

1. PANCREATITIS AGUDA

2. TEMA 57

3. CODIGO DE CIE-10: K85 PANCREATITIS AGUDA K860 PANCREATITIS CRONICA INDUCIDA POR EL ALCOHOL K862 QUISTES DEL PANCREAS

4. RESPONSABLE: JORGE ANTONIO CUBIDES AMEZQUITA¹. MARIANA GARBIRAS SERRANO².

DEFINICION: Pancreatitis aguda es una enfermedad inflamatoria aguda no infecciosa del páncreas. Ocasionada por liberación de sus propias enzimas ya activadas dentro del mismo tejido pancreático. Todas las causas siempre llevan a la autodigestión con la consecuente inflamación que puede ser local o llegar a ser sistémica.

Alrededor del 80% de los casos de pancreatitis cursan con cuadros leves con mejorías clínicas entre las 48 a 72 horas. El 20% restante son cuadros severos con complicaciones como necrosis, infección de tejido pancreático neurótico, choque séptico, disfunción orgánica múltiple, muerte.

La pancreatitis aguda leve (APACHE II menor de 8) está asociada con una disfunción mínima de los órganos y se acompaña de recuperación total, y carece de los hallazgos que se describen para la pancreatitis aguda severa (APACHE II mayor de 8) la cual se asocia con fallas de órganos y/o complicaciones locales como la necrosis, el absceso o el pseudoquiste.

5. CARACTERIZACION EPIDEMIOLOGICA: La incidencia 150-420 casos clínicos diagnosticados por millón de personas. No hay diferencia de edad en apariciones pero la severidad y el riesgo de muerte varía dependiendo de edad, sexo, raza, el índice masa corporal. La mortalidad en casos de pancreatitis severa es aproximadamente del 10%, con necrosis de tejido pancreático llega al 20%. Asociado a disfunción orgánica múltiple la mortalidad puede llegar al 50%. El predictor de mortalidad es la falla orgánica mayor de 48 horas en la primera semana de hospitalización. El 50% de las muertes en pacientes con pancreatitis severa ocurre durante la primera semana de enfermedad en ausencia de complicaciones locales.

CAUSAS:

- a. Enfermedad litiasica biliar (colecistitis, coledocolitiasis, microlitiasis)³. Ascaris en vía biliar.
- b. Consumo de alcohol (dosis dependiente)
- c. Hipertrigliceridemia e hipercalcemia
- d. Trauma abdominal, cirugía abdominal, post colangiografía endoscópica retrograda.
- e. Obstrucción del conducto pancreático: Tumores pancreáticos.
- f. Genéticas: pancreatitis hereditaria.
- g. Infecciones virales: HIV, adenovirus, coxsackie, parotiditis, hepatitis.
- h. Idiopática: <10%.
- i. Medicamentos: Didanosine, ácido valproico, sulfamidas, tetraciclinas, tamoxifeno, 6-mercaptopurina, furosemida, esteroides, aminoglucósidos, metronidazol, IECAS, azatioprina.
- j. Tóxicos: Organosfosforados

6. DIAGNOSTICO CLINICO: Se presenta:

- a. Dolor abdominal de inicio súbito en epigástrico y severo que generalmente se irradia a dorso (que se presenta con un pico máximo una hora después del inicio). Presente en el 90 a 95% de los casos.

¹ Médico Cirujano de la Universidad Nacional, Especialista en Auditoría de Servicios de Salud, Especialista en Gerencia Hospitalaria, Líder de Programa de Servicios Ambulatorios de Urgencias y Consulta Externa del Hospital de Yopal ESE.

² Médico Interno Hospital de Yopal, Universidad Nacional.

³ Junto con el consumo de alcohol corresponden el 80% de las causas de las pancreatitis.

- b. Anorexia presente en el 85%.
- c. Náuseas y vómito presente en el 70% de los casos.
- d. Ruidos intestinales disminuidos en el 60%.
- e. Fiebre en el 60 a 80%
- g. Ictericia del 15 al 20%
- h. Choque en el 15 a 20% de los casos.

Signos como:

- a. Signo de Grey–Turner: equimosis en flancos (hemorragia retroperitoneal).
- b. Signo de Cullen: equimosis peri umbilical (hemorragia retroperitoneal)

Estos últimos dos no son tan específicos, son raros y aparecen después de 48 horas de hemorragia.

