

MANEJO DEL DOLOR EN EL PLAN DE CUIDADOS DE LA PANCREATITIS AGUDA.

**Gerencia de Atención Especializada de Medina del Campo
Gerencia de Atención Especializada de Valladolid Este
2011**

Efectividad de la intervención enfermera “Manejo del dolor” (NIC 1400) en el plan de cuidados estandarizado de la pancreatitis aguda

Autores Rodríguez-Soberado MP¹, Catalina-Pascual M²

¹ Enfermera del Hospital Medina del Campo (Valladolid) SACyL

² Enfermera del Hospital Clínico Universitario de Valladolid SACyL

Dirección para la correspondencia:

M^a Pilar Rodríguez Soberado, Hospital Medina del Campo. Gerencia de Medina del Campo.
C/Peñaranda N^o 24, 47.400 Medina del Campo, Teléfono 983.83.80.02.

e-mail mprodriguez@saludcastillayleon.es

CONTENIDO

RECOMENDACIONES	.....	4
RESUMEN	.....	6
ABSTRACT	.....	7
INTRODUCCIÓN	.....	8
OBJETIVO	.....	10
MÉTODO	.....	10
Estrategia para la identificación	.....	10
Criterios para la valoración	.....	11
Extracción de datos	.....	12
Análisis de los datos	.....	12
RESULTADOS	.....	12
DISCUSIÓN	.....	17
BIBLIOGRAFÍA	.....	20
TABLAS	.....	24
ANEXO I	.....	40

RECOMENDACIONES

Este informe, corresponde a la evidencia encontrada sobre la intervención de enfermería: “**Manejo del dolor**” NIC 1400¹. Correspondiente al *Plan de Cuidados de la pancreatitis aguda en Atención Especializada en el SACyL*.

Las recomendaciones para la práctica clínica, se clasifican según el nivel de evidencia² (N) y grado de recomendación³ (GR) de acuerdo con la clasificación del Instituto Joanna Briggs (JBI).

DOLOR

- La analgesia es fundamental: el dolor será controlado mediante analgesia (**N-I /GR-A**)^{4,5,6,7,8,9,10,11,12,13}. Inicialmente a todos los pacientes se les debe administrar analgésicos por vía intravenosa (**N-I / GR-A**)^{7,8}. El grado de analgesia debe ser acorde con la severidad de la pancreatitis (**N-I / GR-A**)⁴. Si el dolor es muy intenso, valorar la opción de analgesia en bomba (**N-II / GR-B**)¹².
- El alivio del dolor, mediante analgésicos opiáceos, en pacientes con dolor abdominal agudo, mejora la comodidad y no aumenta el riesgo ni retrasa la toma de decisiones sobre el tratamiento ó el diagnóstico (**N-II / GR-B**)¹⁴. No hay evidencia que sugiera la superioridad de un tipo de analgesia frente a otra (**N-II / GR-B**)^{10,12}. Evitar el uso de analgésicos que produzcan exacerbación de la patología de la pancreatitis aguda (espasmo de esfínter de Oddi ó ileo paralítico) (**N-I / GR-A**)^{6,7,9,13}
- El dolor empeora en posición de decúbito supino (**N-I / GR-A**)⁷.
- La administración de cimetidina prolonga la duración del dolor (**N-I / GR-A**)¹³
- El periodo de dolor abdominal y/o náuseas se puede prolongar por ser portador de SNG (**N-I / GR-A**)¹³

CUIDADOS de SOPORTE / DOLOR

- Cuidados de soporte, especialmente: manejo del dolor, aporte de fluidos intravenosos y prevención de la hipoxia (O_2 suplementario, si saturación < 95%) **(N-I / GR-A)** ^{5,6,7,10,12,15}
- Evaluación continua de los efectos de los analgésicos para evitar/detectar complicaciones **(N-I / GR-A)**¹⁶ Controles frecuentes de constantes vitales (F.C., T.A. y oximetría), principalmente si se administran analgésicos narcóticos, como medida de detección precoz de la hipoxia. **(N-II / GR-B)** ^{10, 12}
- Un episodio de dolor brusco y agudo podría indicar complicación grave y/o cirugía urgente **(N-II / GR-B)**¹⁰

ANSIEDAD / DOLOR

- El dolor en la pancreatitis aguda puede causar ansiedad, afectar negativamente a la función respiratoria y en consecuencia en la evolución clínica. **(N-I / GR-A)** ^{6,9,13}

NUTRICIÓN/ DOLOR

- La desaparición del dolor (sin precisar analgesia parenteral), asociado a la ausencia de vómitos y/o náuseas y existencia de tránsito intestinal, determinará el momento de la reintroducción de la nutrición enteral **(N-II / GR-A)** ^{4,7,10}
- Recidiva ó exacerbación del dolor abdominal tras la reintroducción de la alimentación enteral (en las primeras 48 h., aunque no infravalorar esta causa en los primeros días) **(N-II / GR-B)** ^{10,15}

Documento de apoyo para la implantación a un plan de cuidados. Sería conveniente realizar una nueva versión en el plazo de 3 años.

RESUMEN

El objetivo de este estudio, es identificar la mejor evidencia disponible sobre la intervención enfermera “Manejo del dolor” (NIC1400) en el plan de cuidados estandarizado (PCE) de la pancreatitis aguda (PA) en Atención Especializada.

Los criterios de inclusión *Tipos de estudios:* esta revisión incluye guías de práctica clínica, metaanálisis, sumarios de evidencia y revisiones sistemáticas. *Tipos de participantes:* Adultos hospitalizados con PA. *Tipos de intervenciones:* intervenciones administradas directamente por enfermeras relacionadas con el dolor y aplicables en nuestro ámbito. *Tipos de resultados:* alivio ó reducción del dolor.

Se realizo una revisión de la literatura mediante búsqueda sistemática en las más importantes bases de datos on line. Estrategia de búsqueda: formato PICO y términos DEC y MESH, de las publicaciones de los últimos 5 años, hasta julio del 2011. Obtención y extracción de datos mediante tablas de síntesis. Criterios de calidad y homogeneidad metodológicamente evaluados. Revisión por pares y resolución de discrepancias por un tercer revisor. Análisis de datos mediante desarrollo narrativo. La búsqueda se restringió a inglés y español.

El resultado principal de este trabajo indica que existe evidencia N-I / GR-A para la intervención “Manejo del dolor” en el PCE de la pancreatitis aguda.

Discusión.- La administración de analgésicos, la vigilancia los efectos beneficiosos y/o secundarios de los mismos, los cambios bruscos del dolor y su repercusión en el estado general del paciente confieren de nuevo importancia al papel que desempeña la enfermera en la valoración de las necesidades individuales y en la planificación de las intervenciones enfermera para el manejo adecuado del dolor.

Palabras claves: manejo del dolor, enfermera, cuidado, pancreatitis aguda, hospitalización.

ABSTRACT

The objective of this study, is to identify the best available evidence on the “pain management” (NIC1400) in the standard of care (PCE) of acute pancreatitis (PA) in specialized care.

Inclusion criteria *Types of studies:* This review included practice guidelines, meta-analysis, summaries of evidence and systematic reviews. *Types of participants:* Adults treated PA in an acute care hospital. *Types of interventions:* interventions administered directly by nursing, related to pain and applicable in our field. *Types of outcomes:* relief or pain reduction.

Review of literature using systematic search of major databases online. Search strategy: PICO format and DEC and MESH terms, the publications of the last five years, until July 2011. Collection and extraction of data using summary tables. Criteria evaluated methodological quality and consistency. Peer review and resolution of discrepancies by a third reviewer. Data analysis using narrative development. The search was restricted to English and Spanish.

The main result of this work indicates that there is evidence N-I / GR-A for the intervention “Pain Management” in the PCE of acute pancreatitis.

Discussion.- The administration of analgesics, monitoring the beneficial and/or side of the same, sudden changes of pain and its impact on the overall condition again give importance to the role of the nurse in valuing individual needs and planning nursing interventions for the proper management of pain.

Key words: pain management, nursing, acute care, acute pancreatitis, hospital

INTRODUCCIÓN

La pancreatitis aguda (PA) se define como la inflamación aguda no infecciosa del páncreas¹⁷ y se caracteriza clínicamente, por dolor abdominal de instauración brusca en hemiabdomen superior y elevación de los niveles plasmáticos de enzimas pancreáticas¹⁸. El proceso inflamatorio puede limitarse al páncreas, extenderse a estructuras vecinas o puede afectar incluso a órganos a distancia.

Su incidencia oscila desde 4,9 y 35 casos por cada 100.000 habitantes y año, siendo estas cifras más elevadas en los países europeos y escandinavos¹⁷

La pancreatitis aguda (PA) es causada predominantemente por colélitiasis sintomática y consumo excesivo de alcohol. Debido a las mejoras en la gestión, incluyendo un mejor diagnóstico y modalidades de tratamiento, la mortalidad ha disminuido durante las últimas 2 décadas a pesar de un aumento general de la incidencia de la PA en muchos países. La mayoría de los episodios no requieren una intervención especial, ya que son leves y autolimitados. Por el contrario, una quinta parte de los pacientes desarrollan una forma severa de la PA, que todavía se asocia con una mortalidad superior al 30%¹⁹

La clasificación de Atlanta en 1992, publicada un año más tarde, define la PA como leve o grave según presente o no complicaciones, algunas de estas complicaciones tardan días o semanas en aparecer; por este motivo se han desarrollado una serie de estrategias diagnósticas de gravedad que tratarán de predecir si el paciente va a desarrollar un pancreatitis grave. La escala más contrastada es la APACHE II²⁰

Una guía basada en la evidencia confirmó que: la impresión de gravedad, la obesidad o puntuación de la escala APACHE II >8 en las primeras 24 horas tras el ingreso, el nivel de PCR >150 mg/l, una puntuación en la escala Glasgow de 3 o más, ó fallo orgánico persistente tras 48 horas en el hospital son características con valor pronóstico que predicen complicaciones en la pancreatitis aguda²¹

El tratamiento de la pancreatitis aguda ha evolucionado a lo largo de varias décadas, y muchos tratamientos que se consideraban esenciales en el pasado han sido posteriormente abandonados sobre la base de los hallazgos más recientes de los ensayos clínicos²²

Hoy en día en el tratamiento inicial, independientemente de la etiología, adquieren primordial importancia los cuidados básicos o de soporte,^{8,10,11,18,,21,22,,23} actividades multidisciplinares, comunes a todos los pacientes hospitalizados por este proceso en los primeros días, con independencia de la gravedad de la enfermedad.. Entre estos se incluyen:

- Reposición adecuada de líquidos I.V.
- Oxigenoterapia suplementaria
- Corrección de electrolitos y anomalías metabólicas
- Soporte nutricional
- Medición de signos vitales a intervalos frecuentes de la FC y TA
- Control de la función renal (diuresis) y la función pulmonar (saturación O²)
- Control del dolor abdominal, mediante analgesia

Como dice Cruciani²⁴ el manejo del dolor es una de las piedras angulares del tratamiento de la PA. El dolor intenso y el alivio inadecuado del dolor aumentan el riesgo de la ansiedad, alteran función respiratoria.^{6,9,13} y condiciona la evolución clínica. La administración de analgésicos por vía intravenosa^{7,8} en los primeros días de la hospitalización adquiere un papel relevante dentro de los cuidados de soporte enfermera, pero no es suficiente como único cuidado para el manejo del dolor; si tenemos en cuenta que el dolor se define como “una experiencia sensitiva y emocional desagradable” según la Internacional Asociación for the study of pain.

