

Revista Adicción y Ciencia. ISSN: 2172-6450
Www.adiccionyciencia.info

Caso clínico: Dolor agudo en un paciente diagnosticado de pancreatitis aguda alcohólica.

Clinical case: Acute pain in a patient diagnosed with acute alcoholic pancreatitis.

Calvo-Sanromán, L. Sanz-Pérez, L. Barlés-Sauras, A. Campaña-Masculán, R. Pérez-Zapater, J. López-Portilla, L.

- Calvo Sanromán, Laura. Graduada en Enfermería. Residencia de personas mayores “Ciudad de Huesca”, Huesca.
- Sanz Pérez, Lidia. Graduada en Enfermería. Máster Universitario en Educación para la Salud. Hospital “San Jorge”, Huesca. E-mail: lidiasanper@gmail.com
- Barlés Sauras, Andrea. Diplomana Universitaria en Enfermería. Máster Universitario en Educación para la Salud. Hospital “San Jorge”, Huesca.
- Campaña Masculán, Raquel. Graduada en Enfermería. Residencia de personas mayores “Ciudad de Huesca”, Huesca.
- Pérez Zapater, Julia. Graduada en Enfermería. Hospital “Royo Villanova”, Zaragoza.
- López Portilla, Lorena. Graduada en Enfermería.

Recibido: 24/8/2017. Aceptado: 14/09/2017

Citar este artículo: Calvo-Sanromán, L. Sanz-Pérez, L. Barlés-Sauras, A. Campaña-Masculán, R. Pérez-Zapater, J. López-Portilla, L. (2017). Caso clínico: Dolor agudo en un paciente diagnosticado de pancreatitis aguda alcohólica.. *Revista Adicción y Ciencia*, 5 (2).

Resumen

En el presente trabajo se muestra un caso clínico de un varón adulto de 51 años, que ingresó en urgencias por presentar dolor agudo en abdomen, siendo diagnosticado de pancreatitis aguda causada por consumo de alcohol.

La metodología utilizada se basó en el Modelo Conceptual de Virginia Henderson, utilizando la taxonomía NANDA internacional II 2015-2017, Clasificación de resultados de Enfermería (NOC), Clasificación de las Intervenciones de Enfermería (NIC) y Escalas Likert para la evaluación.

Se realizó la valoración de enfermería y el análisis de los datos, y de los problemas identificados se seleccionó la complicación potencial: Dolor agudo secundario a pancreatitis aguda.

Después de llevar a cabo las actividades planificadas durante 6 días, el paciente fue dado de alta, sin presentar dolor, náuseas ni vómitos, para continuar su tratamiento de forma ambulatoria.

Palabras clave: *Procesos de Enfermería, pancreatitis, pancreatitis alcohólica, cuidados de enfermería, dolor agudo.*

Abstract

This paper reports the case of a 51-years-old male, who is admitted to the emergency department for acute abdominal pain, diagnosed with acute pancreatitis secondary to alcohol abuse afterwards.

Procedure used was backed by the Virginia Henderson's Conceptual Model, using the Taxonomies NANDA International II, 2015-2017, the Nursing Outcomes Classification (NOC) and the Nursing Interventions Classification (NIC) and Likert Scales for the evaluation.

Nursing evaluation and data analysis were performed and from the identified problems the potential complication was selected: acute pain secondary to acute pancreatitis.

After accomplishing the 6-day planned actions, patient was discharged not presenting pain, nausea or vomiting, in order to continue treatment in the ambulatory service.

Key words: *Nursing Process, pancreatitis, alcoholic pancreatitis, nursing care, acute pain.*

1. Introducción

La pancreatitis aguda (PA) es una inflamación brusca del páncreas provocada por la activación, dentro de él, de las enzimas que produce para la digestión. En casos graves, puede llegar a producirse necrosis que causa una reacción inflamatoria generalizada capaz de afectar a otros órganos vitales^{1,2,3}.

Se caracteriza por un dolor abdominal de inicio súbito asociado con el aumento de los niveles de las enzimas pancreáticas digestivas en sangre u orina y se produce alteración de la estructura del páncreas debido a la inflamación⁴.

Existen múltiples causas de PA pero las dos más frecuentes son los cálculos en la vesícula biliar (35-40%) y el consumo excesivo de alcohol (30%).^{1,2,3,5} Éste último tiene un efecto tóxico directo sobre el páncreas, capaz de producir también pancreatitis crónica⁵.

Se han postulado diversas teorías para explicar la PA por alcohol: Un aumento de la secreción gástrica que conduce a un aumento exagerado de la secreción pancreática; Inflamación duodenal y periampular con obstrucción de los conductos bilio-pancreáticos; La hiperlipidemia aguda inducida por el alcohol⁵.

