

ACTUACION DE ENFERMERIA EN LA PANCREATITIS AGUDA

Isabel de Castro

Diplomada Universitaria en Enfermería.

Unidad de Patología Pancreática. Hospital General Universitario de Alicante

Enrique de Madaria

Facultativo Especialista en Aparato Digestivo.

Unidad de Patología Pancreática. Hospital General Universitario de Alicante

1. Introducción y definiciones

La pancreatitis aguda es un proceso inflamatorio agudo del páncreas con afectación variable de otros tejidos regionales y sistemas orgánicos alejados.

La pancreatitis aguda grave es aquella que se asocia a fallo uni o multiorgánico y/o a complicaciones locales tales como necrosis, absceso o pseudoquiste.

La pancreatitis aguda leve se caracteriza por ligera alteración orgánica y una recuperación sin complicaciones, así como ausencia de las características propias de la pancreatitis aguda grave.

Su síntoma guía es un dolor abdominal agudo cuya intensidad obliga al paciente a acudir prácticamente en todos los casos a un Servicio de Urgencias determinando su ingreso hospitalario.

Epidemiología

La pancreatitis aguda constituye un problema sanitario frecuente si tenemos en cuenta los ingresos hospitalarios. Se estima que la incidencia en nuestro país es de aproximadamente 35-40 casos por cada 100.000 habitantes cada año. En cuanto a las variables demográficas, la incidencia de la pancreatitis aguda según el sexo está condicionada por la etiología de la enfermedad. Así, la pancreatitis aguda alcohólica es más frecuente en hombres mientras que la pancreatitis aguda biliar es ligeramente más común en mujeres debido a su mayor tasa de colelitiasis.

También existen diferencias observadas por grupos de edad. La pancreatitis alcohólica tiene un pico de incidencia de los 45-55 años, mientras que la pancreatitis aguda biliar se incrementa con la edad, siendo muy infrecuente en la infancia.

Su mortalidad es de un 5-10 % pudiendo aumentar a un 35% en casos de pancreatitis grave con complicaciones. Es destacable el descenso de la mortalidad atribuible a un diagnóstico más temprano de la enfermedad y a una más estricta monitorización de los pacientes en las primeras horas de evolución de la enfermedad.

TABLA 1. Clasificación de Atlanta: definición de gravedad en la pancreatitis aguda

1. Pancreatitis aguda leve: disfunción orgánica mínima del páncreas con buena respuesta al tratamiento y recuperación sin complicaciones
2. Pancreatitis aguda grave: episodio de pancreatitis aguda que cursa con alguna de las siguientes complicaciones:
 - Fallo orgánico: definido por la existencia de alguna de las siguientes situaciones:
 - Insuficiencia respiratoria: PaO₂ < 60 mmHg
 - Insuficiencia renal. Creatinina plasmática > 2 mg/dL
 - Shock: presión arterial sistólica < 90 mmHg
 - Hemorragia digestiva alta con emisión de > 500 mL de sangre en 24h
 - Complicaciones locales:
 - Necrosis: tejido pancreático no viable que se asocia con frecuencia a necrosis grasa peripancreática y que en un TC dinámico afecta al menos a un 30% de la glándula
 - Seudoquistes: colecciones de jugo pancreático rodeadas por una pared de tejido de granulación o fibroso que se desarrolla como consecuencia de una pancreatitis aguda, pancreatitis crónica o traumatismo pancreático
 - Absceso pancreático: colección de pus bien definida intra-abdominal, habitualmente en la proximidad del páncreas, conteniendo escasa o nula cantidad de necrosis y que se desarrolla tras una pancreatitis aguda o un traumatismo pancreático

Etiología

Las causas más frecuentes de pancreatitis son la litiasis biliar (50%), y el consumo de alcohol (15-20%). En algunos casos la etiología no llega a conocerse (pancreatitis aguda idiopática).

Litiasis biliar

La litiasis biliar se ha asociado a la pancreatitis aguda debido a la obstrucción por un cálculo, que atravesando el colédoco queda impactado en la papila, pero en muchas ocasiones sólo se detecta barro biliar o microcálculos.

Dado que el desarrollo de pancreatitis aguda de origen biliar supone el paso a colédoco de una litiasis, se debe tener en cuenta en todo momento la posibilidad de que la coledocolitiasis persista, con el riesgo de colangitis aguda y recidiva de la pancreatitis.

Alcohol

Se estima que un 10% de los alcohólicos crónicos llega a padecer una pancreatitis aguda. El consumo ocasional de grandes cantidades de alcohol no suele producir pancreatitis.

