

**PROTOCOLO DE ATENCIÓN
DE DIAGNÓSTICO Y MANEJO
DE PANCREATITIS AGUDA**

PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE PANCREATITIS AGUDA

INTRODUCCIÓN

La pancreatitis aguda (PA) continúa siendo uno de los cuadros clínicos frecuentes entre las causas de hospitalización de pacientes adultos. Los pacientes con la condición pueden presentar complicaciones de gran morbilidad, mortalidad y alto costo hospitalario.

Estudios recientes muestran que la incidencia mundial de PA varía entre 4.9 y 73.4 casos por cada 100,000 habitantes, con tendencia al aumento, aunque las estadísticas varían de un país a otro.

Datos epidemiológicos de altas hospitalarias a nivel nacional muestran que los internamientos por PA aumentaron de 40 por 100,000, en 1998; a 70 por 100,000, en 2002.

Aunque la tasa de morbilidad por PA ha disminuido con el tiempo, la tasa de mortalidad de la población general por PA se ha mantenido invariable.

En nuestro país todavía no se cuenta con estadísticas que permitan establecer la prevalencia de la PA, pero puede estimarse la magnitud del problema teniendo en cuenta que, en el Servicio de Gastroenterología del Hospital Francisco Moscoso Puello (HFMP), es recibido mensualmente un promedio de dos a tres pacientes con este cuadro clínico.

Actualmente, varios aspectos del tratamiento continúan siendo controversiales: el método de evaluación de la gravedad, la profilaxis antibiótica, el momento óptimo y la forma de reiniciar la alimentación oral.

1. OBJETIVO

Estandarizar el diagnóstico y el tratamiento de pacientes adultos con pancreatitis aguda para disminuir la morbilidad, las complicaciones y la mortalidad en estos pacientes.

2. EVIDENCIAS

- a) Guías Práctica Clínica, Colegio Americano de Gastroenterología: Manejo de Pancreatitis Aguda, 2013.
- b) Documento de consenso: Recomendaciones para el manejo en cuidados intensivos de la pancreatitis aguda. SEMICYUC, 2012.
- c) Guías Práctica Clínica Pancreatitis Aguda. Working Group of the Italian Association for the Study of the Pancreas on Acute Pancreatitis. *Pancreatology* 2010. 10:523–535.
- d) Diagnóstico y Tratamiento de la Pancreatitis Aguda. México: Secretaría de Salud. 2009.

3. USUARIOS DEL PROTOCOLO

Médicos generales, médicos especialistas en medicina familiar, medicina interna, gastroenterología, emergenciológica y personal de enfermería.

4. POBLACIÓN DIANA

Pacientes de cualquier sexo y edad con dolor abdominal típico.

5. DEFINICIONES

- 5.1 Pancreatitis aguda: inflamación aguda del páncreas con grado variable de compromiso de los tejidos regionales y diferentes grados de compromiso sistémico.
- 5.2 Falla de órganos en pancreatitis aguda: incluye compromiso cardiovascular, respiratorio o renal. Un puntaje de 2 o más en la clasificación modificada de Marshall, define la falla orgánica de manera simple.

6. CLASIFICACIÓN CLÍNICA

En su revisión de 2013, el consenso de Atlanta clasifica la pancreatitis aguda de la siguiente forma:

- Pancreatitis leve: no existe falla orgánica ni necrosis pancreática.
- Pancreatitis moderadamente severa: presenta falla orgánica no persistente o complicaciones locales como necrosis.
- Pancreatitis severa: se define como la que no resuelve en 24 h (persistente). Ocurre en un 15-20% de los casos, causando fallo orgánico y muerte.

7. DIAGNÓSTICO

7.1. Diagnóstico Clínico:

Presencia de 2 o 3 de los siguientes criterios:

- Dolor abdominal transfixiante consistente con la enfermedad (epigastrio o hipocondrio izquierdo con irradiación a espalda o flancos), acompañado de náuseas y vómitos.
- Elevación de la amilasa y/o lipasa sérica más de tres veces el límite superior normal.

- Alteraciones estructurales, tanto del páncreas como de tejidos adyacentes, identificadas mediante estudios de imágenes.

7.2 Exámenes complementarios:

7.2.1 Bioquímicos

Hemograma, hematocrito, perfil hepático completo (bilirrubina total, directa e indirecta, fosfatasa alcalina, transaminasas (TGO, TGP), función renal (BUN, creatinina), electrolitos (Na, K, Ca), LDH, glucemia y gases arteriales, proteína C reactiva (PCR). Además, tiempos de coagulación (PT, PTT, INR), si el paciente es candidato a la realización de exámenes invasivos.

