



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

INTERVENCIONES DEL LICENCIADO EN ENFERMERÍA

TESINA

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

PRESENTA:

BRENDA PAOLA ORTEGA RAMÍREZ



**CON LA ASESORÍA DE LA
DRA. MARTHA LILIA BERNAL BECERRIL**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

A la Dra. Martha Lilia Bernal Becerril por su asesoría e invertir parte de su valioso conocimiento, tiempo y paciencia, aportación invaluable para guiarme acertadamente y contribuir a la culminación de ésta Tesina.

A la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la UNAM, por los conocimientos adquiridos, las experiencias vividas a lo largo de mi formación profesional, darme la satisfacción de pertenecer a la mejor universidad y decir con orgullo “Por mi raza hablará el Espíritu”.

Al Hospital Militar Central por abrirme sus puertas para contribuir a reforzar y ampliar mis conocimientos poniendo en mis manos la responsabilidad y confianza de cuidar de las personas que acuden a él.

DEDICATORIAS

A mis padres: Martina de Jesús Ramírez Chávez y Julio Salazar López, así mismo a Pedro Ortega Mariscurrena; por brindarme la vida, por el amor, la paciencia y el ánimo que me ofrecen día a día, haciendo posible mi maduración personal y superación profesional.

A mis hermanos: Kevin y Pedro Ortega Ramírez por el apoyo incondicional, el amor, la confianza y los consejos que me dieron en los momentos que más los necesité.

A Pablo Eduardo Aguilar Chan por el impulso incondicional, por creer y hacerme creer en la capacidad para culminar este proyecto de vida y a pesar de las adversidades estar siempre presente.

A mis hermosos hijos: Ian y Ambar Aguilar Ortega quienes son la luz que guía mi vida, el infinito amor que alimenta mi alma, las sonrisas que alegran mi existencia y la inspiración para esforzarme a ser una mejor persona y concluir este objetivo profesional.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
1. FUNDAMENTACIÓN DEL TEMA DE LA TESINA.....	3
1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMA.....	3
1.2 IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA	4
1.3 JUSTIFICACIÓN DE LA TESINA.....	4
1.5 OBJETIVOS	7
1.5.1 General.....	7
1.5.2 Específicos	7
2 MARCO TEÓRICO.....	8
2.1 ANATOMÍA DEL PÁNCREAS	8
2.2 PATOGENIA.....	9
2.3 CONCEPTO DE PANCREATITIS AGUDA	10
2.4 ANTECEDENTES.....	11
2.5 EPIDEMIOLOGÍA	12
2.6 ETIOLOGÍA	13
2.7 FACTORES DE RIESGO	14
2.8 SINTOMATOLOGÍA	15
2.9 DIAGNÓSTICO	16
2.10 TRATAMIENTO.....	19
2.10.1 Tratamiento Médico	19
2.10.2 Tratamiento Quirúrgico	21

2.11 COMPLICACIONES	22
3. INTERVENCIONES DE ENFERMERIA EN LA PANCREATITIS AGUDA	24
3.1 EN LA PREVENCIÓN.....	24
3.2 EN LA ATENCIÓN.....	27
3.3 EN LA REHABILITACIÓN.....	41
4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	44
4.1 CONCLUSIONES	44
4.2 RECOMENDACIONES.....	49
5. ANEXOS Y APÉNDICES	55
6. GLOSARIO DE TÉRMINOS	59
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	65

ÍNDICE DE ANEXOS Y APÉNDICES

Anexo No. 1: La anatomía del páncreas.....	55
Anexo No. 2: Signo de Grey-Turner.....	56
Anexo No. 3: Signo del “Colón Cortado”	56
Anexo No. 4: Sistema de Clasificación de Balthazar.....	57
Anexo No. 5: Criterios de Pronóstico de Ranson.....	57
Anexo No. 6: Escala de Predicción APACHE II.....	58
Anexo No. 7: Escala Analógica Visual del dolor (EVA).....	58

INTRODUCCIÓN

El objetivo de la presente Tesina es analizar la importancia de las intervenciones de la Licenciada en Enfermería y Obstetricia, en pacientes con Pancreatitis Aguda, ya que es una patología que tiene un inicio súbito y se da de forma aguda, así que es de gran importancia el pronto diagnóstico para brindar inmediatamente los cuidados específicos a las necesidades de cada paciente, convirtiéndose éstos, de vital importancia para la recuperación de la salud en la mayoría de casos y en otros menos favorables, para acompañar a la persona a tener una muerte digna.

Para la realización de esta investigación documental, se desarrollaron siete importantes capítulos, que a continuación describiremos:

En el primer capítulo se da a conocer la Fundamentación del tema de la Tesina, que incluye los siguientes apartados: Descripción de la situación problema, identificación del problema, justificación de la tesina, ubicación del tema de estudio y objetivos, general y específicos.

En el segundo y tercer capítulos se ubica el Marco teórico de la variable, Pancreatitis aguda y las intervenciones de la Licenciada en Enfermería y Obstetricia en pacientes con Pancreatitis Aguda a partir del estudio y el análisis de la información necesaria que apoyan el problema y los objetivos de ésta investigación documental.

Finaliza esta Tesina con las Conclusiones y recomendaciones, los anexos y apéndices, el glosario de términos y las referencias bibliográficas, que están ubicados en los capítulos: cuarto, quinto, sexto y séptimo, respectivamente.

Al término de ésta Tesina se debe de tener una visualización clara de las intervenciones a realizar de la Licenciada de Enfermería y Obstetricia para proporcionar los cuidados ideales a los pacientes con Pancreatitis Aguda.

1. FUNDAMENTACIÓN DEL TEMA DE LA TESIS

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMA

La Pancreatitis Aguda es una enfermedad grave, que en nuestro país y a nivel mundial la incidencia va en aumento, se le asocia con un alto índice de mortalidad en los casos graves, siendo tratados en el área de terapia intensiva, en los casos leves el tratamiento también es intrahospitalario y tiene como consecuencia una gran elevación de los costos hospitalarios.

Esta enfermedad se presenta frecuentemente entre los 40 y 60 años de edad y afecta en mayor porcentaje a mujeres que a hombres. Las principales causas son por colelitiasis así como la frecuente y abundante ingesta de alcohol, sin embargo, estos dos problemas son provocados por malos hábitos alimenticios y problemas psico-sociales.

En cuanto al diagnóstico, se han empleado diversos sistemas de valoración y nuevas tecnologías, que han permitido una correcta clasificación de la gravedad de la pancreatitis, sin embargo, para el tratamiento a pesar de los avances en las últimas décadas, se ha modificado muy poco y aún no está completamente estudiado y demostrado la profilaxis antibiótica.

El profesional de enfermería tiene un papel primordial, sobre todo a nivel preventivo, ya que al informar a las personas los beneficios de una adecuada alimentación y de los daños que ocasionan malos hábitos, como la ingesta de alcohol, reducirían el índice de pancreatitis aguda.

A nivel hospitalario, el papel de la enfermera es fundamental, ya que para la recuperación de la salud del paciente encamado ya sea en algún servicio o con mayor razón en la terapia intensiva, depende de los conocimientos adquiridos y aplicados por la enfermera para brindar los cuidados necesarios y específicos a cada paciente con pancreatitis aguda.

1.2 IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las intervenciones del Licenciado en Enfermería en pacientes con Pancreatitis Aguda?

1.3 JUSTIFICACIÓN DE LA TESINA

La Pancreatitis Aguda es una enfermedad que ha ido en aumento con el paso del tiempo en México y a nivel mundial, debido al incremento de los malos hábitos alimenticios y el consumo excesivo de alcohol,

que a su vez son resultado de la crisis económica, social y psicológica que enfrentan las personas, provocando múltiples complicaciones y una alta tasa de mortalidad en los casos graves, afecta mayormente a la población económicamente activa, ya que la media en años es de 50, aquejando su vida laboral, social y personal.

Se reporta en la literatura de México y Occidental, que las causas más comunes son la litiasis biliar y el alcoholismo en el 70% de los casos, en el otro 20% no se puede identificar una causa y se clasifica como idiopática, finalmente, otras causas menos comunes abarcan el 10% restante e incluyen: hipertrigliceridemia, hipercalcemia, medicamentos, trauma, post colangio pancreatografía retrograda endoscópica (CPRE), isquemias infecciosas, autoinmune, anomalías congénitas del páncreas, tumores, etc.

Con estos datos reportados, tenemos que la mayor parte de la población en México tiene factores de riesgo predisponentes para padecer esta enfermedad, dado por los estilos de vida que tiene la mayoría de personas y que con adecuadas intervenciones del personal de enfermería disminuiría la prevalencia de ésta enfermedad aumentando la promoción y la prevención en el primer nivel de atención médica.

La Pancreatitis Aguda constituye un problema de salud mundial porque se requiere de un diagnóstico médico temprano y un cuidado eficiente por parte del equipo de enfermería, permitiendo limitar las complicaciones (20% de los casos), disminuir la mortalidad, reducir la secuelas y finalmente minimizar el número de incapacidades temporales y permanentes; favoreciendo de ésta manera la disminución de los casos, el impacto psicosocial y los costos a las dependencias de salud.

1.5 OBJETIVOS

1.5.1 General

Analizar y conocer las diversas intervenciones que la Licenciada en Enfermería aplica en pacientes con Pancreatitis Aguda.

1.5.2 Específicos

Identificar las principales funciones y actividades que la Licenciada en Enfermería debe realizar en el cuidado preventivo, curativo y de rehabilitación, en pacientes con Pancreatitis Aguda

Plantear las numerosas intervenciones que el personal de la Licenciatura en Enfermería debe de llevar a cabo de manera cotidiana en los pacientes con Pancreatitis Aguda.