En la actualidad el manejo del dolor en la PA, sigue siendo un desafío para las enfermeras, ya que no es la simple administración de un analgésico, sino la realización de un conjunto de intervenciones enfermera que completan o aumentan la eficacia del tratamiento analgésico^{6,9,13}

OBJETIVO

Identificar la mejor evidencia disponible sobre la intervención enfermera manejo del dolor (NIC 1400) en el plan de cuidados estandarizado (PCE) de la pancreatitis aguda en Atención Especializada en el SACyL.

La revisión es parte de la estrategia del SACyL para un banco de evidencias en cuidados

METODO

1.- Estrategia de búsqueda para la identificación de estudios

Para la realización de esta revisión bibliografía se siguió el protocolo explícito “vayamos paso a paso”²⁵ que permite planificar la investigación de evidencias en la literatura científica. Se establece una estrategia de búsqueda mediante una pregunta conforme a las pistas de Sackett-PICO^{26,27} siguiendo el formato: población, intervenciones, comparador y resultados.

Paciente.- Paciente adulto con pancreatitis aguda hospitalizado

Intervención.- actuación de enfermería: manejo del dolor

Comparación.- No intervenciones/intervención habitual

Variable/resultado.- Control/alivio del dolor

Los términos de búsqueda fueron elegidos tras traducción de las palabras naturales a palabras claves, a través de los Descriptores de Ciencias de la salud (DeCS) y Medical Subject Headings (MeSH). La estrategia de búsqueda se realiza combinando los términos mediante operadores booleanos y truncamientos, por ejemplo, nurs*.

La búsqueda en fuentes de información, selección y valoración se realiza a pares para la obtención de documentos originales en las bases de datos electrónicas (BD) on-line, de los últimos 5 años, finalizando la búsqueda en julio del 2011: Biblioteca Virtual de la Salud (BVS), National Library of Medicine_ Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), Literatura Latinoamérica y del Caribe en Ciencias de la salud

(LILACS), Base de datos de la Fundación Index sobre Cuidados de Salud en Iberoamerica (CUIDEN), Joanna Briggs Institute (JBI), Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINALH) , Colección de bases de datos sobre ensayos clínicos controlados en Ciencias de Salud (COCHRANE), Scientific Electronic Library Online (SciELO) y Guíasalud.. Se realizan búsquedas manuales en la bibliografía referencial de los artículos seleccionados. La búsqueda se restringe a informes publicados en inglés y español.

2.- Criterios para la valoración de los estudios

2.1.- Tipos de estudios

Esta revisión tuvo en cuenta los guías de la práctica clínica, sumarios de evidencia, metaanálisis y revisiones sistemáticas, relacionados con la intervención enfermera objeto de estudio publicados en los últimos cinco años.

2.2.- Tipos de participantes

Pacientes adultos (≥ 18 años) con pancreatitis aguda (o diagnóstico probable):

- Participantes incluidos.- pacientes hospitalizados en unidad de agudos durante el tiempo del estudio.
- Participantes excluidos.- pancreatitis aguda asociada a embarazo, tumor, medicamentos, proceso autoinmune; postransplante, postcirugía, o las que evolucionan con fallo multiorgánico, shock e ingreso en unidades de cuidados intensivos.

2.3.- Tipos de intervenciones

Las intervenciones enfermera relacionadas con la gestión de dolor en la PA; puede haber incluido una o más de las siguientes:

- Administración de analgesia por las distintas vías de administración, incluida vía epidural o administración de analgesia por el propio paciente (PCA).
- Intervenciones no farmacológicas, que sean aplicables en nuestro ámbito de trabajo, aunque no como intervenciones únicas.
- Evaluación y documentación de la intensidad del dolor

2.4.- Tipos de resultados

Los estudios para ser incluidos deberían evaluar el resultado primario: el alivio o disminución del dolor medido subjetivamente u objetivamente utilizando instrumentos validados.

3.- Extracción de datos

Los dos revisores extrajeron individualmente, mediante tablas de síntesis, los datos de cada estudio que cumplieran los criterios de calidad metodológica. Esta doble entrada de datos se utiliza para minimizar el riesgo de error de inclusión de datos para el análisis.

La extracción de datos se realizó centrándose en las intervenciones, las variables, las medidas de resultado y los resultados de los estudios.

4.- Análisis de los datos

El tipo de datos recogidos determina el enfoque para el análisis. El análisis de los datos se efectúa mediante tabulación y desarrollo narrativo.

La síntesis de la evidencia se realizó aplicando la clasificación de los niveles de evidencia² (N) y grado de recomendación³ (GR) de la estructura JBI .

RESULTADOS

En los meses de Mayo a Julio del 2.011 se realizó una búsqueda sistemática utilizando los términos de búsqueda y el tipo de estudios establecidos (Tabla 1). Un total de 1.218 publicaciones desde 2.006 al 2011 fueron identificadas combinando los descriptores mediante operadores booleanos y truncamientos. Del número total de publicaciones encontradas, 2 provienen de la búsqueda manual en la bibliografía referencial, el resto de las bases de datos electrónicas (Tabla 2_A). Los artículos fueron evaluados por los dos revisores sobre la base de la información contenida en el título, resumen o en el artículo completo si está disponible. El algoritmo de este proceso queda reflejado en la Tabla 2_B.

Los 36 estudios preseleccionados, para su inclusión, en la revisión se evaluaron críticamente de forma independiente por ambos revisores. Este proceso permitió la exclusión de 21 estudios que en su lectura en profundidad no cumplieran con los criterios de inclusión.

Las diferencias entre los dos revisores fueron resueltas mediante consulta con un tercer revisor.

Después de evaluación crítica de los 15 estudios seleccionados por los dos revisores de forma independiente, 12 fueron considerados de calidad suficiente, según los criterios establecidos por Critical Appraisal Skill Programme en español (CASPe)²⁸ y AGREE²⁹ para proceder a la extracción de datos. En las guías de práctica clínica se tienen en cuenta el nivel de calidad asignado en la revisión sistemática de evaluación de la calidad de las guías de práctica clínica de la pancreatitis aguda de Loveday³⁰

Según el tipo de estudio la selección incluye: 8 guías de práctica clínica, 2 sumarios de evidencia y 2 revisiones sistemáticas.

El resultado primario es el alivio o reducción del dolor subjetivo u objetivado por escalas validadas. Entre las medidas de resultado secundarias encontradas se incluyen diversos tipos de analgésicos utilizados, la ansiedad, la posición del paciente, efectos posibles de los analgésicos, complicaciones secundarias al control del dolor con implicación en las estancias hospitalarias, duración del dolor condicionada por administración de algunos fármacos y la relación del dolor con la reintroducción de la nutrición enteral. (Tabla 3)

Los estudios excluidos y las causas de exclusión se detallan en la Tabla 4

La síntesis de la evidencia se realizó aplicando la clasificación de niveles de evidencia y grado de recomendación de la estructura JBI, anexando a dichas recomendaciones intervenciones enfermera (Tabla 5). De forma general, se agrupan los resultados obtenidos de los estudios centrados por intervenciones según se detalla a continuación:

Administración de analgésicos para el control del dolor

Pezzilli R.⁴ (2008) Directrices de la Guía aprobadas por Organismo profesional Italian Association for the Study of the Páncreas. La analgesia se debe proporcionar a todos los pacientes con pancreatitis aguda. El grado de analgesia debe ser acorde con la severidad de la pancreatitis.

Otsuki M.⁵ (2006) La analgesia es fundamental. Compara la efectividad de distintos tipos de analgésicos Directrices de la Guía aprobadas por Organismo profesional Research Committee of intractable Diseases of the páncreas.

Guía de la práctica clínica con directrices de Organismo profesional_Japanese Society of abdominal emergency medicine ^{6,16} (2006). Takeda K.⁶ El dolor será controlado mediante analgesia, la analgesia es fundamental. Si es posible, dar prioridad al uso de analgésicos que no produzcan exacerbación de la patología de la PA.

Nieto JA.⁷ (2010) Guía de la practica clínica que hace referencia a los resultados expuestos en el estudio de Takeda⁶ sobre el tipo de analgesia mas recomendada. El control del dolor se considera crucial para el manejo de la enfermedad. El tratamiento inicial para el alivio del dolor será la administración de analgésico por vía intravenosa. Recomienda prioridad en el tipo de analgésico para evitar exacerbación de la patología. Si las medidas iniciales no logran el control se debería tramitar interconsulta a la unidad del dolor. El dolor empeora si el paciente se coloca en la posición de decúbito supino.

Pamaiahgari PA.⁸ (2011) Entre las intervenciones evaluadas como cuidados de soporte en relación al manejo inicial de la pancreatitis aguda considera prioritario el alivio del dolor mediante la administración de medicación por vía parenteral.