7.2.2 Estudio de imágenes

- a. Ecografía de abdomen.
- b. Radiografía de abdomen.
- c. Tomografía Axial Computarizada (TAC) de abdomen con contraste será realizada en pacientes clínicamente inestables con sospecha de necrosis pancreática, luego de las 72 horas de inicio del cuadro. Sólo será indicada en forma temprana en caso de duda diagnóstica de pancreatitis.

8. CRITERIOS DE INGRESO

- a. Obesidad (IMC mayor o igual 30 kg/mt²).
- b. Edad mayor de 55 años.
- c. Falla orgánica al momento de ingreso.
- d. Derrame pleural.

9. MANEJO DE PANCREATITIS AGUDA

9.1 Manejo inicial y prevención de complicaciones

9.1.1. Pancreatitis leve:

- Manejo adecuado del dolor.
- Suprimir ingesta por vía oral, restablecerla cuando el dolor se controle y aparezcan signos de tránsito intestinal.
- Manejo adecuado de líquido.
- Determinar etiología.

9.1.2 Pancreatitis aguda severa:

- Se manejará solo en el nivel especializado de atención.
- Monitoreo y soporte por parte de un equipo médico multidisciplinario compuesto por intensivistas, gastroenterólogos e imagenólogos.
- Colocar sonda vesical y un catéter venoso central.

Nota: *Sólo se utilizará una sonda nasogástrica cuando se presente vómito o íleo.*

- Utilizar O2 suplementario de acuerdo con la necesidad de cada paciente, determinada por su saturación arterial (oximetría de pulso).
- Dar aporte de líquidos endovenosos que garantice un mantenimiento del gasto urinario mayor de 0,5 ml/kg por hora realizar manejo apropiado de los electrolitos.
- Resucitar con volúmenes de 250 - 500 ml/hora de solución cristaloide isotónica, preferentemente lactato de Ringer. Reevaluar los requerimientos de líquidos a partir de las seis horas del ingreso del paciente y durante las siguientes 24 a 48 horas.

- g. Usar una de las siguientes opciones de antibióticos:
- Imipenem: 500-1000 mg c/ 6-8 horas o meropenem 1000 mg c/ 8 horas.
 - Ciprofloxacino: 500mg c/ 12 horas IV + metronidazole 500mg c/ 8 horas.

Nota: *En caso de microorganismos no sensibles a los fármacos profilácticos, deberán seguirse las recomendaciones del antibiograma.*

- h. Realizar punción de la necrosis pancreática con aguja fina para cultivo bacteriológico; así como hemocultivos, urocultivos y cultivos de secreciones, según el caso. Si los cultivos son negativos, la profilaxis antibiótica deberá ser suspendida; empero, si son positivos, será mantenida durante 14 días.
- i. Recibir apoyo permanente del departamento de Nutrición.
- j. Restablecer vía oral cuando se controle el dolor y aparezcan signos de tránsito intestinal, dieta sólida, baja en grasa o blanda que resulte segura y efectiva desde el primer día de realimentación.

9.2 Analgesia

- Dolor de baja intensidad, Metamizol magnésico: en dosis de 2 g cada ocho horas, por vía IM o IV lenta.
- Dolor importante Tramadol, de 50 a 100 mg cada seis u ocho horas, IV. No sobre pasar los 400 mg/día.
- En casos de dolor muy severo, utilizar analgésicos opiáceos a dosis de 6-8 mg de morfina IV.

Nota: *Cuando no se logre un adecuado control del dolor con las medidas iniciales, se hará una interconsulta con la Clínica del Dolor.*

9.3 Indicación de la colecistectomía en pacientes con PA de origen biliar.

- Luego de la recuperación de un cuadro de pancreatitis biliar durante el mismo ingreso hospitalario.
- En los casos de pancreatitis severa, la realización del procedimiento deberá ser retrasada hasta que la respuesta inflamatoria y la recuperación clínica alcancen los niveles apropiados.

9.4 Tratamiento endoscópico de la pancreatitis biliar

Realizar colangiopancreatografía retrógrada endoscópica, en caso de:

- Pancreatitis grave.
- Colangitis.
- Evidencia de coledocolitiasis o probabilidad alta o intermedia alta, según el riesgo calculado de acuerdo con los criterios de perfil hepático y de hallazgos imagenológicos.