2 MARCO TEÓRICO

2.1 ANATOMÍA DEL PÁNCREAS

El páncreas recibe su nombre del término griego *pankreas*, que significa “carnoso”, es una glándula blanda que mide aproximadamente de 15 a 23 cm de longitud y 4cm de ancho y su peso aproximado es de 70 a 150gr. Se ubica de manera retroperitoneal y se divide en cabeza, cuerpo y cola.¹

Se considera al páncreas como un órgano mixto por su función endócrina llevada a cabo por los islotes de Langerhans y producen hormonas como el glucagón de las células alfa, la insulina de las células beta y la somatostatina, entre otros, que pasan directamente a la sangre. La función exocrina es llevada a cabo por los acinos, que son la unidad funcional del páncreas, segregando enzimas digestivas como la lipasa, amilasa, bicarbonato sódico, entre otras, que en conjunto es llamado jugo pancreático y pasa al intestino delgado por medio del conducto pancreático o de Wirsung, que se une con el conducto biliar del hígado o colédoco, entrando hacia el duodeno en

¹ Rizzo, D. *Fundamentos de Anatomía y Fisiología*. Editorial Cengage Learning. 3ª ed. México. 2011. 380pp.

un conducto común llamado ámpula de Vater rodeada por el esfínter de Oddi.² (Ver Anexo 1)

El páncreas es un órgano fundamental para el proceso de la digestión y absorción de nutrimentos, por lo que su afección repercute de forma importante en el estado nutricional de la persona.³

2.2 PATOGENIA

Normalmente el páncreas secreta una gran cantidad de enzimas inactivas como la tripsina, quimiotripsina, amilasas, lipasas, carbopexipeptidasa, etc. Junto con inhibidores enzimáticos para proteger el órgano, pero cuando estas enzimas se activan en el páncreas, se desencadena el proceso inflamatorio ocasionando la auto digestión celular de la glándula y en ocasiones de tejidos adyacentes, así como daño microvascular, necrosis y eventualmente desencadenamiento de una respuesta inflamatoria sistémica.⁴

² Kumar, V. et al. *Robbins Patología Humana*. Ed. Elsevier. 8ª ed. México. 689pp.

³ Escudero, E. Sastre, A. *Nutrición y pancreatitis*. Nutrición clínica en medicina. Madrid, España. 2014;8(2):48pp.

⁴ Aguilera. *Actualización en el diagnóstico y tratamiento de la pancreatitis aguda grave*. Hospital Universitario General Calixto García Iñiguez. La Habana, Cuba. 2pp.

2.3 CONCEPTO DE PANCREATITIS AGUDA

Según Andrew Houghton la Pancreatitis Aguda se define como “un proceso inflamatorio agudo con afectación variable de otros tejidos regionales o sistemas orgánicos remotos.”⁵

En su artículo Jorge Huerta refiere que “El Consejo de Atlanta en 1992 unificó criterios para el diagnóstico y clasificación de la pancreatitis aguda. Se estratificó al cuadro como leve o severo, siendo severa la que presentaba complicaciones locales o sistémicas, sin embargo no se reconocía los estadios moderados, donde si bien había complicaciones, el riesgo de muerte no era tan alto como en la pancreatitis severa.”⁶

Finalmente en su libro Vinay Kumar define a la Pancreatitis Aguda como “un grupo de lesiones reversibles caracterizado por inflamación; la gravedad puede variar desde un edema focal y necrosis grasa hasta una necrosis parenquimatosa difusa con hemorragia grave.”⁷

⁵ Houghton, A. y D. Gray. *Chamberlain Síntomas y Signos en la medicina clínica. Una introducción al diagnóstico médico*. Ed. Mc Graw Hill. 13ª ed. México. 2010. 135-136 pp.

⁶ Huerta, J. *Tratamiento médico de la pancreatitis aguda*. Revista Médica Herediana. San Martín de Porres, Perú; 24(3):236pp.

⁷ Kumar, V. et al. *Robbins Patología Humana*. Ed. Elsevier. 8ª ed. México. 699pp.

2.4 ANTECEDENTES

En la antigüedad el páncreas aún no era descubierto y mucho menos eran consideradas patologías relacionadas a él; la primera investigación fue llevada a cabo por Meckel en 1806 y los primeros reportes anatómicos fueron por Goette en 1861. Según Miguel Chávez en su publicación nos detalla que: “En 1889 Fitz estableció la pancreatitis aguda como una entidad nosológica. En 1901 Opie propuso su famosa hipótesis del “canal común”. En 1927 Elman describió la prueba de la amilasa sérica. En 1963 el Primer Simposio de Marsella favoreció una clasificación clínico-patológica de la pancreatitis. En 1984 en el segundo Simposio de Marsella se revisó esta clasificación. Finalmente, en 1992 en el Simposio de Atlanta se estableció una clasificación basada en la clínica.”⁸

Actualmente con ayuda de nuevas tecnologías aplicadas y recientes investigaciones, se ha llegado a unificar criterios para la clasificación de la pancreatitis aguda basados en la clínica, así mismo, son de gran utilidad para el diagnóstico, manejo, tratamiento y pronóstico de los pacientes que presentan dicha patología.

⁸ Chávez, M. *Historia del Páncreas y de la evolución de los conceptos y la clasificación de la pancreatitis*. Revista de Gastroenterología de Perú. Perú, 2002;22(3)

2.5 EPIDEMIOLOGÍA

La Pancreatitis Aguda es considerada como una afección que se presenta frecuentemente en la población a nivel mundial y va en aumento su incidencia, en algunos países en más del 30%. Por lo general el primer contacto con el ámbito hospitalario se realiza por el servicio de urgencias.

No se encontraron reportes estadísticos completos en nuestro país, pero se sabe que en el 2001 fue la décima séptima causa de mortalidad, con una prevalencia del 3% y de acuerdo con lo investigado por Juan P. Ledesma en su artículo, informa que “la pancreatitis aguda leve se presenta en 80% de los casos y la pancreatitis aguda severa en el 20% restante. La mortalidad por pancreatitis aguda leve es menor de 5-15%, y por pancreatitis aguda severa es hasta 25-30%. La mortalidad asociada con necrosis pancreática varía cuando es estéril (10%) o está infectada (25%)”.⁹

Debemos tomar en cuenta que la Pancreatitis Aguda se presenta con más frecuencia entre la cuarta y sexta década de la vida, siendo muy infrecuente durante la infancia; en cuanto a su distribución por sexos, depende de la etiología de la enfermedad, es decir, la pancreatitis

⁹ Ledesma, J. y J. Arias. *Pancreatitis Aguda*. Medicina Interna de México. México. 2009; 25(4):285-294.

aguda por litiasis es más frecuente en mujeres, mientras que la causada por alcohol es más frecuente en hombres.

2.6 ETIOLOGÍA

Según estudios realizados en distintos países, la pancreatitis aguda se presenta por diversas causas que varían de una región a otra, por la diversidad de culturas y distintos estilos de vida.

Las causas más frecuentes de pancreatitis aguda son:

70% Colelitiasis y Alcohol

20% Idiopáticas: Microlitiasis y Barro biliar

10% Múltiples causas: Trastornos metabólicos (Hipertrigliceridemia), Iatrogenias (CPRE, Cirugía), Medicamentosas, Trauma, Anomalías congénitas del páncreas (páncreas divisum) y Tumores del páncreas.

2.7 FACTORES DE RIESGO

Los principales factores de riesgo son:

-Colelitiasis

En México y a nivel mundial es la causa más frecuente de la Pancreatitis Aguda, en su mayoría, son personas del sexo femenino quienes la padecen; la manera en que frecuentemente se presenta el cálculo es estando ubicado en el colédoco a nivel de la papila, obstruyendo conductos o dañando el mecanismo esfinteriano.

-Alcoholismo

El alcohol tiene efecto tóxico directo sobre la célula pancreática y favorece la acumulación de grasa en el páncreas, en grandes cantidades estimula la secreción pancreática, pudiendo producir un cuadro de Pancreatitis Aguda Grave; cuando la ingesta de alcohol es habitual, se produce Pancreatitis Crónica con cuadros de agudizaciones.

-Microlitiasis y Barro Biliar

Son causas poco frecuentes, recientemente estudiadas y de difícil diagnóstico, el estudio realizado para su detección y tratamiento es la CPRE.

-Otras Causas

Son poco comunes y se presentan por anormalidades metabólicas, traumatismos, hipersensibilidad a toxinas y fármacos, enfermedades genéticas, anormalidades estructurales, infecciones virales, por bacterias o protozoos y alteraciones vasculares, entre otros.

2.8 SINTOMATOLOGÍA

El dolor abdominal es el síntoma más frecuente y dominante, es presentado por más del 95% de los pacientes con Pancreatitis Aguda. Se caracteriza por ser un dolor permanente, de súbito inicio, intenso, que aumenta progresivamente y se agrava al ingerir alimentos; localizado generalmente en el epigastrio, irradiando a hipocondrios derecho e izquierdo y espalda, en “forma de cinturón”.

Náuseas y/o vómito están presentes en el 75% de los casos, de aspecto bilioso, recurrente y sin alivio de las molestias después de la emesis, pudiendo llegar a ser tan intensos que da lugar a presentar anorexia y alteraciones hemodinámicas.

En raras ocasiones cuando hay pancreatitis necrotizantes, se produce un tinte violáceo de la piel a nivel de los flancos o también conocido como Signo de Grey-Turner, o periumbilical que es llamado Signo de Cullen y se asocian a un mal pronóstico. (Ver Anexo 2)

Otros de los signos y síntomas que se presentan en un 50% de los pacientes son fiebre, taquicardia, taquipnea, hipotensión, anuria, shock, dificultad respiratoria, abdomen distendido, meteorismo, ausencia de ruidos intestinales e íleo paralítico.

2.9 DIAGNÓSTICO

Los principales criterios se presentan iniciando con el cuadro clínico, la anamnesis, la exploración física, análisis de laboratorio y estudios de gabinete.

No basta con los hallazgos encontrados en el exámen físico para confirmar el diagnóstico de pancreatitis aguda, todos los casos con sospecha de abdomen agudo, deben de realizarse pruebas complementarias.

En el estudio de laboratorio para el diagnóstico de pancreatitis aguda puede presentarse elevación de la amilasa en los niveles séricos y/o en orina por lo menos tres veces más de su valor normal, se eleva de las 2-12 horas de comenzar el cuadro clínico y hasta 72 horas después, tiene una sensibilidad del 85% y una especificidad del 91-97%. Otro hallazgo es una elevación de la lipasa sérica en más de tres veces su valor normal, se puede detectar hasta 7-14 días después de iniciado el cuadro clínico y tiene una especificidad del 100% para el diagnóstico de ésta patología.

En la radiografía simple de abdomen y tórax se observa la imagen del “asa centinela” o “colon cortado”, aumento del arco duodenal, derrame pleural o elevación del diafragma. (Ver Anexo 3)

La ecografía abdominal nos permite identificar colelitiasis, observar la vía biliar y detección de colecciones líquidas en el parénquima pancreático.