Obstrucción al flujo pancreático no relacionado con litiasis

Existen múltiples causas obstructivas no litíasicas que pueden producir pancreatitis aguda como son los tumores pancreáticos, de colédoco o de la papila.

Yatrogenia

Las principales causas de yatrogenia son secundarias a la manipulación efectuada en el tejido y conducto pancreáticos (CPRE, en ocasiones por CTPH o cirugía) y los fármacos. Entre éstos últimos cabe destacar los diuréticos (del asa o tiazidas) y a los utilizados en la enfermedad inflamatoria intestinal: azatioprina y mesazalina.

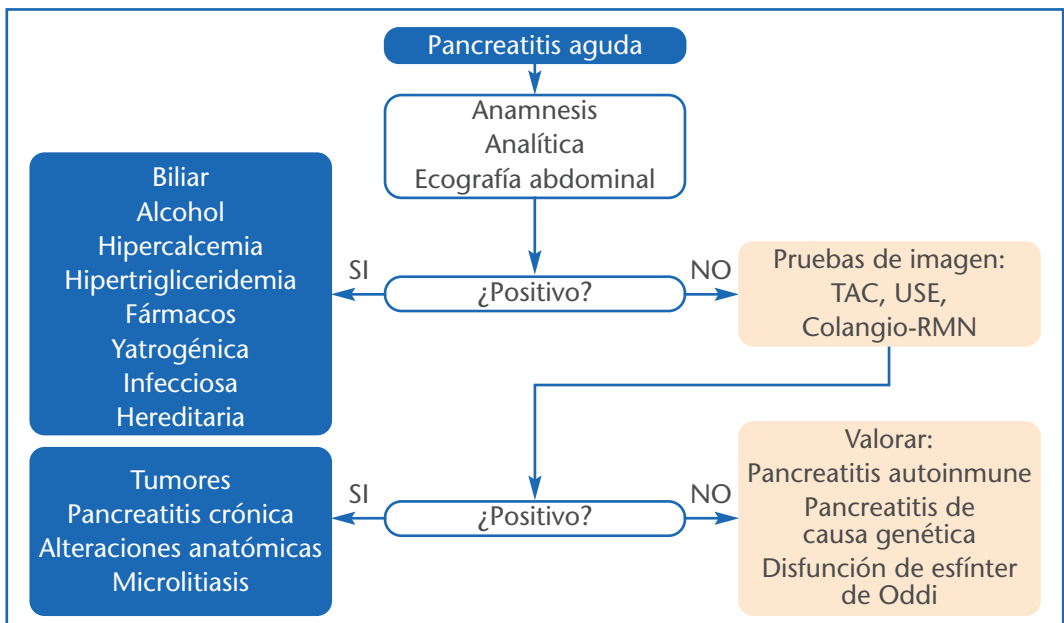
Metabólicas

La hipertrigliceridemia, a partir de un nivel de 500 mg/dL puede producir pancreatitis aguda.

Otras etiologías

Ciertas infecciones se han relacionado con pancreatitis, como el virus de la parotiditis, hepatitis B o micoplasma (Figura 1).

FIGURA 1. Algoritmo para el estudio etiológico de la pancreatitis aguda



Presentación clínica

El dolor abdominal es el síntoma más relevante. Se caracteriza habitualmente por un dolor epigástrico intenso que puede irradiarse a ambos hipocondrios y espalda “en cinturón” y que aumenta progresivamente en intensidad desde su inicio. El dolor puede localizarse con el paso del tiempo en zonas donde se está formando colecciones inflamatorias como la fosa renal o fosa ilíaca.

El paciente puede presentar síntomas digestivos, como náuseas y vómitos, que pueden ser intensos y dar lugar a alteraciones hemodinámicas. El delirium tremens puede complicar la evolución de la enfermedad en pacientes alcohólicos.

La presencia de fiebre, taquicardia, taquipnea, anuria, shock, dificultad respiratoria, abdomen distendido y ausencia de ruidos debe alertar sobre la gravedad de la enfermedad.

Aunque se presenta en raras ocasiones, en pancreatitis necrotizantes el exudado hemorrágico puede disecar planos anatómicos hasta alcanzar el tejido subcutáneo, produciendo un tinte violáceo de la piel de flancos (signo de Grey-Turner) o periumbilical (signo de Cullen) (Figura 2).

