
Evaluación del manejo de pancreatitis aguda en la UCI del Hospital “Dr. Teodoro Maldonado Carbo” del IESS.

Assessment of acute pancreatitis handling in ICU at “Dr. Teodoro Maldonado Carbo” IESS hospital.

Douglas Álvarez Sagubay *
Ricardo Soto Espinoza **
Rosa Sornoza Aguilera ***

RESUMEN

Se presenta un estudio retrospectivo, analítico de pacientes diagnosticados con pancreatitis aguda y atendidos en la UCI del hospital “Dr. Teodoro Maldonado Carbo” del IESS, durante el período comprendido entre mayo de 2001 a agosto de 2002. Se estudiaron 31 pacientes, utilizándose las siguientes variables: edad, sexo, antecedentes patológicos de importancia, etiología, esquema antibiótico utilizado, criterios de Ranson, Criterios de Balthazar, complicaciones, mortalidad y días de hospitalización. El grupo de edad más afectado fue el de mayor de 60 años. El sexo masculino predominó. La etiología en su mayor porcentaje fue relacionada con problemas biliares. La enfermedad del tracto biliar fue el antecedente de importancia. El esquema antibiótico utilizado fue el de las cefalosporinas de tercera generación más quinolonas. El mayor número de pacientes tuvo 2 criterios de Ranson a su ingreso; así mismo la mayoría presentó grado B de acuerdo a los criterios de Balthazar. Las complicaciones sistémicas tuvieron mayor frecuencia. La tasa de mortalidad fue baja y los días de hospitalización fluctuaron entre 11 a 20 días aproximadamente.

Palabras clave: Criterios de Ramson. Criterios de Balthazar. Tracto biliar.

Summary

We present an analytical retrospective study of patients diagnosed with acute pancreatitis which were checked in the ICU at “Dr. Teodoro Maldonado Carbo” IESS Hospital, from May 2001 to August 2002. 31 patients were analyzed. Variables such as: age, sex, important pathological records, etiology, antibiotic scheme used, Ranson and Balthazar criteria, complications, mortality and hospitalization days were considered. The 60+ year-old group was the most affected, especially males. A greater percentage of etiology was related to biliary complications being the biliary tract disease an important medical history. The antibiotic scheme used was the third generation cephalosporins and quinolones. A greater number of patients presented two Ranson criteria when admitted; as well as B degree according to Balthazar criterion. Systemic complications were more frequent. The mortality rate was low and the hospitalization days were between 11 to 20 days approximately.

Key words: Ramson criterion, Balthazar criterion, Biliary tract.

Introducción

Interesante resulta realizar una revisión del acontecer médico en el tema del páncreas como órgano amenazador y amenazado, se podría errar e incurrir en omisión, el intentar una cifra progresiva, aparentemente completa, de todos aquellos investigadores del tema que han recorrido este camino, por eso con prudencia partimos de Fitz⁹ en 1889 y luego Norman¹¹ en 1925, sobre la naturaleza de la pancreatitis aguda “una de las más severas de todas las patologías que afectan a las vísceras abdominales”.

La presentación clínica de la pancreatitis aguda puede variar desde episodios leves autolimitados de disconfort hasta enfermedad severa sistémica, asociada con secuestros de líquidos, trastornos metabólicos, hipotensión, sepsis y muerte⁶. Por condiciones de pancreatitis leve o autolimitada, la mortalidad debería aproximarse hasta el 100%. Tempranamente en el curso de la pancreatitis aguda la muerte es probablemente causada con mayor frecuencia por complicaciones pulmonares, mientras que, en el paciente que muere luego de la primera semana de hospitalización, la infección y el fallo orgánico multisistémico contribuyen en la mayor parte de los casos fatales^{15,16}.

* Médico Posgradista de Medicina Interna, hospital “Teodoro Maldonado Carbo”, Guayaquil – Ecuador.

** Médico tratante, servicio de Urgencias del hospital “Teodoro Maldonado Carbo”, Guayaquil – Ecuador.

*** Médico tratante, hospital “Roberto Gilbert Elizalde”, Guayaquil – Ecuador.

El reconocimiento de la causa de una pancreatitis es útil tanto para el manejo cuanto para predecir complicaciones²⁴. Las causas más comunes son el alcohol y la enfermedad del tracto biliar, mientras que las complicaciones, pueden desarrollarse a través de una pancreatitis aguda de cualquier causa^{2,3}. La pancreatitis desarrollada luego de cirugía parece estar asociada con la mayor mortalidad y morbilidad³.

