

HOSPITAL MILITAR CENTRAL		GUIA DE MANEJO: PANCREATITIS AGUDA SEVERA	CÓDIGO: CC-CIME-GM-03
 	DEPENDENCIA: UNIDAD MEDICO HOSPITALARIA		FECHA DE EMISIÓN: 17-03-2014
	PROCESO: CUIDADO CRITICO		VERSIÓN: 02
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI		PÁGINA 1 DE 11

HOSPITAL MILITAR CENTRAL
NIT: 830.040.256-0

1. OBJETIVO

- Describir la línea de atención que debe prestarse a los pacientes que cursen con el diagnostico de Pancreatitis aguda Severa.
- Establecer los criterios de Severidad para Pancreatitis Aguda.
- Definir el manejo de los pacientes con Pancreatitis aguda Severa como prioritario para ser admitidos y tratados en la Unidad de Cuidado Intensivo adultos.
- Establecer cuáles son los estudios paraclínicos que deben realizarse a los pacientes con sospecha de Pancreatitis aguda para confirmar el diagnóstico y para su seguimiento durante el tratamiento.

2. METODOLOGIA

La guía es realizada según las necesidades de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital mediante consenso de los profesionales que se desempeñan en la Unidad, mediante la búsqueda bibliográfica sistematica para encontrar la mejor evidencia disponible sobre el tema utilizando motores de búsqueda como PUBMED y Cocrane.

3. ALCANCE

Pacientes hospitalizados en las unidades de cuidado intensivo del Hospital Militar Central.

4. POBLACION OBJETO

La presente guía de práctica Clínica esta principalmente a los Médicos Especialistas de la Unidad de Cuidado Intensivo Adultos y secundariamente a los médicos de los demás servicios involucrados en el manejo de los pacientes con patología abdominal aguda en las áreas de Urgencias, Hospitalización y Cirugía.

5. RECOMENDACIONES

La pancreatitis aguda es una emergencia abdominal en la que se presenta el proceso de auto digestión enzimático que produce inflamación y necrosis del páncreas y de los tejidos y órganos que lo rodean sus efectos comprometen, órganos distantes pudiendo ocasionar falla multiorgánica.

Son muchos los procesos patológicos asociados a pancreatitis aguda. Se han agrupado de la siguiente manera:

- Obstrucción del conducto pancreático: La causa más común es por litiasis biliar.
- Toxinas: Etanol es el más frecuentemente implicado.

GUIA DE MANEJO	PANCREATITIS AGUDA SEVERA	CODIGO	CC-CIME-GM-03	VERSION	02
		Página:	2 de 11		

5. RECOMENDACIONES

- Trauma: Quirúrgicos, accidentales o por la realización de colangiografías endoscópicas.
- Alteraciones metabólicas: Hiperlipidemia hipercalcemia.
- Infecciones: Por parásitos como áscaris, virus o bacterias

CLASIFICACION:

La clasificación más aceptada actualmente es la realizada en el consenso de Atlanta en 1992 que puede resumirse así:

- Pancreatitis aguda severa: Asociada a falla orgánica múltiple y complicaciones tales como necrosis absceso o pseudo quiste pancreáticos.
- Pancreatitis aguda leve: asociada con mínimo compromiso sistémico y si las complicaciones anotadas para la pancreatitis severa.
- Pancreatitis con colecciones liquidas: Se presentan temprano en la evolución de la pancreatitis aguda y se localiza dentro o fuera del páncreas y carecen de pared fibrosa.
- Pseudo quiste pancreático: Colección de líquido pancreático rodeada de una pared sin epitelio.
- Absceso pancreático: Colección purulenta, generalmente localizado en la vecindad del páncreas, contiene por lo general una mínima cantidad de tejido necrótico.

CUADRO CLINICO Y COMPLICACIONES

En la mayoría de los pacientes la pancreatitis se presenta con dolor abdominal y elevación de los niveles plasmáticos de amilasa y lipasa en el número menor de los casos, el cuadro es silencioso y solo se hace el diagnóstico en presencia de alteraciones de las enzimas plasmáticas, luego de un episodio de shock o sepsis.

Las complicaciones tempranas se desarrollan en las primeras horas o dentro de la primera semana de la enfermedad. Estas complicaciones incluyen shock, el cual se asocia con secuestro masivo de líquidos cuando no se establece una enérgica resucitación con soluciones cristaloides, el paciente puede desarrollar acidosis metabólica severa, alteraciones hidroelectrolíticas e insuficiencia renal.