Pezzilli R.⁹ (2010) Aunque la analgesia es crucial para el tratamiento de la enfermedad no se aconseja la administración de morfina por riesgo a producir espasmo del esfínter de Oddi y/o íleo paralítico. Directrices de la Guía aprobadas por Organismo profesional Italian Association for the Study of the Páncreas

Banks P.¹⁰ (2006) El dolor debe ser controlado por analgesia parenteral aunque no hay evidencia que sugiera la superioridad de un tipo de analgésico frente a otro. Cambios en el tipo de dolor (episodio brusco y agudo) pueden ser sugerentes de complicación grave y/o cirugía urgente. Directrices de la G.P.C. avaladas por American College of Gastroenterology.

Rathanayake T¹¹ (2010) Considera el control del dolor entre las intervenciones básicas a ejecutar durante el curso de la enfermedad. Si el dolor agudo no es manejado correctamente las complicaciones pueden surgir por un aumento de la liberación de enzimas pancreáticas.

Navarro S¹² (2008) Guía de la práctica clínica elaborada tras la Conferencia de Consenso del Club Español biliopancreático; recomienda la administración de analgésicos; coincidiendo con otros autores que no hay datos suficientes para recomendar un tipo determinado. Cuando el dolor es muy intenso una buena opción sería la administración por perfusión continua mediante bomba de infusión. En las pancreatitis agudas graves valorar la analgesia por vía epidural.

Hirota M¹³ (2010) Directrices de la guía aprobadas por Organismo profesional_Japanese Society of abdominal emergency medicine. Evalúa la efectividad de unos analgésicos frente a otros teniendo en cuenta la no exacerbación de la patología, El control del dolor debe ser total para evitar complicaciones durante el curso clínico. El dolor se puede ver incrementado por la administración de antagonistas H₂. Según el resultado de una revisión sistemática el uso de cimetidina aumenta la incidencia de complicaciones asociadas y prolonga los episodios de dolor; también la SNG pueden prolongar el dolor y las náuseas

Manterola C.¹⁴ (2008) Revisión sistemática que analiza el alivio del dolor, mediante analgésicos opiáceos en comparación con solución salina en pacientes con dolor abdominal agudo, evaluando el dolor basal y tras la intervención. Concluye que el alivio del dolor mediante opiáceos mejora la comodidad, no aumenta el riesgo ni retrasa la toma de decisiones sobre el tratamiento .o diagnóstico.

Control del dolor incluido como cuidados básicos o de soporte

Otsuki M.⁵ (2006) En algunos pacientes el dolor puede causar alteraciones de la función cardiopulmonar , dichas alteraciones se verán potenciadas a su vez por los propios medicamentos siendo necesario como medida de control asociado al manejo del dolor, en los primeros días, las mediciones frecuentes de oxígeno en sangre y administración de oxígeno.

Guía de la práctica clínica con directrices de Organismo profesional_Japanese Society of abdominal emergency medicine ^{6,16} (2006). Takeda K.⁶ Incluye el manejo del dolor como

cuidado soporte junto con la prevención de la hipoxia (mantener saturación >95%) y un adecuado aporte de fluidos I.V. Hirota M.¹⁶ .Analiza la importancia de la continua evaluación del paciente incluyendo el control de los efectos secundarios de los analgésicos para evitar o detectar complicaciones.

Nieto JA.⁷ (2010) El manejo del dolor junto con actividades de vigilancia de la función renal (diuresis) y pulmonar (saturación), la reposición de líquidos I.V. y el control de las constantes vitales en los primeros días de la evolución de la enfermedad son intervenciones multidisciplinares de suma importancia para la buena evolución de la pancreatitis aguda.

Banks P.¹⁰ (2006) Incluye la importancia de evaluar los efectos de los analgésicos narcóticos no solamente en el alivio del dolor sino también la relación de este tipo de analgésicos con la disminución del nivel de oxígeno en sangre adquiriendo importancia las intervenciones enfermera de vigilancia, la monitorización de signos vitales (en ocasiones c/4h.incluida pulsioximetría) y oxigenoterapia relacionándolas con el manejo del dolor como medidas de soporte y detección precoz de la hipoxia.

Navarro S.¹² (2008) Recomienda el control de la saturación de O₂ en sangre arterial de forma periódica, principalmente, si es necesario administrar analgésicos mayores para el control del dolor. Estas actividades complementan a las actividades de aporte líquidos I.V. y monitorización de constantes vitales como cuidados soporte altamente recomendados.

Relación dolor /ansiedad

Según los estudios realizados por Takeda K.⁶ (2006); Pezzilli R.⁹ (2010) e Hirota M.¹³ (2010) el dolor asociado con la pancreatitis aguda puede generar ansiedad afectando esta negativamente en la función respiratoria y en consecuencia en la evolución clínica .

Relación dolor /nutrición

Según los estudios de Pezzilli R.⁴ (2008); Nieto JA.⁷ (2010); Banks P.¹⁰ (2006) la desaparición del dolor (sin administrar analgesia parenteral) asociado a la ausencia de vómitos

y/o náuseas y la existencia de tránsito intestinal determinan el momento de la reintroducción de la nutrición enteral.

El estudio de Petrov ¹⁵ (2007) corrobora los resultados de Banks P. ¹⁰ (2006) relacionando la recidiva o exacerbación del dolor abdominal con la reintroducción de la alimentación enteral, generalmente en las primeras 48 h. aunque no debemos infravalorar esta causa –efecto pasado este periodo de tiempo, condicionando a su vez la duración de la estancia hospitalaria.

DISCUSION

Las limitaciones que presenta nuestro estudio derivan de la restricción del idioma de búsqueda inglés y español y la escasez de estudios realizados en nuestro contexto socio-cultural con lenguaje enfermera.

Debido a la naturaleza de la intervención investigada es difícil la comparación de los estudios debido a la variabilidad en los fármacos utilizados, la ausencia de resultados objetivados mediante escalas de intensidad del dolor que midan la eficacia de las intervenciones de forma objetiva y a estudios con intervenciones exclusivamente enfermera, (que era el objeto de esta revisión) debido a que la correcta evolución del proceso se debe en gran medida a la coordinación de intervenciones multidisciplinares .

Independientemente de la variabilidad de los analgésicos administrados y otras intervenciones complementarias, que es posible reduzcan la intensidad percibida del dolor o aumenten la eficacia del tratamiento analgésico, queda suficientemente demostrada la importancia del control del dolor mediante la administración de analgésicos, que en los primeros días la vía de elección será la vía intravenosa. No se deben desestimar los efectos secundarios que algunos analgésicos prescritos, adquiriendo gran importancia la intervención enfermera de vigilancia para la detección precoz de posibles complicaciones, como la hipoxia.

El no adecuado control del dolor de los pacientes con PA posibilita la aparición de ansiedad, complicaciones por alteración de la función respiratoria y/o retrasos de la reintroducción de la alimentación, contribuyendo a prolongar las estancias hospitalarias.

Las principales conclusiones de nuestro trabajo son:

El manejo del dolor (NIC1400) en la pancreatitis aguda se asocia con intervenciones enfermera como la reposición de líquidos I.V. (NIC 4140), la oxigenoterapia (NIC 3320) y la monitorización de signos vitales (*F.A.*, *T.A.* y *saturación de O²*) (NIC 6680). Intervenciones denominadas en muchos autores como cuidados generales o cuidados soporte.

La adecuada realización de los cuidados soporte, el control y vigilancia de los pacientes con pancreatitis aguda contribuye en gran medida a la adecuada evolución del curso clínico, lo que atribuye a las enfermeras un papel principal dentro del equipo multidisciplinar.

Aunque la intervención principal para el alivio del dolor es la administración de analgésicos (NIC 2210) el adecuado manejo del dolor requiere no menospreciar el componente subjetivo del mismo, por lo que otras intervenciones enfermera deben tenerse en cuenta según las necesidades de cada paciente, como la disminución de la ansiedad (NIC 5820) y favorecer la existencia del un medio ambiente terapéutico.

La vigilancia de los efectos beneficiosos y/o secundarios de los analgésicos , los cambios bruscos del dolor y su repercusión en el estado general de cada paciente confieren de nuevo importancia al papel que desempeña la enfermera en la valoración de las necesidades individuales y en la planificación de las intervenciones enfermera para el manejo adecuado del dolor .

En nuestra opinión consideramos necesario realizar estudios de la efectividad de intervenciones farmacológicas asociadas a la intervenciones no farmacológicas para el manejo del dolor en la pancreatitis aguda con medición del resultado principal “el alivio/reducción del dolor” mediante escalas validadas de fácil utilización, por ej. EVA.

Por otro lado la utilización de un lenguaje común en la elaboración de los planes de cuidados entre los distintos profesionales de enfermería (NANDA-NIC-NOC) facilitaría no solo la investigación en nuestro medio de intervenciones enfermeras eficaces sino también la comunicación entre los distintos profesionales del mismo nivel.

En esta búsqueda se han identificado nuevas intervenciones con eficacia demostrada, N-I / GR-A asociadas al manejo del dolor (NIC 1400) en el PCE de la pancreatitis aguda, por lo que sería aconsejable realizar una revisión del plan de cuidados actualmente disponible.

