales semihúmedas, conserva autonomía respiratoria con disnea, con signos vitales : T° 37.9; FR 29 X FC 86 X´;P/A: 100/680 ;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.

II.1.4.- VALORACIÓN POR DOMINIOS

A. ORGANIZACIÓN DE DATOS

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.

DOMINIO 2: NUTRICIÓN

Clase 5: Hidratación (00027

- ✓ Paciente en NPO
- ✓ Con nutrición parenteral.
- ✓ Sequedad de mucosa oral.
- ✓ Paciente con sonda nasogástrica.
- ✓ Aumento de la temperatura

Clase 4. Metabolismo:

- ✓ Glucosa con valores aumentados,
- ✓ Estrés excesivo Desconocimiento de su
- ✓ enfermedad pancreatitis (00179).

DOMINIO 3: ELIMINACIÓN.

Clase 2. Función gastrointestinal:

- ✓ Con color abdominal, Náuseas y vómitos, residuo
- ✓ gástrico de color bilioso (00196).

DOMINIO 11: SEGURIDAD Y PROTECCIÓN.

Clase 5. Procesos defensivos: ✓ catéter venoso periférico en miembro superior derecho (00217).

Clase 6: Termorregulación:

- ✓ Paciente refiere: tengo calor, no me tapen con frazada, temperatura axilar de 37.9 oC (00007).

DOMINIO 12: CONFORT

Clase 1: Confort físico:

- ✓ Paciente presenta dolor intenso en epigastrio irradiado a los flancos y espalda en forma de cinturón, (00132).
- ✓ Paciente presente nausea y vómitos frecuentes (00134).

II. 2.- DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA:

II.2.1.- Priorización de problemas (Reales y Potenciales)

- ✓ (00132) DOLOR AGUDO R/C Proceso de enfermedad (pancreatitis) M/P Conducta expresiva (agitación, gemidos, irritabilidad, suspiros, etc.)
- ✓ (00146) ANSIEDAD R/Amenaza de cambio en el estado de salud. M/P: inquietud
- ✓ (00134) NAUSEAS R/C Enfermedad pancreática M/P Sabor amargo
- ✓ (0002) DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL POR DEFECTO R/C Incapacidad para digerir o absorber nutrientes debido a factores biológicos. M/P Ingesta inferior a las cantidades diarias recomendadas.
- ✓ (00095) ALTERACION DEL PATRON DEL SUEÑO R/C Dolor M/P Quejas verbales de dificultad para conciliar el sueño.
- ✓ (00004) RIESGO DE INFECCIÓN R/C Procedimientos invasivos, vías invasivas.

II.2.2.- OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Lograr la pronta recuperación y rehabilitación del paciente con pancreatitis aguda, aplicando el PAE, encaminada a resolver las necesidades básicas, a través del desarrollo de un plan de cuidado para tal situación.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar los problemas reales y potenciales del paciente para dar los cuidados inmediatos de enfermería con pancreatitis aguda, en el servicio de gastroenterología B21 del Hospital Militar Central.
- Realizar los diagnósticos de enfermería prioritarios con alto nivel de congruencia a necesidades afectadas; para que los cuidados puedan ser dirigidos a la resolución de los problemas.
- Lograr la atención de las necesidades básicas del paciente; en forma oportuna, evitar y minimizar complicaciones posteriores en el proceso de recuperación del paciente.
- Brindar apoyo psicológico, emocional al paciente y familia.

