



DOI: 10.26820/reciamuc/6.(4).octubre.2022.136-143

URL: <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/1012>

EDITORIAL: Saberes del Conocimiento

REVISTA: RECIAMUC

ISSN: 2588-0748

TIPO DE INVESTIGACIÓN: Artículo de revisión

CÓDIGO UNESCO: 32 Ciencias Médicas

PAGINAS: 136-143







Manejo del paciente con pancreatitis aguda

Management of the patient with acute pancreatitis

Gestão do doente com pancreatite aguda

Rosa Dalinda Rodríguez Rodríguez¹; Katherine Margarita Zambrano Cevallos²; María Soledad Lucas Delgado³; Jorge Luis Mendoza Mejía⁴

RECIBIDO: 20/05/2022 **ACEPTADO:** 20/10/2022 **PUBLICADO:** 30/11/2022

1. Médico Cirujano; Médico General Asistencial en el Hospital Rafael Rodríguez Zambrano; Manta, Ecuador; rossydali91@hotmail.com;  <https://orcid.org/0000-0003-2991-8547>
2. Médico Cirujano; Médico General Asistencial en el Hospital Rafael Rodríguez Zambrano; Manta, Ecuador;  <https://orcid.org/0000-0003-2798-6490>
3. Médico Cirujano; Investigadora Independiente; Manta, Ecuador; marialucdel@gmail.com;  <https://orcid.org/0000-0003-4902-9018>
4. Médico; Médico General en la Clínica Manadialisis; Manta, Ecuador; yuvarosa@gmail.com;  <https://orcid.org/0000-0003-3213-7629>

CORRESPONDENCIA

Rosa Dalinda Rodríguez Rodríguez

rossydali91@hotmail.com

Manta, Ecuador

RESUMEN

La pancreatitis aguda es un trastorno intracelular del calcio en las células pancreáticas, que puede desencadenar cambios necroinflamatorios y complicaciones locales y sistémicas. La metodología utilizada para el presente trabajo de investigación, se enmarca dentro de una revisión bibliográfica de tipo documental. La técnica para la recolección de datos está constituida por materiales electrónicos, estos últimos como Google Académico, PubMed, Science direct, entre otros, apoyándose para ello en el uso de descriptores en ciencias de la salud o terminología MESH. La información aquí obtenida será revisada para su posterior análisis. El manejo de las pancreatitis comprende varias etapas y donde también influye el estado en que se encuentre el paciente y son: reposición de líquidos por vía intravenosa, nutrición enteral o parenteral total, manejo del dolor, uso de antibióticos (de ser estrictamente necesarios) y manejo quirúrgico (de ser estrictamente necesario).

Palabras clave: Pancreatitis, Nutrición, Dolor, Colectomía, Enteral.

ABSTRACT

Acute pancreatitis is an intracellular disorder of calcium in pancreatic cells, which can trigger necroinflammatory changes and local and systemic complications. The methodology used for this research work is part of a documentary bibliographic review. The data collection technique is made up of electronic materials, the latter such as Google Scholar, PubMed, Science Direct, among others, relying on the use of descriptors in health sciences or MESH terminology. The information obtained here will be reviewed for further analysis. The management of pancreatitis comprises several stages and where the state of the patient also influences and are: intravenous fluid replacement, enteral or total parenteral nutrition, pain management, use of antibiotics (if strictly necessary) and surgical management (if strictly necessary).

Keywords: Pancreatitis, Nutrition, pain, Cholecystectomy, Enteral.

RESUMO

A pancreatite aguda é uma doença intracelular de cálcio nas células pancreáticas, que pode desencadear alterações necroinflamatórias e complicações locais e sistêmicas. A metodologia utilizada para este trabalho de investigação é parte de uma revisão bibliográfica documental. A técnica de recolha de dados é composta por materiais electrónicos, estes últimos como Google Scholar, PubMed, Science Direct, entre outros, apoiando-se na utilização de descritores em ciências da saúde ou terminologia MESH. A informação aqui obtida será revista para uma análise mais aprofundada. A gestão da pancreatite compreende várias fases e onde o estado do paciente também influencia e é: substituição do líquido intravenoso, nutrição enteral ou parenteral total, gestão da dor, uso de antibióticos (se estritamente necessário) e gestão cirúrgica (se estritamente necessário).