La incidencia de PA aumenta a medida que aumenta la edad, la proporción entre hombres y mujeres afectados es de aproximadamente 1:0,6, varía según los países y depende de los factores etiológicos. En Estados Unidos se estima que hay unos 250.000 casos anuales, en Europa unos 70.000, en España unos 15.000 anuales y en el Hospital San Jorge de Huesca en el año 2016 fueron ingresados 91 pacientes¹. La mortalidad es prácticamente nula entre los pacientes con PA leve, siendo sin embargo del 25-50% en aquellos que presentan PA necrotizante, con una tasa global de mortalidad del 5%. Sin embargo, la tasa de mortalidad es más elevada cuando está asociada con cálculos de la vesícula biliar y causas idiopáticas que por el consumo de alcohol⁶.

Tiene un espectro clínico muy amplio. La mayor parte de los pacientes (75-80%) responderán a un tratamiento médico convencional con una evolución clínica favorable y con pocas o ninguna complicación^{1,5,7}.

El síntoma primordial es el dolor abdominal, presente en más del 90% de los pacientes, con un inicio rápido, continuo e intenso que dura de horas a días. Es un dolor agudo, constante, sordo o terebrante, localizado principalmente en su parte superior, en epigastrio, aunque puede ocupar todo el vientre, con frecuencia se irradia hacia ambos hipocondrios y espalda “en cinturón”, la mayoría de las veces se acompaña de náuseas y vómitos, y con menos frecuencia aparece fiebre y distensión abdominal.

Dato obtenido en el Servicio de Admisión, Unidad de Codificación del Hospital San Jorge de Huesca.

Calvo-Sanromán, L. Sanz-Pérez, L. Barlés-Sauras, A. Campaña-Masculán, R. Pérez-Zapater, J. López-Portilla, L.

El dolor suele ser más intenso en decúbito supino y con frecuencia se alivia cuando el paciente se sienta inclinado hacia delante o se tumba sobre un lado con las rodillas flexionadas^{1,3,6,8}.

Los datos clínicos de alarma son la persistencia de sed, taquicardia, agitación, confusión, oliguria, taquipnea, hipotensión y ausencia de mejoría en las primeras 48 horas⁹.

En los casos más graves pueden aparecer complicaciones locales y de otros órganos, principalmente del corazón, pulmones y riñones^{1,6,10}.

La PA se diagnostica principalmente mediante el análisis de las enzimas pancreáticas en sangre (amilasa o lipasa) ya que casi siempre están elevadas, pero también es necesario la realización de otras pruebas diagnósticas^{1,6,7,8}.

El tratamiento es fundamentalmente de soporte. El objetivo principal consiste en limitar la secreción exocrina del páncreas, mantener un estado hídrico óptimo, controlar el dolor y detectar las posibles complicaciones^{4,7,8}. Por lo que las principales medidas son suspender el consumo de alimentos o líquidos por vía oral para limitar la actividad del páncreas, reposición hidroelectrolítica mediante sueroterapia, administración de analgésicos para aliviar el dolor y medicamentos para tratar los vómitos y náuseas^{1,7,8}.

En los casos leves no suele ser necesario más tratamiento y en aproximadamente una semana el paciente se recupera. Sin embargo, en los graves el paciente necesita vigilancia, recibiendo otros tratamientos como administración de antibióticos para tratar la infección de la necrosis y alimentación mediante sonda para nutrición enteral (NE)^{1,7,11}.

En ocasiones se precisa de cirugía, cuando la necrosis se infecta con intención de limpiar lo máximo posible la zona del páncreas y alrededores, mediante la realización de necrosectomía¹.

El dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable originada por una lesión hística real o potencial. La definición de dolor en enfermería se manifiesta como cualquier sufrimiento corporal que el paciente exprese y exista siempre que así lo afirme¹².

La enfermería tiene un papel importante en el control del dolor, no solo consiste en la aplicación del tratamiento prescrito, sino en valorarlo con las escalas adecuadas (Escala Visual Analógica – EVA) (Anexo 1), proporcionar escucha activa y aplicar medidas físicas como habitación con luz tenue, adecuada temperatura, evitar ruidos excesivos, restricción de visitas, evitar ansiedad, entre otras¹².

2. Objetivos

Objetivo general

- Desarrollar un caso clínico aplicando el Proceso Enfermero basado en el modelo conceptual de Virginia Henderson.

Objetivos específicos

- Aplicar las competencias enfermeras.
- Determinar los problemas principales de un paciente con pancreatitis.
- Diseñar un plan de cuidados individualizado y continuo del dolor agudo, en colaboración.
- Evaluar la disminución o desaparición del dolor evidenciado por las expresiones verbales o codificadas utilizando escalas.