CAPITULO III: PLANIFICACION

III. PLANIFICACIÓN

III.1.1.- DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Prioridades

DIAGNOSTICO	PRIORIDAD	DEFINICIÓN
(00132) DOLOR AGUDO R/C Proceso de enfermedad (pancreatitis) M/P Conducta expresiva (agitación, gemidos, irritabilidad, suspiros, etc.)	1	El dolor es la respuesta fisiológica normal y predecible a un estímulo nocivo (doloroso). Esta claramente Localizado y su intensidad se correlacionan con el estímulo. A Diferencia del dolor crónico el dolor agudo es de duración limitada y remite cuando la lesión desaparece o se cura.
(00027) Déficit de volumen de líquidos r/c perdida activa de volumen de líquidos E/P vómitos, disminución de diuresis, Mucosas orales secas.	2	Disminución de líquido extravascular, intersticial y/o intracelular. Se refiere a La deshidratación, perdida solo de agua sin cambios en el sodio.
(00032) Patrón respiratorio ineficaz r/c dolor, ansiedad E/P alteración de la profundidad respiratoria.FR 32x	3	La inspiración o espiración no proporciona una ventilación adecuada.
(00007) Hipertermia r/c enfermedad Pancreática E/P temperatura de 38.5°C axilar.	4	Hipertermia es la elección de la temperatura corporal por encima de las cifras normales, se puede deber a Patología que una persona puede presentar.

<p>(00146) ANSIEDAD R/Amenaza de cambio en el estado de salud. M/P: inquietud</p>	<p>5</p>	<p>Señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite al individuo tomar medidas para afrontarlo</p>
<p>(00002) Desequilibrio nutricional r/c incapacidad para absorber los nutrientes E/P ingesta inferior a las cantidades diarias recomendadas, e indicación NPO</p>	<p>6</p>	<p>Consumo de nutrientes insuficientes para satisfacer las necesidades metabólicas. El reposo intestinal podría ser útil como tratamiento, esta medida disminuye el dolor al paciente con pancreatitis aguda.</p>
<p>(00134) Nauseas r/c proceso de la enfermedad (pancreatitis) M/P sabor amargo</p>	<p>7</p>	<p>Las náuseas se definen como una sensación de malestar a nivel del Estómago. Este malestar provoca ganas de vomitar. El vómito es un reflejo mecánico de defensa del organismo para expulsar el contenido del estómago</p>

ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS.

Prioridad 1.

Diagnóstico de Enfermería:

Dolor agudo r/c con agente lesivo biológico E/P verbalización de la paciente y facies de dolor.

Objetivo: Control del dolor (1605) y reducir el nivel de dolor (2102) en forma progresiva.

Prioridad 2.

Diagnóstico de Enfermería:

Déficit de volumen de líquidos r/c pérdida activa de volumen de líquidos E/P vómitos, disminución de diuresis, mucosas orales secas.

Objetivo: Alcanzar el nivel hídrico (0601) e hidratación (0602).

Prioridad 3.

Diagnóstico de Enfermería:

Patrón respiratorio ineficaz r/c dolor, ansiedad E/P alteración de la profundidad respiratoria

Objetivo: Lograr que el paciente mantenga un mejor estado respiratorio y ventilación (0403), manteniendo las vías aéreas permeables (4010) y disminuyendo progresivamente la ansiedad y fiebre.

Prioridad 4.

Diagnóstico de Enfermería:

Hipertermia r/c enfermedad pancreática E/P temperatura de 38.5°C axilar **Objetivo:** Paciente mantendrá temperatura corporal dentro de los parámetros normales (0800), con la administración de antipiréticos y una hidratación adecuada.

Prioridad 5.

Diagnóstico de Enfermería:

(00146) ANSIEDAD R/C Amenaza de cambio en el estado de salud. E/P: inquietud

Objetivo: el paciente controla los síntomas relacionados con la ansiedad, Inquietud Irritabilidad, Ansiedad verbalizada (1402)

III.1.2.- ESQUEMA DE PLANIFICACIÓN:

DIAGNOSTICO NANDA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	FUNDAMENTO DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	EVALUACIÓN DE RESULTADOS ESPERADOS (NOC)																																																																																		
<p>(00132) DOLOR AGUDO R/C Proceso de enfermedad (pancreatitis) E/P Conducta expresiva (agitación, gemidos, irritabilidad, suspiros, etc.) DOMINIO:12 Confort CLASE: 1 Confort físico</p>	<p>1605 Control de dolor 2102 Nivel de dolor.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Indicadores</th> <th colspan="5">ESCALA</th> </tr> <tr> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>160501</td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>160502</td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>160509</td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>210206</td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Puntaje del resultado</td> <td colspan="5" style="text-align: center;">7</td> </tr> </tbody> </table> <p>PUNTAJE DIANA DEL RESULTADO Mantener basal a = 7 Aumentar a = 16</p> <ol style="list-style-type: none"> Desviación grave del rango normal Desviación sustancial Desviación moderada Desviación leve Sin desviación del rango norma 	Indicadores	ESCALA					1	2	3	4	5	160501	X					160502		X				160509		X				210206		X				Puntaje del resultado	7					<p>MANEJO DEL DOLOR (1400) Alivio del dolor o disminución del dolor a un nivel de tolerancia que sea aceptable para el paciente. 140001 Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición, duración, frecuencia, calidad, intensidad o severidad del dolor y factores desencadenantes. 140002 Observar claves no verbales de molestias especialmente en aquellos pacientes que no pueden comunicarse verbalmente.</p> <p>ADMINISTRACION DE ANALGESICOS. (2210) -221002 Administrar analgésico y antipirético a la hora adecuada para evitar picos y vallas de la analgesia y fiebre.</p>	<p>-La valoración de signos físicos es importante porque algunos pacientes son reacios a admitir el Dolor. -Determinar el origen la Naturaleza del dolor ayuda a orientar las intervenciones. -Una escala de valoración proporciona un buen método para medir la experiencia subjetiva del Dolor.</p> <p>-Toda dosificación de los Preparados farmacológicos debe estar amparada por una prescripción médica o</p>	<p>RESULTADO:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Indicadores</th> <th colspan="5">ESCALA</th> </tr> <tr> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>160501</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>160502</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>160509</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>210206</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Puntaje del resultado</td> <td colspan="5" style="text-align: center;">15</td> </tr> </tbody> </table> <p>Entonces: 16 - 100% 15 - X</p> <p>X = (15 X 100)/16 = 93.75% RESULTADO: 93.75% INTERPRETACIÓN: No se logró el puntaje Diana Esperado, se obtuvo 15 puntos de 16. Es decir 93.75% desviación leve del rango normal.</p>	Indicadores	ESCALA					1	2	3	4	5	160501			X			160502				X		160509				X		210206				X		Puntaje del resultado	15				
Indicadores	ESCALA																																																																																					
	1	2	3	4	5																																																																																	
160501	X																																																																																					
160502		X																																																																																				
160509		X																																																																																				
210206		X																																																																																				
Puntaje del resultado	7																																																																																					
Indicadores	ESCALA																																																																																					
	1	2	3	4	5																																																																																	
160501			X																																																																																			
160502				X																																																																																		
160509				X																																																																																		
210206				X																																																																																		
Puntaje del resultado	15																																																																																					

		<p>-221004 Comprobar el historial de alergias y órdenes médicas sobre el medicamento, dosis y frecuencia del analgésico.</p> <p>- Verificar y mantener permeable la vía periférica y seguir los 10 principios de la administración de medicamentos.</p> <p>- Explicar al paciente acerca del propósito y acción de cada Medicamento, los cambios y alivio de dolor.</p>	<p>Receta.</p> <p>-Acciones de enfermería Correctas incrementan la eficacia y la eficiencia.</p> <p>-Al mantener una vía permeable permite el Acceso directo y rapidez de me-Unadi cramelaceión ntos.qu e brinda educación, apoyo, atención estimula conductas, y controla la Pena y alivia el dolor.</p>	
--	--	---	---	--

III.1.2.- ESQUEMA DE PLANIFICACIÓN:

DIAGNOSTICO NANDA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	FUNDAMENTO DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	EVALUACIÓN DE RESULTADOS ESPERADOS (NOC)																																																																															
(00027) Déficit de volumen de líquidos r/c perdida activa de volumen de líquidos E/P vómitos, disminución de diuresis, Mucosas orales secas.	801 Equilibrio hídrico. 602 Hidratación	2080 Manejo de líquidos y Electrolitos. -208035 vigilar signos vitales. -412028 vigilar el estado de hidratación. Valorar turgencia cutánea Valorar mucosas bucales, sequedad, cianosis e ictericia. 4120 Manejo de líquidos. - 412020 Monitorizar signos vitales. -Canalización de vía periférica. -Administrar fluido terapia manteniendo el nivel de flujo I.V. permitido. -Comprobar las ordenes médicas (solución, volumen, goteo, tiempo) -ClNa 9%0 a 60 gotas por minuto	-Los signos vitales son parámetros establecidos que permiten determinar el Estado de salud del paciente, proporcionan estados de alerta. -El descenso del volumen de Líquidos provoca sequedad en los tejidos. -La detección precoz permite una rápida reposición de líquidos para corregir el déficit. -El acceso a una vía sanguínea periférica ayuda a la reposición de perdida de líquidos. -La fluidoterapia intravenoso constituye una de las medidas terapéuticas más utilizadas en el ámbito hospitalario, su objetivo consiste en la corrección del Equilibrio electrolítico alterado. -Cada una de las soluciones	RESULTADO:																																																																															
	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">INDICADOR</th> <th colspan="5">ESCALA</th> </tr> <tr> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>060116</td> <td></td> <td>x</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>060202</td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>060219</td> <td>x</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>060205</td> <td></td> <td>x</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Puntaje basal</td> <td colspan="5" style="text-align: center;">7</td> </tr> </tbody> </table>			INDICADOR	ESCALA					1	2	3	4	5	060116		x				060202		X				060219	x					060205		x				Puntaje basal	7					<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">INDICADORES</th> <th colspan="5">ESCALA</th> </tr> <tr> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>060116</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>060202</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>060219</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>060205</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> </tr> <tr> <td>Puntaje Resultado</td> <td colspan="5" style="text-align: center;">16</td> </tr> </tbody> </table>	INDICADORES	ESCALA					1	2	3	4	5	060116			X			060202				X		060219				X		060205					X	Puntaje Resultado	16	
INDICADOR	ESCALA																																																																																		
	1	2	3	4	5																																																																														
060116		x																																																																																	
060202		X																																																																																	
060219	x																																																																																		
060205		x																																																																																	
Puntaje basal	7																																																																																		
INDICADORES	ESCALA																																																																																		
	1	2	3	4	5																																																																														
060116			X																																																																																
060202				X																																																																															
060219				X																																																																															
060205					X																																																																														
Puntaje Resultado	16																																																																																		
	PUNTAJE DIANA DEL RESULTADO Mantener basal a = 7 Aumentar a = 16 1. Gravemente comprometido. 2. Sustancialmente comprometido 3. Medianamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido			Entonces: 16 - 100% RESULTADO 100% INTERPRETACIÓN: Se logró el puntaje Diana esperado, se obtuvo 16 Puntos de 16. Es decir 100%, No comprometido.																																																																															

		<p>4090 Manejo de eliminación urinaria. -059011 Observar si hay signos y síntomas de retención urinaria.</p> <p>-Mantener el volumen Urinario > a 50 ml x hora. - Control estricto de balance hídrico de entradas y salidas (Líquidos, diuresis, aspirado x SN o vómitos).</p>	<p>empleadas posee propiedades especiales que confieren ventajas en determinada situación Particular.</p> <p>-El registro de entrada y salida ayuda a detectar los primeros signos de Desequilibrio hídrico.</p> <p>-El volumen normal de la orina puede verse modificada por diversas enfermedades metabólicas y renales.</p>	
--	--	--	--	--