El diagnóstico de pancreatitis se basa en la presentación clínica y hallazgos combinados de laboratorio y radiográficos^{6,7,18}. La TAC abdominal con contraste dinámico es el más sensible test de imagen no invasivo y es útil para predecir las complicaciones de la enfermedad^{4,5,22}.

Las complicaciones de la pancreatitis aguda pueden ser divididas en tres etapas^{9,10,12}. Las tempranas se desarrollan dentro de las primeras horas, hasta la primera semana; incluyen el shock asociado con un secuestro masivo de líquidos que, si no se trata rápidamente, el enfermo puede sufrir de severa acidosis, trastornos electrolíticos y de líquidos hasta el fallo renal.

Las complicaciones pulmonares son la causa líder de muerte dentro de los primeros siete días^{14,17,20}. La afectada capacidad de difusión, disminuida compliance, incremento de la resistencia de la vía aérea y disminuida capacidad vital, son las más comunes anomalías en la fisiología respiratoria de estos enfermos.

Todos los pacientes con severa pancreatitis deberían recibir oxígeno suplementario y cuidadoso monitoreo de la saturación de oxígeno, intubación endotraqueal y presión positiva al final de la espiración, se requieren en el curso de la insuficiencia pulmonar progresiva¹.

Las complicaciones de la pancreatitis aguda desarrollada en el curso leve de la enfermedad, son casi exclusivamente relacionadas con la infección pancreática secundaria¹⁸. Sin embargo, los estudios retrospectivos y prospectivos sugieren que los antibióticos no están indicados en el tratamiento rutinario de la pancreatitis leve a moderada; los antibióticos profilácticos pueden reducir la frecuencia de complicaciones infecciosas. El clásico hallazgo de burbujas aéreas en una colección de fluido peripancreático, es diagnóstico de infección pancreática secundaria.

La aspiración percutánea con aguja para tinción de Gram y cultivo ha mostrado ser altamente sensible para la determinación de estas infecciones^{19,25}. El método óptimo para el manejo quirúrgico es una laparotomía exploratoria con debridamiento y manejo abierto^{21,26}.

Universo y muestra

Corresponde a todos los pacientes con diagnóstico de pancreatitis aguda atendidos en la unidad de cuidados intensivos del hospital "Dr. Teodoro Maldonado Carbo" del IESS, Guayaquil, en el período comprendido entre mayo de 2001 a agosto de 2002".

Materiales y métodos

Se realizó un estudio retrospectivo, analítico, de pacientes con diagnóstico de pancreatitis aguda en la unidad de cuidados intensivos del hospital "Dr. Teodoro Maldonado Carbo" del IESS, Guayaquil, en el período comprendido entre mayo de 2001 a agosto de 2002, de una base de datos donde se registra a los pacientes atendidos en la UCI del referido hospital; se obtuvo la información necesaria de aquellos con diagnóstico clínico de pancreatitis aguda, basándose en un cuadro clínico concordante con dolor abdominal, asociado a aumento de amilasa tres veces el valor normal; la severidad y pronóstico de ésta se estableció por imagenología (TAC), catalogada en base a los criterios de Balthazar y clínicos así como de laboratorio, según Ramson.

Desde mayo de 2001 a agosto de 2002 se evaluaron un total de 31 pacientes con pancreatitis aguda; en todos se instauró manejo conservador con líquidos endovenosos, analgésicos y antibióticos.

Resultados

1. El total de pacientes diagnosticados con pancreatitis aguda y atendidos en la Unidad de Cuidados Intensivos durante el estudio fue de 31; si tomamos como base que durante este período ingresaron un total de 265 pacientes a esta unidad, el porcentaje de pancreatitis atendida es el 11,70%; lo que indica que esta patología es de una frecuencia significativa en esta institución.

2. El grupo de edad más afectado fue el comprendido por los mayores de 60 años con un total de 16 pacientes que significó el 51,62%; el grupo menos afectado fue el que involucró entre los 20 a 40 años con un total de 6 pacientes, con un porcentaje del 19,35%. Con una media de 50 años, lo que guarda relación con lo citado por la literatura mundial que indica que la incidencia se incrementa con la edad y mayor compromiso orgánico, tabla 1.

Tabla 1
Distribución por grupos de edad

Pacientes/edad	Número		Porcentajes
	H	M	
20-39	6	(4-2)	19,35%
40-60	9	(6-3)	29,03%
>60	16	(8-8)	51,62%
Total	31	(18-13)	100%

Fuente: Departamento de estadística del hospital "Dr. Teodoro Maldonado Carbo".

3. En cuanto al sexo, se detectó que la mayor incidencia la tuvieron los varones con un total de 18 pacientes (58,07%) en relación al sexo femenino 13 (41,93%), tabla 2. Globalmente y según la epidemiología, la mayor frecuencia recae en los hombres, lo cual también es aceptada por los estudios realizados por otros autores.