Anexo I

BIBLIOGRAFIA

1. Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey Dochterman J. Clasificación de la intervenciones de enfermería (NIC) 5ª Ed.. Barcelona.2009.Elsevier .p.569
2. The Joanna Briggs Institute. Los niveles de evidencia. [Sitio en Internet]. Disponible en <http://www.joannabriggs.edu.au/Sobre%20nosotros/Enfoque%20JBI/Niveles%20de%20pruebas%20fama>. Consultado : 9 de diciembre de 2.011.
3. The Joanna Briggs Institute. Grados de recomendación. [Sitio en Internet]. Disponible en <http://www.joannabriggs.edu.au/About%20Us/JBI%20Approach/Grades%20of%20Recommendation> Consultado : 9 de diciembre de 2.011.
4. Pezzilli R, Uomo G, Zerbi A, Grabielli A , Frulloni L, Rai P.de *et al.* Diagnosis and treatment of acute pancreatitis: the position statement of the Italian Association for the study of the páncreas.Digestive Liver Disease 2008;40:803-808.
5. Otsuki M, Hirota M, Arata S, Koizumi M, Kawa S, Kamisawa T *et al.* Consensus of primary care in acute pancreatitis in Japan.World J.Gastroenterol 2006 June 7;12(21):3314-23 .
6. Takeda K,TakadaT, Kawarada Y, Hirata K, Mayumi T, Yoshida M. *et al.* JPN Guidelines for the management of acute pancreatitis: medical management of acute pancreatitis.J. Hepatobiliary Pancreat Surg 2006;13:42-47
7. Nieto JA, Rodríguez SJ, Manejo de la pancreatitis aguda: guía de práctica clínica basada en la mejor información disponible. Rev.. Colombina Cirugia (Bogota) Abril/Junio 2010 vol.25 nº.
8. The Joanna Briggs Institute. Pamaiahgari P. Pancreatitis Aguda. [Sitio en Internet]. Disponible <http://es.connect.jbiconnectplus.org/ViewDocument.aspx?0=5193>. Consultado: 20 de noviembre de 2.011
9. Pezzilli R, Zerbi A, Di Carlo V, Bassi C, Delle Fave GF, and de working group of the Italian Association for the study of the acute pancreatitis Practical guidelines for acute pancreatitis.Pancreatology 2010;10:523-535.
10. Banks PA, Freeman ML. The Practice Parameters Committee of the American College of Gastroenterology. Practice guidelines in acute pancreatitis. Am J Gastroenterol. 2006; 101 (10):2379–2400
11. The Joanna Briggs Institute .Rathanayake T. Pancreatitis Management. Sitio en Internet]. Disponible <http://es.connect.jbiconnectplus.org/ViewDocument.aspx?0=973>. Consultado 18 de mayo de 2.011

12. Navarro S, Amador J, Arguello L, Ayuso C, Boadas J, De las Heras G. *et al.* Recomendaciones del club español biliopancreático para el tratamiento de la pancreatitis aguda. [Conferencia de Consenso]. *Gastroenterol. Hepatol.* 2008;31(6):366-387.
13. Hirota M, Takada T, Kitamura N, Ito T, Hirata K, Yoshida M. *Et al.* JPN Guidelines Fundamental and intensive care of acute pancreatitis. *J Hepatobiliary Pancreat Sci.* 2010;17:45-52
14. Manterola C, Astudillo P, Losada H, Pineda V, Sanhueza A, Vial M. Analgesia para los pacientes con dolor abdominal agudo.(Revisión Cochrane traducida)En :*La biblioteca Cochrane Plus* ,2008 Numero 2 Oxford: Update Software Ltd. Disponible en :<http://www.update-software.com>.(Traducida de *The Cochrane Library*, 2008Issue2,Chichester,UK:John Wiley&Sons,Ltd).
15. Petrov M; Van Santvoort HC; Besselink MG, Cirkel GA, Brink MA, Gooszen MD.Oral refeeding after onset of acute pancreatitis.*Am J. Gastroenterol* 2007;102:2079-2084
16. Hirota M, Takada T;Kawarada Y, Hirata K, Mayumi T, Yoshida M. *et al.* JPN Guidelines for the management of acute pancreatitis: severity assessment of acute pancreatitis. *J Hepatobiliary Pancreat Surg.*2006;13:33-41.
17. Fistera. Atención Primaria en la red. Purriños- Orgeira L, Iglesia -Martínez F. Guías clínicas. [Sitio en Internet]. Disponible en <http://www.fistera.com/guias-clinicas/pancreatitis-aguda/> Consultado: 18 de mayo de 2.011.
18. Pérez-Mateo M, Diagnostico y tratamiento de la pancreatitis aguda grave. En Montoso M. García JC, Manual de emergencias de gastroenterología y hepatología. Sociedad española de gastroenterología. Barcelona. Jarpyo Editores S.A.2010. p. 39-44
19. Heinrich S, Schäfer M, Rousson V,Clavien PA, Evidence-based treatment of acute pancreatitis. *Ann. Surgery* 2006;243:154-168
20. Madaria –Pascual E, Martinez-Samperez J. Pancreatitis aguda. [Sitio en Internet]. Disponible en <http://www.elsevierinstituciones.com/ficheros/booktemplate/9788475927220/files/Capitulo36.pdf> . Consultado :18 de mayo de 2.011
21. Baillie J. AGA Institute Medical Position Statement on acute Pancreatitis. *Gastroenterology* 2007; 132:2019-21
22. Forsmark Ce, Baillie J. AGA Institute Technical review on acute pancreatitis . *Gastroenterology* 2007; 132:2022-2044
23. Frossard JL, Steer ML, Pastor CM, Acute pancreatitis. *Lancet* 2008; 371:143-52
24. Cruciani RA, Jain S. Pancreatic pain: a mini review. *Pancreatology* 2008; 8: 230-235.

25. Sanchez_Gomez MB, Duarte-Climents G. Una herramienta para la evidencia. Protocolo en 10 pasos. Vayamos paso a paso. En: Libro de ponencias y comunicaciones del 26º Congreso de la Sociedad Española de Calidad asistencial y 4º Congreso de la Sociedad Aragonesa de Calidad Asistencial. Zaragoza, 21-24 octubre 2008. SECA 2008, p.341
26. Sackett DL, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. Medicina basada en la evidencia: como practicar y enseñar MBE, 2ª ed. ed. Londres: Churchill Livingstone. 2000
27. Costa Santos C, Mattos-pimenta CA, Cuce-Nobre MR. The PICO strategy for the research question construction and evidence search. Latino-Am. Enfermagem 2007 ;15: 3
28. Programa de habilidades de lectura crítica en España [Sitio en Internet]. Disponible : <http://www.redcaspe.org/que-hacemos/herramientas/>. Consultado 15 de octubre de 2011
29. AGREE Next Steps Consortium (2009). El instrumento AGREE II versión electrónica Disponible: <http://www.agreetrust.org/>; Versión en español. Disponible: http://www.guiasalud.es/contenidos/documentos/Guias_Practica_Clinica/Spanish-AGREE-II.pdf. Consultado 15 de octubre de 2011
30. Loveday B, Srinivasa S, Vather R, Mittal A, Petrov M, Philips A. *et al.* High quantity and variable quality of guidelines for acute pancreatitis: A systematic Review. The American journal of Gastroenterology. 2010;105:1466-76.
31. Munsell MA, Buscaglia JM. Acute pancreatitis. Journal of Hospital Medicine. 2010;5(4) : 241-50
32. Pfrimmer M. Acute pancreatitis. The Journal of continuing Education in Nursing. 2008; 39 (8): 341-42
33. VanWoerkom R, Adler DG. Acute pancreatitis. Review and clinical update. Hospital Physician. January 2009; 9-19
34. Rajiv KJ, Qingyong M, Huanchen S, Muna P. Acute pancreatitis: a literature review. Med Sci Monit; 2009 15(7) :147-156
35. Cappell MS. Acute pancreatitis: etiology, clinical presentation diagnosis, and therapy. The medical Clinics of North America. 2008 ; 92:889-923.
36. Hurtado-Andrade H, Blancas-Valencia JM, Cadena-Díaz J, Esquivel-Priego JL, Mier y Terán-Suárez J, Pérez-Manauta J. *Et al* Clinical guidelines for the diagnosis and treatment of acute pancreatitis Treatment. Rev Gastroenterol Mex. 2007 ;72(4):393-6
37. Remes-Troche JM, Amaya-Echanove T, Bosques-Padilla FJ, Guzmán-Terrones MT, Marín-López E, Maroun-Marún C. *Et al* M. Clinical guidelines for the diagnosis and

- treatment of acute pancreatitis. Epidemiology, etiology, diagnosis and treatment. . Rev Gastroenterol Mex. 2007 ; 72(4):387-9
38. Muddana V, Whitcomb DC, Papachristou GI. Current management and novel insights in acute pancreatitis. Rev Gastroenterol Hepatol; 2009; 3(4): 435-44
 39. Amerine E. Get optimum outcomes for acute pancreatitis patients. Tractitioner. 2007;32(6):44-48
 40. Sargent S. Pathophysiology, diagnosis and management of acute pancreatitis. British Journal of Nursing. 2006, 15 (18): 999-1003.
 41. Pezzilli R. Pharmacotherapy for acute pancreatitis. Pharmacother. 2009;10(18): 2999-3014
 42. Oláh A, Pardavi G, Belágyi T, Romics L . Preventive strategies for septic complications of acute pancreatitis. Chirurgia..2007; 102 (4): 383-388
 43. Zhang XP, Li ZJ, Liu Progress in research into the mechanism of Radix salviae miltiorrhizae in treatment of acute pancreatitis. Hepatobiliary Pancreat Dis Int. 2006; 5(4): 501-04
 44. Holcomb SS. Stopping the destruction of acute pancreatitis. Nursing. 2007; 6: 42-48
 45. Lankisch PG Treatment of acute pancreatitis: an attempted historical review. Pancreatology. 2010; 10 (2-3):134-41
 46. Andersson R. Sward A, Tingstede B; Akerberg D Treatment of acute pancreatitis: focus on medical care. Drugs. 2009;69 (5):506-14
 47. Working Party of the British Society of Gastroenterology; Association of Surgeons of GI Surgeons of Great Britain and Ireland. UK Guidelines for the management of acute pancreatitis. Gut. 2005;54(suppl III):iii1-iii9
 48. Carroll JK, Herrick B, Gipson T, Lee SP. Acute pancreatitis: diagnosis, pronosis and treatment .American Family Physician. 2007;75(10):1513-20
 49. Puchalski Z, Stasiewicz J. Acute pancreatitis Management guideliness. Polski Przegląd Chirurgiczny. 2007; 79(9): 571-75

TABLAS

**Tabla 1. Estrategia de Búsqueda. Descriptores de Ciencias de la Salud
Desglosado según: Paciente, Intervención, Comparador, Objetivos Tipo de estudio.**