DIAGNOSTICO NANDA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	FUNDAMENTO DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	EVALUACIÓN DE RESULTADOS ESPERADOS (NOC)																																																																																				
Patrón respiratorio (Ineficaz r/c , dolor ansiedad, E/P por Alteración en la profundidad respiratoria.	<p style="text-align: right;">5</p> <p>0403 Estado respiratorio: Ventilación</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>INDICADORES</th> <th colspan="5">ESCALA</th> </tr> <tr> <td></td> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>040301</td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>040303</td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>41002</td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>070619</td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Puntaje basal</td> <td colspan="5" style="text-align: center;">7</td> </tr> </tbody> </table> <p>PUNTAJE DIANA DEL RESULTADO</p> <p>Mantener basal a = 7 Aumentar a = 17</p> <p>1. Desviación grave del rango normal 2. Desviación sustancial 3. Desviación moderada 4. Desviación leve 5. Sin desviación del rango normal</p>	INDICADORES	ESCALA						1	2	3	4	5	040301		X				040303		X				41002	X					070619		X				Puntaje basal	7					<p>3320 Oxígeno terapia -332002 Administrar Oxigeno suplementario según órdenes.</p> <p>-332011 Controlar la Eficacia de la oxigeno terapia.</p> <p>-332016 Mantener la Permeabilidad de las vías aéreas. -Mantener una buena saturación de pulso de O2 sobre 92%. - Monitorización respiratoria, profundidad De la respiración y control de temperatura corporal.</p>	<p>- Procedimiento terapéutico destinado a prevenir y tratar la hipoxia Aumentando el contenido de O2 en la sangre arterial.</p> <p>- La pancreatitis aguda puede ocasionar cambios químicos en el cuerpo que afectan el funcionamiento de O2 de los pulmones, lo cual hace que el nivel de O2 en la sangre disminuya a niveles bajos.</p> <p>- Es necesario reducir la Temperatura para disminuir el metabolismo y consumo</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>INDICADORES</th> <th colspan="5">ESCALA</th> </tr> <tr> <td></td> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>040301</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>040303</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>41002</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> </tr> <tr> <td>070619</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> </tr> <tr> <td>Puntaje del Resultado</td> <td colspan="5" style="text-align: center;">16</td> </tr> </tbody> </table> <p>RESULTADO:</p> <p>Entonces: 17 - 100% 16 - x X =(16 X 100)/17 = 94.12%</p> <p>RESULTADO 94.12%</p>	INDICADORES	ESCALA						1	2	3	4	5	040301				X		040303				X		41002					X	070619					X	Puntaje del Resultado	16				
INDICADORES	ESCALA																																																																																							
	1	2	3	4	5																																																																																			
040301		X																																																																																						
040303		X																																																																																						
41002	X																																																																																							
070619		X																																																																																						
Puntaje basal	7																																																																																							
INDICADORES	ESCALA																																																																																							
	1	2	3	4	5																																																																																			
040301				X																																																																																				
040303				X																																																																																				
41002					X																																																																																			
070619					X																																																																																			
Puntaje del Resultado	16																																																																																							

			INTERPRETACIÓN: Se obtuvo una desviación leve del rango normal, con 94.12% del resultado esperado.
--	--	--	--

		<p>3140 Manejo de las vías aéreas.</p> <p>-314003 Administrar aire u oxígeno.</p> <p>-Mantener al paciente en posición semifowler - Controlar la eficacia de la oxígeno terapia (pulso oxímetro). -Observar la intranquilidad ansiedad o falta de aire.</p> <p>-Vigilancia continua del paciente y del funcionamiento del Equipo de oxígeno terapia y detectar oportunamente signos de alarma.</p>	<p>de O2.</p> <ul style="list-style-type: none"> - La posición semifowler reduce la presión en el diafragma e incrementa la Expansión pulmonar. - La tecnología de la Oximetría de pulso permite la vigilancia continua de la saturación de O2. - Manteniendo las vías aéreas limpias se garantiza una adecuada ventilación y se evita los Broncoespasmos. - Comúnmente los vómitos obstaculizan las vías aéreas por lo que es necesaria que el paciente adopte una posición Semifowler. 	
--	--	---	--	--