3. Metodología

Para la actualización y justificación del tema se ha realizado una revisión bibliográfica inicial de la literatura científica, en numerosas bases de datos y otras fuentes de información secundaria, como la biblioteca científica SciELO^{1,2,4,11,14}, revistas científicas^{1,2,4-6,9,11,13-15}, libros^{3,7,8,10,12,16-22} y otras bases de datos^{5,13,15}, seleccionando artículos en castellano e inglés, atendiendo a criterios de calidad y actualidad de la información.

En la elaboración del caso clínico se ha utilizado el modelo de Virginia Henderson adaptado por María Teresa Luis Rodrigo, et Al.¹⁶, utilizando la metodología Proceso Enfermero y sus etapas. La obtención de datos se ha realizado a través del propio paciente, su historia clínica y el programa informático GACELA Care®.

Asimismo, se ha utilizado la taxonomía NANDA internacional II 2015-2017^{17,18}, Clasificación de los Resultados Enfermeros (NOC)²¹, Clasificación de las Intervenciones Enfermeras (NIC)²² y Escalas Likert para la evaluación de resultados²¹.

4. Desarrollo del caso

Valoración general

Nombre: Juan ♂

Edad: 51 años

Diagnóstico médico: Pancreatitis aguda

Alergias: No conocidas

Medicación: No toma

Valoración física inicial

Constantes vitales (CV):

- Tensión Arterial (TA): 100/60 mm Hg.
- Frecuencia Cardíaca (FC): 113 pulsaciones por minuto (ppm), rítmico.
- Temperatura (T^a): 36,7°C.
- Frecuencia respiratoria (FR): 18 respiraciones por minuto (rpm).
- Saturación de O₂ (Sat. O₂): 98%.

Exploración física:

- Peso: 80 Kg, Talla: 1,83 m, IMC: 23.89 Kg/m² normopeso.
- Nivel de conciencia: alerta y orientado en tiempo, espacio y persona.
- Exploración abdominal: abdomen blando, dolor a la palpación en epigastrio, nivel 7 en la escala EVA.
- Piel y mucosas rosadas, íntegras e hidratadas.
- No ruidos respiratorios anormales.
- Córneas de color blanco.

Tratamiento médico¹⁵

- Suero Glucosalino 500 ml + 10 mEq Cloruro Potásico. (19h-24h-5h-10h-15h). Vía intravenosa (iv).
- Metamizol magnésico 2g cada 8h si precisa. Vía intravenosa.
- Paracetamol 1g cada 8h si precisa (alternado con Metamizol). Vía iv.
- Metoclopramida 10mg cada 8h si precisa. Vía iv.
- Omeprazol 40mg a las 9h. Vía iv.
- Petidina 50mg cada 12h si precisa (si analgesia anterior no efectiva). Vía iv.
- Enoxaparina 40mg a las 21h. Vía subcutánea (sc).
- Dieta absoluta.
- Control de constantes por turno.
- Reposo relativo (puede ir al baño).

Historia de enfermería

Juan es un varón de 51 años de edad que acude al servicio de urgencias del Hospital San Jorge por fuerte dolor abdominal irradiado hacia la espalda, náuseas y vómitos. Realizadas las pruebas pertinentes es ingresado en la Unidad de Digestivo, siendo el diagnóstico de pancreatitis aguda.

Juan vive solo, en Huesca. Está actualmente divorciado. Tiene dos hijos que viven con su exmujer, con los que mantiene una buena relación. Es carpintero y se ocupa de las labores domésticas de su casa.

Dice que le preocupa el fuerte dolor que tiene, que solo se pasa con la medicación que le ponen.

Es autónomo a la hora de realizar las actividades de la vida diaria.

Reconoce un consumo excesivo de alcohol diario (2 “cubatas” y 4 “carajillos”). En ocasiones ha bebido más de la cuenta, refiriendo encontrarse mal al día siguiente y con bastante dolor abdominal. Realiza cinco comidas al día: desayuno (café con leche y fruta), almuerzo (bocadillo), comida (verduras/legumbres/pasta, carne/pescado a la plancha y yogurt/fruta), merienda (café con galletas) y cena (ensalada, tortilla/carne a la plancha y flan/yogurt). Refiere tener buen apetito y gustarle todos los alimentos. No tiene dificultad a la hora de masticar y tragar y bebe 1,5-2L de agua al día aproximadamente. No es fumador.

Aspecto limpio y cuidado, se ducha cada día, higiene bucal diaria después de cada ingesta y se afeita cada 3 días.

Su patrón de eliminación es una deposición al día, formada, sin esfuerzo ni dolor, micciona 7-8 veces al día, de color ámbar y olor característico.

Duerme 7 horas por la noche, no tiene dificultad para conciliar el sueño, es suficiente y reparador, se levanta descansado. No suele echarse siestas pero cuando llega muy cansado del trabajo se tumba en el sofá y se queda dormido un rato.

