

GUÍAS CLÍNICAS DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO SERVICIO DE TERAPIA INTENSIVA CENTRAL

2.- PANCREATITIS AGUDA

2.1. Introducción

La pancreatitis aguda se define, como un proceso inflamatorio agudo y difuso del páncreas producido por la activación intraparenquimatosa de enzimas digestivas, con afección variable de otros tejidos regionales y de órganos y sistemas remotos.

2.2 Pancreatitis aguda CIE 10 (K 86.0)

2.3 Diagnóstico clínico

Dolor epigástrico, náusea, vómito, anorexia, fiebre, hipotensión, taquicardia, ictericia, hipo ventilación pulmonar, equimosis peri umbilical (signos de Cullen), equimosis en región bilateral (signo de Grey- Turner), ausencia de peristaltismo, dolor a la palpación, masa abdominal, puntos pancreático positivos: Desjardins y zona de Chauffard y Rivet, zona de Orlowki y punto de Murphy.

2.4 Datos de laboratorio y gabinete

Amilasa sérica elevada 3 veces su valor normal. Lipasa sérica elevada 2 veces su valor normal. Índice amilasa/lipasa > 2. Aumento de enzimas hepáticas 3 veces su valor normal. Hipertrigliceridemia mayor a 1000 mg/dl. Disminución del calcio sérico. Gasometría arterial. Factores pronósticos: 1) EB $\leq$ -3 mis/L o TAS < 80 mmHg, 2) PaO₂ $\leq$ 60 mmHg (aire ambiente) o necesidad de VM, 3) BUN $\geq$ 40 mg/dL, Cr $\geq$ 2 mg/dL y oliguria (< 400 mL/día. 4) DHL $\geq$ 2 veces el valor normal. 5), Plaquetas $\leq$ 100, 000/mm³, 6) Ca $\leq$ 7.5 mg/dL, 7) PCR >15 mg / dL, 8) Número de criterios SIRS $\geq$ 3, 9) Edad $\geq$ 70 años. EKG con prolongación del QT por hipocalcemia. Placa simple de abdomen con separación gastrocólica >3 cm, colon cortado, asa centinela, abdomen silencioso o en vidrio despulido. Radiografía de tórax con derrame pleural izquierdo. atelectasias basales y edema pulmonar generalizado (SDRA). La TAC de abdomen es el estudio de elección para pancreatitis. La mitad de las muertes ocurren en las 2 primeras semanas y se asocian a FOM. Las muertes tardías se relacionan más a complicaciones infecciosas.

2.5 Indicaciones terapéuticas

Fluido terapia para mantener una TAM $\geq$ 65 mmHg, diuresis $\geq$ 0,5 ml/kg/h. Monitorizar FC, TA, diuresis, SaO₂, PVC, Ca, K, glucosa (**Recomendación A**). Analgesia (**Recomendación A**). La aspiración gástrica se utiliza de manera selectiva para los pacientes con obstrucción intestinal, íleo y náuseas intensas (**Recomendación D**). Los antagonistas H₂ y los IBP se deben considerar para las personas con lesiones agudas de la mucosa gástrica o con sangrado gastrointestinal. Los antibióticos profilácticos no deben usarse rutinariamente, en los casos leves, la incidencia de complicaciones infecciosas es baja, en casos severos los meta análisis tienen resultados contradictorios (**Recomendación B**) y si se utilizan se recomienda aquellos de amplio espectro con buena penetración en páncreas y tejidos peri pancreáticos (quinolonas, carbapenem).