Frase	Palabra "Natural"	DECS	MeSH
P	Adulto hospitalizado por pancreatitis aguda	Pancreatitis aguda Pancreatitis aguda necrotizante Pancreatitis alcohólica	Humans Acute disease Pancreatitis Pancreatic Pancreatitis acute, necrotizing Pancreatitis alcoholic
I	Manejo del dolor (NIC 1400) Cuidados Dolor Dolor abdominal	Manejo del dolor (NIC 1400) Cuidados analgesia Dolor Dolor abdominal	Pain management (NIC 1400) care Nurs* Management pancreatitis Pain Abdominal pain
C			
O	Tratamiento Control del dolor Alivio del dolor Analgesia. Analgésico	Terapia Medición del dolor Analgesia	Therapy* Treatment Pain Measurement Control pain Analgesia Analgesic
S	Revisiones sistemáticas Guías de practica clínica Meta-análisis Sumario de evidencia	Revisión/revisión sistemática Guías de practica clínica Meta-Analysis Sumarios de evidencia	Review/Systematic Practice Guidelines Meta-Analysis Evidence summaries

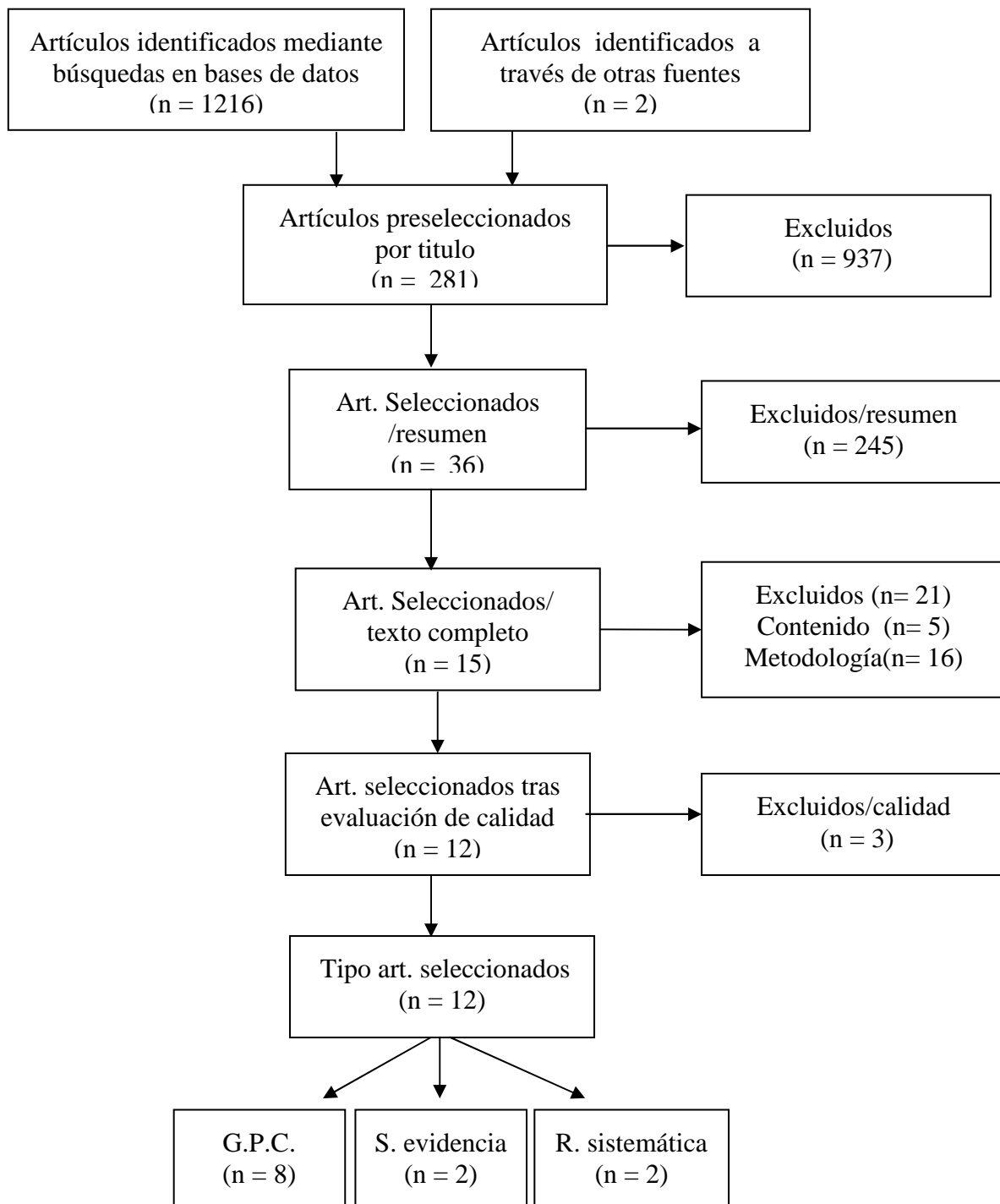
Fuente: elaboración propia

Tabla 2.A Relación: Bases de datos /Artículos

Fecha de Búsqueda	Bases de datos	Artículos		
		Encontrados	Preseleccionados	Definitivos
08/05/2011	Medline	1.031	28	8
18/05/2011	Cochrane Plus	47	1	1
18/05/2011 20/07/2011	JBI Connect	7	2	2
18/05/2011	Fisterra	1	1	0
21/05/2011	LILACS	20	1	1
21/05/2011	Scielo	59		
24/05/2011	Cuiden plus	3	0	0
24/05/2011	Cinahl	48	2	0
Junio 2011	Referencia manual y bibliograficas	2	1	0
TOTAL ESTUDIOS		1.218	36	12

Fuente _Elaboración propia

Tabla 2.B: Algoritmo de búsqueda: bases de datos y artículos seleccionados.



Fuente _Elaboración propia

Tabla 3 Artículos seleccionados

ESTUDIO /Organismo profesional	TITULO /TIPO DE ESTUDIO	POBLACIÓN	INTERVENCIÓN	RESULTADOS	COMENTARIO	NIVEL EVIDENCIA / GRADO RECOMENDACION	NIVEL EVIDENCIA / GRADO RECOMENDACION
			VARIABLES DE RESULTADO			ÓN	ÓN
Manterola (14) (2008)	Analgesia para los pacientes con dolor abdominal agudo Cochrane Revisión sistemática	6 ensayos clinicos=699 pacientes Attard(1992) LoVecchio(1997) Mahadevan (2000) Pace(1996) Thomas(2003) Vermuelen(1999)	Comparación del uso de analgesia opiácea (morfina, tramadol y papaveretu,) con solución salina en pacientes con dolor abdominal agudo no traumático de menos de una semana de evolución. Se realiza examen físico, medición del dolor basal y después de la intervención, eventos adversos, diagnóstico final , exactitud del diagnóstico y decisiones del tratamiento	Cinco de los seis estudios concluyeron con disminución significativa de la intensidad del dolor tras la administración de analgésicos opiáceos. El uso de los analgésicos opiáceos, alivia el dolor mejorando la comodidad del paciente mientras concluye el proceso de diagnostico y tratamiento, sin aumentar el riesgo, ni retrasar la toma de decisiones.	Revisión metodología Cochrane CASPE>7 Estudios heterogéneos de calidad moderada; pequeñas poblaciones en comparación con el nº de pacientes que solicitan atención por dolor abdominal agudo.	NE 2a GR-B	NE-II GR-B
Italian Association for the study of the páncreas	Diagnosis and treatment of acute pancreatitis: the position statement of the Italian Association for the study of the páncreas Medline PMID 18387862 guía de practica clínica	Pacientes adultos con pancreatitis aguda.	Tratamiento medico incluyendo la analgesia. El periodo de tiempo para etiquetar la pancreatitis (necrosis) vien determinado por el inicio del dolor (72 horas)	La analgesia se debe proporcionar a todos los pacientes con pancreatitis aguda El grado de analgesia debe ser acorde con la severidad de la pancreatitis La desaparición del dolor determinara el momento de la reintroducción de la dieta (baja en grasas)	Directrices de la Guía aprobadas por Organismo profesional Italian Association for the Study of the Páncreas Valoración AGREE (Loveday)54 Recomendaciones por consenso de expertos tras revisión de la evidencia hasta ese momento	GR-D	NE-II GR-B
Research Committee of intractable Diseases of the páncreas	Consensus of primary care in acute pancreatitis in Japan Medline PMID: 16733846 guía de practica clínica	Pacientes adultos con pancreatitis aguda.	Control adecuado del dolor Alivio del dolor con distintos analgésicos(buprenorfina, pentazocina...) ó analgesia epidural en unidades especiales	El alivio del dolor con analgésicos es necesario así como la oxigenoterapia ya en algunos pacientes el dolor puede causar alteraciones de la función cardiopulmonar que se vera potenciada por los propios medicamentos	Directrices de la Guía aprobadas por Organismo profesional Research Committee of intractable Diseases of the páncreas Valoración AGREE (Loveday)56 Recomendaciones por consenso de expertos tras revisión de la evidencia hasta ese momento	GR-D	NE-II GR-B

ESTUDIO/Organismo profesional	TITULO / TIPO DE ESTUDIO	POBLACIÓN/	INTERVENCIÓN	RESULTADOS	COMENTARIO	NIVEL EVIDENCIA / GRADO RECOMENDACIÓN	NIVEL EVIDENCIA / GRADO RECOMENDACIÓN JBI
			VARIABLES DE RESULTADO				
Japanese Society of abdominal emergency medicine	Hirota (16) (2006) JPN Guidelines for the management of acute pancreatitis: severity assessment of acute pancreatitis. Medline PMID: 16463209 guía de practica clínica	Pacientes adultos con pancreatitis aguda.	Evaluación inicial de la gravedad de la pancreatitis. Evaluaciones continuas del curso de la enfermedad. Evaluación del efecto del tratamiento/analgesia en el paciente	Importancia de la evolución inicial de la severidad de la pancreatitis para elección del tratamiento adecuado (pancreatitis aguda que inicialmente se diagnosticó como leve o moderada puede progresar rápidamente a grave). Es imprescindible la continua evaluación del paciente incluyendo los efectos del tratamiento y los efectos de la analgesia y principalmente durante los primeros 3 días con el fin de detectar posibles complicaciones a la mayor brevedad posible.	Directrices de la Guía aprobadas por Organismo profesional Japanese Society of abdominal emergency medicine Valoración AGREE (Loveday) 86	NE 1b GR- A	NE-I GR-A
	Takeda (6) (2006) JPN Guidelines for the management of acute pancreatitis: medical management of acute pancreatitis. Medline PMID: 16463210 guía de practica clínica		Intervención para el dolor Manejo del dolor con diferentes analgésicos, administración de la analgesia mas efectiva con menos riesgos potenciales	El control del dolor por analgesia es fundamental .Prioridad en la elección del analgésico. El dolor asociado con pancreatitis aguda puede causar ansiedad en los pacientes y afectar negativamente en la dificultad respiratoria y en consecuencia en a su evolución clínica. Administración de oxigeno según necesidad, saturación >95%. Evitar el uso de analgésicos que produzcan exacerbación de la patología de la pancreatitis aguda (espasmo del esfínter de Odi)			