Tabla 2
Distribución de acuerdo al sexo

Pacientes/edad	Número	Porcentajes
Masculino	18	58,07
Femenino	13	41,93
Total	31	100,00

Fuente: Departamento de estadística del hospital "Dr. Teodoro Maldonado Carbo".

4. En relación con la procedencia, 18 son oriundos de áreas urbanas y los 13 restantes de origen rural, tabla 3. Los datos relacionados con la instrucción constan en la tabla 4.

Tabla 3
Distribución por procedencia

Procedencia	Número		Porcentajes
	H	M	
Urbana	18	(13-8)	67,74
Rural	13	(5-5)	32,26
Total	31	(18-13)	100,00

Fuente: Departamento de estadística del hospital "Dr. Teodoro Maldonado Carbo".

Tabla 4
Distribución de acuerdo al grado de instrucción

Grado de Instrucción	Número		Porcentajes
	H	M	
Ninguna	2	(1-1)	6,45
Primaria	18	(11-7)	58,07
Secundaria	9	(4-5)	29,03
Superior	2	(2-0)	6,45
Total	31	(18-13)	100

Fuente: Departamento de estadística del hospital "Dr. Teodoro Maldonado Carbo".

5. 16 pacientes presentaron antecedentes patológicos personales que significó un (51,62%), mientras que 15, no lo registraron (48,38%), lo que nos da a entender una buena relación con la edad de los mismos, puesto que a mayor edad se da la posibilidad de antecedentes de patologías en algunos casos conocidas, tabla 5.

Tabla 5
Distribución de acuerdo a los antecedentes patológicos personales

Pacientes con APP	Número		Porcentajes
	H	m	
Sí	16	(6-6)	51,62
No	15	(12-3)	48,38
Total	31	(18-13)	100

Fuente: Departamento de estadística del hospital "Dr. Teodoro Maldonado Carbo".

6. Del grupo que presentaba algún antecedente, 8 registran litiasis vesicular dentro de los cuales 2 eran hombres y 6 mujeres, con un porcentaje del (50%), lo que explica la mayor frecuencia de pancreatitis biliar en las mujeres, cuatro pacientes presentaban datos de coledocolitiasis, con igual predominio de tres mujeres y un varón con coincidente relación a lo antes expuesto, tres eran hipertensos (dos varones y una mujer) y por último un paciente varón padecía de insuficiencia renal crónica (18,8%), tabla 6.

Tabla 6
Distribución por patologías de pacientes con antecedentes patológicos personales

Pacientes	Número		Porcentajes
	H	M	
Hta	3	2-1	18,8
Litiasis	8	2-6	50
Coledocolitiasis	4	1-3	25
Irc	1	1-0	6,2
Total	16	6-10	100

Fuente: Departamento de estadística del hospital "Dr. Teodoro Maldonado Carbo".

7. Los resultados por aplicación constan en la tabla 7. En lo que se refiere a la etología, se conoce por la literatura ampliamente difundida, que las principales causas de pancreatitis van a ser la colelitiasis, con un 70 a 80% de los casos y el alcoholismo crónico, guardando mayor relación con el sexo mujer, y la otra con hombres; mediante este estudio se ha podido comprobar todo lo expuesto ya que 21 pacientes (9 hombres y 12 mujeres) con 67,74%, fueron diagnosticados de pancreatitis de origen biliar, siete pacientes varones (22,58%), tenían antecedentes de alcoholismo crónico, un paciente presentó el cuadro post-cirugía (3,23%) y dos pacientes atribuibles a causa idiopática (6,45%).
Tabla 8.

Tabla 7
Distribución de acuerdo al tipo de afiliación

Pacientes	Número		Porcentajes
		H - M	
Activo	9	8-1	29,03
Jubilado	12	8-4	38,71
Voluntario	3	1-2	9,68
Montepío	1	0-1	3,23
Ssc	6	1-5	19,35
Total	31	18-13	100

Fuente: Departamento de estadística del hospital "Dr. Teodoro Maldonado Carbo".

Tabla 8
Distribución de acuerdo a la etiología

Pacientes	Número		Porcentajes
		H - M	
Biliar	21	9-12	67,74
Alcohol	7	7-0	22,58
Posquirúrgica	1	1-0	3,23
Idiopática	2	1-1	6,45
Total	31	18-13	100

Fuente: Departamento de estadística del hospital "Dr. Teodoro Maldonado Carbo".