Las complicaciones pulmonares son la causa principal de muerte dentro de, los primeros 7 días del curso de la enfermedad, hay alteraciones en la capacidad de difusión del oxígeno, disminución de la elasticidad pulmonar, aumento de las resistencias ventilatorias y disminución de la capacidad vital.

En las siguientes semanas las complicaciones que se desarrollan son casi todas secundarias a infección pancreática que puede clasificarse como:

- Necrosis pancreática infectada
- Absceso pancreático

GUIA DE MANEJO	PANCREATITIS AGUDA SEVERA	CODIGO	CC-CIME-GM-03	VERSION	02
		Página:	3 de 11		

5. RECOMENDACIONES

La infección pancreática se debe al fenómeno de translocación de las bacterias procedentes del intestino, razón por la cual casi siempre los gérmenes aislados son Gram negativos y con mayor frecuencia E. Coli. Es la causante del 80% de las muertes tardías por pancreatitis aguda.

ESTRATIFICACION DE LA SEVERIDAD DE LA PANCREATITIS AGUDA

Los Criterios de Ranson descritos de 1974 Surg. Gynecol. Obstet. 139:69, 1974 son de amplia utilización:

Al ingreso:

- Edad mayor de 55 años
- Leucocitosis mayor de 16000/ ml
- Glicemia mayor de 200mgs/di.
- LDH mayor de 350 U/L
- SGOT mayor de 250 U/L

A las 48 horas de ingreso:

- Caída del hematocrito mayor de 10%
- Aumento de BUN mayor de 5 mg/dI
- Calcemia menor de 8 mg/dI
- PaO2 menor de 60 mmHg
- Perdida de bases (HC03-) mayor de 4 mMoI/L.
- Déficit de volumen (Balance hídrico positivo)
- Mayor a 6 litros.

También se utiliza en muchas instituciones el llamado APACHE II (Acute Physiology Health Evaluation) descrito por Knauss y cols (Crit. Care MED. 13:818, 1995) que tiene la ventaja sobre los criterios de Ranson, de poderse aplicar al ingreso sin esperar 48 horas para completarlos y tener en cuenta el estado de salud previo del paciente.

De acuerdo con la CLASIFICACION DE ATLANTA de 1992, se define como Pancreatitis aguda severa cuando tiene 3 o más criterios de Ranson u 8 o más puntos en el APACHE II.

Se considera falla Multiorgánica cuando aparecen las siguientes alteraciones:

A Shock (presión sistólica menor de 90 mm Hg)

B Falla respiratoria (PaO2 menor de 60 mm Hg)

C Insuficiencia renal (Creatinina mayor de 2 mg previa rehidratación)

GUIA DE MANEJO	PANCREATITIS AGUDA SEVERA	CODIGO	CC-CIME-GM-03	VERSION	02
		Página:	4 de 11		

5. RECOMENDACIONES

D Sangrado digestivo calculado en más de 500cc en 24 horas

ORIENTACIÓN DIAGNOSTICA

DIAGNOSTICO DE LA PANCREATITIS:

Además de una adecuada historia clínica y un completo examen físico donde deben buscarse signos clásicamente descritos como el signo de Cullen y de Grey –Tuner; así como los signos de deshidratación y de dificultad respiratoria que con frecuencia acompañan el cuadro clínico; se han descrito numerosos pruebas paraclínicas para el diagnóstico de pancreatitis. La más comúnmente usada y de más frecuente disponibilidad en la clínica es la amilasa sérica que solamente tiene sensibilidad de aproximadamente 80% especialmente si su valor o supera el doble del normal. También se utiliza la lipasa sérica y los niveles (seriados) de proteína C reactiva, a la cual se le reconoce gran valor predictivo como marcador de la severidad de la pancreatitis, especialmente en los lugares donde no se cuenta con disponibilidad de Tomografía axial computarizada (TAC).

La Tomografía axial computarizada ha sido reportada como un estudio útil en el diagnóstico y con valor predictivo que, para muchos autores, es comparable con los criterios de Ranson y Cols.

Se describió en 1986 la CLASIFICACION DE BALTASAR (Radiol. Clin North Am 1989, 27:19-37) basada en los hallazgos en las imágenes de la tomografía Axial Computarizada:

- GRADO A: Páncreas normal.
- GRADO B: Aumento del tamaño del páncreas, focal o difuso
- GRADO C : Infiltrado peri pancreático
- GRADO D: Colección líquida peri pancreática
- GRADO E: Dos o más colecciones extra pancreáticas y/o presencia del gas.