En procesos inflamatorios con repercusión sistémica se puede presentar manifestaciones secundarias a la pérdida de líquido intravascular al crearse un tercer espacio peripancreático y peritoneal con manifestaciones de hipovolemia y de diferentes grados de deshidratación, con disminución del gasto urinario y que puede llevar a falla renal. La misma inflamación endotelial con aumento de la permeabilidad capilar puede desencadenar disfunción de varios órganos especialmente a nivel pulmonar.

7. DIAGNOSTICO PARACLINICO: Las pruebas que son más específicas para la pancreatitis aguda son medir los niveles péptido activador de tripsinogénico. Sin embargo ayudan al diagnóstico los siguientes:

- a. Amilasa⁴: Los niveles > de 3 veces el límite superior del normal (E: 95% - S: >72%). Esta aumenta 12 horas después del inicio de la sintomatología y su pico máximo se da 48 horas. Su elevación esta más relacionada con causas de origen biliar. Su sensibilidad es baja por cuanto disminuye a los 2-3 días. Puede no estar elevada en pancreatitis por hipertrigliceridemia. La especificidad se ve afectada al evidenciarse niveles elevados en casos de úlceras pépticas perforadas, obstrucción intestinal, apendicitis perforada, isquemia mesentérica, aneurisma roto, colecistitis, embarazo ectópico roto, falla renal, parotiditis, TEP, neumonía, IAM, CAD.
- b. Lipasa: Es más específico que la amilasa. Los niveles se elevan y son paralelo a las elevaciones de la amilasa. Su pico es a las 48 horas. Puede durar elevado por más de una semana. Una elevación >4 veces de lo normal tiene E: 95% y S: 55-100%. Pueden presentarse falsos positivos en falla renal, colecistitis aguda, hipertrigliceridemia.
- c. ALT (Alaninotransferasa) si esta elevada 2-3 veces el valor normal nos orienta a origen biliar.
- d. Ecografía abdominal se usa para confirmar el diagnóstico o encontrar complicaciones que asociadas. Es más sensible que la TAC y RNM en paciente no obesos para detectar barro biliar.
- e. TAC Abdominal Contrastado: Utilizado en pacientes con cuadros severos o complicados. Identifica morfología, colecciones retro peritoneales y necrosis pancreática.
- f. RNM: S: 83% y E: 91% para detectar una disrupción del conducto pancreático.

De rutina en la AIU se solicitará amilasa sérica (si esta es negativa y existe sospecha de pancreatitis alta o se sospecha como causa origen alcohólico se solicitará lipasa sérica), ecografía abdominal. Adicional a hemograma (HCTO mayores a 44 al ingreso y la persistencia de estos posterior a las 24 horas son signos ominosos de necrosis pancreáticas), PCR (tiene importancia en la predicción de la severidad. Valores al ingreso mayores de 11 mg/dl, >15 mg/dl a las 48 horas, >20 mg/dl a las 72 horas son altamente sugestivos de lesiones desfavorables y necrosis pancreáticas), Glicemia (niveles mayores a 150 mg/dl es predictor de severidad), Creatinina, BUN, perfil hepático⁵ (la elevación de las bilirrubinas, fosfatasa alcalina, y especialmente la alaninotransferasa -o GTP- en 3 veces el límite superior orientan a origen biliar de la pancreatitis). Se solicitan triglicéridos en busca de aclarar causa de pancreatitis (niveles mayores a 1,000 g/dl orientan como causa de pancreatitis)

⁴ Falsos negativos se da en: Mediciones tempranas de pancreatitis alcohólicas, mediciones tardías de pancreatitis biliar, en necrosis pancreáticas muy extensas o daño pancreático previo.

⁵ Incluye la fosfatasa alcalina, bilirrubinas, transaminasas.

En casos severos se solicitara TAC abdominal, electrolitos (hipocalcemia es predictor de severidad e indicador de aumento de permeabilidad capilar, examen de ingreso menor de 7,28 mg/dl presenta una S: 67% y E:94%), radiografías de abdomen y tórax.

CRITERIO DE SEVERIDAD: Estos se empiezan a determinar desde el ingreso del paciente y de manera rápida y orientadora con la PCR, HIPOCALCEMIA, GLICEMIA, HCTO. Adicional a IMC⁶ mayor a 30 y edad mayor a 70.