8. Se analizó el uso de antibióticos; sabemos que la tasa de infección en pancreatitis aguda edematosa leve es baja, pero una vez que la infección ocurre, implica una alta mortalidad el uso de antibióticos profilácticos; no se recomienda su uso de rutina en pancreatitis aguda edematosa; éstos se indican en infecciones pancreáticas, peripancreáticas o abscesos y también enfermos mayores de 75 años, por la presencia bacteriana en la bilis; en la UCI de nuestro hospital se utilizaron algunos esquemas antibióticos, entre ellos tenemos: cefalosporina de tercera generación

con quinolonas (ciprofloxacina) fueron seis pacientes con un porcentaje del 19,36%, siendo este esquema el más utilizado seguido de otro dentro de los que se cita a la cefalosporina de tercera generación macrólidos y carbapenemas con macrólidos habiendo utilizado los mismos 5 pacientes respectivamente (16,13%). En menor escala 2 pacientes utilizaron B-lactámicos con aminoglucósidos (6,45%) y dos pacientes sólo usaron quinolonas (ciprofloxacina); mientras que en cuatro no se utilizó ningún tipo de antibiótico, tabla 9.

Tabla 9
Antibióticos utilizados en el estudio sobre pancreatitis aguda

Pacientes	Número		Porcentajes
		H - M	
Cefalosporina 3era + quinolona	6	5-1	19,36
Cefalosporina 3era + imidazol + aminoglucosidos	4	2-2	12,9
Cefalosporina 3era + aminoglucosidos	5	3-2	16,13
Carbapenens + aminoglucosidos	5	2-3	16,13
Carbapenens + quinolona + aminoglucosidos	3	2-1	9,68
B-lactamico + aminoglucosidos	2	1-1	6,45
Quinolona	2	1-1	6,45
No	4	2-2	12,9
Total	31	18-13	100

Fuente: Departamento de estadística del hospital "Dr. Teodoro Maldonado Carbo".

9. En cuanto a los criterios de Ramson se pudo establecer que la mayoría de pacientes presentaron hasta dos criterios siendo por ende su índice de mortalidad muy baja (1%) según cita los libros, los mismos fueron 12 pacientes con un porcentaje del (38,70%), ocho pacientes tuvieron entre 3 ó 4 criterios (25,81%), tres pacientes (9,68%) presentaron entre 5 a 6 criterios que involucraría un porcentaje de mortalidad del 41% y por último de 7 a 8 criterios lo tuvieron ocho pacientes en los cuáles el índice de mortalidad es alto casi del 100%, lo cual guarda cierta relación puesto que en nuestra investigación se pudo establecer que cinco pacientes fallecieron, tabla 10.

Tabla 10
Distribución de acuerdo a los criterios de Ramson

Pacientes	Número		Porcentajes	
		H-M		
0 2	1%	12	7-5	38,70
3 4	16%	8	5-3	25,81
5 6	41%	3	2-1	9,68
7 8	100%	8	4-4	25,81
TOTAL		31	18-13	100

Fuente: Departamento de estadística del hospital "Dr. Teodoro Maldonado Carbo".

10. Al realizar el análisis de los criterios de Balthazar se pudo conocer que ningún paciente fue incluido dentro del grado A, mientras que en el grado B fueron 16 pacientes (51,61%), es decir presentaban algún tipo de crecimiento focal o difuso del páncreas. Grado C se encontraron 11 pacientes (35,48%), Grado D tres pacientes (9,8%) y uno solo topográficamente se incluyó en el grado E (3,23%), relacionando que los cuatro últimos pacientes podrían tener peor pronóstico o mayor índice de mortalidad según criterios de severidad, tabla 11.

Tabla 11
Distribución de acuerdo a los criterios tomográficos de Balthazar

Pacientes	Número		Porcentajes
		H-M	
A	0	0	0
B	16	11-5	51,61
C	11	6-5	35,48
D	3	1-2	9,68
E	1	0-1	3,23
Total	31	18-13	100

Fuente: Departamento de estadística del hospital "Dr. Teodoro Maldonado Carbo".

11. Otra variable de utilidad estudiada fue la referente a complicaciones; habitualmente se citan las sistémicas que son a corto plazo entre ellas el fallo renal agudo, sepsis, hemorragia gastrointestinal superior y el síndrome de distress respiratorio del adulto, mientras que las complicaciones locales y largo plazo pueden ser el absceso pancreático, el pseudoquiste pancreático y la necrosis infectada. En este trabajo se obtuvo como complicaciones mayormente frecuentes las sistémicas siendo con frecuencia: sepsis que se presentó en cinco pacientes (50%), hemorragia gastrointestinal superior, fallo

renal agudo y como se citó anteriormente tuvimos un paciente con antecedentes de insuficiencia renal crónica el cual agudizó su falla renal; las dos anteriormente citadas, fueron padecidas por un paciente, mientras que la única complicación local fue el pseudoquiste que se presentó en un lapso aparentemente de un mes posterior al inicio del cuadro y se la observó en dos pacientes con un 20% lo que nos indica que de un total de 31 sólo 10 presentaron complicaciones con un 32,2%; mientras que más de la mitad del porcentaje 67,7% que implica 21 pacientes, no presentaron complicaciones, tabla 12.