Palavras-chave: Pancreatite, Nutrição, dor, Colectomia, Enteral.

Introducción

La pancreatitis aguda es un trastorno intracelular del calcio en las células pancreáticas, que puede desencadenar cambios necroinflamatorios y complicaciones locales y sistémicas. En los Estados Unidos es la causa número 21 de ingreso hospitalario y la principal causa de ingreso por motivo gastrointestinal (13 a 45 casos por 100.000 habitantes). Cada año ocurren en ese país más de 250 mil casos y cerca de 3 mil fatalidades, con costos de hospitalización que superan los 2,5 billones de dólares. (Álvarez-Aguilar et al., 2019)

El páncreas endocrino se encarga de producir enzimas digestivas, incluyendo lipasas, proteinasas y amilasas, encargadas del metabolismo de grasas, proteínas y carbohidratos para su absorción. El páncreas endocrino, comprende menos de un 5% de la masa total del páncreas, contiene diferentes tipos de células, las cuales se encargan de secretar una hormona diferente cada una: células α (glucagón), células β (insulina), células δ (somatostatina), células P (péptido polipancreático), y células ϵ (grelina). (Garro Urbina & Thuel Gutiérrez, 2020)

Fisiológicamente, el páncreas posee funciones tanto exocrinas como endocrinas. El páncreas exocrino constituye alrededor del 80 –85% del volumen pancreático. Páncreas exocrino está encargado de la producción de jugo pancreático, compuesto por una secreción enzimática y una secreción hidroelectrolítica. La secreción enzimática contiene enzimas amilolíticas (amilasa), lipolíticas (lipasa, fosfolipasa A2, colesterol esterasa), y proteolíticas (tripsina, quimiotripsina, carboxipeptidasas, aminopeptidasas), secretadas a partir de las células acinares hacia el lumen de los conductos del páncreas. La secreción hidroelectrolítica surge a partir de las células centroacinares y células ductales pancreáticas, compuestas principalmente de agua, sodio y bicarbonato. La función esencial de la secreción hidroelectrolítica es neutralizar el pH ácido

del jugo gástrico lo que permite la participación adecuada de las enzimas pancreáticas y sales biliares en la digestión de los alimentos. (Pérez & Arauz Valdes, 2020a)

La etiología de la pancreatitis incluso en la actualidad no se comprende del todo, sin embargo, autores como Durón et al (2018) y Ocampo et al (2015), la relacionan a la litiasis biliar y al consumo de alcohol como causas principales, no obstante, la lista no está limitada únicamente de esta manera, se mencionan también causas neoplásicas, infecciosas, ingestión de fármacos, traumatismos, entre otras. (Revelo et al., 2020)

Su manejo ha cambiado en los últimos años debido a una mejor comprensión de su fisiopatología, la evolución del arsenal terapéutico, los avances en el soporte nutricional, la correcta utilización de los antibióticos y las mejoras en las técnicas miniinvasivas para el tratamiento de las complicaciones locales. En un paciente con PA está demostrado que la identificación de los signos de gravedad durante las primeras 72 horas mejora el pronóstico y reduce la mortalidad. En los últimos años se han publicado diferentes guías de tratamiento. (Matanó et al., 2019)

Es sumamente importante que los médicos sepan reconocer los síntomas principales de la pancreatitis aguda y se apoyen con exámenes de sangre para realizar el adecuado diagnóstico lo más pronto posible, ya que, aunque es una enfermedad que generalmente tiene buen pronóstico, produce mucho malestar físico, debido a lo cual se debe abordar correctamente, además de que el clínico debe estar al tanto de si evoluciona a una enfermedad severa. (Mesén Román & Vargas Calvo, 2022)

Metodología

La metodología utilizada para el presente trabajo de investigación, se enmarca dentro de una revisión bibliográfica de tipo documental, ya que nos vamos a ocupar de temas planteados a nivel teórico como es Manejo del dolor en pancreatitis aguda. La

técnica para la recolección de datos está constituida por materiales electrónicos, estos últimos como Google Académico, PubMed, Science direct, entre otros, apoyándose para ello en el uso de descriptores en ciencias de la salud o terminología MESH. La información aquí obtenida será revisada para su posterior análisis.