Finalmente la Tomografía Axial Computada (TAC), es una herramienta de gran valor pronóstico, ya que se puede evaluar el parénquima y el conducto del páncreas, así como edema, necrosis intra y extra pancreática y su extensión, también puede detectar cuando se trata de necrosis infectada; dando el resultado por medio del Índice de Balthazar. (Ver Anexo 4)

En base a todo lo anterior, en éstos pacientes se realizan unos predictores de severidad, basados en sistemas de puntaje, dentro de los que tenemos:

Criterios de Ranson (1974): Basados en 11 parámetros con importancia pronóstica, 5 se miden desde la admisión del paciente y los otros 6 dentro de las primeras 48 horas posteriores. (Ver Anexo 5)

Criterios de APACHE II (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation 1985): Detecta los trastornos fisiológicos agudos que atentan contra la vida del paciente, cuya puntuación es un factor predictivo de mortalidad. Se evalúan 12 parámetros fisiológicos, que son arrojados desde la admisión de la persona, así como también diariamente. (Ver Anexo 6)

El sistema de Clasificación de Atlanta (1992): Definió la pancreatitis severa cuando se tienen 3 o más de los criterios de Ranson o un puntaje de 8 o más del sistema APACHE II.

Niveles de la Proteína C reactiva >150 mg/L a las 48 horas para la pancreatitis severa.

2.10 TRATAMIENTO

2.10.1 Tratamiento Médico

Al ingreso del paciente se inicia con el tratamiento de soporte, el cual está sujeto a protocolos de cada institución de salud, e incluye las siguientes medidas:

Ayuno estricto en pacientes con diagnóstico de pancreatitis leve, sin necesidad de sonda nasogástrica y cuando el ayuno es mayor de 5 días se deberá iniciar nutrición enteral por sonda nasoyeyunal, sobre todo si se presenta íleo paralítico o emesis persistente, en los casos graves, se debe iniciar la nutrición parenteral.

El aporte hidroelectrolítico es esencial en éstos pacientes, la hidratación endovenosa generalmente es con cloruro de sodio al 0.9% que va de 300cc a 1000cc por hora dependiendo del estado de gravedad y de acuerdo a requerimientos de la persona. Favorece la microcirculación en el páncreas y reduce el riesgo de necrosis pancreática, casi como para restaurar la volemia.

Es muy importante mantener una diuresis adecuada, es decir de 40-50 mml/h. En diagnóstico de pancreatitis aguda leve no es necesario colocar sonda vesical, siempre que el paciente sea capaz de recolectar la uresis. En pacientes graves se instala una sonda vesical para la cuantificación exacta y horaria.

La analgesia es uno de los principios básicos del tratamiento de la pancreatitis aguda. Regularmente se utilizan analgésicos intravenosos como metamizol, metadona, meperidina, petidina, fentanil, buprenorfina, etc. Clásicamente está contraindicada la morfina (opiáceo) ya que empeora el curso de la pancreatitis al producir hipertonía del esfínter de Oddi. Y como último recurso en casos muy graves, se utiliza la analgesia epidural.

La profilaxis antibiótica está contraindicada en la pancreatitis aguda leve, sólo está justificada en la grave y cuando hay confirmación de

infección y hay necrosis en más del 30% del páncreas. El tratamiento es por 14 días y se utilizan antibióticos de amplio espectro como: imipenem, ciprofloxacino y metronidazol.

Para la Pancreatitis Aguda Leve, todas estas medidas conllevan a la recuperación rápida del paciente y al determinar la etiología se debe resolver para evitar una recidiva. En cuanto a la Pancreatitis Aguda Grave, al llevar a cabo el tratamiento se vio una disminución en la mortalidad de hasta un 10% de éstos casos.

2.10.2 Tratamiento Quirúrgico

Cuando se está frente a un cuadro de pancreatitis necrotizante, sin mejoría clínica del paciente, con un tratamiento intensivo de al menos 48-72 horas y con falla orgánica presente, se debe realizar una punción con aguja fina y cultivo para comprobar y confirmar la infección, siendo así, la mortalidad es muy alta y debe recurrirse al debridamiento quirúrgico, la necrosectomía retroperitoneal, laparoscópica o endoscópica, o técnicas como el drenaje percutáneo y/o endoscópico según el caso.

Si no hay presencia de infección, mientras más se postergue la cirugía, mejores son los resultados, los pseudoquistes no complicados se resuelven espontáneamente pero de forma lenta.

2.11 COMPLICACIONES

La mayoría de las complicaciones provienen del diagnóstico de una Pancreatitis Aguda Grave, en el caso de las clasificadas como Leves se resuelven con los cuidados establecidos, se observa una regeneración pancreática y progresivamente el páncreas regresa a su función normal. Entre las más comunes tenemos las siguientes:

-Pseudoquiste

Es la complicación más frecuente de la pancreatitis aguda. Es una colección líquida rodeada de una pared de tejido fibroso o granuladorio. Los pseudoquistes asintomáticos se tratan de forma conservadora ya que tienen un riesgo muy bajo de complicaciones.

-Colecciones Líquidas

Son el resultado de una reacción exudativa por el proceso inflamatorio pancreático. Se localizan dentro y próximos al páncreas y no tienen una pared definida. La mayoría se resuelve espontáneamente y sólo un 25% pueden infectarse.

-Necrosis Pancreática

Es un área no viable del parénquima o de la grasa peripancreática. La extensión de la necrosis es directamente proporcional con el pronóstico, si es afectado más del 50% de la glándula, es asociado a un alto riesgo de infección y sepsis que como consecuencia tiene fallo orgánico y muerte.

-Absceso

Es una colección de pus que se presenta tardíamente, por lo general a partir de la quinta semana de iniciado el cuadro clínico, puede derivar en infección y posteriormente en sepsis.

-Otras complicaciones sistémicas

Encontramos derrame pleural, neumonía, hipoxemia, Síndrome de Distress Respiratorio Agudo (SDRA), hiperglicemia, hipocalcemia, hiperlipidemia, oliguria, hemorragia digestiva, etc.

3. INTERVENCIONES DE ENFERMERIA EN LA PANCREATITIS AGUDA

3.1 EN LA PREVENCIÓN

-Nutrición Adecuada.

La Licenciada de Enfermería debe orientar a la población para tener el hábito de una alimentación balanceada, basándose en los criterios de la Norma Oficial Mexicana NOM-043 donde se encuentran prácticas para integrar una dieta correcta que aporte los nutrimentos adecuados al organismo, para proporcionar energía suficiente para los procesos corporales y el movimiento, nutrir la materia específica de los tejidos corporales y regular los procesos biológicos del organismo.¹⁰

¹⁰ Kozier, B. et al. *Fundamentos de Enfermería*. Ed. Mc Graw Hill. 7ª ed. Vol. 2. México. 2006. 1281pp.

Es esencial evitar una alimentación con abundantes grasas y favorecer una ingestión adecuada y equilibrada de nutrientes como: agua, hidratos de carbono, proteínas, vitaminas y minerales.¹¹ Además la enfermera debe instruir a las personas para ingerir porciones moderadas; éstos hábitos reducen significativamente el riesgo de presentar cálculos y por consiguiente el riesgo de padecer una Pancreatitis Aguda.¹²

-Evitar el consumo de alcohol.

En nuestro país y a nivel mundial va en aumento la incidencia del abuso de bebidas alcohólicas, en su mayoría en la población de adolescentes de 12 a 17 años, siendo los hombres quienes llevan la ventaja en número de casos.¹³ Éste fenómeno se considera un problema de salud pública que afecta a personas de cualquier género, estrato social y zona geográfica.

Una de las principales actividades del Profesional de Enfermería es la de informar y educar a las personas por medio de campañas, pláticas educativas en escuelas, clínicas u hospitales, en reuniones para

¹¹ Id.

¹² Ibidem. 1283pp.

¹³ Medina, M., Villatoro, J., Fleiz, C. et al. *Encuesta Nacional de Adicciones: 2011: Reporte de Alcohol*. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. México, D.F. 2012. 22pp. Disponible en: www.conadic.gob.mx

padres de familia, etc. Brindando información para la prevención del consumo del alcohol, así como los daños asociados por el consumo de éste. Cuando la enfermera detecta el alcoholismo en alguna persona, debe orientarla para cambiar ese estilo de vida, brindando las herramientas necesarias para la autoayuda, el apoyo con grupos de ayuda mutua o refiriendo a la persona afectada con un especialista de la salud específico para darle un tratamiento multidisciplinario.

-Identificación de los factores de riesgo

Es de suma importancia que la Licenciada en Enfermería tenga en cuenta las múltiples causas de la pancreatitis aguda, para que cuente con las herramientas necesarias para identificar los factores de riesgo que predisponen a las personas para padecer ésta patología.

La importancia de una anamnesis completa, así como una adecuada valoración física y en medida de lo posible apoyada de estudios de laboratorio, pueden dar indicios del riesgo que tiene esa persona de padecer pancreatitis aguda, como en las personas con hipertrigliceridemia.

La enfermera conoce las posibles complicaciones de una CPRE o algunas cirugías, ya que es indispensable para que brinde los cuidados adecuados post procedimiento y sospeche de los síntomas que pueden alertar ante una pancreatitis aguda.

3.2 EN LA ATENCIÓN

-La valoración inicial

La licenciada en Enfermería al tener el primer contacto con el paciente debe comenzar con la valoración de la persona por medio de la anamnesis ya sea directa o indirecta, donde evaluará el estilo de vida, los factores de riesgo, enfermedades previas, alergias alimentarias o medicamentosas, patrones y características de eliminación y detectará acciones realizadas por el paciente para su mejoría antes de llegar por la atención médica especializada. También realizará una exploración física, tomará y valorará los signos y síntomas que presenta la persona, su estado respiratorio, hídrico y nutricional, el estado neurológico, así mismo, observará y palpará el abdomen para localizar dolor, signos de peritonitis y equimosis en flancos o peri umbilical¹⁴ y el estado general físico.

¹⁴Motta, G. et al. *Estudio de pacientes con pancreatitis aguda evaluados con la nueva guía del Colegio Americano de Gastroenterología*. Revista de Sanidad Militar. México. 2015;69(2):129

Es de suma importancia que la Enfermera valore el estado emocional y psicológico del paciente y su familia, generalmente las personas cursan con sentimientos de temor, ansia, frustración, impotencia y enojo por el malestar. Una de las funciones del profesional de la salud es brindar el apoyo que requieren los pacientes y su familia para disminuir estos sentimientos y favorecer el tratamiento y estancia intrahospitalaria.

La evaluación clínica inicial permite a la enfermera saber las necesidades alteradas en el organismo del paciente para priorizar las intervenciones de enfermería que llevará a cabo durante la estancia de la persona en el nosocomio y en conjunto con el diagnóstico y tratamiento médico.