La ropa que lleva es cómoda, la selecciona en función del clima. Se considera caluroso, no tiene problemas para adaptarse a los cambios de temperatura. Tiene agua caliente y calefacción eléctrica. “En casa no he tenido fiebre”.

Presenta movilidad libre y completa de todas las articulaciones. Considera importante dedicar tiempo al ocio, le gusta leer la prensa, ver la televisión, escuchar la radio, el deporte, suele salir a correr media hora o una hora al día, sabe que es beneficioso para su salud, también le gusta ir a ver partidos de fútbol. Mantiene buena relación con sus amigos, suelen almorzar juntos los fines de semana e ir a ver los partidos del fútbol. Nos dice que algún fin de semana suelen quedar para cenar, sobre todo si hay fútbol y que se pasan ratos hablando.

Se siente capaz de afrontar su situación actual y disposición para el aprendizaje, se muestra receptivo y colaborador. Se expresa de forma adecuada, no tiene dificultades para tomar decisiones y conoce su estado de salud. Cursó estudios hasta la Educación General Básica (EGB), es católico pero no practicante.

Organización de los datos según las 14 necesidades básicas del modelo de Virginia Henderson ¹⁶

Manifestaciones de independencia (M.I.). Manifestaciones de dependencia (M.D.). Datos a considerar (D.C).

1. Respirar normalmente

M.I.: No fuma.

M.D.: No se observan.

D.C.: No se observan.

2. Comer y beber adecuadamente

M.I.: Autónomo. Traga y mastica sin dificultad, bebe aproximadamente 1,5-2L de agua al día. Realiza cinco comidas al día: desayuno (café con leche y fruta), almuerzo (bocadillo), comida (verduras/legumbres/pasta, carne/pescado a la plancha y yogurt/fruta), merienda (café con galletas) y cena (ensalada, tortilla/carne a la plancha y flan/yogurt).

M.D.: Toma diariamente 2 “cubatas” y 4 “carajillos”.

D.C.: Refiere tener buen apetito, le gustan todos los alimentos.

3. Eliminar por todas las vías corporales

M.I.: Autónomo. Patrón de eliminación: defeca una vez al día, sin esfuerzo ni dolor, micciona 7-8 veces al día, de color ámbar y olor característico.

M.D.: No se observan.

D.C.: No se observan.

4. Moverse y mantener posturas adecuadas

M.I.: Movilidad libre y completa de todas las articulaciones.

M.D.: No se observan.

D.C.: No se observan.

5. Dormir y descansar

M.I.: Duerme 7 horas por la noche, no tiene dificultad para conciliar el sueño, es suficiente, reparador y se levanta descansado.

M.D.: No se observan.

D.C.: “A veces me echo siestas cuando llego muy cansado del trabajo”.

6. Escoger ropa adecuada: Vestirse y desvestirse

M.I.: Autónomo para vestirse. Utiliza ropa cómoda, la selecciona en función del clima.

M.D.: No se observan.

D.C.: No se observan.

7. Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales, adecuando y modificando el ambiente

M.I.: No se observan.

M.D.: No se observan.

D.C.: Se considera caluroso, pero no tiene problemas para adaptarse a los cambios de temperatura. Tiene agua caliente y calefacción eléctrica.

“En casa no he tenido fiebre”.

8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel

M.I.: Autónomo para la higiene. Su aspecto es limpio y cuidado, se ducha cada día. Se lava los dientes después de cada comida. Se afeita cada 3 días.

M.D.: No se observan.

D.C.: No se observan.

9. Evitar los peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas

M.I.: No se observan.

M.D.: No se observan.

D.C.: Reconoce un consumo excesivo de alcohol diario. En ocasiones ha bebido más de la cuenta, refiriendo encontrarse mal al día siguiente y con bastante dolor abdominal.

10. Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones

M.I.: Se muestra receptivo y colaborador. Se expresa de forma adecuada.

M.D.: No se observan.

D.C.: Dice que tiene dos hijos con quienes mantiene una buena relación, al igual que con sus amigos.

11. Vivir de acuerdo con las propias creencias y valores

M.I.: Dice que no tiene dificultades para tomar decisiones y se muestra capaz de afrontar la situación.

M.D.: No se observan.

D.C.: “Soy católico pero no practicante.”

12. Ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal

M.I.: Lleva a cabo las tareas domésticas.

M.D.: No se observan.

D.C.: Vive solo y es carpintero.

13. Participar en actividades recreativas

M.I.: Considera importante dedicar tiempo al ocio.

M.D.: No se observan.

D.C.: Le gusta ir a ver partidos de fútbol, leer la prensa, ver la televisión, escuchar la radio, quedar con sus amigos. Nos dice que algún fin de semana suelen quedar para cenar, sobre todo si hay fútbol y que se pasan ratos hablando. Suele salir a correr media hora o 1 hora al día porque le gusta y porque sabe que es beneficioso.