DIAGNOSTICO NANDA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	FUNDAMENTO DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	EVALUACIÓN DE RESULTADOS ESPERADOS (NOC)																																																																						
<p>Nauseas r/c proceso de la enfermedad (pancreatitis) E/p informe de náuseas y Vómitos.</p>	<p>1618 Control de las náuseas y vómitos</p> <table border="1" data-bbox="497 354 875 667"> <thead> <tr> <th rowspan="2">INDICADORES</th> <th colspan="5">ESCALA</th> </tr> <tr> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>161801</td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>168012</td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>161808</td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>PUNTAJE BASA</td> <td colspan="5" style="text-align: center;">5</td> </tr> </tbody> </table> <p>PUNTAJE DIANA DEL RESULTADO Mantener basal a = 5 Aumentar a = 13</p> <p>1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido</p>	INDICADORES	ESCALA					1	2	3	4	5	161801		X				168012		X				161808	X					PUNTAJE BASA	5					<p>1450 Manejo de las nauseas -145006 Proporcionar apoyo emocional. -145027 Realizar una valoración completa de las náuseas, incluyendo frecuencia, duración, intensidad y factores desencadenantes. -145030 Utilizar una higiene bucal para fomentar la comodidad.</p> <p>1570 Manejo de vómitos. - 157004 Colocar al paciente de forma adecuada para prevenir la aspiración. - 157010 Determinar inicio y duración, factores, frecuencia de vómitos. - 157018 Mantener las vías aéreas abiertas.</p>	<p>-Proporcionar seguridad Aceptación y ánimo en momentos de tensión. - Acciones personales para Prevenir el paso de partículas, líquido o solido hacia los pulmones. -El vómito frecuente puede ser peligroso porque puede conducir a la deshidratación y también puede conducir a la inhalación de alimentos y Líquidos y causar asfixia. -La succión nasogástrica es para aliviar las náuseas y vómitos, para reducir la distinción abdominal dolorosa y el íleo paralitico, para retirar ácido clorhídrico y evitar la estimulación de Páncreas. -La observación de las características permite determinar hemorragia Pancreática.</p>	<table border="1" data-bbox="1648 354 2047 785"> <thead> <tr> <th rowspan="2">INDICADORES</th> <th colspan="5">ESCALA</th> </tr> <tr> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>161801</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> </tr> <tr> <td>168012</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>161808</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>PUNTAJE DE RESULTADO</td> <td colspan="5" style="text-align: center;">13</td> </tr> </tbody> </table> <p>RESULTADO: Entonces: 13 - 100% 13 - x X = (13 X 100)/13 = 100% RESULTADO 100% INTERPRETACIÓN: Se logró el puntaje Diana Planificado, se obtuvo 13 puntos de 13. Es decir 100% logrado, no comprometido.</p>	INDICADORES	ESCALA					1	2	3	4	5	161801					X	168012				X		161808				X		PUNTAJE DE RESULTADO	13				
INDICADORES	ESCALA																																																																									
	1	2	3	4	5																																																																					
161801		X																																																																								
168012		X																																																																								
161808	X																																																																									
PUNTAJE BASA	5																																																																									
INDICADORES	ESCALA																																																																									
	1	2	3	4	5																																																																					
161801					X																																																																					
168012				X																																																																						
161808				X																																																																						
PUNTAJE DE RESULTADO	13																																																																									

CAPÍTULO IV

EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN

4.1. REGISTRO DE ENFERMERÍA: SOAPIE

SOAPIE N° 03: 06-2015

S: Paciente refiere me duele, tengo dolor encima del ombligo, tengo fiebre, náuseas, no puedo respirar.