El procedimiento será realizado en las primeras 72 horas después del inicio del dolor. Se practicará una papilotomía en los pacientes con coledocolitiasis, con signos de colangitis o de ambas patologías. Cuando no se logre liberar la obstrucción, será colocado un stent biliar.

10. CRITERIOS DE EGRESO

- a. Estabilización de signos vitales.
- b. Niveles normales de hematocritos, leucocitos, creatinina, urea y calcio.
- c. Nivel hidroelectrolítico estable.

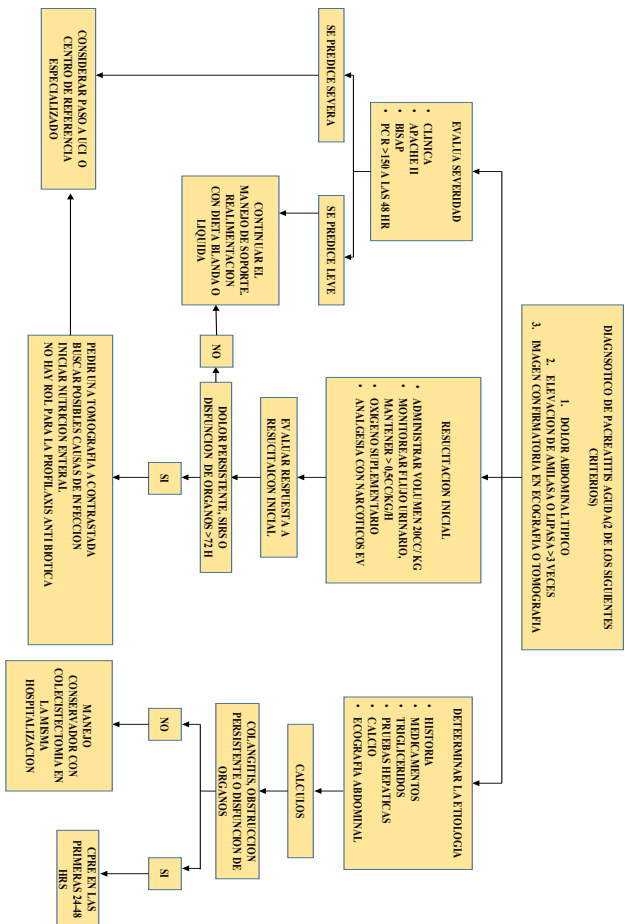
- d. Saturación de oxígeno dentro de los límites normales.
- e. Radiografía de tórax sin signo de derrame pleural.
- f. Ausencia de fiebre.
- g. Tolerancia a la ingesta oral.

11. INFORMACIÓN PARA PACIENTES Y FAMILIARES

La información acerca de la condición del paciente deberá incluir:

- a. La localización de los centros de referencia para atención especializada.
- b. La importancia de la adherencia a tratamientos y autocuidados.
- c. Detalles de todos los procedimientos y tratamientos.
- d. Las instrucciones para la recuperación de tratamientos ambulatorios.

12. ALGORITMO DE MANEJO CLÍNICO DE LA PANCREATITIS AGUDA



11. BIBLIOGRAFÍA

1. United Kingdom guidelines for the management of acute pancreatitis. Gut 1998;42 (suppl 2):S1-S13.
2. Guía práctica para el manejo de la Pancreatitis aguda. Club del Páncreas de la República Argentina (www.pancreasclub.com.ar).
3. Advances in managing acute pancreatitis, M. DiMaggio, E. Wamsteker. A. DeBenedet. Medicine Reports 2009, 1:59 (doi:10.3410/M1-59).
4. Pancreatitis aguda: experiencia de cinco años en el Hospital General de México R. Sánchez-Lozada, M. Camacho-Hernández, R. Vega-Chavaje. Gac Méd Méx Vol. 141 No. 2, 2005.
5. The Management of Acute and Chronic Pancreatitis. P. Banks, Gastroenterology & Hepatology Volume 6, Issue 2, Supplement 5. February 2010.
6. Diagnóstico y Tratamiento de la Pancreatitis aguda. Secretaría de Salud. México. 2009.
7. Analgesia and sedation in acute pancreatitis. J. Gil Cebriána, M P. Bello Cámarab, J C. Rodríguez Yánez, A. Fernández Ruiza. Med Intensiva. 2003;27:118-30 - Vol. 27, Núm. 2.