Tabla 12
Distribución de la muestra de acuerdo a las complicaciones

Pacientes	Número		Porcentajes
		H-M	
Sepsis	5	4-1	50
HDA	6	0-1	10
Pseudoquiste	2	2-0	20
IRA	1	1-0	10
IRC Ag	1	1-0	10
Total	10	8-2	100

Fuente: Departamento de estadística del hospital "Dr. Teodoro Maldonado Carbo".

12. Al referirnos al índice de mortalidad sabemos que a pesar de todos los esfuerzos y avances, la tasa de muerte no ha disminuido en los últimos años, siendo aproximadamente del 6 al 12%, incrementándose en pacientes con pancreatitis severa. Las causas principales de muerte son el fallo renal, sepsis y la depleción nutricional y raramente falta de respuesta al manejo del shock hipovolémico y la hemorragia gastrointestinal. Así en este estudio fallecieron 5 pacientes con un 16,11%, mientras vivieron 26 pacientes, es decir el 83,87%. La causa de muerte de estos pacientes fue la insuficiencia renal crónica agudizada, tabla 13.

Tabla 13
Distribución de acuerdo a la mortalidad de pacientes

Pacientes	Número		Porcentajes
		H-M	
Vivos	26	15-11	83,87
Muertos	5	3-2	16,13
Total	31	18-13	100

Fuente: Departamento de estadística del hospital "Dr. Teodoro Maldonado Carbo".

13. Los días de hospitalización que tuvieron nuestros pacientes fueron 11 que permanecieron ingresados en nuestra unidad entre 1 y 10 días, de 11 a 20 días, 16 pacientes (51,61%) y más de 21 días, 4 (12,90%), tabla 14.

Tabla 14

Distribución de acuerdo a períodos de estancia

Pacientes	Número	Porcentajes
1-10 días	11	35,48
11-20 días	16	51,51
>21 días	4	12,90
Total	31	100

Fuente: Departamento de estadística del hospital "Dr. Teodoro Maldonado Carbo".

Discusión

El presente estudio ha tenido como objetivo básico mostrar nuestra experiencia en el manejo de la pancreatitis aguda y en vista de contar con pocos pacientes, los resultados son hasta el momento, insuficientes para exponer pautas terapéuticas o establecer verdaderos esquemas de manejo; más bien expresan la forma de control de los mismos en esta unidad de cuidados intensivos.

Es claro que los pacientes con pancreatitis aguda requieren un soporte terapéutico básico a base de fluidos, analgésicos y reposo pancreático, en espera de una recuperación, lapso que puede ir entre 72 horas y 10 días, cuidado estrecho, para identificar complicaciones y tratarlas en forma agresiva, así como seguimiento con TAC, según la evaluación clínica, profilaxis antibiótica empírica en algunos casos y tratar de identificar las causas desencadenantes de la pancreatitis aguda.

Hemos podido establecer con el presente estudio que la mayor afección es en pacientes añosos, con predominio en el sexo masculino, así como antecedentes de problemas biliares sobre todo en las mujeres y antecedentes de alcoholismo crónico mayormente influyente en varones.

Si analizamos criterios de severidad observaríamos que la gran mayoría presentaban de 1 a 4 criterios de Ramson como indicadores pronósticos que implicaban un porcentaje de mortalidad, así consecuentemente también se pudo valorar que la mayoría de pacientes presentaban topográficamente criterios B y C

según Balthazar; por lo tanto el índice de severidad era baja; sólo 10 pacientes presentaron complicaciones de los cuales 5 fueron sépticos, falleciendo cuatro de los mismos; mientras que el otro fallecimiento fue atribuido a fallo renal agudo en un paciente con insuficiencia renal crónica.

Como se advierte la gran mayoría de los pacientes enmarcados en el estudio presentaron pancreatitis aguda leve a moderada, ya que asignados a severa fueron pocos, los cuales fallecieron.

Se recurrió a estudios comparativos realizados a nivel mundial para poder determinar algunos parámetros de importancia dentro del manejo de los pacientes con pancreatitis aguda; es claro que los enfermos con esta patología requieren soporte nutricional para evitar deterioro orgánico. Es ideal contar con una sonda de alimentación, ubicada distalmente al ligamento de Treitz, con el objeto de iniciar nutrición enteral temprana, salvo excepciones. La dieta debe ser baja en grasas, para evitar exacerbar la secreción pancreática exócrina.