O: Paciente en posición semifowler, en confusión, intranquilo, con dolor abdominal en epigastrio irradiado a flanco derecho y espalda, piel caliente, náuseas, mucosa oral seca, con temperatura de 38.5 °C, frecuencia cardiaca 92 por minuto, presión arterial 85/60 mmHg, saturación de oxígeno 78%.

A: Dificil de volumen de líquidos r/c perdida activa de volumen de líquidos, evidenciada por vómitos, disminución de la diuresis y mucosas orales secas.
Patrón respiratorio ineficaz r/c dolor, ansiedad, evidenciado/alteración de profundidad respiratoria. Dolor agudo r/c agente lesivo biológico, manifestado/verbalización de la paciente y facies de dolor.

P: Paciente presentara una mejor ventilación pulmonar sin alteración en la profundidad respiratoria, expresara disminución del dolor, se logrará corregir la deficiencia de líquidos.

I: Monitorizar signos vitales.

Instalación de acceso periférico con catéter venoso calibre No 18.

Administración de líquido según prescripción médica.

Administración de analgésico y evaluar la eficacia y efectos colaterales (paciente con antecedentes de alergia) Administración de oxígeno a través de una cánula binasal y un sistema humidificado.

E: Paciente logro mantener una adecuada permeabilidad de las vías aéreas, alivio del dolor por dos horas, se logró la hidratación moderada, se observa llenado capilar distal y pulso periférico dentro de los valores normales. La eliminación urinaria menor a 50 ml/h en seis horas, menor a lo esperado.

LIC. MONICA R. ROMERO
CEP.29361

SOAPIE N° 02

S: Paciente refiere dolor intenso en el abdomen y espalda, refiere que el efecto del analgésico administrado no le hizo efecto, presenta náuseas y vómitos de contenido bilioso, sed y mal aliento en boca.

O: Paciente ansioso e intranquilo con oxígeno tres litros por minuto por cánula binasal, catéter venoso periférico permeable en miembro superior izquierdo, infundiendo cloruro de sodio al 9 % a 60 gotas por minuto, continúa con dolor en epigastrio, presenta vómitos frecuentes.

A: Dolor agudo r/c agente lesivo biológico manifestado por verbalización de paciente y facie de dolor. Náuseas y vómitos r/c proceso inflamatorio (páncreas) manifestado por informe de náuseas y vómitos.

P: Paciente expresará disminución de dolor durante el turno, lograr controlar las náuseas y vómitos

.

I: Control del dolor, administrar analgésico a la hora adecuada.

Apoyo psicológico, emocional durante el episodio del vomito.

Determinar el inicio, duración, frecuencia de los vómitos, estimar el volumen y las características.

Colocar sonda nasogástrica y aplicar la succión permanente.

Administración de antieméticos. Monitorizar las funciones vitales.

E: Se logró el alivio del dolor, aceptación del paciente para la inserción de la sonda nasogástrica.

LIC. ERICKA G. CHAVEZ F.

CEP: 32979

CONCLUSIONES

Primera.- Se logró la colaboración de la paciente y familia para la recolección de datos e identificar los problemas potenciales y reales, asegurando de esta manera el mejor manejo, monitoreo y evaluación, y permita la rehabilitación del paciente, mediante la aplicación del proceso de atención de enfermería al paciente con pancreatitis aguda.

Segunda.- Se trabajó con diagnósticos de enfermería que tuvieran más relevancia.

Tercera.- Las intervenciones en enfermería se realizaron dentro de un proceso planificado, que permitió dar cuidado oportuno en calidad y calidez, durante su permanencia en el servicio de emergencia.

Se logró alcanzar parcialmente algunos de los resultados esperados, 81.25% en equilibrio hídrico, 93.75% en control del dolor, 94.12% en estado respiratorio y 100% en el control de las náuseas y vómitos, y estado nutricional.