TRATAMIENTO DE LA PANCREATITIS AGUDA

Aproximadamente el 75 a 85% de los pacientes con pancreatitis aguda evolucionan favorablemente a la rehidratación endovenosa, uso de analgésicos y supresión de la vía oral. El curso de estas pancreatitis leves es generalmente benigno y son más frecuentes en casos de alcohólicos con pancreatitis crónica. No se ha demostrado el beneficio de la intubación y succión nasogástrica.

El 25% restante de los pacientes, que cursan como pancreatitis aguda severa, es necesario usar mayor suspicacia para detectarlos tempranamente, puesto que tiene un riesgo mayor de complicaciones graves y mayor mortalidad. Siempre que sea posible su manejo se hará en la Unidad de Cuidado Intensivo.

GUIA DE MANEJO	PANCREATITIS AGUDA SEVERA	CODIGO	CC-CIME-GM-03	VERSION	02
		Página:	5 de 11		

5. RECOMENDACIONES

Las indicaciones aceptadas como "absolutas" para tratamiento quirúrgico en pancreatitis son:

- I. Si se encuentra asociada a falla Orgánica múltiple.
- II. Si se encuentra necrosis extensa en TAC.
- III. Si se demuestra infección en el área pancreática.
- IV. Si se encuentra asociada a patología biliar.

PROTOCOLO DE MANEJO DE PANCREATITIS AGUDA

Todo paciente con el diagnostico presuntivo de pancreatitis aguda debe ser valorado conjuntamente por los servicios de Cirugía General y gastroenterología. Una vez se comprueba el diagnóstico y si cumple criterios para clasificarse como Pancreatitis aguda Severa (más de 3 criterios de Ranson o APACHE II mayor de 8), se ingresara al paciente a la Unidad de Cuidado Intensivo para continuar su manejo con concepto interdisciplinario y orientado con el siguiente régimen:

- A. Supresión de la vía oral, colocación de sonda nasogastrica, especialmente si el paciente tiene distensión abdominal, sangrado digestivo y/o vomito.
- B. Colocación de catéter central de dos o tres vías, con técnica aséptica estándar, preservando una vía exclusivamente para nutrición parental, monitoreo de presión venosa central y reemplazo agresivo de volumen circularmente con soluciones hidroelectrolíticas para mantener adecuado volumen urinario (mayor de 1 cc/kilo hora).
- C. Oxígeno por mascara o cánula nasal para sostener una saturación de oxígeno en sangre mayor de 90%. Si se presenta Falla respiratoria aguda deberá iniciarse ventilación mecánica invasiva, según los requerimientos del caso, con bajos volúmenes corrientes para evitar la injuria pulmonar asociada a la presión positiva y el desarrollo de SDRA. Se recomienda utilizar ventilación mecánica limitada por presión.
- D. Antibióticos: solo cuando se comprueba la presencia de un germen sea en aspirado de abdomen o sangre. Los regímenes antibióticos incluirán Piperacilina tazobactam o ciprofloxacina+metronidazol o carbapenemico (ertapenem, meropenem o imipenem).
Se ha demostrado que la mejor penetración al tejido pancreático entre los carbapenemicos, se ha logrado con imipenem.
No se colocará tratamiento antibiótico con carácter profiláctico y siempre se buscará obtener la comprobación de infección mediante cultivo de líquido o tejido pancreático, que además será útil para redirigir el tratamiento.
- E. El soporte nutricional se iniciara de manera temprana (menos de 72hs) en los pacientes con Pancreatitis aguda Severa, preferiblemente con nutrición enteral por sonda naso-yeyunal, colocada distalmente al Angulo de Treitz, contando con la valoración con el grupo de soporte nutricional quienes decidirán la continuación de este solo régimen o la adición de nutrición parenteral.

