

RESUMEN

CONFERENCIA DE CONSENSO

PANCREATITIS AGUDA

SEMICYUC 2012



**RECOMENDACIONES PARA EL
MANEJO EN CUIDADOS INTENSIVOS
DE LA PANCREATITIS AGUDA**

**RECOMMENDATIONS FOR INTENSIVE
CARE MANAGEMENT OF ACUTE
PANCREATITIS**

AUTORES / MIEMBROS DEL GRUPO DE TRABAJO
GRUPO CC – RECOMENDACIONES PAPG 2012. GTEI-SEMICYUC.

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA INTENSIVA, CRÍTICA Y UNIDADES CORONARIAS

CONTENIDO

RESUMEN EJECUTIVO	3
Clasificación de la Pancreatitis Aguda	3
Criterios De Ingreso Precoz En UCI-Nuevos Conceptos	4
Papel de la radiología en la PA. Diagnóstico de la necrosis infectada. Drenaje percutáneo	4
Drenaje Percutáneo. Colecciones Líquidas Agudas/Pseudoquistes.....	5
Necrosis infectada	5
Soporte Nutricional Y Metabólico Especializado Del Paciente Crítico Con Papg	6

RESUMEN EJECUTIVO

OBJETIVO

Se han producido grandes cambios en el manejo de la pancreatitis aguda desde la Conferencia de Consenso de Pamplona 2004. El objetivo ha sido revisar dichas recomendaciones y actualizarlas, para uniformizar el manejo integral de la pancreatitis aguda potencialmente grave en UCI.

PARTICIPANTES

Médicos intensivistas nacionales e internacionales, radiólogos, cirujanos, gastroenterólogos, médicos de los servicios de Urgencias y otros médicos implicados en el tratamiento de la pancreatitis aguda.

NIVELES DE EVIDENCIA Y GRADOS DE RECOMENDACIÓN

Se ha seguido el método GRADE para su elaboración.

ELABORACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES

La elección de Jurados y Vocales se realizó mediante convocatoria pública. Se ha realizado la revisión bibliográfica desde 2004 hasta la actualidad, y se han elaborado 16 bloques de preguntas sobre el manejo de la pancreatitis aguda en UCI. Primeramente se han trabajado las preguntas por grupos, para posteriormente elaborar un documento único. Dicho documento se ha discutido y consensado por vía informática, en el congreso de la SEMICYUC, y finalmente en la Conferencia de Consenso realizada expresamente para su elaboración.

CONCLUSIONES

Se han descrito 84 recomendaciones para el manejo de la PA en UCI. A continuación, resumimos las recomendaciones más determinantes, recomendando leer el documento completo a su publicación.

CLASIFICACIÓN DE LA PANCREATITIS AGUDA

Con este propósito, en 2012 se ha elaborado una nueva clasificación de las PA, que se basa en factores reales de gravedad en lugar de factores predictivos. El uso de sistemas con puntuaciones multifactoriales (APACHE II, los criterios de Ranson, de Imrie-Glasgow, etc.) utilizados en la clasificación original de Atlanta 1992_dificulta y tiene escasa aplicabilidad clínica, clasificando de forma errónea la PA graves en un 30-40%. Así, la nueva clasificación define la gravedad únicamente sobre la base de factores determinantes de la evolución: la necrosis (peri) pancreática y el fallo orgánico (FO). Los tres FO más frecuentes y determinantes en la evolución son el fracaso cardiovascular, renal y respiratorio. Para determinar la gravedad es suficiente la aparición de cualquiera de ellos.

Definiciones.

PANCREATITIS AGUDA LEVE (PAL)

Se caracteriza por la ausencia tanto de la necrosis (peri) pancreática como de fallo orgánico.

PANCREATITIS AGUDA MODERADA (PAM)

Se caracteriza por la presencia de cualquier tipo de necrosis (peri) pancreática estéril o fallo orgánico transitorio.

PANCREATITIS AGUDA GRAVE (PAG)

Se caracteriza por la presencia de cualquier grado de necrosis (peri) pancreática infectada o fallo orgánico persistente.

PANCREATITIS AGUDA CRÍTICA (PAC)

Se caracteriza por la presencia de necrosis (peri) pancreática infectada y fallo orgánico persistente.