Resultados

Factores de riesgo

- Sexo masculino
- Obesidad
- Edad (40-60 años)
- Alcohol
- Hipertrigliceridemia
- Genéticos (mutación del gen mcp1)
- Condiciones metabólicas: cetoacidosis diabética, altos niveles de calcio en sangre, niveles de urea en sangre)
- Infecciones: virus coxackie b, ascariasis, hepatitis viral, VIH, varicela, citomegalovirus, Epstein bar, adenovirus, campilobacter yeyuni, tuberculosis” Venenos: alcohol metílico, órganos fosforados, veneno del escorpión. (Vera España & Olvera Velásquez, 2019)

Factores de Riesgo Asociados

- Litiasis biliar.
- Ingesta de comidas copiosas - grasosas.
- Ingesta excesiva de alcohol.
- Edad (> 55 años). Obesidad (IM > 30).
- Procedimientos invasivos: colangiopancreatografiaretrograda endoscópica. (Vera España & Olvera Velásquez, 2019)

Clasificación

- **PA intersticial edematosa:** Ocurre en 80-90% de los casos. Consiste en la inflamación aguda del parénquima pan-

creático y/o peripancreático sin tejido necrótico identificable por TCC. Resuelve durante la primera semana.

- **PA necrotizante:** Inflamación asociada a necrosis pancreática y/o peripancreática detectable por TCC. Es la forma más agresiva. (Vera España & Olvera Velásquez, 2019)

Predomina la forma leve o edematosa intersticial, abarcando el 80-90% de las presentaciones; de curso benigno, autolimitado, con una mortalidad inferior al 2%. En cambio, la forma grave o necrotizante (PAG), se presenta en el 10 a 20% de los casos, cursa con gran afectación propia y de las estructuras vecinas, así como importante repercusión órgano-sistémica, y una mortalidad de superior al 20- 30%”.

Se distinguen 2 fases, que pueden superponerse y son:

- La primera fase o fase temprana que remite en 1 semana y puede extenderse hasta por 2 semanas, caracterizada por el SRIS y/o FO.
- Fase tardía que dura semanas o meses y se caracteriza por signos sistémicos de inflamación, complicaciones locales y sistémicas, y/o FO persistente. (Vera España & Olvera Velásquez, 2019)

Clínica

- El dolor abdominal es la primera manifestación clínica. Se presenta como un dolor abdominal epigástrico de características intensas, constante, suele ser descrito como quemante y que usualmente se irradia “en banda” o “en cinturón” hacia la parte alta de la espalda y al hombro izquierdo; sin embargo, no es específico. En ocasiones, se presenta como dolor abdominal generalizado.
- La fiebre está presente en la mayoría de los casos, debido a la liberación masiva de citoquinas y en presencia del síndrome de respuesta inflamatoria sistémica

(SIRS). La anorexia, náuseas y vómitos suelen ser acompañantes típicos del cuadro agudo. (Navarro & Cordero, 2020)

Diagnostico

- El diagnóstico preciso de pancreatitis requiere dos de las siguientes tres características: dolor abdominal consistente con pancreatitis aguda, niveles de amilasa o lipasa sérica al menos 3 veces por arriba de su límite normal y hallazgos compatibles con pancreatitis en estudios de imagen, sea esta una TC o una Resonancia Magnética.
- La utilidad de la TC es limitada en pacientes que poseen alergias a medios de contraste IV, o que padecen de enfermedad renal.
- La principal indicación del ultrasonido abdominal es la valoración de la vía biliar en busca de colelitiasis y, para ello se considera el “gold standard”.
- La TC con medio de contraste o resonancia magnética se debe reservar para los siguientes contextos, los pacientes con diagnóstico incierto o como parte de la evaluación de diagnósticos diferenciales que lo ameriten, los que no mejoran o presentan deterioro clínico tras 48-72 horas de admisión hospitalaria, o que presente signos de sepsis que hagan sospechar infección de colección necrótica aguda. Pacientes con síntomas abdominales no concordantes y una amilasa o lipasa sanguínea discretamente elevada no deberían recibir un diagnóstico de pancreatitis aguda o crónica.
- El tripsinógeno-2 en orina es otra herramienta diagnóstica, ha sido utilizado desde 1996 para su diagnóstico, con una sensibilidad entre 68-94% y una especificidad de 87-97%, con un alto valor predictivo negativo (93.3%), interpretación fácil, rápida e inequívoca y su