14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a usar los recursos disponibles

M.I.: Manifiesta capacidad y disposición para el aprendizaje. Conoce su situación de salud.

M.D.: No se observan.

D.C.: Cursó estudios hasta la EGB.

Análisis e interpretación de los datos

Juan es un varón de 51 años de edad que ingresa en el Hospital con dolor abdominal agudo irradiado hacia la espalda, náuseas y vómitos. Después de ser valorado en urgencias, es diagnosticado de pancreatitis aguda. Se instaura tratamiento médico y se deriva a la Unidad de Digestivo.

Sigue una dieta variada y equilibrada con un aporte adecuado de agua, un patrón de eliminación normal, el sueño es suficiente y reparador.

Su estilo de vida no es saludable, ya que reconoce un consumo excesivo de alcohol diario (2 “cubatas” y 4 “carajillos”), en ocasiones bebiendo más de la cuenta, refiriendo encontrarse mal al día siguiente y con bastante dolor abdominal.

Tiene prescrito dieta absoluta y reposo relativo, pudiendo ir hasta el baño.

Aunque en su domicilio es autónomo, en el hospital requiere suplencia parcial y temporal en higiene y cuidado de la piel, vestido y arreglo personal debido al tratamiento administrado por vía endovenosa.

Tras el análisis de los datos, hemos seleccionado el problema de colaboración “dolor agudo secundario a la pancreatitis aguda”, por lo que el tiempo que permanezca ingresado valoraremos en continuidad el nivel de dolor para tratarlo según protocolo.

En el informe al alta informaremos de su hábito enólico, para seguir los protocolos pertinentes desde Atención Primaria.

Formulación de los problemas identificados

*Problemas de colaboración*¹⁶

Dolor agudo secundario a pancreatitis aguda.

Náuseas secundarias a pancreatitis aguda.

Vómitos secundarios a pancreatitis aguda.

Complicación potencial. Flebitis, extravasación, acodamiento, desalojo y obstrucción secundaria a método invasivo (venoclisis).

Diagnósticos enfermeros^{16,17,18,19,20}

De autonomía¹⁶

Higiene y cuidado de piel, mucosas y faneras: suplencia parcial.

Vestido/arreglo personal: suplencia parcial.

De independencia^{17,18,19,20}

No se observan.

Planificación – ejecución de los cuidados

De los problemas identificados se ha seleccionado la complicación potencial:

Dolor agudo secundario a pancreatitis aguda^{17,18,19}.

Objetivos:

Instaurar las medidas preventivas para evitar/tratar el dolor, prescritas por el médico.

Detectar prontamente los signos y síntomas indicadores de dolor.

Criterios de resultados: Resultados NOC^{17,21}.

1605 Control del dolor.

2102 Nivel del dolor.

3016 Satisfacción del paciente/usuario: manejo del dolor.

Evidenciado por: Escalas Likert²¹: (Ver Tablas 1, 2 y 3)

Tabla 1. Escala Likert: Control del dolor (1605).

Indicadores	Inicio	Diana
160502 Reconoce el comienzo del dolor.	2	5
160511 Refiere dolor controlado.	2	5

Escala: Nunca demostrado (1). Raramente demostrado (2). A veces demostrado (3). Frecuentemente demostrado (4). Siempre demostrado (5).

Tabla 2. Escala Likert: Nivel del dolor (2102).

Indicadores	Inicio	Diana
210204 Duración de los episodios de dolor.	2	5
210206 Expresiones faciales de dolor.	3	5
210227 Náuseas.	4	5
210228 Vómitos.	3	5

Escala: Grave (1). Sustancial (2). Moderado (3). Leve (4). Ninguno (5).

Tabla 3. Escala Likert: Satisfacción del paciente/usuario: manejo del dolor (3016).

Indicadores	Inicio	Diana
301605 Acciones tomadas para proporcionar comodidad.	3	5
301615 Los profesionales sanitarios trabajan como un equipo para manejar el dolor.	3	5

Escala: No del todo satisfecho (1). Algo satisfecho (2). Moderadamente satisfecho (3). Muy satisfecho (4). Completamente satisfecho (5).

Intervenciones: NIC^{17,22}.