Fallo orgánico transitorio: datos de FO que [se resuelven](#) en un periodo corto de tiempo tras aplicar las medidas de soporte adecuadas.

Fallo orgánico persistente: datos de FO que [no se resuelven](#) en un periodo corto de tiempo tras aplicar las medidas de soporte adecuadas.

CRITERIOS DE INGRESO PRECOZ EN UCI-NUEVOS CONCEPTOS

Es necesario señalar que la nueva clasificación es dinámica y evolutiva, por lo que la asignación de una categoría de gravedad (en particular PAG y PAC) es a posteriori. Esto es una desventaja potencial de la nueva clasificación, ya que es imposible diagnosticar PAM, PAG o la PAC en el momento del ingreso hospitalario. Por tanto, desde el punto de vista práctico introducimos el concepto de “pancreatitis aguda potencialmente grave” (PAPG). En resumen, definimos la PAPG como aquella pancreatitis aguda que presenta uno o más fallos orgánicos (hipotensión arterial, insuficiencia respiratoria, renal) o signos de alarma y es útil para el manejo inicial del paciente.

Al mismo tiempo, algunos de los criterios de gravedad publicados anteriormente nos indican que pacientes pueden tener una evolución desfavorable y los denominamos como “signos de alarma”. Los signos de alarma son aquellos datos o síntomas/signos en un paciente con PA que indican una posible evolución desfavorable, y pueden ser clínicos, radiológicos, analíticos ó escalas pronósticas que se enumeraban en la clasificación de Atlanta.

Los signos de alarma pancreática son:

Clínicos: obesidad, edad, defensa abdominal, derrame pleural, alteración de conciencia.

Analíticos: PCR > 150mg/L, procalcitonina (PCT) > 0,5 ng/ml, o elevación progresiva en 48 h; Hematocrito > 44%, PCT superior a 0,5 ng/ml en las primeras 24 horas.

Radiológicos: derrame pleural, líquido libre peritoneal.

Escalas pronósticas: APACHE II > 8; APACHE-0 > 6; Ranson-Glasgow >3 puntos.

Sugerimos que los pacientes con PA reciban un seguimiento clínico y analítico protocolizado y periódico durante las primeras 72 horas, para detectar precozmente el FO e iniciar su tratamiento enérgico lo antes posible. Es decir, evitar el síndrome de “PA solitaria”, término que define a los pacientes con una PA y que ingresa a una sala hospitalaria y no es sometida a un protocolo u Hoja de Ruta (Pathways) bien definida, quedando solitaria y abandonada las primeras horas.

PAPEL DE LA RADIOLOGÍA EN LA PA. DIAGNÓSTICO DE LA NECROSIS INFECTADA. DRENAJE PERCUTÁNEO

Papel de la radiología en la pancreatitis aguda.

La TC abdominal con contraste intravenoso (IV) no está indicada en todos los pacientes con PA, solo en las PA clínicamente graves o en las inicialmente leves con mala evolución clínica.

Se consideran criterios de alarma grave de la PA: la existencia de necrosis pancreática (definida como la ausencia de realce glandular con contraste IV yodado) y/o la presencia de colecciones peripancreáticas (Grado D y E de la clasificación por TC de Balthazar).

DRENAJE AGUDAS/PSEUDOQUISTES	PERCUTÁNEO.	COLECCIONES	LÍQUIDAS
---	--------------------	--------------------	-----------------

Se aconseja drenar (drenaje interno-externo endoscópico o drenaje percutáneo): a) colecciones líquidas agudas o pseudoquistes infectados, b) si existe clínica de dolor u obstrucción biliar-digestiva. La elección de una u otra técnica está basada en características anatómicas de las colecciones, disponibilidad del personal que realiza la técnica y experiencia del mismo.

NECROSIS INFECTADA

En enfermos de alto riesgo quirúrgico se recomienda el drenaje percutáneo paliativo de la necrosis infectada previo a la cirugía. El objetivo del drenaje percutáneo no es la resección del tejido pancreático sino el control de la sepsis. Se considera una técnica "puente" hasta un tratamiento más definitivo, ya que puede resultar de extrema utilidad estabilizar suficientemente pacientes demasiados graves para tolerar cualquier tipo de necrosectomía. A pesar de ello, hasta el 50% de pacientes con necrosis infectada tratados con drenaje percutáneo sobreviven sin necesidad de cirugía posterior.