Cuarta.- Se mantuvo comunicación con el paciente y familia brindando orientación e información de la patología y las complicaciones de la enfermedad, disminuyendo la ansiedad inicial.

RECOMENDACIONES

Primera.- Fomentar una cultura ética y de calidad en el trabajo enfermero, para lograr comportamientos responsables de todo el personal que labora en los servicios de emergencia.

Segunda.- Propiciar la participación y el trabajo en equipo, buscando unificar criterios para el mejor cuidado y prevenir las complicaciones de los pacientes con diagnóstico de pancreatitis aguda.

Tercera.- Propiciar que el personal que labora en el servicio de emergencia tome interés en documentar su atención en el método científico de Proceso de Atención de Enfermería (PAE).

Cuarta.- A directivos del Hospital otorgue las facilidades al personal profesional de emergencia. Para tenga una formación y preparación en la especialidad y mantenerse constantemente actualizada en el desarrollo de la ciencia y tecnología de nuevos equipos de última generación en salud, de tal manera que se garantice la calidad en la atención.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pankl, Sonia. Scielo. Revista Médica. Pancreatitis aguda. [En línea] 22 de Diciembre de 2009. <http://www.scielo.org.ar/pdf/medba/v69n2/v69n2a04.pdf>.
2. Situación epidemiológica de la pancreatitis aguda en. Valdivieso, Marco, y otros. 2016, Acta Gastroenterológica Latinoamericana, págs. 29-31.
3. Nieto, Julio. Scielo. Manejo de la pancreatitis aguda. [En línea] Junio de 2010. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2011-75822010000200003.
4. Ayala, Vanessa y Mora, Ana. Repositorio PUCE. [En línea] Abril de 2014. <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/7349/11.27.001636.pdf?sequ ence=4>.
5. Estudio de pacientes con pancreatitis aguda evaluados con la nueva guía del Colegio Americano de Gastroenterología. Gaspar, Alberto. Abril de 2015, Rev Sanid Milit Mex, págs. 118-139.
6. Características clínicas de la pancreatitis aguda en México. González, J, y otros. 2012, Revista de Gastroenterología de México, págs. 167-173.
7. Diagnóstico y tratamiento de la pancreatitis aguda en la Argentina. Ocampo, Carlos, y otros. 2015, Acta Gastroenterológica Latinoamericana, págs. 295-302.
8. Giménez, Mariano y Córdoba, Juan. Páncreas. [aut. Libro] Mariano Giménez. Cirugía Fundamentos para la práctica clínico-quirúrgica. Buenos Aires: Panamericana, 2014, págs. 491-504.
9. Pruthi, Sandhya, y otros. Mayo Foundation for Medical Education and Research. [En línea] Noviembre de 2011. <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseasesconditions/pancreatitis/symptoms-causes/syc-20360227>.
10. Longo, Dan, y otros. Pancreatitis. Harrison Manual de Medicina. México: McGraw-Hill Education, 2013, págs. 1026-1028.
11. Townsend, Courtney, y otros. Páncreas Exócrino. Tratado de Cirugía- Fundamentos biológicos de la práctica quirúrgica moderna. Barcelona-España : Elsevier, 2013, pág. 1519.
12. Sánchez, Alejandra y Gracia, José. Pancreatitis Aguda. Scielo-Boletín Médico del Hospital Infantil de México. [En línea] Febrero de 2012.

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462012000100002.

13. Williams, Linda y Hopper, Paula. Trastornos del Páncreas. Enfermería Médico quirúrgica- Tercera Edición. México: McGrawHill, 2009, págs. 766-773.
14. Raile, Martha y Marriner, Ann. Modelos y Teorías en enfermería. Barcelona-España: Elsevier, 2011
- 15.- McCloskey Joanne C.y. Bulechek Gloria M .Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). Ediciones Harcuver, S. A. 2015.