El tratamiento de la Pancreatitis Aguda siempre se lleva a cabo con el paciente hospitalizado, siguiendo los protocolos establecidos por cada institución de salud siguiendo las Normas Oficiales Mexicanas.

-Manejo del dolor y otras molestias

El dolor que refiere cada persona es subjetivo e individual y es un mecanismo de defensa que tiene el organismo para indicar que existe un problema.¹⁵ El umbral doloroso es distinto en cada individuo y depende de la estimulación dolorosa que la persona reciba.¹⁶

La Licenciada en Enfermería debe realizar una anamnesis y una exhaustiva valoración para la identificación oportuna del dolor, así como el inicio del mismo, la duración, intensidad, irradiación, localización y factores desencadenantes.¹⁷ Para determinar la intensidad del dolor existen diversas escalas y generalmente son numéricas,¹⁸ como la Escala Analógica Visual del dolor (EVA). (Ver Anexo 7) y en pacientes con dificultad para expresarse, que hablan otro idioma, con deterioro cognitivo o del lenguaje y en pediátricos comúnmente se utiliza la escala de puntuación de CARAS de Wong-Baker.¹⁹

La analgesia intravenosa es fundamental para tratar ésta patología, ya que es una de las prioridades, disminuir o eliminar el dolor que

¹⁵ Kozier, B. et al. *Fundamentos de Enfermería*. Ed. Mc Graw Hill. 7ª ed. Vol. 2. México. 2006. 1240pp.

¹⁶ Id.

¹⁷ Ibidem 1247pp.

¹⁸ Ibid. 1250pp.

¹⁹ Id.

presenta el paciente. El tipo de analgésico varía según la gravedad de la Pancreatitis, pero generalmente en los pacientes con dolor agudo se ministran AINES o en los casos graves se requieren opiáceos y regularmente se hace por medio de bomba de infusión. No se debe utilizar morfina en pacientes con Pancreatitis Aguda ya que produce espasmo del esfínter de Oddi o íleo paralítico y agudizará la Pancreatitis.²⁰ La enfermera debe de documentar la valoración del dolor cada 15, 30 y 60 minutos dependiendo de la evolución de éste, y en caso de no haber mejoría, se debe informar al médico.

Existen métodos terapéuticos no farmacológicos que la enfermera puede utilizar con los pacientes para complementar el tratamiento de la analgesia, incluyendo posiciones corporales, agentes caloríficos, masajes, técnicas de relajación, visualización, meditación y actividades de distracción, ya que contribuyen a la disminución del dolor, un mayor control tanto emocional como de estrés y reduce la ansiedad.²¹

Las medidas a tomar para el manejo del dolor están en ayudar al paciente para que asuma posiciones cómodas: voltearlo y acomodarlo cada dos horas. Los cambios frecuentes de posición alivian la presión

²⁰ Rodríguez, M. *Efectividad de la intervención enfermera "Manejo del Dolor" (NIC 1400) en el plan de cuidados estandarizado de la pancreatitis aguda*. Revista Enfermería CyL. Madrid, España. 2014;6(2):4

²¹ Koziar, B. Op. Cit. 1270pp.

y facilitan la prevención de complicaciones pulmonares y vasculares.²² Esto es de vital importancia para los pacientes que se encuentran inmovilizados y son incapaces de manifestar el dolor y malestar.

-Monitorización del paciente

La Licenciada en Enfermería debe monitorizar al paciente para obtener las constantes vitales, ya que le da un panorama amplio de la estabilidad del paciente, además es una forma de evitar complicaciones y le permite actuar a tiempo ante una situación complicada. Se realiza de manera horaria, dependiendo de lo ya establecido por el nosocomio y el servicio donde se encuentre el paciente así como de su situación médica; se realiza cada turno, cada cuatro horas, cada dos horas o en la unidad de cuidados intensivos cada hora y otras variantes se miden constantemente; se valoran las siguientes constantes: tensión arterial, frecuencia y ritmo cardiaco, frecuencia respiratoria, temperatura, oxigenación, diuresis y balance hídrico, presión venosa central y presión intra abdominal.²³

²² Smeltzer, S. y Cols. *Enfermería Médico Quirúrgica de Brunner y Suddarth*. Ed. Mc Graw Hill Interamericana. 10ª ed. México. 2005 p.1122

²³ Castro, I. *Actuación de Enfermería en la Pancreatitis Aguda*. Consultado el 5 de agosto del 2016. Disponible en:
https://www.aegastro.es/sites/default/files/recursos_enfermeria/21_PE_Pancreatitis_aguda.pdf

-Ayuno

Existen alteraciones orgánicas, que requieren dietas específicas que contribuyan a la conservación o recuperación de la salud, o al control del padecimiento.²⁴ El estado emocional y el dolor alteran las secreciones gástricas e interfieren en el proceso digestivo. En el caso de la pancreatitis aguda se debe suspender la ingestión de alimentos y líquidos para evitar la secreción pancreática, por consiguiente la auto digestión de éste órgano y lograr el reposo pancreático, acelerando la recuperación del paciente.

En los casos leves el paciente podrá estar en ayuno hasta por 72 horas y en los casos graves se valorará la intensidad y duración del dolor, las concentraciones normales de amilasa y lipasa séricas, las complicaciones en otros órganos o sistemas, la duración y tipo de tratamiento médico, entre otras cosas.²⁵

Lo ideal es comenzar la nutrición oral cuando el paciente tolere la vía, no haya dolor ni emesis y tenga hambre; se inicia con 100-300 ml de

²⁴ Rosales, S. *Fundamentos de Enfermería*. Ed. El Manual Moderno. 3ª ed. México. 2004. p.315

²⁵ Gispert, C. *Manual de la Enfermería Nueva Edición*. Ed. Océano/Centrum. Barcelona, España. 2012. 251pp.

líquidos cada 4 horas, si tolera bien, se progresa a dieta blanda por 3 a 4 días y posteriormente a sólidos bajos en grasas.²⁶

-Colocación de sonda nasogástrica o nasoyeyunal

Ésta medida se lleva a cabo en pacientes que cursan estancia en la unidad de cuidados intensivos por una Pancreatitis Aguda Grave, ya que requieren de un soporte nutricional a consecuencia del ayuno prolongado y se convierte en una parte fundamental del tratamiento y la recuperación del paciente.

Una sonda es un tubo flexible de material específico y de diversos calibres, que se introduce por la nariz hasta llegar al estómago o yeyuno a través de la nasofaringe. La Licenciada en Enfermería sabe que son diversas las finalidades de una intubación de éste tipo, sin embargo, para ésta patología, nos sirve para vaciar o descomprimir por medio de succión el contenido intestinal, secreciones gástricas o residuo de alimentos, evitando el paso de ácido clorhídrico al duodeno y como consecuencia la estimulación del páncreas, también disminuye la compresión abdominal reduciendo el dolor; otra función sería la de la alimentación y nutrición enteral, por contraindicación de la vía oral y

²⁶ Vera, O. *Manejo y Tratamiento de la Pancreatitis Aguda en la unidad de Cuidados Intensivos*. Revista Médica La Paz. La Paz, Bolivia. 2011;17(1):57

se da mediante indicación médica.²⁷ Otro beneficio de la sonda nasogástrica es que por medio de la aspiración nasogástrica podemos cuantificar secreciones, así como observar su color y viscosidad.

Al tener pacientes con éste tipo de sondas, la Enfermera debe tener en cuenta los cuidados específicos como vigilancia de la zona de apoyo en nariz para evitar erosiones y ulceraciones, cambio de apósitos y fijaciones, lavado de sonda según pautas de nutrición y administración de preparado según indicación y avisar al facultativo en caso de apreciar cualquier signo de infección local.²⁸

-Vigilancia y restablecimiento del equilibrio hidroelectrolítico

En los casos de pancreatitis leve y grave, la reposición adecuada de volumen es fundamental para conseguir una homeostasis intravascular y la estabilización hemodinámica del paciente, manteniendo estable la presión arterial, favoreciendo la prevención de insuficiencia renal y demás complicaciones.²⁹

²⁷ Gispert, C. Opcit. p.90

²⁸ Castro, I. *Actuación de Enfermería en la Pancreatitis Aguda*. Consultado el 5 de agosto del 2016. Disponible:https://www.aegastro.es/sites/default/files/recursos_enfermeria/21_PE_Pancreatitis_aguda.pdf

²⁹ Gispert, C. Op. Cit. 251pp.

La terapia intravenosa debe ser suficiente para éstos pacientes ya que se deben reponer las pérdidas cuantificables, tomando en cuenta la retención de líquidos, así como acumulaciones intra abdominales, siendo una parte fundamental del tratamiento.³⁰

-Ministración de Medicamentos

La Licenciada en Enfermería es una de las personas encargada de la ministración adecuada de los fármacos, siendo la responsable de valorar la eficacia o reacciones adversas que éstos pudieran ocasionar,³¹ ya que por su estrecha relación e interacción con el paciente y sus conocimientos adquiridos sobre farmacología, es la primera en detectar alguna anomalía.

Al realizar la exploración física debe valorar la existencia y la intensidad del dolor, debe identificar datos de infección, observar si hay presencia de lesiones, medir por medio de escalas el estado neurológico, verificar si se presentó alguna reacción farmacológica en el paciente, etc., para así ministrar los fármacos prescritos, suspender

³⁰ Id.

³¹ Kozier, B. et al. *Fundamentos de Enfermería*. Ed. Mc Graw Hill. 7ª ed. Vol. 1. México. 2006. 859pp.

si es necesario e informar al médico tratante para que añada o modifique el esquema de medicación de acuerdo a las necesidades de cada paciente.

-Mejoramiento del patrón respiratorio

La alteración del sistema respiratorio, afecta de manera importante desde la capacidad para respirar, el transporte de gases en el organismo y como consecuencia las actividades diarias voluntarias e involuntarias.³²De los factores más comunes que afectan la oxigenación son la edad, el medio ambiente o ubicación geográfica, el estado de salud, los medicamentos y el estrés.³³

Es importante para las todas las personas y en especial a las que presentan Pancreatitis aguda mantener la permeabilidad de la vía respiratoria, la Enfermera debe orientar al paciente de la razón de los cambios posturales y posturas adecuadas para favorecer la expansión pulmonar así como el movimiento de aire y líquidos.³⁴Otra de las formas de que la Enfermera debe de mantener la vía respiratoria permeable es fomentando las respiraciones profundas y la tos para la expectoración de secreciones, poner al paciente en posición de

³² Kozier, B. Op. Cit. 1411pp.