ESTUDIO/ Organismo profesional	TITULO / TIPO DE ESTUDIO	POBLACIÓN	INTERVENCIÓN	RESULTADOS	COMENTARIO	NIVEL EVIDENCIA / GRADO RECOMENDACI ÓN	NIVEL EVIDENCIA / GRADO RECOMENDACI ÓN JBI
			VARIABLES DE RESULTADO				
Petrov (15) (2007)	Oral refeeding after onset of acute pancreatitis PMID:17573797 Revisión sistemática	3 estudios= 274 pacientes adultos con pancreatitis aguda Levy (1997) Pandey(2004) Chebli (2005)	Valoración de las recidivas de dolor tras realimentación oral durante la estancia hospitalaria Los signos clínicos de la enfermedad no tienen ningún valor predictivo en la detección de pacientes que se desarrollen recaída del dolor después de reintroducir la alimentación oral , Sus causas no son claras pero si existe una asociación entre esta complicación y el aumento de estancia hospitalaria.	En pacientes con pancreatitis aguda la realimentación oral puede causa recidiva del dolor (22%) , generalmente ocurren en las primeras 48 h. de la reintroducción de la misma aunque no se debe infravalorar esta causa después de transcurrido este periodo de tiempo	Revisión metodologica según CASPE>7 Uno de los estudio presenta mayor tendencia, no estadísticamente significativa, en el grupo de dieta oral, a la recidiva del dolor abdominal (asociado a un aumento sustancial de la amilasemia) y a una mayor estancia hospitalaria.	NE 2 GR- B	NE-II GR-B
Nieto (7) (2010)	Manejo de la pancreatitis aguda: guía de práctica clínica basada en la mejor información disponible Lilacs SciELO versión impresa ISSN 2011-7582 guía de practica clínica	Pacientes adultos con pancreatitis aguda	El dolor como síntoma fundamental, aunque puede no estar presente en 5-10% de los pacientes. En la evolución del tratamiento de la pancreatitis aguda, puede existir poca correlación entre la intensidad del dolor y los hallazgos de la exploración abdominal. Actividades de soporte: Administración de analgésicos (inicialmente c/4 a 8 h. I.V), reposición de líquidos, función respiratoria, vigilar diuresis. control de constantes, vigilancia de fallo orgánicos introducción de la nutrición, pruebas diagnostica y complementarias etc...	El adecuado control del dolor es crucial en el manejo de la enfermedad. El tratamiento inicial será administración de analgésico, por vía intravenosa. No se aconseja la administración de morfina por riesgo de producir espasmo del esfínter de Oddi e íleo paralítico El dolor empeora en decúbito supino. Administración de O ₂ si saturación inferior al 95% y reposición de líquidos I.V. cuando se controla adecuadamente el dolor y aparecen signos de transito intestinal (4 ó 5 días) se restablece la nutrición vía enteral. Si no se logra un control adecuado de dolor con las medidas iniciales, se debería tramitar interconsulta con la clínica del dolor.	Guía de practica clínica basada en textos de evidencia, estudios originales, guías de Fiestera, national guidelines.....Metodología de búsqueda y fecha de información detallada. Hacer referencia al estudio de Takada (2006) sobre el tipo de analgesia mas recomendada.	NE 1b GR-A	NE-I GR-A
						NE 4	NE-IV GRC

ESTUDIO/ Organismo profesional	TITULO / TIPO DE ESTUDIO	POBLACIÓN	INTERVENCIÓN	RESULTADOS	COMENTARIO	NIVEL EVIDENCIA / GRADO RECOMENDACION	NIVEL EVIDENCIA / GRADO RECOMENDACION
			VARIABLES DE RESULTADO			ON	ON
Pamaiahgari (8) (2011)	Pancreatitis aguda (manejo inicial) JBI Connect ID 1530 ID histórico 6822 Resumen de evidencia	Pacientes adultos con pancreatitis aguda	¿Cuál es la mejor evidencia disponible en relación con el manejo inicial de la pancreatitis aguda? Valoración precoz Cuidados de soporte y manejo Traslado a UCI Apoyo nutricional	Entre los cuidados de soporte y manejo recomendados se enumera el alivio del dolor abdominal mediante medicación narcótica por vía parenteral Son señales adicionales de peligro la obesidad (IMC>30), la oliguria con diuresis <50 ml/h, la taquicardia con pulso >120 latidos/min., la evidencia de encefalopatía, y la necesidad creciente de agentes narcóticos para calmar el dolor. La oxigenoterapia precoz (saturación >95%) y reposición de líquidos podría estar asociada a una resolución de fallo orgánico	Recomendación según guías de Banks (2006) y UK working (2005)	NE III	NE-II GR-B
Italian Association for the study of the páncreas Pezzilli (9) (2010)	Practical guidelines for acute pancreatitis. Medline PMID:20975316 Guía de la practica clínica	Pacientes adultos con pancreatitis aguda	¿ El dolor debe ser tratado en la pancreatitis aguda? Manejo del dolor con diferentes analgésicos, mas efectivo con menos riesgos potenciales	La pancreatitis aguda se acompaña de dolor abdominal .La analgesia es crucial para el correcto tratamiento de la enfermedad. No se aconseja la administración de morfina por riesgo de producir espasmo del esfínter de Oddi e íleo paralítico El dolor asociado con pancreatitis aguda puede causar ansiedad en los pacientes y afectar negativamente a su evolución clínica, pudiendo influir en la dificultad respiratoria El dolor puede condicionar el tipo de dieta a administrar aunque esta recomendación se debe tomar con cautela por falta de homogeneidad en los estudios existentes	Directrices de la Guía aprobadas por Organismo profesional Italian Association for the study of the páncreas Valoración AGREE (Loveday)54 Recomendaciones basadas en TaKeda (2006) y guía de Italian Association for the study of the páncreas(2008)	GR-A	NE-I GR-A

ESTUDIO /Organismo profesional	TITULO / TIPO DE ESTUDIO	POBLACIÓN	INTERVENCIÓN	RESULTADOS	COMENTARIO	NIVEL EVIDENCIA / GRADO RECOMENDACIÓN	NIVEL EVIDENCIA / GRADO RECOMENDACIÓN JBI
			VARIABLES DE RESULTADO				
American College of Gastroenterology Banks (10) (2006)	Practice guidelines in acute pancreatitis. Medline PMID 17032204 guía de practica clínica	Pacientes adultos con pancreatitis aguda	<p>Manejo del dolor según el tipo de medicación analgésica proporcionada por vía parenteral</p> <p>Dolor agudo brusco como signo de complicación grave</p>	<p>Esta clara la necesidad del control del dolor pero no hay evidencia que sugieran la superioridad de un tipo de analgesia frente a otra</p> <p>Importancia de las mediciones de oxígeno (en ocasiones c/4h., si se administran narcóticos) para determinar su nivel en sangre y en pacientes con hipoxia de origen multifactorial. Se aconseja durante las primeras 24-48 horas oxígeno suplementario.</p> <p>Mediciones periódicas en sangre (amilasa y lipasa) y de las constantes vitales.</p> <p>Un episodio de dolor abdominal agudo y brusco puede ser sugestivo de perforación intestinal o infarto provocado por la extensión del exudado inflamatorio en el colon o intestino delgado.</p>	<p>Directrices avaladas por American College of Gastroenterology</p> <p>Vigilar Cambios de tipo de dolor _signo de complicación grave y/o cirugía urgente</p>	NE III	NE-II GR-B
			<p>Reintroducción de alimentación tras disminución del dolor y posible exacerbación del mismo tras la realimentación.</p>	<p>Cuando el dolor abdominal (nauseas y vómitos) se ha reducido notablemente y los narcóticos vía parenterales ya no son necesarios se inicia la ingesta de pequeñas cantidades de calorías vía enteral</p> <p>Hay evidencia de que la alimentación intraduodenal aumentar la síntesis de enzimas pancreáticas El resultado puede ser una exacerbación del dolor abdominal asociado con un mayor amilasa sérica</p>	<p>Vigilar recidiva del dolor tras la reintroducción de la alimentación , asociando en la medida de lo posible, la recidiva del dolor a la reintroducción de la alimentación</p>	NE II	NE-II GR-B