12. ANEXOS

Tabla 1.
Escala de Marshall modificada para falla orgánica

SCORE	0	1	2	3	4
RESPIRATORIO (PaO_2/FiO_2)	>400	301-400	201-300	101-200	<101
RENAL (Creatinina sérica)	<1,4	1,4 - 1,8	1,9 - 3,6	3,6 - 4,9	>4,9
CARDIOVASCULAR (Presión arterial sistólica en mm Hg)	> 90	< 90	< 90	< 90	< 90
		Responde a fluidos	no responde a fluidos	pH < 7,3	pH < 7,2

Tabla 2.

Criterio de Ranson de severidad para pancreatitis aguda

Al ingreso.	Durante las primeras 48 horas
<ul style="list-style-type: none"> • 55 >Edad años. 	<ul style="list-style-type: none"> • Descenso del hematocrito > 10 %.
<ul style="list-style-type: none"> • > Conteo de leucocitos $\sim 16 \times 10^9/L$. 	<ul style="list-style-type: none"> • >Aumento de urea sérica $\sim 1,8$ Mmol/L.
<ul style="list-style-type: none"> • 11 Mmol />Glucemia L. 	<ul style="list-style-type: none"> • 60 mmol< Calcio sérico Hg.
<ul style="list-style-type: none"> • 350>DHL sérica UI/L. 	<ul style="list-style-type: none"> • 60 mm Hg< PaO₂ Hg.
<ul style="list-style-type: none"> • 250>TGO sérica UI/L 	<ul style="list-style-type: none"> • Déficit de bases > 4 mEq/L.
	<ul style="list-style-type: none"> • Secuestro líquido 6000 ml >estimado

PUNTUACIÓN A → APS total (Acute Physiology Score) : suma de las 12 variables

	+4	+3	+2	+1	0	+1	+2	+3	+4
Frecuencia cardíaca	≥180	140-179	110-139		70-109		55-69	40-54	≤39
TA media	≥160	130-159	110-129		70-109		50-69		≤49
Tª rectal (axial +0.5°C)	≥41	39-40.9		38.5-38.9	36-38.4	34-35.9	32-33.9	30-31.9	≤29.9
Frecuencia respiratoria	≥50	35-49		25-34	12-24	10-11	6-9		≤5
Escala de Glasgow : puntuar 15- Glasgow actual									
Oxigenación...elegir									
a) Si FIO ₂ ≥0.5 anotar P-A-aO ₂	≥500	350-499	200-349		<200				
b) Si FIO ₂ <0.5 anotar PaO ₂					>70	61-70		55-60	<55

Tabla 3.
Escala BISAP

SCORE	PUNTAJE
Urea > 25 mg/dl	1
Alteración del estado mental	1
Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SIRS)	1
Edad > 60 años	1
Presencia de efusión pleural	1

Se considera a un paciente con pancreatitis severa si tiene un score BISAP > 2

Tabla 4.

Investigadores	Revista	Recomendación de resuscitación inicial
Pandol et al.	Gastroenterology 2007	Depleción severa de volumen: 500-1000 cc/h Pérdida de volumen no pancreático: 300-500 cc/h No pérdida de volumen: 250-350 cc/h
Forsmark y Baillye	Gastroenterology 2007	Resucitación vigorosa con fluidos Mantener un flujo urinario mayor a 0,5 cc/kg/h
Whitcomb	N Engl J Med 2006	Bolo para tener estabilidad hemodinámica seguida de 250-500 cc/h de cristaloides
Banks y Freeman	Ann J Gastro 2006	Resucitación agresiva de fluidos
Vege et al.	JAMA 2004	Resucitación agresiva de fluidos
Tenner	Ann J Gastro 2004	Por lo menos 250-300 cc/h por 48 horas

Investigadores	Revista	Recomendación de resuscitación inicial
Pandol et al.	Gastroenterology 2007	Depleción severa de volumen: 500-1000 cc/h Pérdida de volumen no pancreático: 300-500 cc/h No pérdida de volumen: 250-350 cc/h
Forsmark y Baillie	Gastroenterology 2007	Resucitación vigorosa con fluidos Mantener un flujo urinario mayor a 0,5 cc/kg/h
Whitcomb	N Engl J Med 2006	Bolo para tener estabilidad hemodinámica seguida de 250-500 cc/h de cristaloides
Banks y Freeman	Am J Gastro 2006	Resucitación agresiva de fluidos
Vege et al.	JAMA 2004	Resucitación agresiva de fluidos
Tenner	Am J Gastro 2004	Por lo menos 250-300 cc/h por 48 horas