El grupo de Ramson¹² hace las siguientes recomendaciones nutricionales en pancreatitis:

- a) Enfermos con 1 ó 2 criterios de Ramson no se benefician del apoyo nutricional.
- b) En casos moderados y severos iniciar nutrición tan pronto sea posible.
- c) El apoyo inicial en la enfermedad severa, se refiere a nutrición parenteral total que incluya lípidos.
- d) Enfermos que serán intervenidos quirúrgicamente.
- e) La alimentación oral será baja en grasa, indicada según el criterio clínico y TAC.

El esquema de terapia nutricional en pancreatitis aguda, revisa en primera instancia: tasa de complicación y mortalidad, frecuencia de infección por catéteres e hiperglicemia. Vale la pena citar 2 estudios controlados como el de Sax (1994)¹⁹ y Sirzman (1995)²⁰, que reportaron que la nutrición parenteral no fue beneficiosa en pancreatitis aguda. En tanto Wilson en 1999²⁶ señala que los pacientes que recibieron TNT dentro de las primeras 72 horas luego de su ingreso, presentaron un 58% menos complicaciones, respecto a los pacientes que recibieron TNT

luego. También los que recibieron TNT temprana, presentaron una mortalidad 10% menor respecto a los otros. Ciertamente que la alimentación duodenal estimula las secreciones pancreáticas pero la alimentación intrayeyunal no causa una estimulación pancreática considerable (Rattner, 1998)¹³. El éxito de este procedimiento ha llevado a sugerir que, si se dispone de un acceso yeyunal, es posible administrar nutrición enteral sin producir estímulo pancreático posterior.

Existen otras investigaciones que evalúan el papel de la nutrición parenteral en la pancreatitis aguda; con el uso de nutrición entera, se tiene menos evidencia con trabajos de tipo prospectivo. Steimberg²¹, evaluó la estancia hospitalaria y las complicaciones en enfermos con pancreatitis aguda aportándoles NPT comparándolo con un grupo de pacientes que fueron manejados de manera convencional, sin soporte nutricional. No encontró diferencias en los resultados, pero sus pacientes tenían pancreatitis leve.

Reber¹⁷, publicó uno de los primeros estudios randomizados de NPT vs. NET en 30 pacientes con pancreatitis aguda leve y crónica, aunque se obtuvieron mejores resultados en el grupo de nutrición enteral, el hecho de ser dos grupos de pancreatitis diferentes, además de cuadros leves, nos permitió sacar datos concluyentes y ha sido la principal crítica que se ha hecho al estudio. Uno de los trabajos que mejores aportes ha dado al uso y beneficio de la NET sobre NPT en pancreatitis aguda severa, es el Navarro¹⁰, que incluyó sólo pacientes con APACHE II mayor de 8 y compromiso tomográfico severo (baltazar D o E); en este trabajo se encontró menos complicaciones tanto generales como sépticas, en quienes recibieron NET no solo en morbilidad sino también en necesidad de cirugía y UCI. En conclusión la nutrición es una terapéutica vital en los pacientes con pancreatitis aguda, debido al frecuente desarrollo de complicaciones y estancia prolongada⁸.

Continuamente se realizan estudios en el manejo de estos pacientes, así tenemos que otro método para reducir la existencia de ácido gástrico a nivel duodenal es la administración de antagonistas histamínicos H₂; el primer estudio se realizó en 1988, fue prospectivo en el que se analizaron 116 pacientes, no existiendo diferencias significativas entre los dos grupos.

Estudios posteriores han confirmado estos hallazgos. No se recomienda el uso necesario de Histamina H₂ en ausencia de indicaciones respectivas.

Tanto la somatostatina como el octreótide reducen la secreción exócrina pancreática, varios estudios prospectivos realizados al azar que han incluido más de 200 pacientes, han demostrado un beneficio significativo de la somatostatina en perfusión continua, reduciendo la frecuencia de complicaciones, la estancia hospitalaria, la necesidad de administrar analgésicos narcóticos y la mortalidad²³.

Otros estudios han evaluado los beneficios de la somatostatina y el octreótide para la prevención de pancreatitis post CRPE. Los resultados iniciales sugieren que estos fármacos pueden reducir la frecuencia de pancreatitis, pero un estudio realizado al azar, ha demostrado que no existe beneficio como tal. Estudios posteriores no han demostrado diferencias significativas al administrar profilácticamente somatostatina u octreótide.