ESTUDIO/ Organismo profesional	TITULO / TIPO DE ESTUDIO	POBLACIÓN	INTERVENCIÓN	RESULTADOS	COMENTARIO	NIVEL EVIDENCIA / GRADO RECOMENDACION	NIVEL EVIDENCIA / GRADO RECOMENDACION
			VARIABLES DE RESULTADO			ÓN	ÓN
Rathanayake (11) (2010)	Pancreatitis Management JBI Connect ID 973 ID histórico 6144 Resumen de evidencia	Pacientes adultos con pancreatitis aguda	¿Cuál es la mejor evidencia disponible sobre el manejo de la pancreatitis? Complicaciones que pueden surgir si el dolor agudo no maneja con la administración de analgésicos	Cuidados de soporte. reposición de líquidos y control de dolor , vigilar estado nutricional y riesgo de infección El dolor agudo, provoca un aumento de la liberación de enzimas pancreáticas, por lo tanto la administración de opioides para el tratamiento del dolor es esencial.	Resumen de las directrices oficiales de la Asociación Italiana para el Estudio del Páncreas con respecto al tratamiento médico, endoscópico y quirúrgico de la pancreatitis aguda.	NE 4	NE-II GR-B
Conferencia de consenso del Club español Biliopancreatico Navarro (12) 2008)	Recommendations of the Spanish Biliopancreatic Club for the Treatment of Acute Pancreatitis. Consensus development conference]. Medline PMID 18570814 Recomendaciones de expertos Guía de práctica clínica	Pacientes adultos con pancreatitis aguda	Control del dolor. Tipo de analgésicos: pirazolonas (metamizol)y/o opiáceos (meperidina, morfina, tramadol, etc....) por vía parenteral. Administración de analgesia epidural con anestésicos locales y opiáceos.	La administración de analgésicos para el tratamiento del dolor ha demostrado su utilidad. Sin embargo no hay datos suficientes para recomendar un determinado tipo de analgésico en esta enfermedad. Cuando el dolor es muy intenso la analgesia por bomba es una buena opción. Si analgésicos mayores , se debe realizar control de la saturación arterial de O ₂ de forma periódica	Directrices de la Guía aprobadas por Organismo profesional (Club español biliopancreatico)	NE 2b GR-B	NE-II GR-B
				La administración de analgesia por vía epidural puede ser aconsejable en pacientes con PA grave. Algunos estudios han demostrado un efecto beneficioso en la microcirculación pancreática, previniendo la necrosis y el desarrollo de complicaciones sistémicas.				Si el paciente es portador de catéter epidural , debería incluirse entre los cuidados de enfermería : la vigilancia y control del mismo; medidas de seguridad para prevención de errores en la administración de medicación por vía epidural	NE 4 GR-C	NE-III GR-C
				Cuidados soporte, prevención de hipoxemia, adecuado aporte de fluidos, control mediante pulsioximetría de 48-72 horas, si saturación de O ₂ >95% gasometría arterial		NE 4 GR-C	NE-III GR-B

ESTUDIO/ Organismo profesional	TITULO / TIPO DE ESTUDIO	POBLACIÓN/	INTERVENCIÓN	RESULTADOS	COMENTARIO	NIVEL EVIDENCIA / GRADO RECOMENDACIÓN	NIVEL EVIDENCIA / GRADO RECOMENDACIÓN JBI
			VARIABLES DE RESULTADO				
Japanese Society of abdominal emergency medicine Hirota (13) (2010)	Fundamental and intensive care of acute pancreatitis. PMID:20012652 Guía de la practica clínica	Pacientes adultos con pancreatitis aguda	Control total del dolor.	Control total del dolor .El dolor asociado con pancreatitis aguda puede causar ansiedad en los pacientes y afectar negativamente a su evolución clínica favoreciendo la dificultad respiratoria	Directrices de la Guía aprobadas por Organismo profesional Japanese Society of abdominal emergency medicine Actualización de Takeda (2006) Vigilar dificultad respiratoria (ansiedad y/o tipo de analgésico administrado)	NE 1b GR-A	NE-I GR-A
			Diferencias en el curso clínico y control del dolor según el tipo de analgésico administrado	La buprenorfina analgésico no narcóticos tiene un efecto superior a la procaína y a diferencia de procaína, no exagera la patología contratación de esfínter de Oddi			
				La pentazocina es un analgésico de efecto superior a la procaína			
				Un ECA "ensayo aleatorio controlado" compara metamizol y la morfina, siendo el efecto analgésico similar en ambos casos			
				La administración de antagonistas H ₂ puede incrementar la incidencia de complicaciones y prolongar la duración del dolor			
				Según el resultado de una revisión sistemática el uso de cimetidina aumenta la incidencia de complicaciones asociadas al PA y prolonga la duración del dolor			
		La SNG puede prolongar el periodo de dolor abdominal y náuseas.	Controlar episodios de dolor de duración exagerada sin causa aparente	NE 1a GR-A	NE-I GR-A		
					NE 1b GR- A	NE-I GR-A	

Fuente_ Elaboración propia

Tabla 4 _ Artículos desestimados/motivo

AUTORES	TITULO / ESTUDIO	BASES DE DATOS	CAUSAS DE EXCLUSIÓN
Munsell MA, Buscaglia JM. (31), 2010	Acute pancreatitis	Medline	Metodología
Frossard JL, Steer ML, Pastor CM. (23), 2008	Acute pancreatitis	Medline	Metodología
Pfrimmer M. (32), 2009	Acute pancreatitis	Medline	Metodología
Van WoerKom R, Adler DG (33), 2009	Acute pancreatitis. Review and clinical update	Cinahl	Metodología
Rajiv KJ, Qingyong M, Huanchen S, Muna P (34)	Acute pancreatitis: a literature review.	Medline	Metodología
Cappell MS (35),2008	Acute pancreatitis: etiology, clinical presentation, diagnosis, and therapy	Medline	Metodología
American Gastroenterological Association Baillie J. (21), 2007 Forsmark CE; Baillie J. (22), 2007	AGA Institute medical position statement on acute pancreatitis. AGA Institute technical review on acute pancreatitis.	Medline	Baja calidad según revisión Loveday (2010)
Hurtado-Andrade H, Blancas-Valencia JM, Cadena-Díaz J, Esquivel-Priego JL, Mier y Terán-Suárez J, Pérez-Manauta J, Raña-Garibay RH, Robles-Díaz G. (36), 2007	Clinical guidelines for the diagnosis and treatment of acute pancreatitis. Treatment].	Medline	No aporta intervencion enfermera
Remes-Troche JM, Amaya-Echanove T, Bosques-Padilla FJ, Guzmán-Terrones MT, Marín-López E, Maroun-Marún C, Sobrino-Cossío S, Zaragoza-Carrillo M.(37), 2007	Clinical guidelines for the diagnosis and treatment of acute pancreatitis. Epidemiology, etiology, diagnosis and treatment	Medline	No aporta intervencion enfermera
Muddana V, Whitcomb DC, Papachristou GI.(38); 2009	Current management and novel insights in acute pancreatitis.	Medline	Metodología

Amerine E. (39), 2007	Get optimum outcomes for acute pancreatitis patients.	Medline	Metodología
AUTORES	TITULO / ESTUDIO	BASES DE DATOS	CAUSAS DE EXCLUSIÓN
Cruciani RA, Jain S.(24), 2008	Pancreatic pain: a mini review.	Medline	Metodología
Purriños- Orgeira L,Iglesia -Martínez F. (17), 2011	Pancreatitis aguda	Fisterra	No aporta intervencion enfermera
Sargent S.(40); 2006	Pathophysiology, diagnosis and management of acute pancreatitis.	Medline	Metodología
Pezzilli R. (41); 2009	Pharmacotherapy for acute pancreatitis.	Medline	Metodología
Oláh A, Pardavi G, Belágyi T, Romics L Jr. (42), 2007	Preventive strategies for septic complications of acute pancreatitis.	Medline	Metodología
Zhang XP, Li ZJ, Liu (43), 2006	Progress in research into the mechanism of Radix salviae miltiorrhizae in treatment of acute pancreatitis.	Medline	Metodología
Holcomb SS.(44), 2007	Stopping the destruction of acute pancreatitis.	Medline	Metodología
Lankisch PG (45), 2010	Treatment of acute pancreatitis: an attempted historical review	Medline	Metodología
Andersson R. Sward A, Tingstede B; Akerberg D (46), 2009	Treatment of acute pancreatitis: focus on medical care	Cinahl	Metodología
Working Party of the British Society of Gastroenterology; Association of Surgeons of Great Britain and Ireland; Pancreatic Society of Great Britain and Ireland; Association of Upper GI Surgeons of Great Britain and Ireland.(47), 2005	UK Guidelines for the management of acute pancreatitis	Busqueda referencial	No aporta intervencion enfermera
Carroll JK, Herrick B, Gipson T, Lee SP.(48), 2007	Acute pancreatitis: diagnosis, pronosi and treatment	Medline	Baja calidad según revisión Loveday (2010)
Stefan Heinrich ,Markus Scahfer, Valentin Rousson , Pierre_alain Clavien (19),2006	Evidence_based tratment of acute pancreatitis	Medline	No aporta intervencion enfermera
Puchalski Z.;Stasiewicz J. (49) 2007	Acute pancreatitis Management guideliness	Búsqueda referencial	Baja calidad según revisión Loveday (2010)

Fuente _ Elaboración propia

Tabla 5_Evidencia/Artículos

EVIDENCIA/ARTICULOS_AUTORES_ORGANISMOS QUE LO CORROBORAN

	Recomendaciones	Artículo/ Intervención enfermera	Manterota (14) (2008)	Italian Association for the study of the pancreas	Research Committee of Intestables	Japanese Society of abdominal emergency medicine	Petrov (15) (2007)	Nieto (7) (2010)	Pamalahgari (8) (2011)	Italian Association for the study	American College of Gastroenterology	Rathanayake (11) (2010)	Conferencia de consenso del Club español	Japanese Society of abdominal emergency	NIVEL EVIDENCIA /GRADO RECOMENDACION
				Pezzilli(4) (2008)	Otsuki (5) (2006)	Hirota (16) (2006)				Takeda(6) (2006)	Pezzilli (9) (2010)	Banks (10) (2006)	Navarro (12) (2008)	Hirota (13) (2010)	
DOLOR	El alivio del dolor, mediante analgésicos opiáceos, en pacientes con dolor abdominal agudo, mejora la comodidad, no aumenta el riesgo ni retrasa la toma de decisiones sobre el tratamiento .o diagnostico.	NIC 2210 Administración de analgésicos	X												NE-II GR-B
	La analgesia es fundamental: el dolor será controlado mediante la analgesia.	NIC 1400 Manejo del dolor NIC 2210 Administración de analgésicos		X	X			X	X	X	X	X	X	X	NE-I GRA
	El grado de analgesia debe ser acorde con la severidad de la pancreatitis	La pauta de la analgesia No es intervención enfermera en nuestro ámbito profesional.		X											NE-I GR-A
	No hay evidencia que sugiera la superioridad de un tipo de analgesia frente a otra	La elección del analgésico no es intervención enfermera en nuestro ámbito profesional										X		X	NE-II GR-B
	Prioridad en la elección del analgésico. Evitar el uso de analgésicos que produzcan exacerbación de la patología de la pancreatitis aguda (espasmo del esfínter de Oddi ó ileo paralítico)	La elección del analgésico no es intervención enfermera en nuestro ámbito profesional. Si analgésicos susceptibles de producir exacerbación de la patología. NIC 6650 Vigilancia					X		X		X				X	NE-I GR-A