Estos signos se asocian a mal pronóstico y pueden confundirse con hematomas por movilización del paciente o incluso con hematomas por inyecciones de heparina de bajo peso molecular.

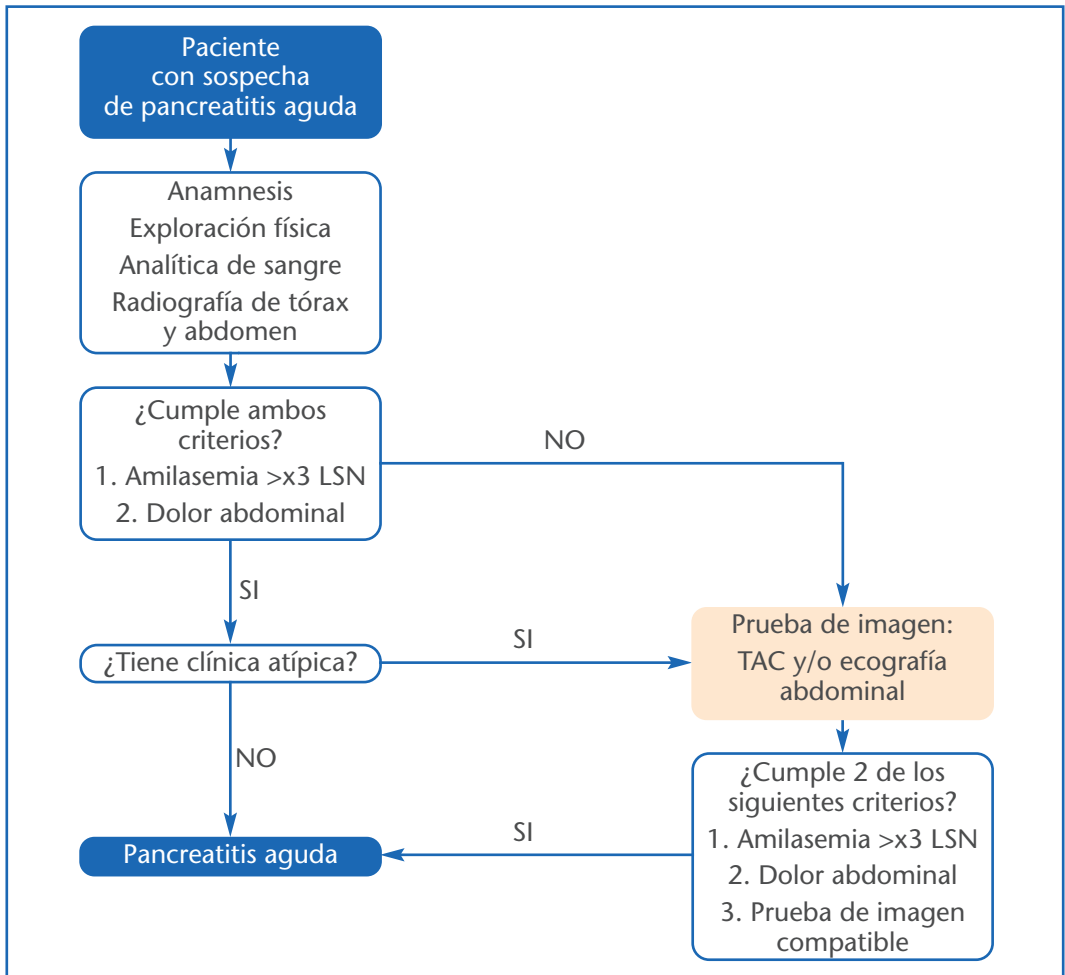
FIGURA 2. Signo de Grey-Turner



Diagnóstico

En urgencias, ante la sospecha de pancreatitis y tras una correcta anamnesis y la exploración física se debe realizar una analítica de sangre que incluya un hemograma y bioquímica con amilaseemia, proteína C reactiva (PCR), enzimas hepáticas, glucosa, función renal, calcio, sodio, potasio. En urgencias o durante el ingreso se deben realizar pruebas de imagen como la ecografía abdominal (que además proporciona información sobre la posible etiología de la pancreatitis) o un TAC que tiene un papel fundamental en la confirmación de la gravedad de una pancreatitis aguda ya que es el patrón oro para el diagnóstico de complicaciones locales, especialmente la necrosis (clasificación de Balthazar). Para ello debe realizarse con contraste y no antes de las primeras 72 horas desde el inicio de los síntomas ya que podría subestimar la gravedad de la pancreatitis (Figura 3).