³³ Ibidem 1415pp.

³⁴ Id.

semifowler o fowler, mantener una adecuada hidratación para evitar que las secreciones se espesen y se hagan pegajosas, aplicar técnicas de percusión y vibración para la expulsión de las mismas, la aspiración de secreciones, limpieza de traqueostomía si es el caso, brindar oxigenoterapia, mantener un ambiente libre de contaminantes, polvo, humo de tabaco y alérgenos.³⁵

La enfermera al llevar a cabo todos los cuidados descritos anteriormente, evita complicaciones en la salud de la persona como son la hipoxia, deterioro del intercambio gaseoso, ansiedad, fatiga y deterioro del patrón del sueño.

-Vigilancia y control del estado nutricional

Una adecuada nutrición proporciona un buen estado de salud y el óptimo funcionamiento de los diversos procesos del organismo, ya que hay un equilibrio de nutrientes esenciales como el agua, hidratos de carbono, proteínas, grasas, vitaminas y minerales, por lo tanto, la Licenciada en Enfermería cuenta con los conocimientos necesarios para valorar la nutrición actual y el aumento de las necesidades metabólicas. Cuando se presenta un cuadro de pancreatitis aguda, se ven afectadas las secreciones, por lo tanto se alteran los procesos

³⁵ Ibid. 1420pp.

digestivos normales. En éstos casos en los que se altera la función digestiva se administra al paciente la nutrición parenteral total (NPT) a través de un catéter venoso central, solamente en venas centrales de alto flujo y posteriormente son diluidas por la sangre del paciente ya que la NPT es una solución hipertónica que contiene dextrosa, agua, grasa, proteínas, electrolitos, proteínas y oligoelementos; todos en función de las necesidades nutrimentales de cada persona³⁶

La enfermera sabe de los riesgos de ministrar una NPT, como para el control de infecciones durante el tratamiento se deben de utilizar técnicas de asepsia, llevando a cabo un cuidado meticuloso del catéter venoso central; para detectar un desequilibrio electrolítico o de glucosa se debe realizar una valoración adecuada del paciente y si es necesario y se indica por el médico tratante, se debe ministrar insulina para regular los niveles altos de glucemia dados por la limitación de la función endócrina del páncreas.³⁷

-Evaluación y equilibrio del estado hidroelectrolítico y ácido-base

El cuerpo humano cuando se encuentra en un buen estado de salud, mantiene un correcto equilibrio u homeostasis fisiológica, esto lo realiza por medio de procesos fisiológicos que regulan la ingesta y

³⁶ Kozier, B. Op. Cit. 1325pp.

³⁷ Id.

eliminación de agua, líquidos y electrolitos. Éste balance se ve afectado cuando el organismo enferma, se expone a temperaturas muy altas o hay una intensa actividad física y no se mantiene una correcta ingesta de agua y sales.³⁸ Del peso corporal total de un adulto aproximadamente un 60% está constituido por agua, distribuido un 40% en el espacio intracelular y 20% en el extracelular, el porcentaje de agua depende de factores como la edad, sexo y grasa corporal.³⁹

La enfermera debe saber que en pacientes que presentan Pancreatitis aguda, se ve afectado el equilibrio hidroelectrolítico y ácido-básico, por lo tanto es indispensable la colocación de un catéter venoso, ya sea central o periférico, para mantener una hidratación adecuada y controlada del paciente.

La valoración continua del estado hidroelectrolítico por parte de enfermería, es una función esencial y constante, que realiza por medio de los signos vitales, la entrada y salida de líquidos y el peso diario, así como la identificación temprana de datos de hipovolemia, hipocalcemia, hipopotasemia, hipomagnesemia, hiperglucemia y sepsis.⁴⁰

³⁸ Ibid. 1476pp.

³⁹ Rosales, S. Op. Cit. 339pp.

⁴⁰ Koziar, B. Op. Cit. 1499pp.

Para la reposición estricta de líquidos y electrolitos indicados por el médico, se debe tomar en cuenta la presión sanguínea, resultados de pruebas analíticas (electrolitos séricos, hemograma completo, nitrógeno ureico sanguíneo o BUN, densidad, gasto y pH urinario y gasometría arterial) y la valoración completa del estado del paciente.⁴¹

Cuando se presentan casos de Pancreatitis hemorrágica, el paciente pierde gran cantidad de sangre y plasma o es acumulado por el síndrome del tercer espacio, por lo tanto se produce una hipovolemia y es de suma importancia la ministración de hemoderivados, plasma o albúmina para la reposición del volumen normal. Es esencial una correcta valoración por parte de la Licenciada en Enfermería para identificar e intervenir adecuadamente con los pacientes que presentan éste tercer espacio, midiendo diariamente la cintura abdominal en busca de ascitis.

-Reducción de las necesidades metabólicas

La Pancreatitis aguda provoca edema retroperitoneal, derrame pleural, infecciones intra abdominales, fiebre taquicardia y taquipnea, lo cual provoca el aumento de las necesidades metabólicas del paciente, la enfermera debe proporcionar al paciente una habitación donde se le

⁴¹ Ibid. 1502pp.

brinde oxigenoterapia para reducir la insuficiencia respiratoria y evitar la hipoxia, además, debe tomar las medidas necesarias de acuerdo al estado físico del paciente para reducir la fiebre por medios físicos y la ministración medicamentos antibióticos y antipiréticos indicados por el médico. Todas éstas medidas contribuyen a la disminución del metabolismo excesivo.

3.3 EN LA REHABILITACIÓN

-Prevención y control de complicaciones mediante el seguimiento del tratamiento establecido y proporcionando los cuidados específicos.

Las principales complicaciones de la pancreatitis aguda son: pseudoquistes y colecciones líquidas que con los cuidados específicos y el tratamiento médico se resuelven espontáneamente sin tener que recurrir a otros tratamientos, sin embargo, cuando hay necrosis pancreática o abscesos, un alto porcentaje de los casos derivan en infecciones, sepsis, hemorragia, falla orgánica, muerte o provocar daño a órganos vecinos; cuando sucede esto, el tratamiento es quirúrgico como desbridamiento o drenaje percutáneo y por lo tanto, a parte de los cuidados antes descritos, se deben dar los cuidados post operatorios correspondientes.⁴²

⁴² Gispert, C. Op. Cit. 250pp.

-Aplicar la vigilancia constante del paciente y en casos necesarios actuar de manera favorable ante una complicación.

La Licenciada en Enfermería sabe que es de suma importancia la vigilancia estrecha del paciente para detectar disfunción respiratoria, renal, neurológica o cardiovascular.⁴³ Así mismo, debe estar preparada para intervenir de inmediato a favor del paciente ante cambios súbitos del estado de salud del encamado o cuando el tratamiento médico sea modificado. La constancia de los cuidados y la continuidad del tratamiento brindados al paciente es vital para evitar complicaciones, secuelas o la muerte.⁴⁴

-Instruir a la familia y/o cuidadores haciendo énfasis en los cuidados que tendrán fuera del hospital.

Desde el ingreso del paciente al hospital, se debe informar tanto a éste como a su familiar o cuidador acerca de su estado de salud, así como explicar los procedimientos, intervenciones o dudas que se presenten durante su estancia hospitalaria. Cuando el paciente es egresado del hospital, la enfermera debe de proporcionar un plan de alta que

⁴³ Id.

⁴⁴ Rosales, S. Op Cit. 447pp.

contenga los cuidados que la persona requiere en su casa para evitar la recidiva e incentivar el autocuidado. La información que allí brinda es acerca de la continuidad de los cuidados farmacológicos, nutricionales, higiénicos, fisioterapéuticos, post operatorios, la importancia de evitar el alcohol e información sobre diabetes.⁴⁵ Así mismo se brinda información acerca de la importancia del seguimiento de las citas médicas, datos de alarma y dónde recurrir en caso de presentarlos.⁴⁶

⁴⁵ Ibid. 498pp.

⁴⁶ Ibidem. 499pp.

4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1 CONCLUSIONES

Al analizar las intervenciones específicas de enfermería para los pacientes con Pancreatitis Aguda, podemos afirmar que se lograron los objetivos de ésta Tesina, ya que se demostró la gran importancia de los conocimientos, la práctica y la experiencia de la Licenciada en Enfermería ante el cuidado del adulto con Pancreatitis Aguda. El papel de la enfermera es fundamental en la prevención, la atención y la rehabilitación del paciente, ya que está comprobado que es una patología frecuente entre la población mexicana y si no es tratada a tiempo tiene un alto porcentaje de presentar consecuencias graves o fatales.

Por otra parte, la actuación de la Licenciada en Enfermería no sólo se limita a las funciones del área de servicio, si no que para brindar un cuidado integral en beneficio del paciente también desarrolla sus potenciales en las áreas de docencia, la administración y en la investigación como a continuación se describe:

-En servicios

Desde la admisión de un paciente al hospital, la enfermera es la encargada de recibirlo, observarlo, interrogarlo y darle los cuidados de primera instancia para que sea diagnosticado por el médico.

Por lo general los pacientes que presentan Pancreatitis Aguda ingresan con intenso dolor, por lo tanto la Licenciada en Enfermería monitoriza las constantes vitales de la persona y toma las muestras de laboratorio para saber su estado de salud y tomar las medidas pertinentes en el caso de presentar un parámetro anormal. Posteriormente comienza a brindar el tratamiento indicado para el control del dolor, así como su valoración constante, e inicia la reposición de líquidos que es fundamental para evitar complicaciones tempranas y un desequilibrio hidroelectrolítico, además, brinda apoyo respiratorio si es requerido y comienza a prevenir una falla renal, respiratoria o cardíaca. Se inicia inmediatamente el tratamiento farmacológico integral, el ayuno y la colocación de una sonda nasoyeyunal si es necesario para estabilizar y disminuir los malestares del paciente.

Entre las diversas funciones de la enfermera se encuentran el dar apoyo emocional para reducir al mínimo la ansiedad que presenta el

paciente, proporcionar breves y claras explicaciones a acerca de los procedimientos que se le realizará y reducir sus dudas acerca del tratamiento y cuidado durante su estancia.

De todas las acciones ya mencionadas la Licenciada en enfermería debe realizar y dirigirse al paciente y sus familiares con respeto, ética, profesionalismo y empatía para brindar un cuidado óptimo que repercutirá en beneficio de la recuperación del paciente o en ofrecer el cuidado para una muerte digna.