1400 Manejo del dolor.

2210 Administración de analgésicos.

Actividades:

Primer día ingresado, son las 9 horas (turno de mañana):

- Juan refiere dolor. El analgésico que le habían puesto en urgencias, hace 5 horas, había sido efectivo hasta hace 10 minutos.
- Realizamos valoración del dolor. Lo localiza en la parte superior del vientre, se irradia hacia la espalda (en cinturón), de aparición brusca, agudo, constante, “como si me estuvieran taladrando ahí dentro”. Al observar el lenguaje no verbal nos lo encontramos con el ceño fruncido y las piernas flexionadas. Valoramos según la escala EVA y refiere un nivel 7.
- Tomamos CV: TA 130/75 mm Hg, FC 99 ppm, Sat. O₂ 95%, T^a 36,7°C.
- Administramos el analgésico pautado, metamizol magnésico vía iv. Le tranquilizamos diciendo que el médico le ha pautado analgésicos y que nos llame cada vez que le aparezca dolor (si no disminuyera el dolor es posible administrar paracetamol alternándolo con el metamizol, y si no son efectivos se puede administrar petidina).
- Potenciamos la efectividad del metamizol, por ejemplo le decimos que la medicación es muy eficaz, que se le pondrá tanto como necesite, que no tendrá que soportar dolor.
- Le indicamos que puede realizar cambios de posición, flexionar y rotar la muñeca y hombro y flexionar el codo del brazo en el que lleva la venoclisis, (situada en el antebrazo derecho) teniendo especial cuidado con la canalización.
- Valoramos en continuidad los posibles efectos secundarios del metamizol. Le indicamos que no se levante de la cama sin ayuda ya que puede marearse y caerse. Si tiene malestar

general, náuseas, vómitos u otros (síntomas) que nos avise inmediatamente, que se tumbe de lado en la cama (posición lateral de seguridad con las barandillas). La cama está provista de protectores (empapadores) y dejamos a mano una palangana por posibles vómitos.

- El timbre siempre al alcance de su mano por si nos tiene que llamar, indicándole la importancia de utilizarlo.
- Registramos los datos.

A la hora de administrar el metamizol magnésico (10h):

- Realizamos valoración según la escala EVA, tiene nivel 2 (dolor leve).
- CV: TA 120/75 mm Hg, FC 72 ppm, Sat O₂ 97% y T^a 36°C.
- Controlamos los factores ambientales que influyen en el dolor: habitación con luz tenue, temperatura en la habitación que no sobrepase los 20°C, evitar excesivas visitas y ruidos, le aconsejamos que descanse o duerma si es posible, entre otros.
- Nos pregunta si puede beber agua, le indicamos que solo puede mojarse los labios ya que tiene prescrita dieta absoluta.
- Valoramos en continuidad los posibles efectos secundarios del metamizol.
- Le acercamos el timbre por si nos necesita.
- Registramos los datos.

A las cuatro horas de administrar el metamizol magnésico (14h):

- Juan llama al timbre, acudimos de forma rápida a la demanda.
- Refiere nuevamente dolor, con un nivel 6 en la escala EVA. El inicio ha sido rápido, se localiza en la parte superior del vientre y es constante.
- CV: TA: 132/77 mm Hg, FC: 93 ppm, Sat O₂: 95% y T^a 36,5°C.
- Administramos paracetamol vía iv, ya que se puede alternar con el metamizol magnésico.
- Valoramos el correcto funcionamiento de la canalización, colocamos el brazo de la venoclisis ligeramente elevado en posición confortable y para evitar edemas en la mano.
- Potenciamos la efectividad del paracetamol diciéndole que va a ser efectivo y que va conseguir disminuir el nivel de dolor.
- Seguimos controlando los factores ambientales que influyen en el dolor.
- Continuamos valorando los posibles efectos secundarios del metamizol y paracetamol.
- Observamos que el timbre se mantiene al alcance de su mano.

- Nos agradece la forma tan rápida y eficaz en que hemos respondido a su llamada para controlar del dolor. “Me tranquiliza el saber que vienen de una forma tan rápida cuando llamo. Muchas gracias”.
- Registramos los datos.

A la hora de administrar el paracetamol (15h):

- Evaluamos la eficacia del paracetamol utilizando la escala EVA, siendo el dolor leve con nivel 1.
- CV: TA: 121/64 mm Hg, FC: 70 ppm, Sat O2: 99% y T^a axilar: 36°C.
- Seguimos controlando los factores ambientales que influyen en la respuesta al dolor.
- Continuamos valorando los posibles efectos secundarios del paracetamol.
- Registramos los datos.

Las actividades se basan en un control continuo del dolor, en las que se realiza una valoración exhaustiva y se administra el analgésico pautado, teniendo en cuenta a su vez la sintomatología asociada a la patología y los efectos secundarios del tratamiento, siempre registrando el proceso. Establecemos un patrón para controlar el dolor en Juan a la hora y a las cuatro horas de administrar el analgésico, realizando lo mismo en cada turno.

Evaluación (Ver Tablas 4,5 y 6).

Tabla 4. Escala Likert: Control del dolor (1605).

Indicadores	Inicio	Final
160502 Reconoce el comienzo del dolor.	2	5
160511 Refiere dolor controlado.	2	5

Escala: Nunca demostrado (1). Raramente demostrado (2). A veces demostrado (3). Frecuentemente demostrado (4). Siempre demostrado (5).