utilidad radica en centros de salud que no dispongan de un laboratorio clínico. (Navarro & Cordero, 2020)

Manejo Actual

Hidratación intravenosa

- La resucitación con líquidos intravenosos de manera temprana, es la piedra angular del tratamiento de pancreatitis aguda. Sin embargo, su evidencia es de pobre calidad. Su objetivo es prevenir hipovolemia, principalmente por la formación de terceros espacios, y la hipoperfusión de órganos. Debido a esto, siempre se debe iniciar hidratación lo más pronto posible. La terapia dirigida a metas no ha demostrado mejoría en la mortalidad y en complicaciones; razón por la cual la AGA (Asociación Americana de Gastroenterología) la recomienda de manera condicional.
- La hidratación agresiva, definida como 250 mL a 500 mL por hora, solo es beneficiosa en las primeras 24 horas y a largo plazo genera complicaciones respiratorias y abdominales. La IAP (Asociación Internacional de Pancreatología) recomienda que la tasa de infusión de la resucitación inicial sea de 5-10 mL/kg/h (Grado 1B), ya que una infusión total de 2.5 a 4 litros en las primeras 24 horas, es suficiente para alcanzar las metas esperadas. Estas metas son: una frecuencia cardíaca 1 mL/kg/h y un valor de hematocrito entre 35 y 44% (Grado 2B).
- Con respecto a la elección de la solución de resucitación óptima, principalmente entre lactato Ringer y solución salina normal, la AGA no favorece una sobre la otra debido a que las dos resultan beneficiosas, basado en el pobre nivel de evidencia. La IAP recomienda el uso de lactato Ringer sobre solución salina normal (Grado 1B) basado en un estudio aleatorizado, donde esta dismi-

nuía más el desarrollo de falla orgánica en comparación a la solución salina normal. (Pérez & Arauz Valdes, 2020b)

Nutrición

- La AGA y la IAP recomiendan alimentación enteral de manera temprana, preferiblemente dentro de las primeras 24 horas, en casos de pancreatitis aguda leve, siempre y cuando el paciente pueda tolerarlo. De esta manera, se protege la barrera de la mucosa intestinal, reduciendo la translocación bacteriana. Se disminuye el riesgo de desarrollar necrosis pancreática infectada y la estancia hospitalaria del paciente.
- Al presentarse un caso severo, se recomienda reiniciar alimentación enteral entre 3 a 5 días. Por lo general, estos pacientes no toleran vía oral; por lo cual se propone la utilización de sonda nasogástrica o nasoyeyunal o iniciar nutrición parenteral total.
- Referente a la elección entre alimentación nasoenteral y nasoyeyunal, la AGA y la IAP indican que ambas pueden ser utilizadas por su eficacia similar (Grado 2A). No obstante, no se evidencia beneficio en la mortalidad en ninguna de las dos modalidades. (Pérez & Arauz Valdes, 2020b)

Analgesia

- El dolor asociado con pancreatitis aguda es el síntoma cardinal, y generalmente es severo. Por lo tanto, la analgesia adecuada toma parte fundamental del tratamiento. No hay un consenso definitivo acerca del analgésico de elección, y la eficacia de un tipo de medicamento sobre otro no está lo suficientemente clara. Es aceptable iniciar tratamiento intravenoso con acetaminofén.
- Si los agentes no opioides no generan alivio, debe iniciarse el uso de medicamentos opioides intravenosos como

morfina, fentanilo e hidromorfona, los cuales son efectivos y seguros. (Pérez & Arauz Valdes, 2020b)

Antibióticos

La profilaxis antibiótica para prevenir complicaciones infecciosas en pacientes con cualquier grado de severidad de pancreatitis aguda no es recomendada. La necrosis pancreática infectada es una complicación que aumenta drásticamente la mortalidad, por esta razón varios autores buscan encontrar la utilidad de la profilaxis antibiótica en una necrosis estéril.