La profilaxis anti fúngica está todavía por determinarse en la actualidad (**Recomendación C2**). El uso clínico de inhibidores de la proteasa (aprotinina, gabexate mexilate) es incierto aún (**Recomendación C1**). La hemodiafiltración continua con membrana de polimeitlmetacrilato tiene la ventaja de retirar varias citokinas disminuyendo el SIRS (**Recomendación C1**). La alimentación enteral precoz con especial atención al íleo o a la isquemia intestinal/necrosis, disminuye la incidencia de complicaciones infecciosas y acorta la estancia hospitalaria y reduce los costos médicos (**Recomendación B**). Es mejor que la NP. Existen estudios que muestran resultados similares con alimentación por SNG que con SNY. La adición de glutamina, arginina, omega 3, o prebióticos no ha demostrado eficacia. La TAC con contraste identifica mejor la necrosis pancreática y algunas complicaciones de cáncer de páncreas.

Pancreatitis biliar- Para su Dx. es fundamental la historia clínica, análisis de sangre (elevación de GPT, bilirrubinas, FA, TGP, TGO) y ecografía externa (Recomendación A). Se pueden indicar la endoscopia urgente y la CPRE con o sin esfinterotomía (también en colangitis). La colecistectomía se debe hacer inmediatamente tras la remisión de la pancreatitis. (**Recomendación B**). La Pancreatitis necrotizante se desarrolla en 10 - 20% de los pacientes con pancreatitis aguda y su mortalidad alcanza el 15 - 20%.

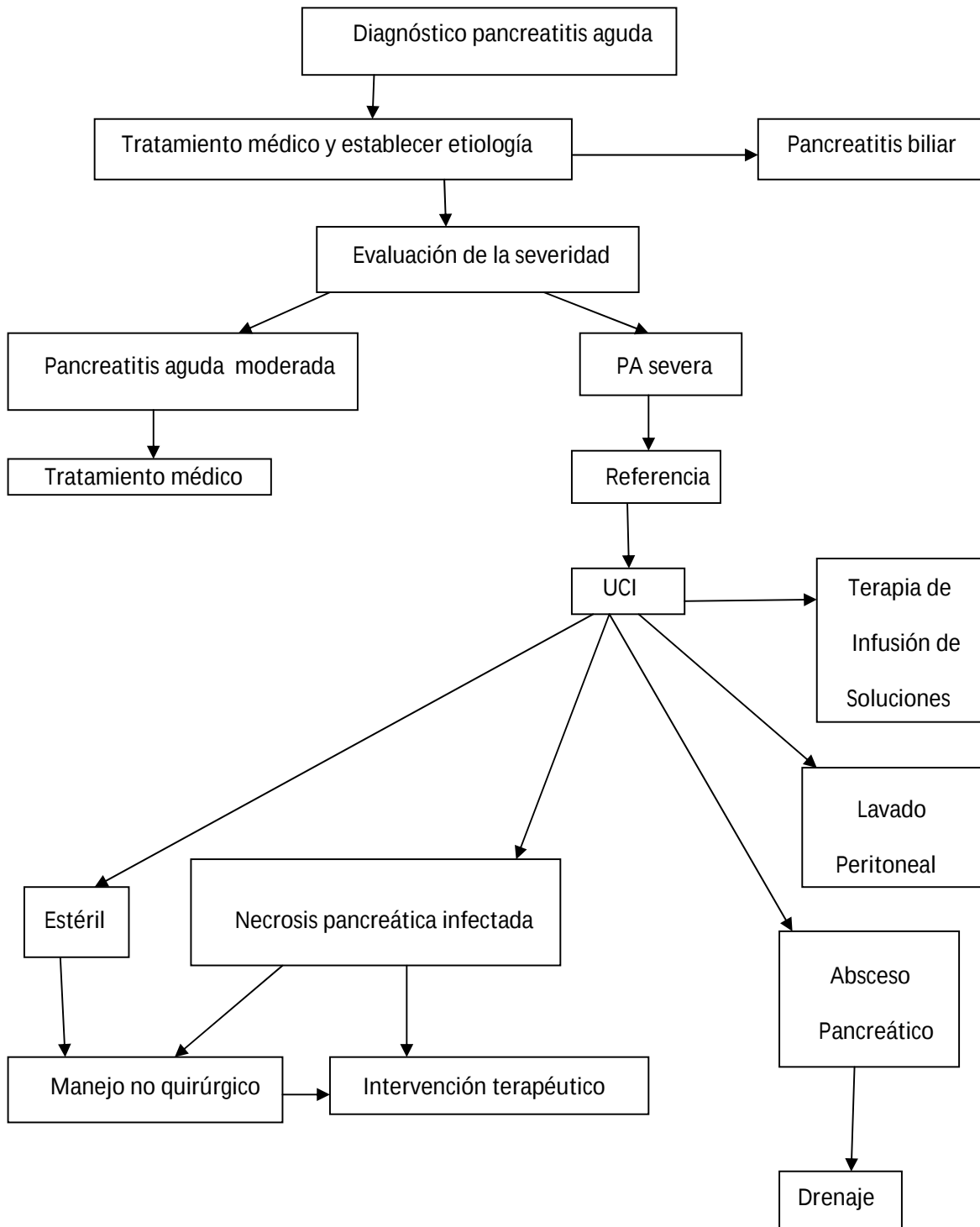
GUÍAS CLÍNICAS DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO SERVICIO DE TERAPIA INTENSIVA CENTRAL

