



Universidad de Valladolid



GRADO EN ENFERMERÍA

Trabajo Fin de Grado

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CON PANCREATITIS AGUDA Y SU RELACIÓN CON EL ALCOHOL. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

María González Urbina

Tutelado por: Montserrat Ballesteros García

Soria, 24 de mayo de 2023

RESUMEN

Introducción: la pancreatitis aguda es un proceso inflamatorio único o recurrente, brusco y de corta duración, caracterizado por el dolor abdominal intenso. Actualmente la tasa de incidencia está en aumento, siendo el alcohol el responsable del 10-20% de los casos diagnosticados.

Objetivos: el propósito general es conocer los cuidados de enfermería más relevantes en la pancreatitis aguda y su relación con la ingesta de alcohol. Además, se determinarán los cuidados enfermeros durante el ingreso hospitalario, se explicará la actuación enfermera en el bebedor y su familia y, se determinarán los beneficios de abstinencia y los perjuicios del consumo de alcohol.

Metodología: revisión bibliográfica de documentos obtenidos en bases de datos, buscadores y páginas oficiales a través de una estrategia de búsqueda que combinó palabras clave, descriptores de la salud y palabras de texto libre con el operador booleano "AND". Los documentos seleccionados son en inglés o castellano, con texto completo disponible y, salvo excepciones, tienen una antigüedad de hasta 10 años.

Resultados: los cuidados enfermeros que el paciente con pancreatitis aguda recibe en el hospital varían en función del servicio en el que se encuentre. El desarrollo de pancreatitis aguda guarda una estrecha relación con el consumo excesivo de alcohol, por ello la enfermera deberá identificar el tipo de consumo del individuo y realizar una intervención adecuada que favorezca su deshabitación alcohólica, incluyendo a la familia.

Conclusión: tanto el manejo del dolor como la determinación de la causa son medidas clave en la enfermedad. La enfermera se encarga de la educación del paciente con respecto a sus hábitos de consumo para que no se produzca otro episodio o la cronificación de la pancreatitis.

Palabras clave: pancreatitis aguda, enfermería, alcohol, cuidados

GLOSARIO DE SIGLAS, ACRÓNIMOS Y ABREVIATURAS

PA - pancreatitis aguda

PC - pancreatitis crónica

AGA - American Gastroenterological Association

OMS - Organización Mundial de la Salud

SCIELO - Scientific Electronic Library Online

JCYL - Junta de Castilla y León

SSF - suero salino fisiológico

RL - ringer lactato

APACHE - acute physiology and chronic health evaluation

BISAP - bedside index for severity in acute pancreatitis

BUN - nitrógeno ureico en sangre

SRIS - síndrome de respuesta inflamatoria sistémica

TCAE - técnico en cuidados auxiliares de enfermería

SEMICYUC - Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias

IMC - índice de masa corporal

PCR - proteína C reactiva

PIA - presión intraabdominal

mmHg - milímetros de mercurio

PAR - pancreatitis aguda recurrente

UBE - unidad de bebida estándar

AUDIT - cuestionario de identificación de los trastornos por el consumo de alcohol

GGT - gamma-glutamyl transpeptidasa

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
2. JUSTIFICACIÓN.....	2
3. OBJETIVOS	2
4. METODOLOGÍA.....	3
5. RESULTADOS	4
5.1. Atención enfermera al paciente ingresado con pancreatitis aguda	5
5.1.1. Cuidados enfermeros en urgencias.....	5
5.1.2. Cuidados enfermeros en una planta hospitalaria.	6
5.1.3. Cuidados enfermeros en una Unidad de Cuidados Intensivos.	8
5.2. Pancreatitis aguda y alcohol.....	9
5.3. Actuación enfermera en pacientes con problemas de alcohol.....	10
5.4. Beneficios del abandono del alcohol y perjuicios de su ingesta	12
6. DISCUSIÓN.....	13
7. CONCLUSIONES	15
8. BIBLIOGRAFÍA.....	16
9. ANEXOS	I
A. ANEXO 1: Tabla de estrategias de búsqueda	I
B. ANEXO 2: Tabla de referencias.....	II
C. ANEXO 3: Cuestionario AUDIT.....	VI

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

Gráfico 1: Diagrama de flujo.....	4
Tabla 1: Escala pronóstica BISAP.....	6
Tabla 2: Escala SRIS.....	6
Tabla 3: Signos de alarma en la pancreatitis aguda	8

1. INTRODUCCIÓN

El proceso de inflamación del páncreas es conocido como pancreatitis. En función de su aparición y duración se distinguen dos formas: aguda y crónica; ambas graves y susceptibles de presentar complicaciones.¹

La pancreatitis aguda (PA) se trata de un episodio inflamatorio único o recurrente, de aparición brusca y de corta duración que produce un fallo reversible sin comprometer la función del páncreas. Por el contrario, en la pancreatitis crónica (PC) el curso de la enfermedad es largo y se genera un daño irreversible en la función pancreática.^{1,2} Una quinta parte de los pacientes que presentan un proceso de PA desarrollan episodios posteriores, lo que puede desencadenar en un daño crónico del páncreas.³

El páncreas es una glándula localizada en la parte superior del abdomen que posee importantes funciones endocrinas y exocrinas. Por un lado, se encarga de secretar hormonas al torrente sanguíneo y por otro, de producir y liberar a la segunda porción del duodeno un conjunto de enzimas que conforman el jugo pancreático.^{2,4}

Durante los últimos 20 años, se ha observado una creciente tasa de incidencia y de hospitalización a nivel mundial. En el ámbito nacional, se estima una incidencia de 72 casos por cada 100000 habitantes al año y una mortalidad del 4,2%.⁵

Se ha demostrado que el consumo prolongado de alcohol se esconde detrás del 10–20% de los casos de PA, convirtiéndolo en la segunda causa de aparición de esta patología en los países occidentales. La primera causa es la formación de cálculos biliares y otras menos comunes son la hipertrigliceridemia, reacciones a medicamentos o neoplasias malignas del páncreas.^{5,6}

Según la American Gastroenterological Association (AGA), se diagnosticará la enfermedad en caso de cumplir 2 de los siguientes criterios:⁷

1. Dolor abdominal de inicio brusco, en ocasiones irradiado a la espalda.⁷
2. Los niveles de amilasa sérica o lipasa triplican los límites de la normalidad.⁷
3. Hallazgos significativos en las pruebas de imagen: tomografía computarizada con contraste, resonancia magnética o ecografía transabdominal.⁷

De acuerdo con la clasificación de Atlanta, la pancreatitis aguda se divide en: leve, moderadamente grave o grave. La mayoría de los casos son leves (cambios intersticiales en el páncreas sin complicaciones), la PA moderadamente grave presenta complicaciones transitorias o insuficiencia orgánica de menos de 48 horas de duración y, por último, la PA se manifiesta con insuficiencia orgánica persistente.^{6,7}

El síntoma más característico de la PA es el dolor abdominal intenso en epigastrio o hipocondrio izquierdo, irradiado en algunos casos hacia la espalda. Se puede acentuar con movimientos o al toser y producir alivio al reclinarse hacia delante. En ocasiones, el dolor que siente el paciente es insoportable por lo que es necesario su manejo según la escala analgésica de la OMS (Organización Mundial de la Salud).⁵

El episodio de PA puede cursar también con náuseas y vómitos, anorexia, sensación de distensión y resistencia abdominales a la palpación. En casos severos, el paciente puede presentar fiebre, hipotensión, taquicardia, taquipnea, ictericia, diaforesis y alteración del estado mental. ^{5,7}

2. JUSTIFICACIÓN

Durante el desarrollo de mis prácticas clínicas en el Prácticum II, se atendió en la Unidad de Cuidados Intensivos a un sujeto diagnosticado de pancreatitis aguda con una edad comprendida entre 30 y 45 años. Permaneció ingresado en este servicio más de un mes hasta que finalmente fue trasladado a la planta hospitalaria.