Debido a que la activación no controlada de las numerosas proteasas pancreáticas es una de las claves de los mecanismos fisiopatológicos de la pancreatitis aguda, sería razonable la administración de inhibidores de la proteasa. El primer inhibidor de la proteasa testado ha sido la aprotinina, un inhibidor de la tripsina, plasmina y calicreína aunque inicialmente los resultados fueron prometedores, la mayoría de los estudios realizados no han demostrado beneficio alguno. De forma similar dos estudios doble ciego han analizado el gabexato mesilato (inhibidor de la tripsina, plasmina, calicreína y fosfolipasa A₂) pero tampoco han demostrado ningún beneficio clínico. Finalmente, la administración de un complemento de antiproteasas humanas con plasma fresco a dosis bajas o a dosis altas, no alteró el curso de la pancreatitis aguda.

A medida que avanza la ciencia se van dando nuevas teorías acerca del manejo de muchas enfermedades; en la actualidad, la misión de los laboratorios farmacéuticos es tratar de facilitar al médico herramientas para realizar un mejor tratamiento y seguimiento de los pacientes y el progreso y desarrollo de nuevas drogas están en estudio para control de esta enfermedad

considerada de mucha importancia en el ambiente intensivo.

Conclusiones

- Los cálculos biliares y el etanol son las dos causas más frecuentes de pancreatitis aguda representando el 70-80% de los casos.
- La determinación de laboratorio más empleada pero no más específica es la amilasemia.
- La historia natural de la pancreatitis aguda es variable y puede oscilar desde enfermedad leve con recuperación rápida a pancreatitis necrotizante severa con sepsis, síndrome de distress respiratorio de adulto, fracaso renal y muerte. Para la predicción del pronóstico se han propuesto varios índices entre los que incluyen Ramson, Glasgow y Balthazar.
- El tratamiento de la pancreatitis aguda inicialmente es de soporte, entre las medidas básicas tenemos reposo intestinal, fluidoterapia intravenosa y analgesia. No parece aportar beneficios significativos el uso rutinario de sonda naso-gástrica, antagonistas de receptores H2, octreótide o ampicilina en ausencia de indicación absoluta. Sin embargo, el imепенem puede ser beneficioso en aquellos casos con pancreatitis aguda y evidencia de necrosis en la TC.
- El uso de nutrición parenteral es controvertido dándose mayor énfasis al uso de nutrición enteral yeyunal con mejores beneficios significativos.
- En la mayoría de casos de pancreatitis aguda por colelitiasis, los cálculos atraviesan espontáneamente el esfínter de Oddi y la pancreatitis se resuelve espontáneamente. Se suele realizar colecistectomía programada para prevenir recurrencia.
- La ERCP y la esfinterectomía son alternativas menos agresivas que la cirugía en el tratamiento de la pancreatitis por colelitiasis.
- La infección bacteriana puede complicar la necrosis pancreática en más del 71% de los casos y es de evolución letal si no se realiza debridamiento quirúrgico. El acto quirúrgico incluye recepción pancreática y necrosectomía.

- 8% de los pacientes con pancreatitis desarrollan pseudoquiste como complicación tardía, así como los abscesos pancreáticos.

Recomendaciones

- El manejo del paciente de cuidados intensivos requiere control emocional, agilidad en los razonamientos, seguridad en las decisiones y prescindiendo de lo menos importante, ir directamente al centro del problema, considerando que estas cuatro ideas definen la importancia de desarrollar protocolos terapéuticos actualizados enfocados en el bienestar del paciente.
- La pancreatitis aguda puede variar desde episodios leves autolimitados hasta enfermedad severa sistemática con secuestro del fluido, trastornos metabólicos, sepsis y muerte, el reconocimiento de las causas es útil tanto para el manejo cuanto para predecir complicaciones; un manejo intensivo esquematizado con medidas de apoyo conservadoras, un cuidado estrecho para identificar complicaciones y tratarlos en forma progresiva, en algunos casos profilaxis antibiótica empírica, así como la estabilización de signos vitales, fluidos, analgésicos y reposo pancreático disminuirá la mortalidad por esta enfermedad.

Referencias bibliográficas

1. Alle, K., Stewart, D., Maselly. M.: Gastrointestinal failure in the UCI (Pancreatitis). In: Bongard, F., Sue D. (Eds): Current Critical Care diagnosis & Treatment, 1st, Lange Medical Boo, New Jersey, 117-123, 1999.
2. Beger, H., & Buchler, M.; Decision- Making in surgical treatment of acute pancreatitis: operative of conservative management of necrotizing pancreatitis? Theor Surg 341-350, 1991.
3. Burgess, PL., et al.: Pseudoquiste pancreático. Rev. Quir. España; 21: 51-53, 1993.
4. Balthazar, R.: Therole of surgery in acute pancreatitis. Dig Dis 1996; 672-676, 1995.