Tabla 5. Escala Likert: Nivel del dolor (2102).

Indicadores	Inicio	Final
210204 Duración de los episodios de dolor.	2	5
210206 Expresiones faciales de dolor.	3	5
210227 Náuseas.	4	5

210228 Vómitos.	3	5
-----------------	---	---

Escala: Grave (1). Sustancial (2). Moderado (3). Leve (4). Ninguno (5).

Tabla 6. Escala Likert: Satisfacción del paciente/usuario: manejo del dolor (3016).

Indicadores	Inicio	Final
301605 Acciones tomadas para proporcionar comodidad.	3	5
301615 Los profesionales sanitarios trabajan como un equipo para manejar el dolor.	3	5

Escala: No del todo satisfecho (1). Algo satisfecho (2). Moderadamente satisfecho (3).

Muy satisfecho (4). Completamente satisfecho (5).

El plan del tratamiento se ha llevado a cabo durante 4 días, Juan refiere a las 24 horas del ingreso que ya no tiene tanto dolor, que está controlado y que se encuentra mucho mejor. Los episodios del dolor se han ido acortando, su expresión es más relajada y tranquila que a su ingreso, no ha tenido náuseas ni vómitos.

Ha aprendido a adoptar las posiciones antiálgicas y posturas de comodidad para no afectar a la venoclisis, se mueve con comodidad en la cama, el segundo día se levanta para ir al baño.

Nos agradece lo pendientes que hemos estado, todo lo que hemos hecho por él y la forma tan rápida en que hemos acudido a sus llamadas cuando tenía dolor, nos dice que no se ha sentido solo en ningún momento. Nos reconoce el buen trabajo que realizamos el equipo de enfermería a la hora de controlar el dolor.

5. Conclusiones/implicaciones para la práctica clínica

La educación sanitaria es una herramienta fundamental para promover estilos de vida saludable y prevenir hábitos tóxicos. De este modo se pueden evitar patologías subyacentes, como en este caso donde el consumo excesivo de alcohol ha derivado en un cuadro de pancreatitis aguda.

Tal y como se ha podido demostrar, el papel de los cuidados de enfermería ha sido vital en el tratamiento del dolor, yendo más allá de mera la aplicación del tratamiento prescrito y reconocido por el propio paciente.

El enlace entre la Atención Hospitalaria o Especializada y la Atención Primaria permite una continuidad de cuidados al paciente, ya que se seguirán los protocolos pertinentes con respecto a su hábito enólico, para que su estado de salud no se vea nuevamente amenazado.

Con la realización del presente caso clínico, nos gustaría contribuir al conocimiento de la labor enfermera, pudiendo ser consultado por estudiantes y profesionales y quizás, aplicado ante situaciones clínicas similares.

7. Bibliografía

1. Sanz de Villalobos E, Larrubia JM. Pancreatitis aguda (Acute pancreatitis). Revista Española de Enfermedades Digestivas [Revista en Internet] 2010 Septiembre [Acceso el 27 de Diciembre de 2016]; 102(9): 560-560. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082010000900010&lang=pt
2. Selvi P, Espuny A, Muñoz ED, Plaza J. Posible pancreatitis inducida por telaprevir: a propósito de un caso. Farmacia Hospitalaria [Revista en Internet]; 2013 Junio [Acceso el 27 de Diciembre de 2016]; 37(3): 269-270. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-63432013000300013&lang=pt
3. Pitchumoni CS. Pancreatitis aguda: etiología y cuadro clínico. En: Floch MH, editor. Netter Gastroenterología. 13º ed. Barcelona: Masson; 2006. p.603-605.
4. Sánchez AC, García JA. Pancreatitis aguda. Boletín médico del Hospital Infantil de México [Internet]; 2012 Febrero [Acceso el 27 de Diciembre de 2016]; 69(1): 3-10. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462012000100002&lang=pt
5. Escuela de Medicina Pontificia Universidad Católica de Chile. Manual de patología quirúrgica. Pancreatitis Aguda. [Internet]. [Acceso el 27 de Diciembre de 2016]. Disponible en: http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/patolquir/patolquir_015.html
6. Casal L, Meana J, Karatanasópuloz CM, Casa JP, Casal JI. Pancreatitis Aguda: Revisión. Revista de Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina [Revista en Internet] 2002 Febrero. [Acceso el 27 de Diciembre de 2016]; 112: 5-20. Disponible en: <http://med.unne.edu.ar/revista/revista112/pancrea.htm>