El paciente asistido presentaba una dependencia alcohólica por lo que se sospechó tras una entrevista a su llegada a urgencias que la aparición de la pancreatitis aguda fue debida al consumo excesivo de este tóxico. Esta causa se esconde detrás de una parte considerable de los afectados por PA, por lo que también se debe profundizar en la relación que guarda su aparición con factores externos como la ingesta de alcohol.

La creciente incidencia y la posibilidad de presentar complicaciones que pueden llegar a terminar con la vida del paciente con PA son algunos de los motivos por los cuales el manejo de esta enfermedad y los cuidados que requiere deben ser comprendidos por enfermería. De esta forma las personas que sufren una pancreatitis aguda recibirán una mejor atención durante la práctica clínica y se aumentará su calidad de vida.

3. OBJETIVOS

- Objetivo general:
 - Conocer los cuidados más relevantes realizados por el profesional de enfermería al paciente con pancreatitis aguda y relacionar la patología con la ingesta de alcohol.
- Objetivos específicos:
 - Determinar los cuidados enfermeros proporcionados a la persona en la pancreatitis aguda durante su ingreso hospitalario.
 - Analizar la relación existente entre el consumo de alcohol y la aparición de pancreatitis aguda.

- Explicar la actuación de enfermería en la persona bebedora con un consumo perjudicial, destacando la importancia del apoyo familiar y social en la deshabitación alcohólica.
- Determinar los beneficios para la salud del abandono del alcohol y los perjuicios de su consumo excesivo.

4. METODOLOGÍA

Para la realización de este Trabajo de Fin de Grado se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica en la que se han recopilado aspectos de una selección de documentos encontrados entre febrero y mayo de 2023.

Los artículos científicos se obtuvieron a través de búsquedas en bases de datos como PubMed Medline, DIALNET, SCIELO (Scientific Electronic Library Online) y SCIENCE-DIRECT y buscadores o buscadores especializados como GOOGLE y GOOGLE ACADEMIC respectivamente. También se ha recogido información de publicaciones localizadas en la página web de la Junta de Castilla y León (JCYL) y del Ministerio de Sanidad. (Gráfico 1)

La estrategia de búsqueda se llevó a cabo gracias a la combinación de diferentes palabras clave (“enfermería”, “pancreatitis aguda”, “alcohol”), descriptores de la salud tanto en inglés como en castellano (“pancreatitis”, “pancreatitis aguda”, “acute pancreatitis”, “alcohol”, “consumo”, “consumo de alcohol”, “alcohol dependence”, “Atención Primaria”) y palabras de texto libre (“deshabitación”, “intervención breve”, “tratamiento”, “manejo”, “initial management”), junto con el operador booleano “AND” tal como se recoge en el ANEXO 1.

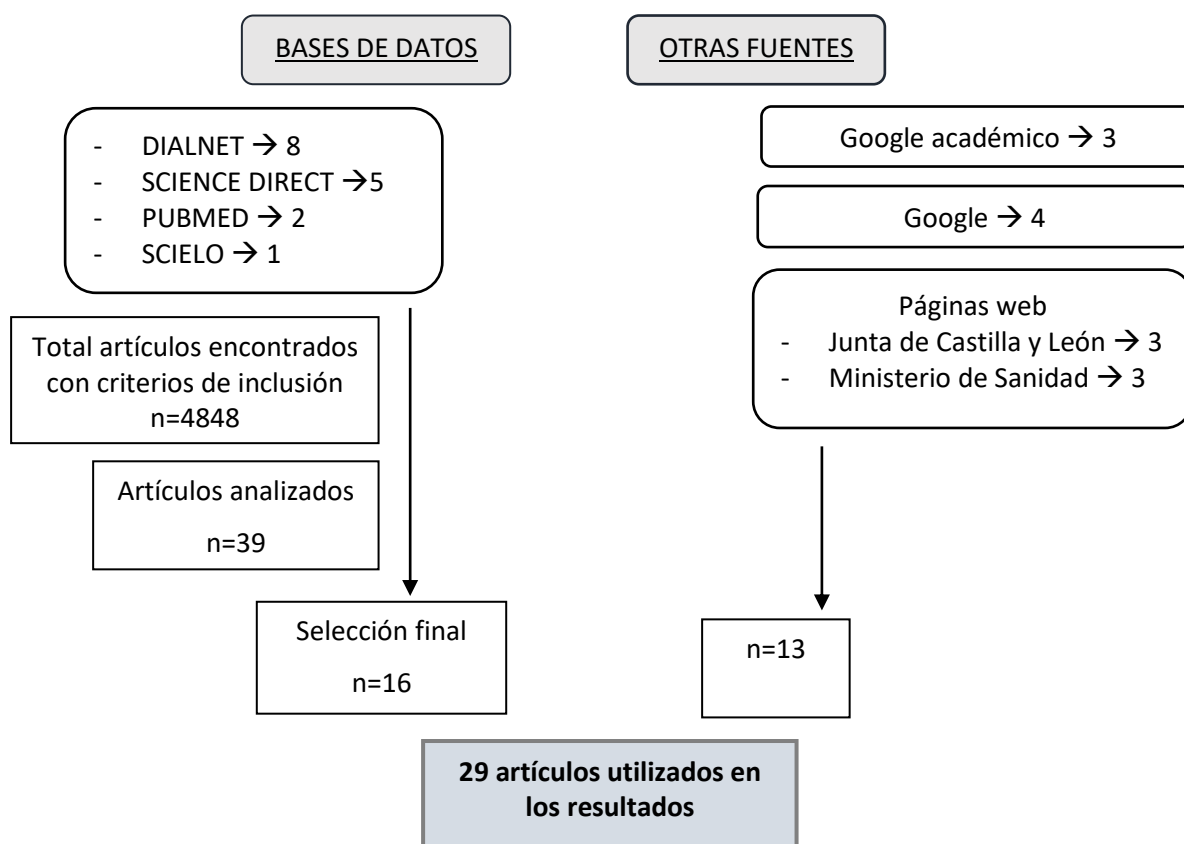
En el ANEXO 2 quedan reflejadas las principales aportaciones que se obtuvieron en la realización de los resultados. Por otro lado, para delimitar el número de artículos encontrados y que estos fueran pertinentes con el tema escogido, se establecieron los siguientes criterios:

- Criterios de inclusión: idioma inglés o castellano, disponibilidad de texto completo, con una antigüedad igual o menor a 10 años.
- Criterios de exclusión: idioma distinto al inglés o castellano, artículos carentes de texto completo, con fecha de publicación inferior a 2013.

Debido a su relevancia para el trabajo, también se han incluido un informe publicado en 2011 sobre el manejo del dolor, un artículo que concreta la terminología sobre el consumo de alcohol del 2009, dos publicaciones del 2007 del Ministerio de Sanidad sobre el consumo de alcohol y otras dos guías del mismo año publicadas en la página de la JCYL.

A fin de establecer un orden y agrupar la documentación obtenida se ha contado con la ayuda de un gestor bibliográfico llamado Mendeley Desktop. Esta herramienta ha permitido analizar, remarcar y facilitar la referenciación de la bibliografía del trabajo.

Gráfico 1: Diagrama de flujo. Fuente: elaboración propia



5. RESULTADOS

Con el objeto de asegurar la óptima atención sanitaria, el equipo de enfermería llevará a cabo una serie de cuidados durante todo el proceso de hospitalización del paciente con PA. Cuando la pancreatitis se produce por un consumo excesivo de alcohol los profesionales de enfermería deberán educar al sujeto para modificar su consumo concienciándolo sobre las consecuencias que el alcohol produce y destacando los beneficios de su abandono. Además, cabe destacar la importancia de la familia puesto que su apoyo constituye un punto clave para el cambio de hábitos.