GUIA DE MANEJO	PANCREATITIS AGUDA SEVERA	CODIGO	CC-CIME-GM-03	VERSION	02
		Página:	6 de 11		

5. RECOMENDACIONES

- F. De acuerdo con la clasificación de Atlanta el diagnostico de pancreatitis aguda biliar se establecerá por los siguientes criterios: Edad mayor de 55 años, bilirrubinas al ingreso mayores de 1,7 mg/dl, colédoco dilatado (mayor de 6 mm) en la ecografía hepatobiliar, y sospecha o demostración ecografía de cálculos en la vía biliar.
- G. Si se cuenta con el recurso de la tomografía axial computarizada, se debe realizar una vez se haya hecho el diagnostico de pancreatitis aguda severa, con el fin de evaluar la existencia y extensión de necrosis y definir el tratamiento posterior.
- H. La colangiografía endoscopia estaría indicada para el diagnóstico de pancreatitis de origen biliar en los casos severos con duda de impactacion de uno calculo en el esfínter de Oddi.
- I. En los casos de colangitis supurativa hay indicacion formal de papilotomía endoscopia de urgencia. Si no se cuenta con la posibilidad de CPRE + esfinterotomía deberá realizarse drenaje quirúrgico abierto de la vía biliar de forma expedita.
- J. Si los hallazgos endoscopios son confirmatorios de pancreatitis biliar aguda se procede con esfinterotomia endoscopia y extracción de los cálculos retenidos en el colédoco.
- K. Si se demuestra un cálculo enclavado en la ampolla vater y los procedimientos endoscópicos son fallidos, está indicado intentar la intervención quirúrgica. El procedimiento debe buscar la extracción de los cálculos con la menor agresividad quirúrgica. Puede intentarse inicialmente la colecistectomía con exploración de vía biliar con canastilla de Dormía o catéteres de forgarty o pinzas de Randall. La esfinteroplastia transduodenal debe reservarse como último recurso dada su mayor mortalidad y morbilidad postoperatoria.
- L. En la pancreatitis aguda de origen alcohólica u ocasionada por otros factores etiológicos diferentes a la litiasis biliar, es prudente el tratamiento médico, expectante, sin intentar de entrada los procedimientos definidos para la pancreatitis de origen biliar. El paciente se tratara en la Unidad de Cuidado Intensivo si los criterios de Ranson o APACHE II indican una pancreatitis severa, empleando los soportes que sean necesarios, sin intentar el tratamiento quirúrgico hasta tanto no se presenten las indicaciones de cirugía que se definieron anteriormente.

Cuando se demuestra por hallazgo quirúrgico o por imagenologia la presencia de pancreatitis necrotizante el procedimiento quirúrgico recomendado es la resección del tejido comprometido (necrosectomia) limitada, drenando los espacios afectados para prevenir la reacumulación. Algunos autores han descrito la colocación de drenes para irrigación y drenaje continuos. Las resecciones extensas pancreáticas empleadas antiguamente tienen una mortalidad prohibitiva.

En el caso de absceso pancreático, la intervención más segura es la marsupializacion por laparotomía siempre y cuando no sea posible el drenaje percutáneo guiado por TAC o por ecografía realizada por especialistas de Radiología intervencionista.

En caso de sangrado importante en capa de los vasos de la celda pancreática puede intentarse la embolización por radiología intervencionista.