Pero hay escalas mucho mas precisas para determinar la predicción de la severidad que no son objeto de aplicación en esta guía como:

- a. APACHE II: Se utiliza para evaluar lo paciente que necesitan UCI. se basa en el estado de salud anterior, la edad y 12 medidas fisiológicas. Para establecerlo se deben tomar los siguientes paraclínicos de rutina: gases arteriales, electrolitos, creatinina, hemograma.
- b. Criterios de Ranson.
- c. Índice de severidad por TAC (BALTHAZAR)
 - A Páncreas normal
 - B Páncreas aumentado de forma difusa o local sin alteración de densidad parenquimatosa
 - C Cambios de densidad parenquimatosa o colección peri pancreática
 - D Colección única
 - E Dos o más colección o la presencia de gas.

8. PROTOCOLO DE TRATAMIENTO: Manejo de ABC.

- a. Nada de vía oral. Sonda nasogástrica⁷ sospechando el íleo o gastroparesia secundaria.
- b. Hidratación intravenosa: Basales de 35 a 40 cc/kg/24h mas perdidas, llegando ha requerir hasta inclusive 8 L para las 24 horas. Tener presente la posibilidad de existencia de tercer espacio e igualmente el vigilar una adecuado gasto urinario de 1 cc/kg/h en paciente sin lesion renal.
- c. Suplemento de oxigeno para mantener una saturación mayor del 93%.
- d. Analgesia: Con AINES o meperidina. Los opioides solo se usan en pancreatitis severas.
- e. Protección gástrica con Omeprazol 40 mg al dia.
- f. Monitorización continua, control de electrolitos, temperatura, función renal, respiratoria, cardiovascular, gasto urinario.
- g. Los antibióticos no son utilizados en casos leves. En pancreatitis severa son utilizados de manera profiláctica. Los germenos potencialmente existentes son: **Gram (-):** E. Coli, Enterobacterias; **Gram (+):** enterococo y S. Aureus; **Anaerobios:** Bacteroides fragilis. La infección es polimicrobiana y los antibioticos de uso son Ciprofloxacina 400 mg IV c/12 h mas Metronidazol 500 mg IV c/6 h.
- h. Si paciente ingresa en shock las medidas de tratamiento van dirigidas a optimizar el aporte, difusión y transporte de oxigeno hasta la célula, lo cual se debe garantizar mediante: 1) la administración de O₂ y la ventilación mecánica, 2) reposición adecuada de la volemia 3) concentración de Hb entre 7 y 9 gr/dl, 4) corrección de la acidosis 5) uso de aminas vasoactivas: dopamina, noradrenalina, dobutamina, 6) vasopresina: ante la ausencia de respuesta a la restitución adecuada de volumen y a las catecolaminas (shock refractario). Estas medidas requieren ingreso a la UCI.
- i. Valoración y manejo por la especialidad de Cirugía General.
- j. Inicio de tratamiento de causas reversibles.

Las indicaciones de cirugía son:

- a. Necrosis pancreática infectada (Balthazar E).
- b. Absceso Pancreático.
- c. Síndrome compartimental intraabdominal.

⁶ IMC: Índice de Masa Corporal.

⁷ Pacientes con distensión abdominal o vomito.

El paciente debe ser observado mínimo 48 horas y de acuerdo a criterios de severidad se define el manejo.

Todo paciente con dolor severo, vomito, deshidratación y signos que indiquen pancreatitis aguda severa se debe hospitalizar.

Se recomienda manejo médico no intervencionista inicialmente, con cuidadosa monitoria clínica, de laboratorio y de imágenes, especialmente TAC, y la aplicación de los criterios de gravedad de Ranson, APACHE II o similares, como indicación de pronóstico y para decisión sobre admisión a Unidad de Cuidado Crítico que se hace de acuerdo a los criterios utilizados para evaluación (APACHE II >8)

9. TIEMPO PROMEDIO DE ESTANCIA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS: No mayor a 48 horas. Donde se debe tener ya criterios de ingreso a UCIN o a Hospitalización.

10. TRATAMIENTO AMBULATORIO: Todos los pacientes deben ser hospitalizados, ninguno egresara de urgencias de manera directa.

11. PARAMETROS QUE CONFORMAN LA AIU: Incluye toda la atención desde el ingreso hasta estabilización hemodinámica. La totalidad de los paraclínicos relacionados en el numeral 7 y tratamiento del numeral 8.