5.1. Atención enfermera al paciente ingresado con pancreatitis aguda

Se trata de constatar los diversos cuidados en cada momento de la estancia del paciente con pancreatitis aguda en el hospital.

5.1.1. Cuidados enfermeros en urgencias.

Las intervenciones realizadas inicialmente irán encaminadas a conseguir la estabilización hemodinámica del paciente, considerada la prioridad en la atención de este a su llegada a urgencias.⁸ Los pilares fundamentales en el tratamiento de la enfermedad son: fluidoterapia, monitorización, control del dolor y nutrición.⁵

- En primer lugar, la enfermera localizada en el Triage evaluará clínicamente al paciente para determinar su situación fisiológica y la prioridad con la que debe ser atendido. La PA es considerada una emergencia digestiva catalogada como prioridad NIVEL II.⁹
- Durante la estancia del paciente en el servicio de urgencias se canalizará una vía venosa periférica, utilizada tanto para la administración de medicamentos y sueros, como para la obtención de analíticas sanguíneas.⁸ Se recomiendan perfusiones de suero salino fisiológico (SSF) o Ringer Lactato (RL) en las primeras 6 horas de ingreso.¹⁰
- Enfermería será la encargada de monitorizar al paciente: tensión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno y temperatura.⁸
- El profesional de enfermería deberá valorar la intensidad del dolor del paciente a través de escalas estandarizadas o de la presencia de expresiones faciales de dolor y alteración de signos vitales.¹³ En función del dolor referido se administrará la analgesia pautada asegurándonos de que la hora, dosis, medicamento, vía y paciente son correctos, teniendo en cuenta el historial de alergias de la persona. El uso de opioides ha demostrado ser seguro y aliviar el sufrimiento⁵, sin embargo, algunos estudios no aconsejan la administración de morfina debido al riesgo de producir un espasmo del esfínter de Oddi e íleo paralítico.^{8,11} El manejo del dolor es fundamental porque al disminuir el malestar del paciente se producirá una mejoría en su movilidad, nivel de ansiedad y volumen de líquidos.^{11, 12,13}
- Con respecto a la nutrición, en el servicio de urgencias se mantendrá a la persona en dieta absoluta puesto que la sintomatología aún no está controlada. Cuando cesen los síntomas, se le reintroducirá la dieta oral y, en caso de no tolerarla, se puede optar por la nutrición enteral.^{13,14}

Se ha demostrado que el manejo precoz de la pancreatitis aguda favorece la evolución de su curso, por lo que la identificación del diagnóstico y la predicción de su severidad también constituyen dos medidas necesarias para el paciente en este servicio.^{8,15} Existen estudios que afirman la necesidad de valorar el nivel de gravedad al ingreso y a las 48 horas para derivar al paciente a una unidad de cuidados intermedios o intensivos e iniciar la terapia más adecuada a su estado vital, evaluando a su vez el riesgo de morbilidad.⁷

La existencia de puntuaciones pronósticas basadas en variables clínicas y de laboratorio como APACHE II (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation) y Ranson pueden ayudar a determinar ese grado de severidad. Sin embargo, aún no hay consenso sobre cual resulta más efectiva puesto que son complejas y no todas sus determinaciones pueden ser calculadas en el momento de ingreso. Por ello en las primeras horas, varias guías recomiendan el uso de un predictores más sencillos como estratificación inicial: BISAP (tabla 1) y SRIS (tabla 2)^{5,8}

Tabla 1: Escala pronóstica BISAP. Fuente: adaptado de Guidi et al (15)

BISAP (Bedside Index of Severity in Acute Pancreatitis)
1. BUN (nitrógeno ureico en sangre) mayor de 25 mg/dl
2. Deterioro del estado mental (escala de Glasgow menor de 15)
3. SIRS
4. Edad mayor de 60 años
5. Derrame pleural
Interpretación: Puntuación baja mortalidad del 1%. Puntuación máxima mortalidad del 20%

Tabla 2: Escala SRIS. Fuente: adaptado de Guidi et al (15)

SRIS (Síndrome de Respuesta Inflamatoria Sistémica)
- Tª menor de 36°C y mayor de 38°C
- FR mayor de 20 rpm o presión parcial dióxido de carbono menor de 32 mmHg
- FC más de 90 latidos por minuto
- Leucocitos menos es 4000 o más de 12000 células/mm ³ o reticulocitos mayores del 10%
Interpretación: existe cuando 2 o más valores son positivos

5.1.2. Cuidados enfermeros en una planta hospitalaria.

La mayoría de las PA son leves, un 30% moderadamente graves y un 10% graves. El paciente con PA ingresa en planta hospitalaria ante 2 situaciones: el paciente presenta una PA leve o moderada, pero requiere vigilancia y/o tratamiento con lo cual no puede regresar a su domicilio; la PA tiene un pronóstico grave (la tasa de mortalidad se eleva

al 30%) con lo cual ingresará en una Unidad de Cuidados Intensivos y posteriormente, tras la estabilización del paciente y remisión de la enfermedad, se trasladará a planta hospitalaria.⁷

- Enfermería, según la estabilidad que presente el paciente, tomará 1 vez al día o 3 veces cada día sus constantes vitales.¹⁶
- Se deberá favorecer la implicación del paciente en sus propios cuidados, para ello y en medida de lo posible, se le animará a que él mismo se realice su aseo diario. El personal de enfermería y técnico de cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) le proporcionará los materiales para llevarlo a cabo.¹⁶
- En ocasiones el dolor epigástrico del paciente viene acompañado por náuseas y vómitos que se traducen en una pérdida de peso y una mala alimentación. Debido a esto, además de la administración de la medicación analgésica y antiemética será necesario solucionar el déficit nutricional.¹⁶

Actualmente, en PA leves y moderadas se recomienda la introducción precoz de dieta sólida baja en grasas por vía oral tras el cese de sintomatología y disminución de marcadores inflamatorios en las primeras 24-48 horas. En caso de no tolerancia de dieta oral pasadas 72 horas del debut de la enfermedad, se instaurará nutrición enteral a través de una sonda nasogástrica o yeyunal.^{5,15} La nutrición parenteral está asociada a un aumento de riesgo de infección y fallo multiorgánico con lo cual solo se valorará su instauración cuando se presente intolerancia a la nutrición enteral y exista necesidad de soporte nutricional.^{5, 14}

- En caso de que se requiera, el personal de enfermería realizará los cuidados que la alimentación enteral del paciente ingresado en planta hospitalaria: instalar la sonda nasogástrica/nasoyeyunal, realizar los cambios de apósito, vigilar la aparición de úlceras en las fosas nasales, administrar el preparado nutricional según lo pautado y realizar lavados del sistema.¹⁴
- Durante la estancia del paciente en el hospital, la AGA recomienda su valoración por un especialista en adicciones para facilitar la deshabitación alcohólica.^{3,6} Por otro lado, la enfermera realizará una intervención breve al sujeto mientras este continúa ingresado puesto que diversos estudios han determinado esta medida como eficaz en la reducción del consumo de alcohol. Además, le pautará una serie de consejos que deberá realizar en su día a día sobre su alimentación y estilos de hábitos de vida saludables.^{6,13}

5.1.3. Cuidados enfermeros en una Unidad de Cuidados Intensivos.

La Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC) recomienda el ingreso en un servicio de medicina intensiva a los pacientes que durante el curso de la PA desarrollen fallo orgánico (hipotensión arterial, insuficiencia respiratoria, fallo renal, ...) y no respondan a las medidas iniciales de reanimación y/o presenten infecciones pancreáticas asociadas. Para el ingreso en una unidad de semicríticos, serán candidatas aquellas PA que incluyan algún signo de alarma.^{2,17} (tabla 3)

Tabla 3: Signos de alarma en la pancreatitis aguda. Fuente: adaptado de Boadas et al (10)

SIGNOS DE ALARMA	
Clínicos	Edad avanzada (> 70 años), obesidad (IMC > 30), defensa abdominal, derrame pleural, alteración de la consciencia.
Analíticos	Proteína C reactiva (PCR) > 150 mg/l o elevación progresiva en 48 h, hematocrito > 44%, procalcitonina > 0,5 ng/ml en las primeras 24 h.
Radiológicos	Derrame pleural, líquido libre peritoneal.
Escalas pronósticas	APACHE II > 8, APACHE-O > 6; Ranson - Glasgow > 3.