La infusión arterial regional continúa de inhibidores de la proteasa y/o antibióticos pueden potencialmente disminuir la mortalidad de la pancreatitis aguda necrotizante y la incidencia de complicaciones infecciosas (**Recomendación C1**). La necrosis pancreática infectada consiste en fiebre, leucocitosis, elevación de la PCR, hemocultivo positivo, presencia intraabdominal de gas y la aspiración con aguja fina es útil para su diagnóstico (**Recomendación A**), deben realizarse intervenciones percutáneas, endoscópicas, laparoscópicas o quirúrgicas (**Recomendación B**). El tratamiento de la pancreatitis necrótica estéril es médico (**Recomendación B**). Los casos estables se continúan con tratamiento conservador con antimicrobianos (**Recomendación C1**).

La cirugía temprana no se recomienda para la pancreatitis necrótica debido a la elevada mortalidad (**Recomendación D**). La cirugía debe realizarse lo más tarde que sea posible (**Recomendación C1**). En necrosis pancreática infectada se recomienda necrosectomía. (**Recomendación A**). En caso de absceso pancreático, se recomienda drenaje (percutáneo, endoscópico, o quirúrgico) (**Recomendación B**), si no hay mejoría clínica con el drenaje percutáneo o endoscópico es recomendable el drenaje quirúrgico. En los casos de pseudoquiste pancreático, cualquier tratamiento debe ser seleccionado caso por caso en función de la comunicación entre el quiste y el conducto pancreático y la relación posicional con la pared gastrointestinal (**Recomendación A**).