-En docencia

Otra de las funciones principales y de suma importancia es el aspecto docente que funge la enfermera durante el cuidado que proporciona. Para llevar a cabo la enseñanza y por lo tanto el aprendizaje del paciente y su familiar acerca de la Pancreatitis Aguda, debe explicar de manera clara y sencilla la función del páncreas, la fisiopatología de la enfermedad, la función de los fármacos indicados y las medidas a tomar para evitar o estabilizar complicaciones propias de la enfermedad. Todo esto con la finalidad de que comprendan los factores de riesgo y las causas que propició la enfermedad, evitar complicaciones, lograr que la persona tenga una pronta recuperación y que al regresar a su vida cotidiana evite una recidiva.

El proceso de capacitación por parte de la enfermera es constante desde el primer contacto con el paciente y su familia, además de ser una orientación específica para ese paciente y su patología durante su estancia hospitalaria, también se aconsejan cuidados, técnicas, consejos y alternativas para mejorar su estilo de vida, se elabora y explica un plan de alta de acuerdo a las necesidades y posibilidades del paciente que se le entrega para que lo lleven a cabo en casa.

-En la administración

Durante la formación profesional de La Licenciada en Enfermería se le capacita con conocimientos empíricos que sustentan sus prácticas al llevar a cabo las diversas técnicas en los servicios de enfermería, desarrollando la capacidad de planificar, organizar, ejecutar y evaluar los cuidados de enfermería para beneficiar la rehabilitación del paciente.

En el paciente que presenta Pancreatitis Aguda, la enfermera realiza una valoración para obtener sus diagnósticos enfermeros, posteriormente planea y organiza los cuidados que le dará a la persona, al llevarlos a cabo promueve su recuperación controlando y evaluando posibles complicaciones. En términos generales la administración en enfermería se enfoca en una actuación lógica,

sistematizada con un pensamiento crítico y autónomo para la rehabilitación del paciente.

-En Investigación

En el campo de la investigación la Licenciada en Enfermería realiza un gran aporte a la profesión con la realización de proyectos y protocolos de investigación sustentados por los conocimientos teóricos y la práctica clínica, con el fin de fundamentar cada acción y beneficiar el estado de salud de la persona, la familia o una comunidad.

En el caso de la Pancreatitis Aguda, la enfermera puede realizar investigaciones sobre los factores de riesgo y su incidencia como son el alcoholismo y una inadecuada alimentación que en la población mexicana es muy común llevar a cabo. También puede investigar la frecuencia y el tipo de complicaciones que presentan los pacientes, así como los diagnósticos de enfermería y los cuidados más adecuados en base a éstos.

Las actividades de investigación en enfermería también contemplan la publicación y difusión de artículos, resultados de investigaciones y

protocolos de investigación en revistas científicas del área de enfermería o de la salud.

4.2 RECOMENDACIONES

-Brindar los cuidados específicos de enfermería de manera pronta reduce los daños y secuelas de los pacientes que presentan Pancreatitis Aguda.

-Monitorizar constante o permanentemente al paciente mientras está hospitalizado detecta alteraciones que indican desequilibrio homeostático.

-Controlar el dolor es una de las primeras y principales medidas a tomar con los pacientes que presentan Pancreatitis ya que mejora la estabilidad, reduce el estrés y la ansiedad.

-Poner inmediatamente en ayuno al paciente para disminuir al máximo la secreción pancreática, reduciendo así la inflamación del páncreas y ayudando a eliminar el dolor.

-Colocar una sonda nasogástrica sirve para extraer el contenido gástrico y así evitar su paso al duodeno, por lo tanto inhibe la estimulación del mecanismo de la secretina para evitar la segregación de jugos pancreáticos.

-Cuidar de la higiene, colocación y sujeción de la sonda nasogástrica evita infecciones, irritación bucofaríngea, estimular el reflejo nauseoso y ayuda a verificar el estado de la sonda Levin.

-Ministrar los analgésicos indicados para contrarrestar el dolor ya que es necesario y de prioridad debido a que en la mayoría de los casos con Pancreatitis Aguda es muy intenso.

-Evaluar y reportar constantemente el comportamiento del dolor del paciente, de igual manera informar al médico si no hay disminución de éste o si se presenta alguna reacción adversa al analgésico.

-Apoyar al paciente a colocarse en posiciones cómodas que influyan en la disminución del dolor, aumentar el confort, facilitar el descanso y evitando presión constante en una sola región corporal, tomando en cuenta el estado de salud específico del paciente y explicar la

importancia de que se lleve a cabo al menos cada dos horas, previniendo complicaciones pulmonares y vasculares.

-Propiciar la comunicación efectiva y constante tanto con el paciente, su familiar y entre el equipo médico multidisciplinario, para incrementar la confianza, seguridad y pronta recuperación del paciente.

-Valorar el estado nutricional del paciente para prevenir la desnutrición a causa del tratamiento para la Pancreatitis Aguda y si es necesario en los casos complicados administrar nutrición parenteral total para mantener un óptimo estado nutricional sin estimular los jugos gástricos.

-Evaluar constantemente que la glicemia del paciente se encuentre en niveles normales ya que el ayuno prolongado, la Nutrición Parenteral Total y el mal funcionamiento del páncreas pueden alterarlos y provocar mayores complicaciones.

-Eliminar la fiebre con apoyo de medios físicos y ministrando los antipiréticos indicados por el médico, esto disminuye los excesos

metabólicos, favorece la oxigenación celular y disminuye el trabajo extra del aparato respiratorio.

-Administrar oxígeno al paciente con Pancreatitis Aguda y mantener su saturación por arriba del 93% previene la hipoxia.

-Evaluar y cuantificar las pérdidas hidroelectrolíticas como el vómito, diarrea, sudoración excesiva y drenaje gástrico para evitar o corregir un desequilibrio hidroelectrolítico.

-Colocar un catéter vesical sirve para tener un control estricto de los egresos del paciente, así como poder observar las características del líquido excretado y poder valorar si hay desequilibrio hidroelectrolítico o falla renal.

-Valorar y dar cuidado a las regiones de punción de los accesos venosos para prevenir infecciones, flebitis, sangrados, fugas e irritaciones.

-Verificar que siempre permanezcan arriba los barandales de la cama del paciente, ya que esto contribuye a disminuir el riesgo de caídas.

-Asistir al paciente para el aseo corporal diario, como bañarse, limpieza bucal, genital, corte de uñas, rasurado en el caso de hombres y lavado de manos entre otras, siempre y cuando no haya una contraindicación médica, ya que la higiene evita infecciones, complicaciones y favorece la comodidad y autoestima del paciente.

-Mantener cambios de posición constante, almohadillas en sitios corporales estratégicos y mantener la piel seca y humectada para prevenir úlceras por presión.

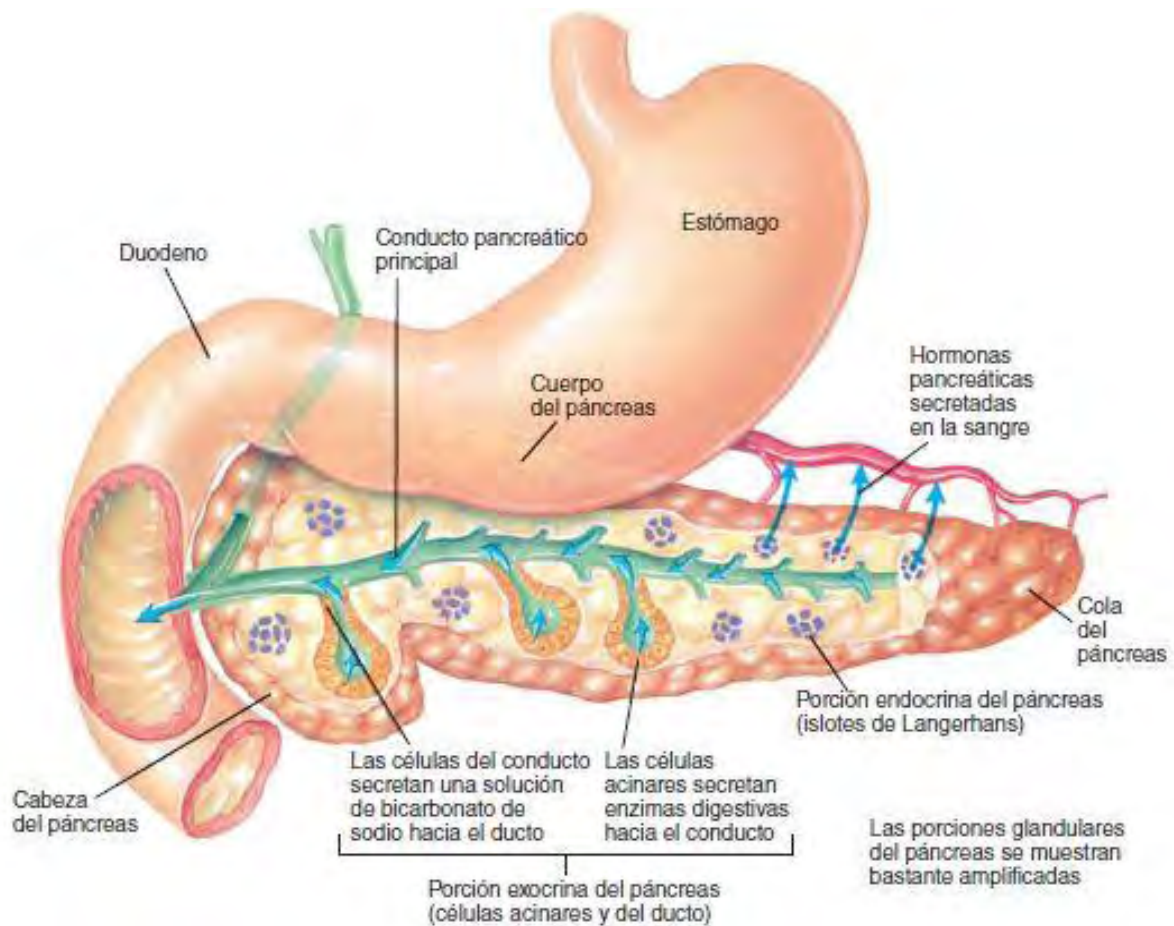
-Llevar a cabo cada uno de los procedimientos con previa explicación al paciente y su familiar para reducir la ansiedad, generar seguridad y lograr mayor cooperación.

-Elaborar y proporcionar un plan de cuidados hecho específicamente para el paciente y la patología que presentó, el cual abarcará aspectos nutricionales, higiene, farmacoterapia, auto cuidado, signos de alarma y prevención de factores de riesgo que deberá seguir en su casa para evitar una recidiva.