El paciente ingresado en la Unidad de Cuidados Intensivos requerirá una serie de cuidados específicos:

- Monitorización continua de constantes: tensión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, diuresis horaria, temperatura, balance hídrico con entradas y salidas por turno, saturación de oxígeno y glucemia capilar. Vigilar estado mental y presencia de dolor. En caso de que se les administren fármacos vasoactivos como noradrenalina o dobutamina, vigilar estrechamente.¹⁸
- En caso de poseer drenajes comprobar su permeabilidad, valorar las características del débito y anotar la cantidad de contenido.²
- Controlar el dolor con analgésicos u opiáceos.²
- Realizar cambios posturales para evitar la aparición de úlceras por presión y movilizar de forma pasiva las extremidades.²
- Realizar los cuidados que precisen las vías, tanto periféricas como centrales. Comprobar que no se encuentran extravasadas y sean permeables, manipularlas de forma aséptica, realizar los cambios de apósitos de las vías centrales cada 7 días de forma estéril.²
- En caso de que el paciente se encuentre intubado, se realizará la higiene del tubo endotraqueal y se comprobará que este se encuentra a la misma altura

que cuando se colocó, el balón de neumotaponamiento, que no haya secreciones y que este se encuentre permeable.²

- Medir la presión intraabdominal (PIA) con el paciente en decúbito supino, cada 6-8 horas a través de la vejiga urinaria instilando un máximo de 25 ml de solución salina isotónica. Se considera hipertensión intraabdominal una PIA igual o mayor de 12 mmHg (milímetros de mercurio) y síndrome compartimental abdominal una PIA igual o mayor de 20 mmHg sostenida y asociada a un síndrome de disfunción multiorgánica.¹⁷
- La higiene de la cavidad oral y nasal se realiza una vez por turno con una solución antiséptica y aspirando las secreciones.²
- La dieta en este tipo de pacientes deberá ser absoluta, se puede usar tanto nutrición enteral como parenteral. En el caso de la vía parenteral se deberá vigilar la aparición de signos de infección en el punto de inserción.²

5.2. Pancreatitis aguda y alcohol

El alcohol es considerado la droga más aceptada socialmente y con mayor prevalencia de consumo en España.¹⁸ Según la Encuesta Nacional de Salud realizada en 2017, el 80% de los hombres españoles y el 60% de las mujeres españolas entre 25 y 74 años toman alcohol, siendo este consumo diario en una parte de estos (22,6% de los varones y 7,3% de las mujeres).¹⁹ Fue responsable de 15489 muertes prematuras durante el periodo 2010-2017 y es el cuarto factor de riesgo de pérdida de salud.^{18,22}

Está demostrado que el desarrollo de PA guarda una estrecha relación con el consumo excesivo de alcohol. La enfermedad surge cuando las enzimas que forma el páncreas no se drenan al intestino y se activan en la propia glándula. El alcohol aumenta la tendencia de producir secreciones pancreáticas y a formar tapones de proteínas dentro de los conductos pancreáticos, lo que produce una lesión de las células acinares. También provoca la producción de espasmos en el esfínter de Oddi favoreciendo la inflamación del páncreas.^{4,7}

Como ya se ha mencionado, el consumo abusivo de alcohol constituye la segunda causa más frecuente de aparición de PA. Las posibilidades aumentan conforme aumenta la cantidad de etanol ingerida.⁸ Este tóxico es considerado el origen de la patología si el consumo es mayor de 50 gramos diarios durante al menos 5 años.³

Se ha establecido que entre un 16,5% y un 25% de los pacientes presentan recidivas los primeros años tras la recuperación de una PA. No reducir la ingesta de alcohol supone aumentar el riesgo de presentar nuevos episodios de PA, acelerar la transición de PA a crónica y favorece el desarrollo de otras afecciones (insuficiencia pancreática exocrina y diabetes)^{7,20}

5.3. Actuación enfermera en pacientes con problemas de alcohol

El 10% de los adultos que consumen alcohol de forma excesiva y habitual presentará un episodio de pancreatitis aguda; por otro lado, aquellos que continúan con su consumo tras haber superado la enfermedad tienen mayor riesgo de presentar una recaída.^{4,7} Por consiguiente, la enfermera deberá actuar con las personas que sufran problemas de alcohol con el propósito de prevenir, entre otros problemas, el desarrollo de PA o PAR (pancreatitis aguda recurrente)

El tipo de consumo de una persona se divide en función de la cantidad de alcohol que ingiera. En el caso de la persona que ha cursado con un episodio de pancreatitis aguda el tóxico ya ha provocado un daño evidente en su salud física con lo cual presenta un consumo perjudicial.²¹

El método de referencia usado para cuantificar el consumo de alcohol es el número de unidades de bebida estándar (UBE) siendo el valor de una UBE en España 10 gramos de alcohol.²¹ Un consumo perjudicial se establece cuando la ingesta semanal es mayor de 17 UBE en mujeres o mayor de 28 UBE en hombres en presencia de trastornos relacionados con el alcohol (físicos, psíquicos y sociales).^{21, 22}

Para encasillar el tipo de consumo de la persona y adecuar en base a ello la intervención realizada después por los profesionales de enfermería el método de referencia es el AUDIT (Cuestionario de Identificación de los Trastornos por el Consumo de Alcohol). Se trata de un instrumento estandarizado y validado, creado por la OMS que consta de 10 preguntas acerca del consumo reciente, síntomas de dependencia y problemas relacionados con el alcohol. (ANEXO 3)^{19,21,23}

El paciente puede presentar un síndrome de dependencia alcohólica, el cual se diagnostica cuando se producen 3 o más de los siguientes síntomas durante el último año: deseo intenso de consumir, presencia de dificultades en el control del consumo, seguir consumiendo a pesar de sus consecuencias dañinas, priorizar el consumo sobre otras obligaciones y actividades, aumento de la tolerancia, cuadro de dependencia física.²²

Por su parte, la enfermera deberá orientar la intervención en base a la fase de disposición al cambio en la que el sujeto se encuentre:^{24,25}

1. Precontemplación: el paciente no ve problema en su conducta. El objetivo es concienciar, se debe ofrecer información.^{24,25}
2. Contemplación: el paciente ve inconvenientes en su hábito. A través de una entrevista motivacional se valorarán los aspectos positivos y negativos de la conducta actual y el cambio.^{24,25}

3. Preparación: la persona se plantea tomar una serie de decisiones y superar su problema. La intervención irá encaminada a pactar objetivos y que el paciente se comprometa con ellos.^{24,25}
4. Acción: se toma el control para hacer un cambio. La finalidad es progresar hacia el cambio, por ello se deberá actuar con refuerzos positivos.^{24,25}
5. Mantenimiento: persistencia en su nueva conducta, con la tentación de caer presente. Se analizará la situación y las habilidades del paciente para prevenir recaídas.^{24,25}
6. Recaída: el sujeto vuelve a su conducta anterior, por lo que se deberá motivar e implementar estrategias para el manejo de recaídas.^{24,25}

La finalidad perseguida por el equipo sanitario es conseguir que el paciente con PA abandone el alcohol, sin embargo, la abstinencia no se logra tan fácilmente. Los profesionales de enfermería son los encargados de educar al paciente hasta conseguir su deshabitación:²⁶

En el paciente sin criterios de dependencia de alcohol, la intervención breve constituye una herramienta eficaz para modificar el patrón de consumo²⁶. Se trata de un consejo médico personalizado que debe incluir:^{24,27}