El tratamiento antibiótico está indicado en infecciones extrapancreáticas como: colangitis, neumonía, bacteriemia, entre otras. Otra recomendación fuerte es la presencia de necrosis pancreática infectada, la cual debe sospecharse en pacientes con necrosis pancreática estéril confirmada y que no mejoran o deterioran en el periodo de una semana. Para iniciar antibioticoterapia, debe primero realizarse una aspiración con aguja fina guiada por TC y obtener material para cultivo y tinción Gram. Posterior a esto se puede iniciar el tratamiento empírico con carbapenémicos, quinolonas o metronidazol, cuyo perfil permite penetrar la necrosis pancreática, disminuyendo la mortalidad y la necesidad de intervenciones quirúrgicas. (Pérez & Arauz Valdes, 2020b)

Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica

En casos en los cuales se sospecha obstrucción biliar o colangitis, se debe realizar una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) con papilotomía, en las primeras 24 horas. (Álvarez-Aguilar et al., 2019)

Manejo quirúrgico

La realización de necrosectomía abierta se asocia con alta morbilidad (fístulas, diabetes, insuficiencia pancreática exocrina, hernias de pared abdominal en el 34 – 95 % de los casos) y mortalidad de hasta el 25 % en centros especializados (más alta cuando

se realiza de forma más temprana). Las técnicas menos invasivas permiten el drenaje con catéteres seguido de métodos de necrosectomía mínimamente invasivos (asistida por video) y se asocian con disminución de mortalidad, fallo multiorgánico, lesiones de pared abdominal, diabetes, insuficiencia pancreática exocrina, necesidad de terapia intensiva, días en cuidado intensivo y días de hospitalización.

Las técnicas endoscópicas se perfilan como el estándar de oro para manejo de las complicaciones locales de los pacientes con pancreatitis aguda. Aunque no se asocian a menor mortalidad que las técnicas percutáneas, las técnicas endoscópicas tienen mayor tasa de éxito, menor recurrencia, necesidad de reintervención y estancia hospitalaria. Actualmente se están utilizando varias técnicas de drenaje endoscópico como los stents o catéteres entre la colección y la cavidad gástrica, así como necrosectomía endoscópica directa.

Respecto a la colecistectomía en los casos de pancreatitis biliar, una revisión sistemática de 9 estudios con 998 pacientes con pancreatitis biliar, demostró que la colecistectomía temprana (en el mismo internamiento) se asocia con menor incidencia de admisiones recurrentes por pancreatitis, colecistitis y cólico biliar, con reportes de estas complicaciones hasta en el 25 - 30 % de los pacientes. La realización de este procedimiento no se asoció con mayores complicaciones transoperatorias, conversión a colecistectomía abierta o mortalidad.⁸⁰ Se debe realizar tras la recuperación en todos los pacientes con pancreatitis biliar, incluidos aquellos a los que se les realizó esfinterotomía endoscópica durante la hospitalización, en los casos leves en los primeros 7 días, y en los de mayor severidad o complicaciones locales, cuando se encontraran estables. (Álvarez-Aguilar et al., 2019)