FIGURA 3. Algoritmo diagnóstico de la pancreatitis aguda



2. Tratamiento y pautas de actuación de enfermería

- **Recepción del paciente** (entrevista personal sobre alergias, antecedentes y tratamientos previos). Protocolo de acogida según cada centro.
- Al ingreso, todo paciente con pancreatitis aguda debe seguir **una monitorización** no invasiva de las constantes vitales (**tensión arterial, frecuencia cardiaca, saturación, temperatura y diuresis**), así como la medición de parámetros analíticos para detectar precozmente fallo orgánico (desaturación, oliguria, deterioro de la función renal, hipotensión). Se **canalizará dos vías periféricas** de mayor tamaño posible y se realizará sondaje vesical para **control estricto de diuresis si el paciente no es capaz de recoger la orina**.
- **Aporte de fluidos:** La reposición adecuada de volumen en estos pacientes es esencial para restablecer el volumen intravascular, lo que permite un control hemodinámico adecuado y el mantenimiento de la presión arterial y prevención de la insuficiencia renal.

La fluidoterapia intravenosa ha de ser suficiente para reponer las pérdidas sin olvidar que, en estos pacientes, es frecuente la formación de un tercer espacio debido al íleo paralítico y a la acumulación de líquido intra, peri y extrapancreático. Por ello, la cantidad de líquido a administrar **deberá exceder al menos en tres litros las pérdidas cuantificables**. Es necesario el cálculo diario de retención de líquidos y **control estricto del aporte y diuresis**.

Los pacientes con pancreatitis aguda necrotizante pueden precisar una reposición hídrica de hasta seis a doce litros durante las primeras 24 horas de su ingreso. En estos casos puede ser necesario colocar un catéter para medir la presión venosa central, o incluso la presión de la arteria pulmonar (catéter de Swan-ganz) en pacientes con cardiopatías importantes.

En caso de hemorragia se transfundirá concentrados de hematíes en cantidad necesaria para mantener el hematocrito entre el 30-32 %.

Es muy importante el control de la diuresis en el manejo de los fluidos. El objetivo es conseguir una diuresis de 40-50 ml/h (unos 400 ml cada 8 horas). **En caso contrario**, se debe **avisar al facultativo** para valorar administración extra de sobrecarga de suero salino.

En las pancreatitis leves no sería preciso el sondaje vesical siempre y cuando el paciente fuese capaz de recoger adecuadamente la diuresis.

- Es primordial el **control algíco** del paciente puesto que, como ya hemos dicho, el dolor es el principal síntoma. Se pueden utilizar medicamentos como el metamizol-Nolotil® u opiáceos (no está demostrado que la morfina empeore el curso de la pancreatitis al producir hipertonia del esfínter de Oddi, como se ha afirmado).

Como primer escalón usaríamos el metamizol 2g cada 6-8 horas por vía endovenosa, y como medicación de rescate, meperidina-Dolantina® (50-100 mg) o morfina (5-10 mg) subcutáneas cada 4 horas.

Como segundo escalón usaríamos bomba de analgesia de 6-8 g de metamizol, 30 mg de morfina a los que se puede asociar metoclopramida en 500 cc de suero salino en infusión continua de 24 horas, con rescate igual que en el primer escalón.

Cómo tercer escalón se usaría la analgesia epidural. Enfermería estará capacitada para valorar no sólo la respuesta verbal del paciente sino también los signos que nos determinen el grado de dolor de dicho paciente. Se utilizarán escalas del dolor.

- **Soporte nutricional:** La pancreatitis aguda **leve** no requiere soporte nutricional, ya que el paciente puede iniciar la alimentación oral en pocos días (2-4 días). La decisión de reintroducir la dieta oral es importante ya que puede reaparecer el dolor y reactivar la inflamación pancreática.

Se aconseja valorar la ausencia de dolor abdominal, disminución del nivel de amilasa y/o lipasa, ausencia de complicaciones, resolución del íleo y restablecimiento de la actividad intestinal.

La pancreatitis **grave**, sin embargo, hace aconsejable el soporte nutricional. Existen evidencias científicas para recomendar la nutrición enteral por sonda nasoyeyunal sobre la nutrición parenteral ya que se asocia a un menor coste, incidencia de infecciones y complicaciones metabólicas (hiperglucemia), intervenciones quirúrgicas y a una menor estancia hospitalaria.

El inicio de la nutrición enteral debe ser precoz, en las primeras 48 horas.