1. Información positiva sobre los beneficios de la reducción del consumo y advertencia sobre las consecuencias de la ingesta excesiva de alcohol.^{24,27}
2. Negociación de la reducción hasta acordar un pacto de consumo en la franja de bajo riesgo (11 UBE/semana en mujeres y 17 UBE/semana en hombres)^{24,27}
3. Material educativo de apoyo para reafirmar el consejo.^{24,27}

Por otro lado, cuando el paciente presenta dependencia al alcohol, el tratamiento se centra en acabar con el síndrome de abstinencia en 2 fases (desintoxicación y deshabitación)²⁴

Finalmente, se procederá a llevar un seguimiento del paciente por parte de su enfermera de Atención Primaria tras su alta hospitalaria para reforzar y mantener el pacto realizado. Evitar las situaciones o lugares de consumo, el apoyo del entorno, valorar el cambio de conducta producido y el desarrollo de conductas alternativas son algunas de las medidas que ayudan a mantener la motivación del paciente con problemas de alcohol. Resulta preciso señalar la importancia de evaluar la respuesta al tratamiento mediante la determinación de marcadores biológicos como la GGT (gama-glutamyltransferasa).^{24,26}

Es importante remarcar que los daños causados por el alcohol no solo afectan al individuo sino también a su entorno más cercano siendo común que sufran situaciones de violencia intrafamiliar, trastornos del sueño, episodios de ansiedad y depresión.^{25,28} La inclusión de la familia en el consejo ofrecido por los profesionales es clave en el tratamiento del paciente para ayudar a cambiar sus hábitos de consumo y que ellos mismos puedan disminuir su nivel de ansiedad ante una situación difícil de gestionar.²⁴

Por tanto, también necesitarán información y asesoramiento a fin de aprender a sobreponerse a las dificultades que surjan durante el proceso. Asimismo, recibirán pautas que les ayuden a aceptar el problema y a comprender la posibilidad de recaída. Es fundamental que el entorno más cercano se sienta respaldado por el equipo sanitario y que se les ofrezca la asistencia, cuando sea preciso, a grupos de terapia familiar.²⁵

5.4. Beneficios del abandono del alcohol y perjuicios de su ingesta

El consumo excesivo de alcohol está asociado a numerosos problemas sociales, legales, médicos, domésticos, laborales y económicos. Los individuos que normalizan su consumo de alcohol son más propensos a sufrir accidentes, rupturas de pareja, problemas laborales, hospitalizaciones, situaciones de incapacidad prolongada y muerte prematura.^{23,29} Según la guía para prevenir problemas relacionados con el alcohol²⁹, algunos de los efectos que este produce en el individuo son:

- Agresividad, conducta irracional, discusiones, violencia, depresión, nerviosismo.
- Pérdidas de memoria y dependencia a la sustancia.
- Envejecimiento prematuro.
- Cáncer de garganta, boca.
- Debilidades del músculo cardíaco, insuficiencia cardíaca y alteraciones de la coagulación.
- Resfriados frecuentes, menor resistencia a las infecciones y aumento del riesgo de neumonía.
- Dolor y temblores en manos y pies, entumecimiento y hormigueo en los dedos.
- Inflamación grave del estómago, vómitos, diarreas, malnutrición, déficit de vitaminas y hemorroides.
- Inflamación del páncreas, inflamación grave del estómago y daño hepático.
- Debilitamiento corporal que conduce a caídas.
- En el sistema reproductivo de hombres pérdida de la potencia sexual y en las mujeres riesgo de provocar malformaciones, retraso mental al bebé gestado.

Con la reducción de su consumo, la persona experimenta una serie de cambios positivos:²⁹

- La posibilidad de llegar a una edad avanzada sin daños prematuros en el cerebro, mantenerse joven durante más tiempo y poder llegar a vivir entre 5 y 10 años más.
- Menos gasto monetario.
- En términos de salud, se reducen hasta en 6 veces las probabilidades de suicidio, de muerte por enfermedades cardíacas o cáncer, de muerte en accidentes de coche y disminución de hasta 12 veces del riesgo de morir por una enfermedad hepática.
- En el ámbito social, es posible recuperar la confianza de los demás y mejorar la relación con el entorno.
- El estado de ánimo del individuo mejorará debido en parte a un restablecimiento del sueño por las noches. También será más fácil mantenerse delgado.
- En los hombres se restablecerá el funcionamiento sexual. Para las mujeres disminuirán las probabilidades de tener un embarazo no deseado o de generar un daño al feto durante la gestación.

En el páncreas el consumo excesivo de alcohol puede desencadenar episodios de PAR con posibilidad de progresar hasta la PC (el alcohol es la causa del 70% de los casos de PC). La cronificación de la patología provoca un deterioro permanente en la función de la glándula, sin embargo, se ha comprobado que este deterioro se ralentiza en aquellos pacientes que han dejado de beber.³⁰

6. DISCUSIÓN

La pancreatitis aguda se trata de un trastorno inflamatorio repentino el cual generalmente requiere hospitalización. Es considerada una de las enfermedades gastrointestinales más comunes con una incidencia creciente y una tasa importante de morbilidad y mortalidad.^{4,7,10}

El manejo adecuado de la enfermedad en las primeras horas ha demostrado ser clave en su evolución; existe consenso sobre cuáles son los pilares de su tratamiento, sin embargo, no todos los autores están de acuerdo en alguna de estas medidas:

No hay unanimidad con respecto a la cantidad, la velocidad y el tipo de suero administrado en la fluidoterapia inicial. Las recomendaciones de la AGA⁶ aseguran que la sueroterapia excesivamente agresiva puede asociarse con complicaciones respiratorias y síndrome compartimental abdominal, coincidiendo con el artículo de

Valverde-López, el cual además añade que la velocidad de infusión inicial indicada es 5-10 ml/kg/h controlando en todo momento las constantes vitales. Por su parte, en su artículo, Boadas et al aseguran que se debe reanimar hemodinamicamente en las primeras 6 horas de ingreso con cargas de 250-500 ml hasta administrar 1,5L y posteriormente controlar y monitorizar al paciente. Perez et al coinciden en la velocidad de infusión de Boadas et al, pero añade que esta cantidad deberá efectuarse en las primeras 24 horas hasta conseguir la FC, presión arterial media y diuresis adecuadas. Las publicaciones de Rodriguez y Remírez, afirman que el aporte de líquidos deberá superar los 3000 ml en las primeras 24h. Existe debate entre el uso de RL frente al SSF; Valverde-López habla sobre ensayos clínicos que evidencian una disminución de riesgo de PA moderadamente grave/grave tratados con RL. Boadas, por su parte, solo afirma que la administración es preferible con sueros cristaloides sin especificar entre RL o SSF.

En la nutrición también hay controversia sobre cuándo debe iniciarse la dieta y el tipo de alimentación más adecuada. Tradicionalmente se ha mantenido al paciente en dieta absoluta para no sobreestimar al páncreas y que generase más enzimas, no obstante, en las recomendaciones de la AGA⁶ y los artículos de Perez, Guidi, Valverde-López y Boadas se muestran los beneficios de la alimentación temprana y los inconvenientes del ayuno prolongado y con ello abogan por la reinstauración de la alimentación en las primeras 24 horas cuando el paciente tolere. En casos severos se reiniciará con la nutrición enteral. En general todos los autores coinciden en relegar la nutrición parenteral como última opción porque se asocia a un aumento de riesgo de presentar complicaciones.

Los autores coinciden en la predicción de la gravedad de la PA como un punto importante en las primeras horas de atención al sujeto. Así surgen una gran variedad de escalas pronósticas que clasifican la PA con el fin de ajustar su tratamiento a su severidad. No obstante, artículos como el de Valverde-López y Pérez, coinciden en que muchas de estas escalas contienen variables complejas y difíciles de calcular en el momento del ingreso. No existe consenso sobre qué escala utilizar, por ello en cada artículo se recomiendan unas u otras: Valverde-López habla sobre las escalas BISAP o SRIS por su sencillez, Remirez afirma que las más usadas en España son Ranson, APACHE II y Balthazar, por otro lado, en la revisión de Pérez et al destacan la escala modificada de Marshall la cual define la presencia de fallo orgánico; tanto Bustamante et al como Guidi et al sugieren el BISAP.