GUIA DE MANEJO	PANCREATITIS AGUDA SEVERA	CODIGO	CC-CIME-GM-03	VERSION	02
		Página:	7 de 11		

5. RECOMENDACIONES

MEDIDAS DISCUTIBLES

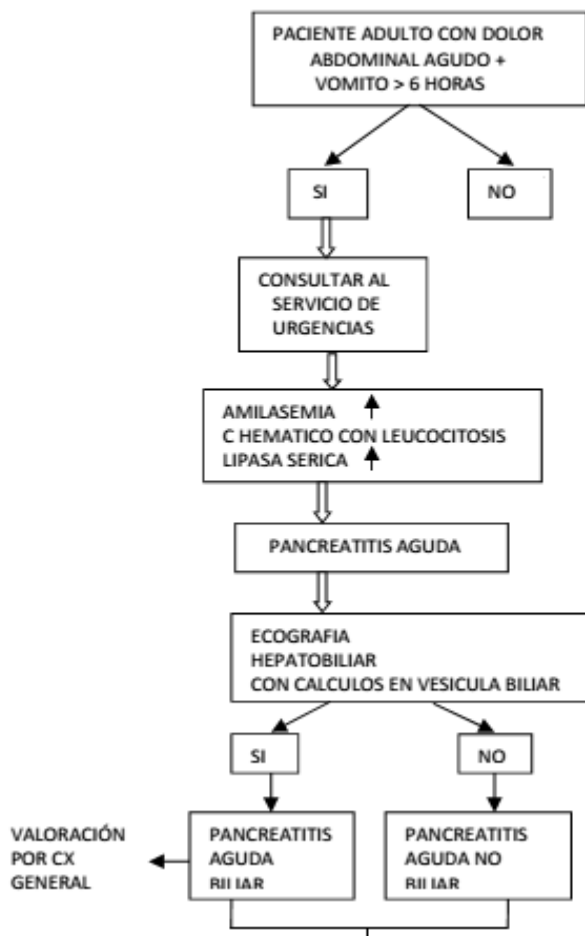
- A. Bloqueadores H2 de histamina como profilaxis hemorragia digestiva, utilizados en la gran mayoría de los centros hospitalarios, en los pacientes con stress fisiológico, su efectividad no es uniformemente aceptada, ya que no logra suprimir completamente la acidez del medio gástrico con las dosis habituales. La recomendación actual más aceptada es la utilización de inhibidores de bomba de protones (omeprazol, esomeprazol, lanzoprazol) para inhibir la secreción acida gástrica y disminuir el riesgo de sangrado digestivo.
- B. No se ha demostrado ninguna efectividad significativa en el uso de glucagón, corticoide, inhibidores de proteasas, 5- fluoracil, somatostatina o su análogo el octreotido. Incluso se ha dicho que el octreotido y la somatostatina puede aumentar la hipo perfusión pancreática en un órgano ya enfermo y además es un medicamento muy costoso
- C. La diálisis peritoneal inicialmente se considera una medida de utilidad pero estudios randomizados no confirmaron su efectividad.

GUIA DE MANEJO	PANCREATITIS AGUDA SEVERA	CODIGO	CC-CIME-GM-03	VERSION	02
		Página:	8 de 11		

6. ALGORITMO

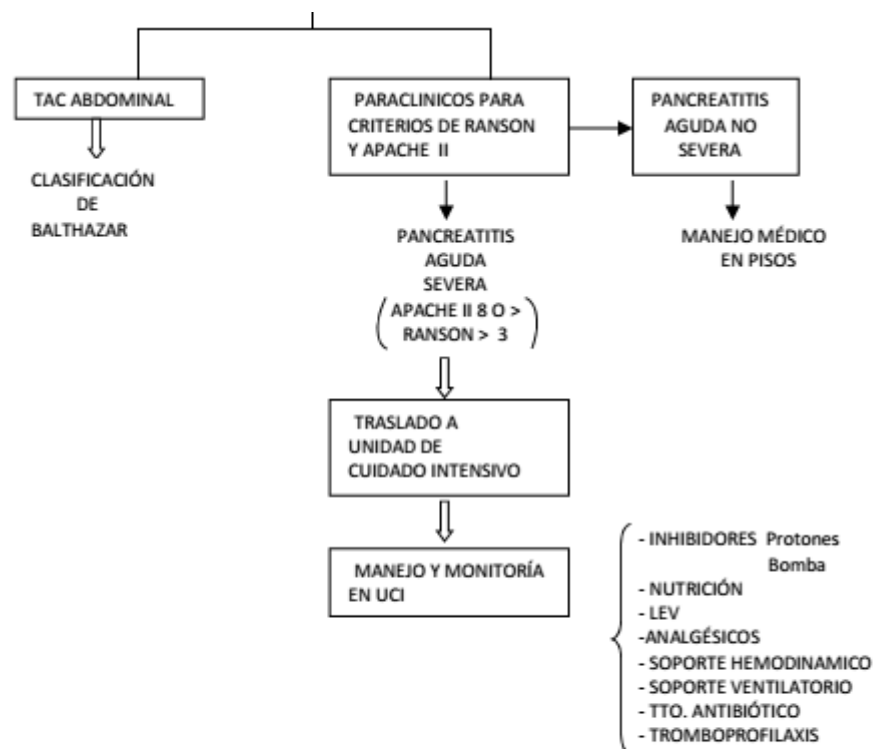
ALGORITMO DE ACTUACION

ALGORITMO DE ACTUACION



GUIA DE MANEJO	PANCREATITIS AGUDA SEVERA	CODIGO	CC-CIME-GM-03	VERSION	02
		Página:	9 de 11		

6. ALGORITMO

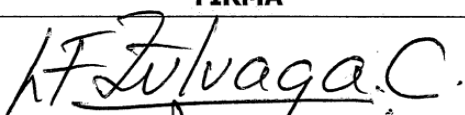
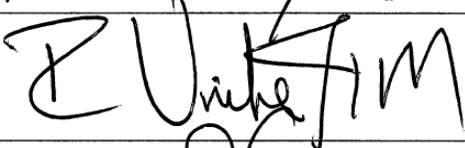
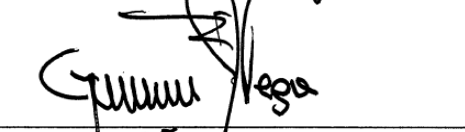