En caso de nutrición enteral introducir la sonda nasoyeyunal con extremo al menos en ángulo de Treitz. Control radiológico tras su colocación y cuidados de sonda según protocolo (cambio de apósito, vigilancia de zona de apoyo en nariz para evitar erosiones y ulceraciones, lavado de sonda según pauta de nutrición y administración de preparado según pauta).

En caso de nutrición parenteral vigilar zona de inserción de catéter con lavado y aplicación de clorhexidina, cambio de apósito cada 48 horas y avisar al facultativo si se aprecia cualquier signo de infección local.

- Se debe recordar que los pacientes con pancreatitis aguda grave son **pacientes encamados** por lo que se aplicaran todos los cuidados para tales pacientes como son la higiene del paciente encamado, la movilización y prevención de úlceras por decúbito. Se recomienda iniciar la movilización de los pacientes con pancreatitis grave en cuando se estabilice y en caso de pancreatitis leves el paciente podrá moverse siempre y cuando no exista contraorden médica.
- Se recomienda la administración de HBPM en todo paciente encamado o con movilidad reducida y siempre y cuando no haya otro problema añadido como puede ser melenas, hematemesis...

En resumen, el personal de enfermería deberá avisar al facultativo si:

- Diuresis < de 400 ml en 8 horas.
- Temperatura mayor de 38°C y cuando no responda al tratamiento antitérmico pautado. Valorar la extracción de hemocultivos.
- Mal control álgico.
- Hipotensión o hipertensión.
- Vómitos persistentes y siempre que no respondan al tratamiento antiemético.
- Distensión abdominal de aparición brusca.
- En caso de disnea, administrar oxígeno a 2 litros en gafas nasales , medir saturación y si es menor de 94-95%, avisar.

Atención a signos que nos avisan de complicaciones

Shock: Manifestado por una presión sistólica inferior a 90 mmHg. Su tratamiento se basa en la adecuada reposición de líquidos siendo necesario, en ocasiones, el empleo de fármacos vasoactivos como la dobutamina.

Insuficiencia respiratoria. Disnea. Al paciente le cuesta respirar. Se debe realizar gasometría arterial con la frecuencia necesaria según el estado del paciente. Si la hipoxemia es leve, puede administrarse oxígeno mediante mascarilla o gafas nasales. Si aparece síndrome de distrés respiratorio, se aplicará ventilación mecánica. En caso de derrame pleural el paciente puede mejorar con una toracocentesis evacuadora.

Insuficiencia renal. Vigilar diuresis. Es definida por una creatinina superior a 2mg/dL. Si su origen es prerrenal se debe tratar mediante reposición de líquidos. Si la rehidratación es insuficiente puede ser necesario el uso de furosemida y/o dopamina. En caso de insuficiencia renal progresiva puede ser necesario a la hemodiálisis, hemofiltración o diálisis peritoneal.

Hemorragia: Es una complicación posible aunque no frecuente en la pancreatitis grave. El sangrado puede ser gastrointestinal o intraabdominal.

Necrosis pancreática: Es un marcador de gravedad. La necrosis pancreática infectada se trataba clásicamente con cirugía abierta pero recientemente se recomienda un abordaje multidisciplinar entre gastroenterólogos, radiólogos y cirujanos dado el potencial beneficio del drenaje percutáneo o endoscópico de la misma.

Colecciones abdominales y retroperitoneales: En general sólo se deben tratar aquellas colecciones sintomáticas o complicadas con antibioterapia y drenaje percutáneo.