Con respecto a la relación que esconde la PA con la ingesta prolongada de alcohol en el tiempo, no hay duda. Está demostrado que existen más posibilidades de padecer la enfermedad si se bebe alcohol y cómo este es capaz de cambiar el funcionamiento del páncreas hasta desencadenar la enfermedad.

Finalmente, debido a la escasez de información localizada, se proponen como futura línea de investigación estudios que analicen el impacto de las intervenciones de deshabitación alcohólica desempeñadas por enfermería en pacientes que han sufrido uno o varios episodios de PA.

7. CONCLUSIONES

- La intensidad del dolor abdominal con el que el paciente generalmente se presenta en el servicio de urgencias hace que el manejo del dolor sea una de las medidas iniciales más relevantes llevadas a cabo por enfermería.
- Conocer la causa que ha provocado la PA es necesario para enfocar su tratamiento y trabajar con ella para evitar recaídas.
- Si la ingesta de alcohol no cesa se pueden desencadenar más episodios de PA hasta desarrollar una PC.
- La enfermera tiene un papel fundamental en la educación al paciente con PA inducida por alcohol desde su ingreso y tras su alta. Debe saber el tipo de consumo del individuo a través de cuestionarios o cuantificando la cantidad de alcohol consumido y así intervenir con el fin de cambiar sus hábitos de consumo.
- La intervención breve realizada por enfermería debe tener un carácter positivo y motivacional que logre concienciar al paciente de la disminución de su consumo.
- El apoyo de la familia en el proceso de deshabitación aumenta las probabilidades de éxito en el abandono de la sustancia, por ello también deben participar en las intervenciones que realice la enfermera.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Pancreatitis [Internet]. NIH: National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. 2017 [consultado 3 febrero 2023]. Disponible en: <https://www.niddk.nih.gov/health-information/informacion-de-la-salud/enfermedades-digestivas/pancreatitis>
2. Rodríguez-Marcos E. Atención de enfermería en la pancreatitis aguda. Publicaciones Didact [Internet]. 2017 [consultado 4 marzo 2023]; 2(87):78–82. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/235855321.pdf>
3. Sanchez-Rodríguez E, García-García de Paredes A, Albillos A. Manejo actual de la pancreatitis aguda idiopática y la pancreatitis aguda recurrente. Rev Clínica Española [Internet]. 2019 [consultado 15 febrero 2023]; 219(5):266–74. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rce.2018.12.011>
4. Pérez F, Arauz E. Pancreatitis Aguda: Artículo de Revisión. Rev Méd Cient [Internet]. 2020 [citado 5 marzo 2023]; 33(1):67-88. Disponible en: <https://revistamedicocientifica.org/index.php/rmc/article/view/570>
5. Valverde-López F, Martínez-Cara JG, Redondo-Cerezo E. Pancreatitis aguda. Med Clin (Barc) [Internet]. 2022 [consultado 15 febrero 2023]; 158(11):556–63. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2021.12.012>
6. Crockett SD, Wani S, Gardner TB, Falck-Ytter Y, Barkun AN, Crockett S, et al. American Gastroenterological Association Institute Guideline on Initial Management of Acute Pancreatitis. Gastroenterology [Internet]. 2018 [consultado 13 marzo 2023]; 154(4):1096–101. Disponible en: <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2018.01.032>
7. Bustamante-Durón D, García-Laínez A, Umanzor García W, Leiva-Rubio L, Barrientos-Rosales A, Diek-Romero L. Pancreatitis Aguda: Evidencia Actual. iMedPub Journals [Internet]. 2018 [consultado 1 marzo 2023]; 14(1):1–10. Disponible en: <https://www.archivosdemedicina.com/medicina-de-familia/pancreatitis-aguda-evidencia-actual.pdf>
8. Remírez-Gorricho J, Iglesias-Arcelus I. Revisión bibliográfica: Pancreatitis aguda en urgencias. En: Fernández D, Martínez S. Cuidados enfermeros en urgencias y emergencias. Erandio: salusplay editorial; 2021. p. 230-244
9. Asistencial C. Procedimiento del Triage inverso urgencias [Internet]. Jimcontent.com. [consultado el 18 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://s1cc232ef9981fc8b.jimcontent.com/download/version/1643882506/module/8087546562/name/31-03-2021%20Procedimiento%20del%20Triage%20Inverso%20%28Salamanca%29.pdf>
10. Boadas J, Balsells J, Busquets J, Codina-B A, Darnell A, Garcia-Borobia F et al. 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 [Internet]. 2014 [consultado el 1 marzo 2023]; 38(2):82–96. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-gastroenterologia-hepatologia-14-pdf-S0210570514002465>

11. Rodríguez-Soberado MP, Catalina-Pascual M. Manejo del dolor en el plan de cuidados de la pancreatitis aguda [Internet]. Medina del Campo: SACYL; 2011. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/investigacion/fr/banco-evidencias-cuidados/ano-2014.fichiers/1204839-Manejo%20del%20dolor%20en%20la%20pancreatitis%20aguda%202014.pdf>
12. Esteve-Perdiguer A, Cortés-Bruna M, Martín-Navarro P, Ramírez-Serrano A, Raga-Wichi A, Serrano-Sanchez M. Plan de cuidados de enfermería en paciente con pancreatitis aguda. Caso clínico. RSI [Internet] 2021 [consultado 20 marzo 2023] Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/plan-de-cuidados-de-enfermeria-en-paciente-con-pancreatitis-aguda-caso-clinico/>
13. Medina Gallego JP, Flórez Bedoya AR. Cuidado a la persona con pancreatitis aguda en el servicio de urgencias. Rev CES Enf. [Internet] 2022 [consultado 14 marzo 2023]; 3(2):27–44. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.21615/cesenferm.7100>
14. Rafeles-Marcen J, Alfaro-Martínez E, Salto-López MD. Cuidados de enfermería en la pancreatitis aguda. Portalesmedicos.com [Internet] 2019 [consultado 20 marzo 2023] Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/cuidados-de-enfermeria-en-la-pancreatitis-aguda/>
15. Guidi M, Curvale C, Pasqua A, Hwang HJ, Pires H, Basso S, et al. Actualización en el manejo inicial de la pancreatitis aguda. Acta Gastroenterol Latinoam [Internet]. 2019 [consultado 4 febrero 2023]; 49(4):307–23. Disponible en: <https://actagastro.org/actualizacion-en-el-manejo-inicial-de-la-pancreatitis-aguda/>
16. Ferrer-Sierra P, Tejedor-Saralegui N, Ferreruela-Lalanza R, Martínez-Lasarte C, Coloma-Calvo T, Fernando-Martínez M. Proceso de atención enfermero. Caso clínico de pancreatitis hospitalizada. RSI [Internet] 2022 [consultado 20 marzo 2023] Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/proceso-de-atencion-enfermero-caso-clinico-de-pancreatitis-hospitalizada/>
17. Maraví-Poma E, Zubia-Olascoaga F, Petrov MS, Navarro-Soto S, Laplaza-Santos C, Morales-Alava F, et al. SEMICYUC 2012. Recomendaciones para el manejo en cuidados intensivos de la pancreatitis aguda. Med Intensiva. [Internet]. 2013 [consultado 1 marzo 2023]; 37(3):163-179. Disponible en: <https://medintensiva.org/es-semicyuc-2012-recomendaciones-el-manejo-articulo-S0210569113000119>
18. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Monografía alcohol 2021. Consumo y consecuencias. [Internet] Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2021 [consultado 28 abril 2023]. Disponible en: <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/catalogoPNSD/publicaciones/Cmonografias.htm>
19. Amezcua M, García E, Jordana J, Llisterrri JL, Rodríguez A, Villarino A. La educación ante el consumo de riesgo de bebidas alcohólicas: propuesta de actuación multidisciplinar desde el profesional de la salud. Nutr Hosp. [Internet] 2020;37(3): 609–615. DOI: <http://dx.doi.org/10.20960/nh.02930>
20. Whitcomb DC. High clinical and genetic similarity between chronic pancreatitis associated with light-to-moderate alcohol consumption and classical alcoholic chronic pancreatitis. Gastro Hep Adv [Internet]. 2022 [consultado 4 mayo 2023]; 2(2):281–282. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.gastha.2022.11.012>