Conclusión

La pancreatitis aguda es una de las fases más delicadas de los tipos de pancreatitis que existen dentro de la clasificación manejada por la comunidad médica, ya que tiene altas tasas de mortalidad si no existe un manejo adecuado. Este manejo comprende varias etapas: la reposición de líquidos por vía intravenosa dentro de las primeras 24 horas con la finalidad de obtener una frecuencia cardíaca 1 mL/kg/h y un valor de hematocrito entre 35 y 44%. En segundo término, la nutrición, recomendando la nutrición enteral en pancreatitis aguda leve las primeras 24 horas si el paciente la tolera y de 3 a 5 días en pancreatitis aguda con la utilización de sonda nasogástrica o nasoyeyunal o iniciar nutrición parenteral total. Tercera etapa el manejo del dolor, con la utilización de analgésicos como acetaminofén por nombrar uno, de no lograr la disminución del dolor se recomienda el uso de medicamentos opioides intravenosos como morfina, fentanilo e hidromorfona. Cuarta etapa el manejo de antibióticos, está indicado en infecciones extrapancreáticas como: colangitis, neumonía, bacteriemia, necrosis pancreática infectada, entre otras, pudiéndose emplear carbapenémicos, quinolonas o metronidazol. Quinta etapa en caso de sospecha de obstrucción biliar o colangitis, se recomienda Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica y por último el manejo quirúrgico con necrosectomía o colecistectomía dependiendo del tipo de caso.

Bibliografía

- Álvarez-Aguilar, P. A., Dobles-Ramírez, C. T., Álvarez-Aguilar, P. A., & Dobles-Ramírez, C. T. (2019). Pancreatitis aguda: fisiopatología y manejo inicial. *Acta Médica Costarricense*, 61(1), 13–21. http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022019000100013&lng=en&nr=iso&tlng=es
- Garro Urbina, V., & Thuel Gutiérrez, M. (2020). Diagnóstico y tratamiento de pancreatitis aguda. *Revista Médica Sinergia*, 5(7), e537. <https://doi.org/10.31434/rms.v5i7.537>

- Matanó, R., Mazza, O., Guidi, M., Curvale, C., Pasqua, A., Hwang, H. J., & Canicoba, M. (2019). Actualización en el manejo inicial de la pancreatitis aguda. *Acta Gastroenterológica Latinoamericana*, 49(4), 307–323.
- Mesén Román, M., & Vargas Calvo, M. (2022). Generalidades de la pancreatitis aguda. *Revista Médica Sinergia*, 7(5), e809. <https://doi.org/10.31434/rms.v7i5.809>
- Navarro, R. G., & Cordero, G. A. S. (2020). Actualización en el diagnóstico y manejo de la pancreatitis aguda. *Revista Ciencia y Salud Integrando Conocimientos*, 4(5), ag-51.
- Pérez, F., & Arauz Valdes, E. (2020a). Pancreatitis Aguda: Artículo de Revisión Acute Pancreatitis: A Review Article. *Rev Méd Cient.*, 33, 67–88. <https://doi.org/10.37416/rmc.v33i1.570>
- Pérez, F., & Arauz Valdes, E. (2020b). Pancreatitis Aguda: Artículo de Revisión. *Revista Médico Científica*, 33, 67–88. <https://doi.org/10.37416/rmc.v33i1.570>
- Revelo, M. E. R., Piedra, P. A. Y., Paredes, P. R. Z., & Obregón, A. E. N. (2020). Recomendaciones en el manejo actual de la pancreatitis aguda. *RECI-MUNDO*, 4(2), 86–93. [https://doi.org/10.26820/recimundo/4.\(2\).mayo.2020.86-93](https://doi.org/10.26820/recimundo/4.(2).mayo.2020.86-93)
- Vera España, G. L., & Olvera Velásquez, J. V. (2019). Manejo terapéutico, complicaciones de la pancreatitis aguda en adultos. Universidad de Guayaquil.

CITAR ESTE ARTICULO:

Rodríguez Rodríguez, R. D., Zambrano Cevallos, K. M., Lucas Delgado, M. S., & Reyes Sanchez, Y. V. (2022). Manejo del paciente con pancreatitis aguda. *RECIAMUC*, 6(4), 136-143. [https://doi.org/10.26820/reciamuc/6.\(4\).octubre.2022.136-143](https://doi.org/10.26820/reciamuc/6.(4).octubre.2022.136-143)



CREATIVE COMMONS RECONOCIMIENTO-NOCOMERCIAL-COMPARTIRIGUAL 4.0.