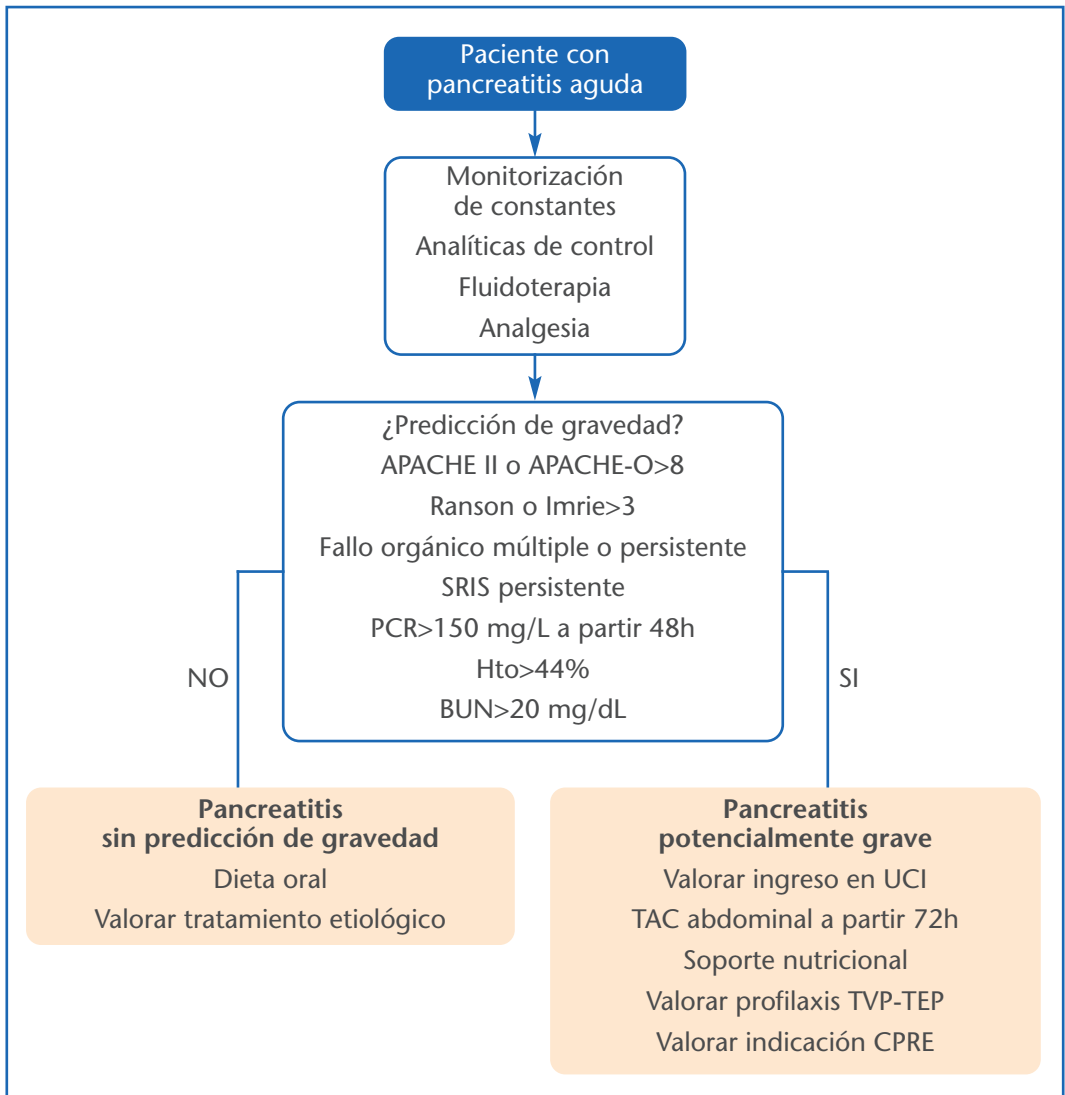
Pseudoquistes pancreáticos. Son colecciones de jugo pancreático, inicialmente derivados del desgarro del sistema canalicular del páncreas. Los pseudoquistes pueden sagrar, romperse y provocar ascitis pancreática. Las indicaciones de drenaje son la presencia de síntomas, crecimiento, sospecha de malignidad y presencia de complicaciones.

Tratamiento de la pancreatitis biliar. CPRE

Todo paciente con pancreatitis aguda en la que se demuestre coledocolitiasis precisa una CPRE para su extracción. Ello se deberá hacer de forma urgente en caso de colangitis aguda.

El paciente acudirá en ayunas con una analítica completa previa (hemograma, bioquímica y coagulación), con el consentimiento firmado y una vía periférica. Tras la realización de la prueba es importante la toma de constantes horaria (TA, FC, T^a, Saturación O₂) y en caso de nuevo episodio de dolor avisar al facultativo. Mantener en ayunas mínimo 12 horas y en reposo otras 12 horas (Figura 4).

FIGURA 4. Algoritmo terapéutico de la pancreatitis aguda



Bibliografía

1. Tratado de páncreas exocrino. Salvador Navarro, Miguel Pérez-Mateo y Luisa Guarner. Ed. Médicas S.L 2002
2. Tratamiento de las enfermedades gastroenterológicas 3ª edición. Julio Ponce, Antoni Castells y Fernando Gomollón. Asociación Española de Gastroenterología 2011.
3. Tratado de Medicina Interna. Farreras & Rozman. Decimosexta edición. Elsevier Ed. Barcelona 2008.