7. Pitchumoni CS. Pancreatitis aguda: diagnóstico, tratamiento y pronóstico. En: Floch MH, editor. Netter Gastroenterología. 13º ed. Barcelona: Elsevier-Masson; 2006. p.606-609
8. Hicks J. Enfermedades pancreáticas: Pancreatitis. En: Swearing PL, Ross DG, editores. Manual de Enfermería Médico-quirúrgica: Intervenciones Enfermeras y Tratamientos interdisciplinarios. 4ªed. Madrid: Elsevier Mosby; 2007. p.535-543.
9. Boadas, J., Balsells, J., Busquets, J., Codina, A., Darnell, A., Garcia-Borobia, F., Merino, X. Valoración y tratamiento de la pancreatitis aguda. Documento de posicionamiento de la Societat Catalana de Digestologia, Societat Catalana de Cirurgia y Societat Catalana de Pàncrees. Gastroenterología y Hepatología. 2015. 38(2), 82-96.
10. Castillo, J. M.,López, O. L. Evolución y complicaciones de la pancreatitis aguda. ARS MEDICA Revista de Ciencias Médicas. 2017. 21(3), 196-201.
11. García A, García P. Tratamiento nutricional de los enfermos con pancreatitis aguda: cuando el pasado es presente. Nutrición Hospitalaria [Revista en Internet] 2008 [Acceso el 28 de Diciembre de 2016]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112008000600008&lang=pt
12. Bello LN, Borrajo LA. Evitación del dolor. Necesidades higiénicas de comodidad, reposo y sueño. Fundamento de Enfermería Parte II. [Libro en Internet] [Acceso el 15 de Febrero de 2017]. Disponible en: <http://gsdl.bvs.sld.cu/cgi-bin/library?e=d-00000-00---oenfermeria-0enfermeria--00-0--0dc.Date-10-0prompt--0-0---0prompt-10---4--0---4--0-11-50-10-ca-50-1bout--11-am-50--0-20-help-00-0-00-0-1-00-0-0-11-1-1windowsZz-1250-00&a=d&cl=CL1&d=HASH954d11332e1d43c566fc91.6.6>
13. Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos [Internet]. Vitoria-Gasteiz; 2008 Ministerio de Sanidad y Consumo. Gobierno de España. [Acceso el 15 de Febrero de 2017] Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_428_Paliativos_Osteba_resum.pdf
14. Pardo C, Muñoz T, Chamorro C. Monitorización del dolor. Recomendaciones del grupo de trabajo de analgesia y sedación de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Cuidados Críticos y Unidades Coronarias (SEMICYUC). Medicina Intensiva [Revista en Internet]. 2006 Noviembre [Acceso el 15 de Febrero de 2017]; 30(8): 379-385. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912006000800004
15. Vademecum Internacional 2016. Madrid: UBM Médica; 2016.
16. Luis Rodrigo M^aT, Fernández Ferrín C, Navarro Gómez MV. De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. 3ªed. Barcelona: Elsevier Masson; 2005.

17. Johnson M, Moorhead S, Bulechek G, Butcher H, Maas M, Swanson E. Vínculos de NOC y NIC a NANDA-I y diagnósticos médicos. Soporte para el razonamiento crítico y la calidad de los cuidados. 3ª ed. Barcelona: Elsevier Mosby; 2012
18. NANDA Internacional. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación 2015-2017. 1ªed. Barcelona: Elsevier; 2015.
19. Johnson M, Bulechek G, Butcher H. Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones: Interrelaciones NANDA, NOC y NIC. 2ª ed. Madrid: Elsevier; 2006.
20. Luis Rodrigo M^ªT. Los diagnósticos enfermeros. Revisión crítica y guía práctica. 8ª ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2008.
21. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. Clasificación de resultados de Enfermería (NOC): Medición de Resultados en Salud. 5ª ed. Madrid. Elsevier España; 2013.
22. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner C. Clasificación de Intervenciones de enfermería (NIC). 6ª ed. Madrid: Elsevier España; 2014.

7. Anexos

Anexo 1: Escala Visual Analógica (EVA) del dolor^{13,14}.

La Escala Visual Analógica (EVA) permite medir la intensidad del dolor que describe el paciente con la máxima reproducibilidad. Consiste en una línea horizontal de 10 centímetros, en cuyos extremos se encuentran las expresiones extremas de un síntoma, en este caso del dolor. En el extremo izquierdo se ubica la ausencia o menor intensidad del dolor con la frase “No dolor” y en el derecho la mayor intensidad “Máximo dolor” o “El peor dolor imaginable”.

Le pedimos a Juan que haga una marca en la línea que nos indica la intensidad del dolor y medimos con una regla la distancia que marca Juan desde el extremo “No dolor” hasta su marca.

La graduación del dolor es de 0 sin dolor, 1 a 3 leve, de 4 a 6 moderado y de 7 a 10 severo. (Ver figuras 1 y 2).

Figura 1. Escala EVA.



Figura 2: Escala EVA.