21. Silla-Stoel M, Rosón-Hernández B. Evaluación del consumo de alcohol y diagnóstico de patrón de consumo. *Trastornos Adictivos*. [Internet] 2009 [consultado 19 abril 2023]; 11(3):191–199. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-trastornos-adictivos-182-articulo-evaluacion-del-consumo-alcohol-diagnostico-13141397>
22. Comisionado Regional para la droga. Guía práctica para reducir el consumo de alcohol. [Internet] Valladolid: Junta de Castilla y León; 2016. [consultado 9 marzo 2023] 119 p. Disponible en: https://www.jcyl.es/web/jcyl/Familia/es/Plantilla100Detalle/1246989630150/_/128466772903/Comunicacion?plantillaObligatoria=PlantillaContenidoNoticiaHome
23. Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades. Guía para la intervención de los profesionales de Atención Primaria en el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol. [Internet] Junta de Castilla y León; 2007. [consultado 9 marzo 2023] 67 p. Disponible en: <http://www.jcyl.es/web/jcyl/Familia/es/Plantilla100DetalleFeed/1246988963464/Publicacion/1202286117089/Redaccion>
24. Robledo T, Córdoba R. Cómo actuar ante el consumo de alcohol: guía de referencia para los profesionales de Atención Primaria. [Internet] Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. 2007, 2ª ed. [consultado 9 marzo 2023] 12 p. Disponible en: <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/AlcoholAtencionPrimaria.pdf>
25. Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Informe sobre alcohol [Internet] Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Centro de publicaciones; 2007 [consultado 15 mayo 2023] Disponible en: <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/catalogoPNSD/publicaciones/CinformesComisionClinica.htm>
26. Nagy R, Ocskay K, Váradi A, Papp M, Vitális Z, Izbéki F et al. In-Hospital Patient Education Markedly Reduces Alcohol Consumption after Alcohol-Induced Acute Pancreatitis. *Nutrients*. [Internet] 2022 [consultado 4 mayo 2023]; 14(10), 2131. DOI: <https://doi.org/10.3390/nu14102131>
27. Córdoba R, Camaralles F. Cribado e intervención breve en consumo de alcohol. *Atención Primaria* [Internet]. 2022 [consultado 19 abril 2023]; 54(7):102349. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2022.102349>
28. Matos-Premiot JY, Robert-Mustelier Y, Pérez-Baratutis H, Borges-Blancart A, Sanchez-García AJ. Repercusión de alcoholismo en familiares de pacientes con esta enfermedad. *Rev Inf Cient* [Internet] 2017; [consultado 8 mayo 2023] 96(5):912–919. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6113699>
29. Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades. Guía para prevenir los problemas relacionados con el alcohol. [Internet] 2007. [consultado 9 marzo 2023] 24 p. Disponible en: <http://www.jcyl.es/web/jcyl/Familia/es/Plantilla100DetalleFeed/1246988963464/Publicacion/1202285529371/Redaccion>
30. Thomes PG, Rasineni K, Saraswathi V, Kharbanda KK, Clemens DL, Sweeney SA, et al. Natural recovery by the liver and other organs after chronic alcohol use. *Alcohol Res Curr Rev* [Internet]. 2021; [consultado 16 mayo 2023] 41(1). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33868869/1>

9. ANEXOS

A. ANEXO 1: Tabla de estrategias de búsqueda. Fuente: elaboración propia.

Base de datos	Estrategia de búsqueda	Criterios de búsqueda	Resultados obtenidos	Resultados analizados	Resultados seleccionados
DIALNET	pancreatitis aguda AND tratamiento	Texto completo 2010-2019	55	4	3
	pancreatitis aguda AND enfermería	2020-2029	25	6	2
	alcohol AND consumo AND intervención breve	-	112	3	2
	alcohol AND deshabituación	Texto completo, 2010-2019	24	5	1
PUBMED	acute pancreatitis AND initial management	-	43	2	1
	pancreatitis AND alcohol dependence	Texto completo, últimos 10 años	36	3	1
SCIENCE-DIRECT	pancreatitis aguda AND manejo	2019-2022	217	4	2
	acute pancreatitis AND initial management	2018-2022, en gastroenterology	288	3	1
	pancreatitis AND alcohol	2020-2023	4025	7	2
SCIELO	consumo de alcohol AND Atención Primaria	2019-2021	23	2	1

B. ANEXO 2: Tabla de referencias. Fuente: elaboración propia.

AUTORES	TÍTULO	AÑO DE PUBLICACIÓN	PRINCIPALES APORTACIONES
Instituto Nacional de la Diabetes y las Enfermedades Digestivas y Renales (NIDDK)	Pancreatitis.	2017	Definición y clasificación de la pancreatitis: aguda y crónica.
Rodríguez-Marcos E	Atención de enfermería en la pancreatitis aguda.	2017	Diferencias entre pancreatitis aguda y crónica. Concepto y funciones del páncreas. Cuidados enfermeros proporcionados en la UCI al paciente con PA.
Sanchez-Rodríguez E, García-García de paredes A, Albillos A.	Manejo actual de la pancreatitis aguda idiopática y la pancreatitis aguda recurrente.	2019	Recomendaciones AGA sobre valoración por experto en adicciones y criterios para que el alcohol sea considerado la causa. Importancia de identificar origen.
Perez, F, Arauz E.	Pancreatitis aguda: artículo de revisión.	2020	Concepto y funciones del páncreas. Como se produce la enfermedad tras la ingesta excesiva de alcohol.
Valverde-López F, Martínez-Cara JG, Redondo-Cerezo E.	Pancreatitis aguda.	2022	Cifras sobre la incidencia de la PA, etiología, sintomatología y componentes clave de su tratamiento. Escalas predictoras de gravedad y pautas sobre nutrición adecuada.
Crockett SD, Wani S, Gardner TB, Falck-Ytter Y, Barkun AN, Crockett S, et al	American Gastroenterological Association Institute Guideline on Initial Management of Acute Pancreatitis.	2018	Etiología de PA. Eficacia de intervención breve al paciente para favorecer la deshabitación alcohólica.
Bustamante-Durón D, García Láinez A, Umanzor-García W, Leiva-Rubio L,	Pancreatitis aguda: evidencia actual.	2018	Criterios para diagnosticar PA, síntomas, derivación a UCI, cómo afecta el alcohol en el