GUIA DE MANEJO	PANCREATITIS AGUDA SEVERA	CODIGO	CC-CIME-GM-03	VERSION	02
		Página:	10 de 11		

7. CONTROL DE CAMBIOS				
ACTIVIDADES QUE SUFRIERON CAMBIOS		OBSERVACIONES DEL CAMBIO	MOTIVOS DEL CAMBIO	FECHA DEL CAMBIO
ID	ACTIVIDAD			
1				

8. ANEXOS				
BIBLIOGRAFIA				
- Bradley EL II. <i>A clinically based classification system for acute pancreatitis</i>. Arch Surg 1993; 128: 586-90. - Balthazar E, Robinson D, Megibow A, Ranson J. <i>Acute pancreatitis. Value of CT in establishing prognosis</i>. Radiology 1990; 174: 331-6. - Ranson JHC, Rifkind KM, Roses DF <i>et al</i>. <i>Prognosis signs and the role operative management in acute pancreatitis</i>. Surg Gynecol Obstet 1974; 139: 69-81. - Ranson JHC. <i>Etiological and prognosis factors in human acute pancreatitis: a review</i>. Am J Gastroenterol 1982; 77: 633-8. - Keim V, Teich N, Fiedler F <i>et al</i>. <i>A comparison of lipase and amylase in the diagnosis of acute pancreatitis in patients with abdominal pain</i>. Pancreas 1998; 16: 45-9. - Larvin M, Chalmers AG, McMahon MJ. <i>Dynamic contrast enhanced computed tomography: a precise technique for identifying and localizing pancreatic necrosis</i>. BMJ 1990; 300: 1245-8. - Mayumi T, Ura H, Arata S <i>et al</i>. <i>Evidence-based clinical practice guidelines for acute pancreatitis: proposal</i>. J Hepatobiliary Pancreat Surg 2002; 9: 413-22. - Werner J, Feuerbach S, Uhl W. <i>Management of acute pancreatitis: from surgery to interventional intensive care</i>. Gut 2005; 54: 426-36. - UK Working Party on Acute Pancreatitis. <i>UK guidelines for the management of acute pancreatitis</i>. Gut 2005; 54 (Suppl III): iii1-9. - Kozarek R. <i>Role of ERCP in acute pancreatitis</i>. Gastrointestinal Endoscopy 2002; 56: S231-6. - Tse F, Barkun JS, Barkun AN. <i>The elective evaluation of patients with suspected choledocholithiasis undergoing laparoscopic cholecystectomy</i>. Gastrointestinal Endoscopy 2004; 60: 437-48. - Heinrich S, Rousson V <i>et al</i>. <i>Evidence based treatment of acute pancreatitis: a look at established paradigms</i>. Ann Surg 2006; 243 (2): 154-68. - Knaus WA, Draper EA, Wagner DP, Zimmerman JE. <i>APACHE II: a severity of disease classification system</i>. Crit Care Med. 1985; 13 (10): 818-29. - Whitcomb DC. <i>Acute pancreatitis</i>. N Engl J Med 2006; 354: 2142-50.				

GUIA DE MANEJO	PANCREATITIS AGUDA SEVERA	CODIGO	CC-CIME-GM-03	VERSION	02
		Página:	11 de 11		

APROBACIÓN				
	NOMBRE	CARGO	FECHA	FIRMA
ACTUALIZÓ	Dr. Luis Fernando Zuluaga Cristancho	Médico Unidad de Cuidado Intensivo	Marzo de 2014	
REVISÓ	Dr. Ricardo Uribe Moreno	Coordinador Unidades de Cuidado Critico	Marzo de 2014	
APROBÓ	Dra. Eliana Ramírez Cano	Jefe Unidad Medico Hospitalaria	Marzo de 2014	
PLANEACIÓN –CALIDAD Asesoría Técnica del Formato	SMSD. Pilar Adriana Duarte Torres	Coordinadora Grupo Gestión de Calidad Integral	Marzo de 2014	