-Informar al paciente y su familiar cómo será el seguimiento por la consulta externa y el lugar adecuado para acudir en caso de presentar signos de alarma, estas indicaciones ayudan a que el paciente reciba una atención adecuada según la gravedad, ya que los pacientes con Pancreatitis Aguda requieren atención hospitalaria inmediata para evitar consecuencias fatales.

5. ANEXOS Y APÉNDICES

Anexo No. 1: Anatomía del Páncreas



Rizzo, D. *Fundamentos de Anatomía y Fisiología*. Editorial Cengage Learning. 3ª ed. México. 2011. 382 pp.

Anexo No. 2: Signo de Grey-Turner



Figura 3. Signo de Grey-Turner.

Fuente: Madaria, E. *Pancreatitis Aguda*. Unidad de Patología Pancreática. Unidad de Gastroenterología y Endoscopia Digestiva. Hospital General Universitario. Alicante, España. 634pp. Consultada el 29 de junio en: https://www.aegastro.es/sites/default/files/archivos/ayudas-practicas/42_Pancreatitis_aguda.pdf

Anexo No. 3: Signo del “Colón Cortado”



Fig. 12: Signos del "Colón cortado" en una pancreatitis aguda

Fuente: Lerma, R. López, D. Rivera, L. et al. *Radiología Simple Abdominal en urgencias: ¿Técnica infravalorada?* Sociedad Española de Radiología Médica. Madrid, España. 2012. 16pp.

Anexo No. 4: Sistema de Clasificación de Balthazar basado en la Tomografía Computarizada

TABLA II. SISTEMA DE CLASIFICACIÓN DE BALTHAZAR BASADO EN LA TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA			
Grado de lesión por tomografía computarizada	Puntuación	Grado de necrosis	Puntuación
A. Normal	0	0 %	0
B. Agrandamiento difuso del páncreas	1	< 30 %	2
C. Alteración de la glándula pancreática con alteraciones del tejido peripancreático	2	30 - 50 %	4
D. Presencia de una colección mal definida	3	> 50 %	6
E. Presencia de dos o más colecciones líquidas mal definidas	4		

Fuente: Escudero, E. Sastre, A. *Nutrición y pancreatitis*. Nutrición clínica en medicina. Madrid, España. 2014;8(2):49

Anexo No. 5: Criterios de Pronóstico de Ranson

Criterios pronósticos de Ranson (32)

En el ingreso	En las primeras 48 horas
<ul style="list-style-type: none"> • Edad > de 55 años • Leucocitosis > de 16.000/mm³ • Glicemia > 2 gr/dL • SGOT > 250 UI/L • LDH > 350 UI/L 	<ul style="list-style-type: none"> • Caída de hematocrito > 10 puntos % • Alza del BUN > de 5 mg/dl • Calcemia < de 8 mg/dl • PO₂ < 60 con FIO₂ de 21% (ambiental) • Déficit de base (B.E) > -4 mEq/L • Secuestro de volumen > 6 L (Balance Hídrico)

Fuente: Báez, A. Benítez, A. Bueno, e. et al. *Protocolo de manejo nutricional en pacientes con pancreatitis aguda*. ANALES de la Facultad de Ciencias Médicas. Luque, Paraguay. 2013;45(2):76

Anexo No. 6: Escala de Predicción APACHE II

APACHE II.

Puntuación APACHE II									
APS	4	3	2	1	0	1	2	3	4
Tª rectal (°C)	≥40.9	39-40.9			36-38.4		32-33.9	30-31.9	≤30
Presión arterial media	≥159	130-159	110-129		70-109		50-69		≤50
Frecuencia cardiaca	≥179	140-179	110-129		70-109		55-69	40-54	≤40
Frecuencia respiratoria	≥49	35-49		25-34	12-24	10-11	6-9		<6
Oxigenación: Si FiO ₂ ≥ 0,5 (AaDO ₂) Si FiO ₂ < 0,5 (paO ₂)	≥499		200-349		<200 >70	61-70		56-60	<56
pH arterial	≥7.69								<7.15
Na plasmático (mmol/l)	≥179	160-179	155-159	150-154	130-149		120-129	111-119	≤111
K plasmático (mmol/l)	≥6.9	6.0-6.9		5.5-5.9	3.5-5.4		2.5-2.9		<2.5
Creatinina* (mg/dl)	≥3.4	2-3.4	1.5-1.9		0.6-1.4		<0.6		
Hematocrito (%)	≥59.9		50-59.9	46-49.9	30-45.9		20-29.9		<20
Leucocitos (x 1000)	≥39.9		20-39.9	15-19.9	3-14.9		1-2.9		<1
Suma de puntos APS									
Total APS									
15 - CCS									
Edad	Puntuación	Enfermedad crónica		Puntos APS (A)	Puntos GCS (B)	Puntos edad (C)		Puntos enfermedad previa (D)	
≤44	0	Posoperatorio programado		2					
45-54	2	Posoperatorio urgente o médico		5	Total Puntos APACHE II (A + B + C + D)				
55-64	3	Enfermedad crónica <i>Hepática:</i> cirrosis (biopsia) o hipertensión portal o episodio previo de fallo hepático <i>Cardiovascular:</i> disnea o angina de reposo (clase IV de la NYHA) <i>Respiratorio:</i> EPOC grave, con hipercapnia, eritrocitosis o hipertensión arterial pulmonar <i>Renal:</i> diálisis crónica <i>Inmunocomprometido:</i> tratamiento inmunosupresor inmunodeficiencia crónicos							

*Creatinina: doble puntuación si FRA

Fuente: Ayala, J. et al. *Pancreatitis aguda grave: implicaciones en su pronóstico y manejo*. Revista de Gastroenterología Mexicana. México. 2008. Consultado el 25 de junio del 2016. Disponible en: <http://pancreatitis.blogspot.mx/2009/04/clasificacion-apache.html>

Anexo No. 7: Escala Analógica Visual del dolor (EVA)



Fuente: Clínica del dolor y Cuidados Paliativos COMEDM, A.C. 2016. Consultado el 2 de agosto de 2016. Disponible en: <http://clinicadeldolorcomedem.com/blog/escala-de-dolor-eva/>

6. GLOSARIO DE TÉRMINOS

ABSCESO PANCREÁTICO: Colección circunscrita de pus, en el páncreas o su vecindad, que aparece como consecuencia de una pancreatitis aguda y contiene escaso tejido necrótico en su interior.

ASCITIS: Acumulación anormal de líquido seroso en la cavidad abdominal, en el espacio que hay entre el peritoneo visceral y el peritoneo parietal.

CÁLCULOS: Son depósitos duros que se forman en algunos órganos y son similares a cristales de roca, su composición puede ser de colesterol, bilirrubina, sales minerales, calcio, fosfatos o grasa. Pueden ser tan pequeños como un grano de arena o tan grandes como una bola de golf.

COLECCIONES LÍQUIDAS AGUDAS: colecciones de densidad líquida que carecen de pared y se presentan precozmente en el páncreas o cerca de él.

COLELITIASIS: Son depósitos duros y similares a cristales de roca que se forman dentro de la vesícula biliar. Estos cálculos pueden ser tan pequeños como un grano de arena o tan grandes como una pelota de golf, dependiendo del tiempo que haya transcurrido en su formación.

DISTRÉS RESPIRATORIO: Es un síndrome agudo causado por la alteración de la permeabilidad de la membrana capilar pulmonar, dando lugar a un edema pulmonar no cardiogénico. Caracterizado por insuficiencia respiratoria muy grave, infiltrados pulmonares bilaterales difusos y disminución extrema de la distensibilidad pulmonar.

EMESIS: Vómito o expulsión violenta y espasmódica del contenido del estómago a través de la boca.

EQUIMOSIS: Extravasación de sangre al interior de un tejido, especialmente en el tejido subcutáneo. La extravasación se manifiesta por una mancha de color rojo violáceo que más tarde se vuelve azul, verdosa y amarilla hasta que desaparece. También llamado hematoma.

ESTEATORREA: Una esteatorrea se define por una cantidad excesiva de grasa en las heces. Hablamos de esteatorrea cuando la cantidad de grasa eliminada excede los 6 gramos en 24 horas.

HIPERCALEMIA: Concentración anormalmente alta de calcio en la sangre. El rango normal va de 8.5 a 10.2 mg/dL.

HIPERGLUCEMIA: Concentración de glucosa en sangre más alta de lo normal. El rango normal de glucosa sérica en ayuno es de 70 a 100 mg/dL.

HIPERLIPIDEMIA: También llamada dislipidemia y consiste en la presencia de niveles elevados de los lípidos en la sangre. El valor normal del colesterol total en sangre oscila entre los 180 a 200 mg/dL.

HIPERTRIGLICERIDEMIA: Es el exceso de concentración sérica de triglicéridos. El valor normal de los triglicéridos es <150 mg/dL.

HIPOCALCEMIA: Concentración de calcio en sangre más baja de lo normal. Puede estar causada por un hipoparatiroidismo, una deficiencia en vitamina D, una pancreatitis aguda, una insuficiencia renal, etc. El rango normal va de 8.5 a 10.2 mg/dL.

HIPOPOTASEMIA: Trastorno en el equilibrio hidroelectrolítico que se caracteriza por un descenso del ion potasio en sangre.

HIPOVOLEMIA: Disminución del volumen de sangre circulante. El volumen total de sangre circulante de un adulto es de aproximadamente de 5-6 litros.

HIPOXEMIA: Disminución anormal de la presión parcial de oxígeno en sangre arterial por debajo de 80 mmHg.

HIPOXIA: Disminución de la difusión de oxígeno en los tejidos y en la célula.

METEORISMO: Distensión abdominal provocada por la producción y acumulación de una cantidad excesiva de gases en el tracto gastrointestinal, ya sea en el intestino o en el estómago.

MINISTRAR: Es la acción de dar o suministrar a alguien algo.

NECROSIS: zonas localizadas o difusas de tejido pancreático no viable que, generalmente, se asocian a necrosis grasa peripancreática. A la tomografía se aprecian como zonas con densidad menor que la del tejido normal pero mayor que la densidad líquida y que no incrementan su densidad con la inyección del medio de contraste.

NEUMONÍA: Es una enfermedad que consiste en la inflamación del tejido pulmonar provocada por bacterias, virus u hongos, pudiendo presentarse en uno o en ambos pulmones de forma simultánea

OLIGURIA: Es la producción anormalmente baja de orina por el organismo, uresis <400 mL/día.