EVIDENCIA/ARTICULOS_AUTORES_ORGANISMOS QUE LO CORROBORAN

	Recomendaciones	Artículo/ Intervención enfermera	Manterola (14)	Italian Association for the study of the pancreas	Research Committee of intractable	Japanese Society of abdominal emergency medicine	Petrov (15)	Nieto (7)	Pamaiahgari (8)	Italian Association for the study of the pancreas	American College of Gastroenterology	Rathanayake (11)	Confederación de consenso del Club español	Japanese Society of abdominal emergency	NIVEL EVIDENCIA /GRADO RECOMENDACIÓN
			(2008)	Pezzilli (4) (2008)	Otsuki (5) (2006)	Hirota (16) (2006)	Takeda (6) (2006)	(2007)	(2010)	(2010)	Pezzilli (9) (2010)	Banks (10) (2006)	(2010)	Navarro (12) (2008)	Hirota (13) (2010)
DOLOR	Inicialmente en todos los pacientes se debe administrar analgésico por I.V.	NIC 2210 Administración de analgésicos NIC 2440 Mantenimiento de dispositivos de acceso venosos (DAV)						X	X						NE-I GR-A
	El dolor empeora en decúbito supino.	NIC 1400 Manejo del dolor						X							NE-I GR-A
	Si no se logra un control adecuado del dolor con medidas analgésicas, se debería tramitar interconsulta a la unidad del dolor.	No intervención enfermera en nuestro ámbito profesional						X							NE-IV GR-C
	Si dolor muy intenso valorar la opción de analgesia en bomba	La decisión de analgesia continua, no es una intervención enfermera en nuestro ámbito profesional.											X		NE-II GR-B
	La administración de analgesia por vía epidural puede ser aconsejable en determinados pacientes con PA grave	La decisión de analgesia epidural, no es una intervención enfermera en nuestro ámbito profesional.Si orden de tto. Tener en cuenta la NIC 2214											X		NE-III GR-B
	La administración de antagonistas H ₂ puede incrementar la incidencia de complicaciones y prolongar la duración del dolor	NIC 6650 Vigilancia												X	NE-IV GR-C
	La administración cimetidina aumenta la incidencia de complicaciones asociadas al PA y prolonga la duración del dolor													X	NE-I GR-A
La SNG puede prolongar el periodo de dolor abdominal y náuseas															

EVIDENCIA/ARTICULOS_AUTORES_ORGANISMOS QUE LO CORROBORAN

Recomendaciones		Artículo/Intervención	Manterola 814 (2008)	Italian Association for the study of the pancreas (4) (2008)	Committee of Intractable Diseases of the pancreas (5) (2006)	Hirota (16) (2006)	Japanese Society of abdominal emergency medicine (6) (2006)	Petrov (15) (2007)	Nieto (7) (2010)	Pamaiahgari (8) (2011) 21	Italian Association for the study of the pancreas (9) (2010)	American College of Gastroenterology (10) (2006)	Rathanayake (11) (2010)	consenso del Club español Biliopancreatico (12) (2008)	Hirota (13) (2010)	NIVEL EVIDENCIA /GRADO RECOMENDACIÓN	
DOLOR / cuidado de soporte	Un episodio de dolor brusco y agudo podría ser sugestivo de complicación grave y/o cirugía urgente	NIC 1400 Manejo del dolor										X				NE-II GR-B	
	Evaluación continua de los efectos de la analgésicos para evitar complicaciones	NIC 3320 Oxigenoterapia				X										NE-I GR-A	
	Controles frecuentes (constantes vitales) de saturación de oxígeno, sobre todo si de administran analgésicos narcóticos para el manejo / alivio del dolor. Como medida de detección precoz de la hipoxia	NIC 6680 Monitorización de signos vitales (pulsioximetría)											X		X		NE-II GR-B
	Cuidados de soporte especialmente manejo del dolor, prevención de la hipoxia (oxígeno suplementario, si saturación inferior 95%) y adecuado aporte de fluidos I.V.	NIC 4200 Terapia intravenosa (i.v.) NIC 6650 Vigilancia			X		X			X			X		X		NE-I GR-A
DOLOR/Ansiedad	El dolor en la pancreatitis aguda puede causar ansiedad, afectar negativamente en la función respiratoria y en consecuencia en su evolución clínica.	NIC 1400 Manejo del dolor NIC 5820 Disminución de la ansiedad NIC 6680 Monitorización de signos vitales (pulsioximetría)					X				X				X	NE-I GR-A	

EVIDENCIA/ARTICULOS_AUTORES_ORGANISMOS QUE LO CORROBORAN

Recomendaciones		Artículo/Intervención	Manterola (14) (2008)	Italian Association for the study of the pancreas	Research Committee of Intractable Diseases of the pancreas	Japanese Society of abdominal emergency medicine	Petrov (15) (2007)	Nieto (7) (2010)	Pamaiahgari (8) (2011) 21	Italian Association for the study of the pancreas	American College of Gastroenterology	Rathanayake (11) (2010)	Conférence de consensus del Club español Biliopancreatico	Japanese Society of abdominal emergency medicine	NIVEL EVIDENCIA /GRADO RECOMENDACIÓN
DOLOR / Nutrición	La desaparición del dolor (sin administrar analgesia parenteral) asociado a la ausencia de vómitos y/o náuseas y la existencia de tránsito intestinal, determinará el momento de la reintroducción de la nutrición enteral	NIC 1400 Manejo del dolor		X											NE-II GR-A
	Recidiva ó exacerbación del dolor abdominal tras reintroducción de la alimentación (en las primeras 48 h. aunque no se debe infravalorar esta causa después de transcurrido este tiempo)	NIC 1020 Etapas de la dieta					X					X			

Fuente _ Elaboración propia

ANEXOS

Plan de cuidados _ PANCREATITIS AGUDA

Población Diana: Paciente ingresado en una unidad de hospitalización por proceso inflamatorio agudo del páncreas, desencadenado por la activación inapropiada de los enzimas pancreáticos, con lesión tisular y respuesta inflamatoria local, y compromiso variable de otros tejidos o sistemas orgánicos distantes.

DRE00146 - ANSIEDAD

R/C Cambio en el estado de salud

RES 1211 Nivel de ansiedad

IND Inquietud

IND Ansiedad verbalizada

INT 5820 Disminución de la ansiedad

ACT Observar si hay signos verbales y no verbales de ansiedad

ACT Explicar todos los procedimientos, incluyendo las posible sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento.

DRI00004 - RIESGO DE INFECCIÓN

R/C Procedimientos invasivos

RES 1101 - Integridad tisular piel y membranas mucosas

IND Induración

IND Eritema

INT 2440 Mantenimiento de dispositivos de acceso venoso

ACT Cambiar los sistemas, vendajes y tapones de acuerdo con el protocolo del centro

ACT Observar si hay signos y síntomas asociados con infección local o sistémica (enrojecimiento, tumefacción, sensibilidad, fiebre, malestar).

DRE00126 - CONOCIMIENTOS DEFICIENTES

R/C Falta de exposición

RES 1824 Conocimiento cuidados en la enfermedad

IND Descripción del régimen terapéutico

IND Dieta recomendada

INT 5602 Enseñanza: proceso de enfermedad.

ACT Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente relacionado con el proceso de enfermedad específico

ACT Comentar los cambios en el estilo de vida que puedan ser necesarios para evitar futuras complicaciones y/o controlar el proceso de enfermedad

INT 5614 Enseñanza: Dieta prescrita

ACT Instruir al paciente sobre las comidas permitidas y prohibidas

INT 7370 Planificación del alta

- ACT** Formular un plan de mantenimiento para el seguimiento posterior al alta.
ACT Identificar la comprensión de los conocimientos o habilidades necesarios por parte del paciente y del cuidador principal para poner en práctica después del alta.

DRI00025 - RIESGO DE DESEQUILIBRIO DE VOLUMEN DE LÍQUIDOS

R/C Pancreatitis

RES 0601 Equilibrio hídrico

IND Presión arterial

IND Entradas y salidas diarias equilibradas

INT 4120 Manejo de líquidos

ACT Observar si hay indicios de sobrecarga / retención de líquidos (crepitaciones, PVC o presión de cuña capilar pulmonar elevada, edema, distensión de venas del cuello y ascitis), si procede

INT 6680 Monitorización de los signos vitales

ACT Controlar periódicamente presión sanguínea, pulso, temperatura, y estado respiratorio si procede

ACT Observar periódicamente el color, la temperatura y la humedad de la piel

DRE00134 - NAUSEAS

R/C Enfermedad Pancreática

RES 2107 Severidad de las náuseas y los vómitos

IND Frecuencia de las náuseas

IND Frecuencia de los vómitos

INT 1450 Manejo de las náuseas

ACT Asegurarse de que se han administrado antieméticos eficaces para evitar las náuseas siempre que haya sido posible (exceptuando el caso de náuseas relacionadas con el embarazo)

ACT Realizar una valoración completa de las náuseas incluyendo frecuencia, intensidad y factores desencadenantes, utilizando herramientas como Diario de Autocuidado, Escala Analógica visual, Escala Descriptiva de Drake e Índice de Rhodes de náuseas y Vómitos

INT 1570 Manejo del vómito

ACT Valorar el color, la consistencia, la presencia de sangre, la duración y el alcance de la emesis

RES 1008 Estado nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos

IND Ingesta de líquidos orales

INT 1020 Etapas en la dieta

ACT Observar la tolerancia a la progresión de la dieta

Complicación Potencial_HIPERGLUCEMIA

RES 2300 Nivel de glucemia

IND Concentración sanguínea de glucosa

INT 2120 Manejo de la hiperglucemia

ACT Vigilar los niveles de glucosa en sangre si está indicado

ACT Observar si hay signos y síntomas de hiperglucemia

Complicación Potencial_ DOLOR

RES02102 - Nivel de dolor

IND06743 - Dolor referido

INT 1400 Manejo del dolor

ACT Proporcionar a la persona un alivio del dolor óptimo mediante analgésicos prescritos.

ACT Evaluar la eficacia de las medidas de alivio del dolor a través de una valoración continua de la experiencia dolorosa

ACT Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición/ duración, frecuencia, calidad, intensidad o severidad del dolor y factores desencadenantes