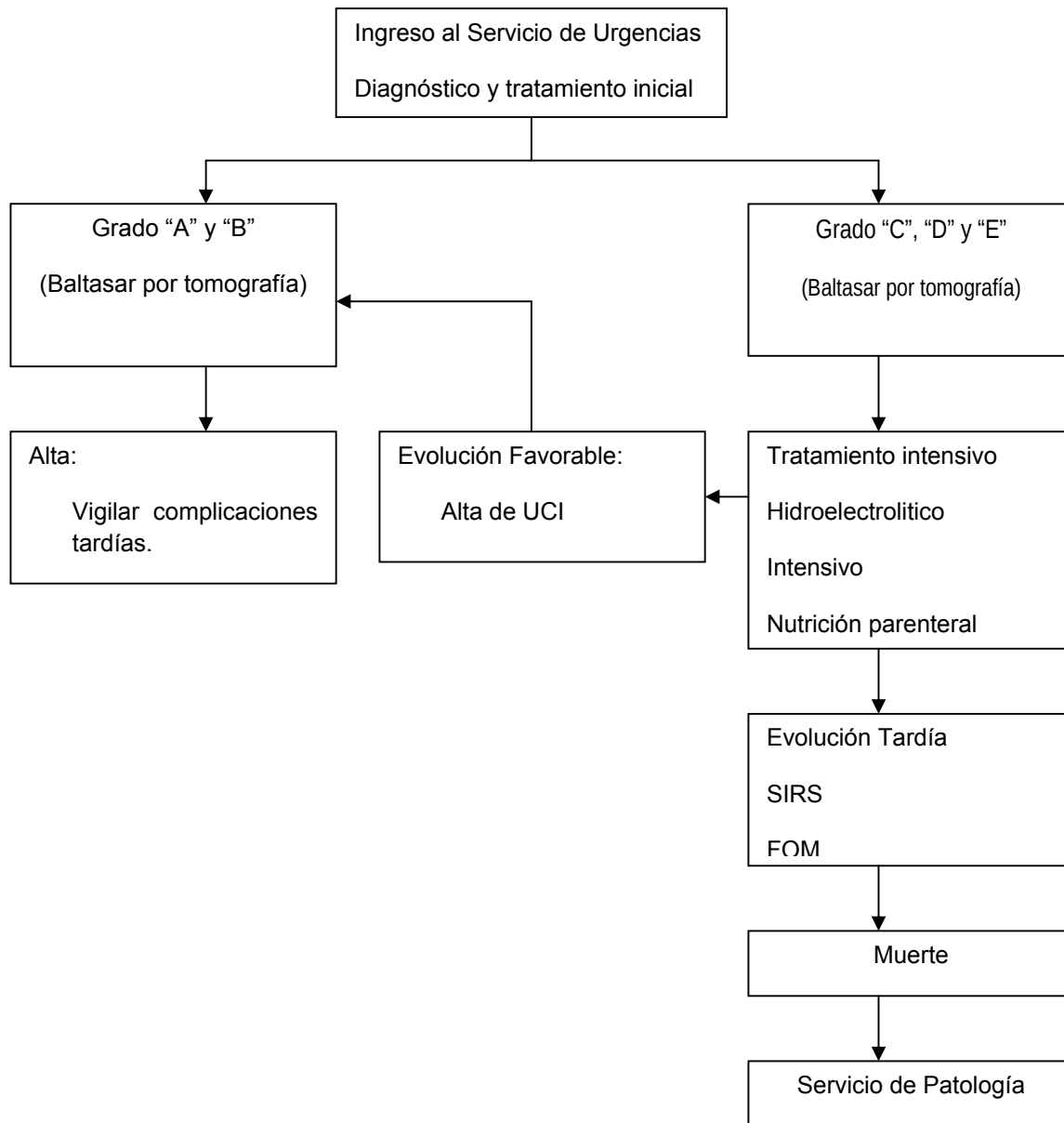
GUÍAS CLÍNICAS DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO
SERVICIO DE TERAPIA INTENSIVA CENTRAL

2.6 Diagrama de Flujo



**GUÍAS CLÍNICAS DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO
SERVICIO DE TERAPIA INTENSIVA CENTRAL**

PANCREATITIS AGUDA



2.7 Bibliografía

- 1.- Paaul Georg Lankisch Treatment of Acute pancreatitis: An Attempted historical Review. *Pancreatology* 2010; 10:134-141.
- 2.- Wada. Treatment strategy for acute pancreatitis *Hepatobiliary Sci* 2010 17:79-86.
- 3.- Peng. Critical Illness-related corticosteroid insufficiency in patients with severe acute biliary pancreatitis. *Critical Care Vol. 13 No 4 24 julio 2009* 1-8
- 4.- S Rickes and C Uhle. Advances in the diagnosis of acute pancreatitis. *Post grad Med J* 2009 85: 208-212
- 5.- T Zhihui, Y Wenkui, L Weiqin, et al. Arandomised clinical trial of transnasal endoscopy versus fluoroscopy for the placement of nasojejunal feeding tubes in patients with severe acute pancreatic *Post grad Med J* 2009 85: 59-63