PANCREATITIS AGUDA GRAVE: Es la que se asocia a fallas orgánicas sistémicas y/o complicaciones locales como necrosis, pseudoquiste o absceso. Generalmente es consecuencia de la existencia de necrosis pancreática aunque ocasionalmente las pancreatitis edematosas pueden presentar evidencias de gravedad.

PANCREATITIS AGUDA LEVE: Proceso inflamatorio pancreático agudo en que el hallazgo patológico fundamental es el edema intersticial de la glándula y existe mínima repercusión sistémica.

PREVALENCIA: Corresponde al número de casos existentes de una enfermedad o condición en una población determinada.

PROCESO INFLAMATORIO: Es la respuesta del sistema inmunológico de un organismo al daño causado a sus células y tejidos vascularizados por patógenos bacterianos y por cualquier otro agresor de naturaleza biológica, química, física o mecánica.

PSEUDOQUISTE: formación de densidad líquida caracterizada por la existencia de una pared de tejido fibroso o granulador que aparece después de las 4 semanas desde el inicio de la pancreatitis.

RECIDIVA: Repetición de una enfermedad poco después de terminada la convalecencia.

SECRETINA: Es una hormona gastrointestinal producida por la mucosa del duodeno, el yeyuno y el íleon. La secretina hace que el páncreas segregue un jugo digestivo rico en bicarbonato y bajo en enzimas.

SEPSIS: Es sinónimo de septicemia y es la afección generalizada que se produce por la presencia de microorganismos patógenos o de sus toxinas en la sangre.

SÍNDROME DEL TERCER ESPACIO: Se da cuando el líquido vascular se desplaza a un espacio intersticial, a la cavidad peritoneal o a la pleural en forma de edema, con el tiempo éste líquido retorna al espacio vascular.

SONDA LEVIN: Está hecha de caucho o plástico, con una sola luz y es de distintos calibres que van de los 12-20 French (1F= 0.33mm), se usa principalmente para la aspiración del material contenido en el interior del estómago, y la descompresión de la cavidad gástrica.

VOLEMIA: Es el volumen total de sangre circulante de un individuo y es de aproximadamente de 5-6 litros, dependiendo de la persona.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aguilera. *Actualización en el diagnóstico y tratamiento de la pancreatitis aguda grave*. Hospital Universitario General Calixto García Ñíguez. La Habana, Cuba. Disponible en:

<http://files.sld.cu/urgencia/files/2010/08/trabajos-cientificos-urgrav-2004-urgencias-y-emergencias-hospitalarias-titulos-de-a-a-m.pdf>

Consultado el día 3 de abril del 2016.

Arrollo, H. *Diagnóstico y tratamiento de la Pancreatitis Aguda*. Consejo de Salubridad General. México. p. 7-75 Disponible en:

http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/239_PANCREATITIS_AGUDA/Pancreatitis_aguda_evr_cenetec.pdf

Consultado el día 3 de abril del 2016.

Ayala, J. et al. *Pancreatitis aguda grave: implicaciones en su pronóstico y manejo*. Revista de Gastroenterología Mexicana. México. 2008. Consultado el 25 de junio del 2016. Disponible en:

<http://pancreatititis.blogspot.mx/2009/04/clasificacion-apache.html>

Báez, A. Benítez, A. Bueno, e. et al. *Protocolo de manejo nutricional en pacientes con pancreatitis aguda*. ANALES de la Facultad de Ciencias Médicas. Luque, Paraguay. 2013;45(2):76

Barrett, Kim. *Fisiología gastrointestinal*. Ed. Mc Graw Hill. México, 2007. 74 pp.

Berger, Zoltan. *Pancreatitis Aguda*. Suplemento Especial. Santiago, Chile. p.134 Disponible en:
http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/gastro/supl_2005/pdf/a17.pdf
Consultado el día 3 de abril del 2016.

Castro, I. *Actuación de Enfermería en la Pancreatitis Aguda*. Consultado el 5 de agosto del 2016. Disponible en:
https://www.aegastro.es/sites/default/files/recursos_enfermeria/21_PE_Pancreatitis_aguda.pdf

Catán, F. *Alternativas de manejo de colecciones en pancreatitis aguda*. Gastroenterología Latinoamericana. Santiago, Chile. 2013;24(1):98-101

Chávez, M. *Historia del Páncreas y de la evolución de los conceptos y la clasificación de la pancreatitis*. Revista de Gastroenterología de Perú. Lima, Perú. 2002;22(3):

Collado, C. *Plan de cuidados en la pancreatitis aguda leve de origen biliar*. Disponible en:
https://enfermeriaintensiva.files.wordpress.com/2011/04/pancreatitis_aguda.pdf Consultado el día 3 de abril del 2016.

Cortés, P. *Estudio y manejo de la pancreatitis aguda recurrente*. Gastroenterología Latinoamericana. Santiago, Chile. 2013;24(1):102-106

Castro, I. *Actuación de Enfermería en la Pancreatitis aguda*. Hospital General Universitario. Madrid, España. p. 1-18 Disponible en:
https://www.aegastro.es/sites/default/files/recursos_enfermeria/21_PE_Pancreatitis_aguda.pdf Consultado el día 3 de abril del 2016.

Díaz, C. *Pancreatitis aguda grave: curso clínico, manejo y factores asociados con mortalidad*. Revista Colombiana. Bogotá, Colombia. 2012;27:281-289

Diez, C. *Alimentación por sonda nasoenteral precoz versus según demanda en pancreatitis aguda*. Medicina basada en Evidencia en Gastroenterología. 2015;26(2):119-122

Escudero, E. Sastre, A. *Nutrición y pancreatitis*. Nutrición clínica en medicina. Madrid, España. 2014;8(2):47-57

Farreras, P. y C. Rozman. *Enfermedades del aparato digestivo*. Ed. Elsevier. 17ª edición. Madrid, España. 2014. 147-154 pp.

Fernández, I. *Guía de seguimiento farmacoterapéutico sobre dolor*. Madrid, España. Disponible en:
http://www.ugr.es/~cts131/esp/guias/GUIA_DOLOR.pdf Consultado el día 3 de abril del 2016.

García, A. et al. *Nutrición en pancreatitis aguda*. Nutrición Hospitalaria. Madrid, España. 2012;27(2):333-340

Gispert, C. *Manual de la Enfermería Nueva Edición*. Ed. Océano/ Centrum. Barcelona, España. 2012 p.251

Gutiérrez, G. y P. Luna. *Terapia nutricional en el paciente con pancreatitis aguda: guía práctica para el inicio del apoyo nutrición enteral*. Elsevier. Madrid, España: 67-76

Hall, J. *Tratado de fisiología médica*. Ed. Elsevier. 12ª ed. Estados Unidos de América. 780-783 pp.

Hernández, J. et al. *Profilaxis antibiótica en pancreatitis aguda: No.* Revista Colombiana de Gastroenterología. Bogotá, Colombia. 25(3):270-273

Hilal, R y L. Brunton. *Goodman & Gilman Manual de Farmacología y terapéutica.* Ed. Mc Graw Hill. 2ª ed. México. 2014. 867-868 pp.

Houghton, A. y D. Gray. *Chamberlain Síntomas y Signos en la medicina clínica. Una introducción al diagnóstico médico.* Ed. Mc Graw Hill. 13ª ed. México. 2010. 135-136 pp.

Huerta, J. *Tratamiento médico de la pancreatitis aguda.* Revista Médica Herediana. San Martín de Porres. Lima, Perú. 24(3):231-236

Imbeth, P. et al. *Complicaciones y factores de riesgo en pacientes llevados a colangiopancreatografía retrógrada endoscópica en el Hospital Militar Central en el periodo de enero 2011 a junio de 2012.* Revista Med. Bogotá, Colombia. 2014;22(1):20-27

Jourti, T. *Enfoque clínico de la pancreatitis aguda.* Revista científica Ciencia Médica. Bolivia. 2010;13(1)

Kozier, B. et al. *Fundamentos de Enfermería.* Ed. Mc Graw Hill. 7ª ed. Vol.1. México. 2006. 859pp.

Kumar, V. et al. *Robbins Patología Humana*. Ed. Elsevier. 8ª ed. México. 689-699 pp.

Ledesma, J. y J. Arias. Pancreatitis Aguda. *Medicina Interna de México*. México. 2009; 25(4):285-294.

Medina, M., Villatoro, J., Fleiz, C. et al. *Encuesta Nacional de Adicciones: 2011: Reporte de Alcohol*. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. México, D.F. 2012. 22pp. Disponible en: www.inprf.gob.mx, www.conadic.gob.mx, www.cenadic.salud.gob.mx, www.insp.mx Consultado el día 19 de julio del 2016.

Merino, B. y M. Rodríguez. *Manual CTO de Medicina y Cirugía*. Ed. CTO Editorial. 1ª ed. México. 2014. 157-162 pp.

Ministerio de salud. *Guías de práctica clínica*. Hospital Santa Rosa. Lima, Perú. 2010. Disponible en: http://www.hsr.gob.pe/transparencia/pdf/guiasclinicas/medicina/guia_servicio_medicina_general_2010.pdf Consultado el día 3 de abril del 2016.

Motta, G. et al. *Estudio de pacientes con pancreatitis aguda evaluados con la nueva guía del Colegio Americano de Gastroenterología*. *Revista de Sanidad Militar*. México. 2015;69(2):118-139

Mulroney, S. y A. Myers. *Netter Fundamentos de Fisiología*. Editorial Elsevier. Madrid, España. 2011. 281-282 pp.

Murillo, Z. et al. *Evaluación de la escala de BISAP en el pronóstico de la pancreatitis aguda*. Revista Chilena de Cirugía. Santiago de Chile. 2010;62(5):465-469

Rizzo, D. *Fundamentos de Anatomía y Fisiología*. Editorial Cengage Learning. 3ª ed. México. 2011. 380-383 pp.

Rodríguez, M. *Efectividad de la intervención enfermera "Manejo del Dolor" (NIC 1400) en el plan de cuidados estandarizado de la pancreatitis aguda*. Revista Enfermería CyL. Madrid, España. 2014;6(2):2-23

Rosales, S. *Fundamentos de Enfermería*. Ed. El Manual Moderno. 3ª ed. México. 2004. p.315

Vera, O. *Manejo y Tratamiento de la Pancreatitis Aguda en la unidad de Cuidados Intensivos*. Revista Médica La Paz. La Paz, Bolivia. 2011;17(1):47-59