5. Creutzfeldt, w., Lankisch, P.: pancreatitis aguda; etiología y patogenia. In: Farreras & Rozman, (Eds.), 3ra. Ed., 1996, pp. 4315-4352.
 6. Díaz de León Ponce, M., et al.: Pancreatitis aguda como causa de insuficiencia orgánica múltiple. Rev. Med. IMSS; 21: 13-19, 1993.
 7. Creutzfeldt, w., Lankisch, p.: Intensive Medical treatment of severe acute pancreatitis. World J Surg; 5: 341-350, 1991.
 8. Ferguson CM & Bradley, EL: Can markers for pancreatic necrosis be used as indicators for surgery? Am J. Surg, 150: 459-461, 1990.
 9. Fitz R., Acute pancreatitis: A consideration of pancreatic hemorrhage, hemorrhagic suppurative, and gangrenous pancreatitis and disseminated fat necrosis. Boston Med Surg J.181-187, 205-207, 229-235, 1999.
 10. Navarro Colás, S.: Pancreatitis aguda. Clínica y diagnóstico. JANO; 634: 41-45, 1994.
 11. Norman, J., Franz, M., Finkn G., et al.: Decreased Mortality of severe acute pancreatitis alter proximal cytokine blockade, Annals of Surgery; 221: 625-634, 1995.
 12. Ramson JHC, Turner JW, Roses DF et al: Respiratory complications in acute pancreatitis, Ann Surg; 179, 557-565, 1994.
 13. Rattner DW & warshaw AL; Surgical intervention in acute pancreatitis, Crit Cre Med; 16; 89-95, 1998.
 14. Reber, H. Way, L, W: Current surgical diagnosis & treatment, 10th, Lange Medical Book, New Jersey, 569-572. 1994.
 15. Reber, H, A, Way, L, W, Pancreatitis, In; Way, L, W: Current Surgical Diagnosis & Treatment, 10th. Lange Medical Book, New Jersey, 573-576, 1994.
 16. Reber, H, A, Way, L, W, Pancreatitis, In; Way, L, W: Current Surgical Diagnosis & Treatment, 10th, Lange Medical Book, New Jersey, 577-580, 1994.
 17. Reber, H, A, Way, L, W; Pancreatitis, In; Way, L, W: Current Surgical Diagnosis & Treatment, 10th., Lange Medical Book, New Jersey, 580-581, 1994.
 18. Reber, H. Way, L, W: Pancreatitis Ascites & Pancreatitis Pleural Effusion. In: Way, I., W: Current Surgical Diagnosis & treatment, 10th. Lange Medical Book, New Jersey, 581-582, 1994.
 19. Sax, C, et al.: Pancreatitis aguda inducida por fármacos y sustancias químicas no farmacológicas. Reevaluación de un problema clínico. Med. Clinic.; 72: 5-9, 1994.
 20. Sirzman, M., Cohen, H., Ranson, J.; Optimal Management of the Pancreatic Emnant after Pancreatis duodenectomy, Annals of Surg; 221, 635-648, 1995.
 21. Steinberg, W., Tenner, S.; Acute Pancreatitis. New Eng J Med; 130 (17): 1198-1207, 1994.
 22. Uhi W, Isemann R, Buchler MW,; Infections, Complicating Pancreatitis; Diagnosing, Treating, preventing, New Horiz; 6, 572-579: 1998.
 23. Villazon, O., Raña, R.: Nutrición y pancreatitis aguda. In Villazón, A., Arenas, H., (Eds): Nutrición enteral y parenteral. 1st., De Interamericana, México 1197. Pp 248-251, 2000.
 24. Wilson C, Heat Di & Imrie CW: Prediction of outcome in acute pancreatitis: A Comparative study of apache II, Clinical Assesment and multiple factor scoring system, BR J Surg, 1260-1264; 1990.
 25. Wilson C, Heat Di & Imrie CW: Concepts in the Management of pancreatitis, Drugs; 41: 358-366, 1992.
 26. Wilson C & Imrie CW: Current concepts in the management of pancreatitis. Drugs; 41: 358 – 366, 1999.
- Dr. Douglas Álvarez Sagubay**
Fecha de presentación: 04 de junio de 2008
Fecha de publicación: 14 de mayo de 2010
Traducido por: Estudiantes de la Carrera de Lengua Inglesa, Mención traducción, Facultad de Artes y Humanidades. Responsable: Sra. Diana Aldeán Luzón.