Barrientos-Rosales A, Diek-Romero L			páncreas y en la aparición de la PA.
Remirez-Gorricho J, Iglesias-Arcelus I	Cuidados enfermeros en urgencias y emergencias. Capítulo 19: pancreatitis aguda en urgencias.	2021	Actividades que realiza enfermería en la persona con PA en el servicio de urgencias. Escalas predictoras de severidad. Alcohol como segunda causa de aparición de PA.
Borras-Beato R, Zapico-Álvarez N, Gil-Castillo C.	Procedimiento del Triage inverso. Urgencias.	2021	Prioridad de atención al sujeto con PA.
Boadas J, Balsellsb J, Busquets J, Codina A, Darnell A, Garcia-Borobia F et al.	Valoración y tratamiento de la pancreatitis aguda. Documento de posición de la Sociedad Catalana de Gastroenterología, Sociedad Catalana de Cirugía y Sociedad Catalana del Páncreas.	2014	Actividades enfermeras en urgencias al paciente con PA. signos de alarma en PA para derivar a unidad de semicríticos.
Rodríguez-Soberado MP, Catalina-Pascual M.	Manejo del dolor en el plan de cuidados de la pancreatitis aguda.	2011	Analgesia en el tratamiento de la PA.
Esteve-Perdiguer A, Cortes-Bruna M, Martin-Navarro P, Ramirez-Serrano A, Raga-Wichi A, Serrano-Sanchez M	Plan de cuidados de enfermería en paciente con pancreatitis aguda. Caso clínico.	2021	Analgesia y control del dolor en el tratamiento de la PA.
Medina-Gallego JP, Flórez-Bedoya AR.	Cuidados a la persona con pancreatitis aguda en el servicio de urgencias.	2022	Actividades enfermeras en la atención de urgencias de la PA sobre nutrición y control del dolor.
Rafeles-Marcen JL, Alfaro-Martínez E, Salto-López MD	Cuidados de enfermería en la pancreatitis aguda	2019	Recomendaciones de nutrición en el paciente con PA y cuidados de la sonda nasogástrica.
Guidi M, Curvale C, Pasqua A, Hwang HJ, Pires H, Basso S et al.	Actualización en el manejo inicial de la pancreatitis aguda.	2019	importancia del diagnóstico y de la predicción de la gravedad. Escalas pronósticas (BISAP y SRIS). Pautas sobre nutrición adecuada.

Ferrer- Sierra P, Tejedor-Saralegui N, Ferreruella-Lalanza R, Martínez-Lasarte C, Coloma-Calvo T, Fernando-Martínez M.	Proceso de atención enfermero. Caso clínico de pancreatitis hospitalizada.	2022	Cuidados enfermeros en planta hospitalaria (constantes, higiene, solución de déficit nutricional)
Maraví-Poma E, Zubia-Olascoaga F, Petrov MS, Navarro-Soto S, Laplaza-Santos C, Morales-Alava F et al.	SEMICYUC 2012. Recomendaciones para el manejo en cuidados intensivos de la pancreatitis aguda.	2013	Criterios de ingreso en una Unidad de Cuidados Intensivos.
Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones	Monografía alcohol 2021.	2021	Cifras sobre consumo de alcohol en España.
Amezcuá M, García E, Jordana J, Llisterrri JL, Rodríguez A, Villarino A	La educación ante el consumo de riesgo de bebidas alcohólicas: propuesta de actuación multidisciplinar desde el profesional de la salud. Manuel Amezcuá, Eduard García, Jorge Jordana, José Luis Llisterrri.	2020	Cifras y datos sobre el consumo de alcohol en España.
Whitcomb DC	High clinical and genetic similarity between chronic pancreatitis associated with light-to-moderate alcohol consumption and classical alcoholic chronic pancreatitis.	2022	Aparición de nuevos episodios de PA por seguir consumiendo alcohol y más consecuencias que puede provocar.
Silla-Stoel M, Rosón-Hernández B.	Evaluación del consumo de alcohol y diagnóstico de patrón de consumo.	2009	Concepto de Unidad de Bebida Estándar y consumo de riesgo perjudicial.
Comisionado Regional para la droga	Guía práctica para reducir el consumo de alcohol.	2016	Momento en que se establece un consumo de alcohol perjudicial. Síntomas para diagnosticar una dependencia alcohólica. Fases de motivación.
Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades	Guía para la intervención de los profesionales de Atención Primaria en el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol	2007	Cuestionario AUDIT. Consejo para las familias y pautas para gestionar la situación. Fases de motivación.

Robledo T, Córdoba R	Cómo actuar ante el consumo de alcohol: guía de referencia para profesionales de Atención Primaria	2007	Consejos sobre cómo debe ser la intervención que realiza enfermería en función de si existe o no dependencia al alcohol. Intervención ofrecida según la fase de motivación del bebedor. Criterios de derivación hospitalaria.
Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.	Informe sobre alcohol	2007	Intervención en base a la fase motivadora en la que se encuentre el bebedor. Recomendaciones para las familias de la persona bebedora.
Nagy R, Ocskay K, Váradi A, Papp M, Vitális Z, Izbék F et al.	In-Hospital patient education markedly reduces alcohol consumption after alcohol-induced acute pancreatitis.	2022	Información acerca de la abstinencia alcohólica.
Córdoba-García R, Camarelles-Guillem F	Cribado e intervención breve en consumo de alcohol.	2022	Concepto de intervención breve y aspectos que debe incluir.
Matos-Premiot JY, Robert-Mustelier Y, Pérez-Baratutis H, Borges-Blancart A.	Repercusión de alcoholismo en familiares de pacientes con esta enfermedad. Jorge Yvel, Yelaine Robert, Henry Pérez	2017	Situaciones que sufre el entorno del bebedor.
Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades	Guía para prevenir los problemas relacionados con el alcohol.	2007	Beneficios de deshabituación alcohólica y perjuicios de la ingesta. Importancia del apoyo familiar
Thomes PG, Rasineni K, Saraswathi V, Kharbanda KK, Clemens DL, Sweeney SA, et al.	Natural recovery by the liver and other organs after chronic alcohol use.	2021	Beneficio en el páncreas de la deshabituación alcohólica.

C. ANEXO 3: Cuestionario AUDIT. Fuente: adaptado de “Guía para la intervención de los profesionales de Atención Primaria en el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol” (23)

DOMINIO	CONTENIDO DEL ITEM	PREGUNTA	POSIBLE RESPUESTA	PUNTUACIÓN
Consumo de riesgo de alcohol	Frecuencia consumo	1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?	Nunca	0
			Una o 2 veces al mes	1
			De 2 a 4 veces al mes	2
			De 2 a 3 veces a la semana	3
			4 o más veces a la semana	4
	Cantidad típica	2. ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?	1 o 2	0
			3 o 4	1
			5 o 6	2
			7, 8 o 9	3
			10 o más	4
	Frecuencia de consumo elevado	3. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día?	Nunca	0
			Menos de 1 vez al mes	1
			Mensualmente	2
			Semanalmente	3
A diario o casi a diario			4	
	Pérdida de control	4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de	Nunca	0

Síntomas de dependencia	sobre el consumo	parar de beber una vez había empezado?	Menos de 1 vez al mes	1
			Mensualmente	2
			Semanalmente	3
			A diario o casi a diario	4
	Aumento de la relevancia del consumo	5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?	Nunca	0
			Menos de 1 vez al mes	1
			Mensualmente	2
			Semanalmente	3
	Consumo matutino	6. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?	Nunca	0
			Menos de 1 vez al mes	1
			Mensualmente	2
			Semanalmente	3
		A diario o casi a diario	4	
		Nunca	0	
		Menos de 1 vez al mes	1	
		Mensualmente	2	
		Semanalmente	3	
		A diario o casi a diario	4	
		Nunca	0	
		Menos de 1 vez al mes	1	
		Mensualmente	2	
		Semanalmente	3	
		A diario o casi a diario	4	
		Nunca	0	
Consumo perjudicial	Sentimiento de culpa tras el consumo	7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?	Nunca	0
			Menos de 1 vez al mes	1
			Mensualmente	2
			Semanalmente	3
			A diario o casi a diario	4
	Lagunas de memoria	8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido	Nunca	0

de alcohol		recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?	Menos de 1 vez al mes	1
			Mensualmente	2
			Semanalmente	3
			A diario o casi a diario	4
	Lesiones relacionadas con el alcohol	9. ¿Usted o alguna otra persona ha resultado herido porque usted había bebido?	No	0
			Si, pero no en el curso del último año	2
			Si, en el último año	4
	Otros se preocupan por el consumo	10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han sugerido que deje de beber?	No	0
			Si, pero no en el curso del último año	2
			Si, en el último año	4