Control de la PIA y actitudes ante el SCA.

La PIA debe medirse en todos los pacientes afectos de PAPG. Se medirá con el paciente en decúbito supino, al final de la espiración cada 6-8 horas y a través de la vejiga urinaria instilando un máximo de 25 ml de solución salina isotónica y se expresará en mmHg. Se considerará HIA cuando la PIA \geq 12 mmHg sostenida o repetida y SCA cuando PIA \geq 20 mmHg sostenida y asociada a SDMO *de novo*. Ante episodios de HIA y desarrollo del SCA tendremos como objetivo conseguir una PPA de 50-60 mmHg.

El tratamiento del SCA en la PAPG consistirá en incrementar la PAM o disminuir la PIA para mejorar la PPA.

Dentro de las terapias no quirúrgicas para disminuir la PIA se considerará la aspiración del contenido intestinal por sondaje gástrico y/o rectal; administración de procinéticos (metoclopramida, eritromicina, neostigmina); sedación y relajación y disminución del tercer espacio con diuréticos y/o técnicas de reemplazo renal.

Dentro de las terapias quirúrgicas para disminuir la PIA se considerará el drenaje percutáneo y/o la laparostomía descompresiva. Únicamente se actuará también sobre la región pancreática si se confirma la existencia de infección.

Reposición de la Volemia y Control Hemodinámico. En paciente crítico sin ventilación mecánica (VM) y con VM. En salas generales y en UCI.

Se recomienda la administración precoz de fluidos en aquellos pacientes con PAPG, inestables y con datos de hipoperfusión, preferiblemente con cristaloides equilibrados, en una cantidad no superior a los 3-4 litros en las primeras 24 horas. Especial cuidado en la reanimación son los pacientes con pancreatitis más graves y/o mayores comorbilidades.

Es crucial predecir de forma fiable la respuesta a fluidos antes de la expansión con volumen. Parámetros estáticos clásicos de monitorización y valoración de respuesta a fluidos, como la presión venosa central (PVC), presión de oclusión de la arteria pulmonar (POAP) así como la presión arterial media (PAM) deben interpretarse con cuidado tanto en pacientes con ventilación mecánica como en respiración espontánea.

Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias

La monitorización de parámetros dinámicos cuantifica la respuesta cardiaca ante variaciones de la precarga. La variación de volumen sistólico (VVS) así como la variación de presión de pulso (VPP) han demostrado su utilidad como predictores de la respuesta a volumen en pacientes con ventilación mecánica y ritmo sinusal.

Numerosos estudios han demostrado la utilidad de la maniobra de elevación de las piernas como predictor de respuesta a volumen (incremento $\geq 10\%$ gasto cardiaco durante los primeros 60-90 s de su realización) en pacientes críticos en respiración espontánea.

SOPORTE NUTRICIONAL Y METABÓLICO ESPECIALIZADO DEL PACIENTE CRÍTICO CON PAG

El soporte nutricional especializado en la pancreatitis aguda potencialmente grave, tanto en sus formas de PAG y PAC, debe iniciarse de forma precoz, en las primeras 48 h tras la resucitación inicial.

La nutrición enteral por vía yeyunal es de elección sobre la nutrición parenteral.

La nutrición parenteral está indicada si hay imposibilidad de administrar nutrición enteral, si hay intolerancia a la misma o si ésta da lugar a reagudización de la pancreatitis.

Se sugiere evaluar la posibilidad de mantener un mínimo aporte de nutrientes por vía yeyunal, incluso en los pacientes con intolerancia a la nutrición yeyunal y que estén siendo tratados con nutrición parenteral.

ACTITUD QUIRÚRGICA ANTE LA PAG O PAC SIN Y CON NECROSIS Y SEPSIS PANCREÁTICA

El manejo de los pacientes con necrosis estéril es conservador.

El manejo de los pacientes con necrosis infectada es quirúrgico. Si clínicamente el paciente lo permite, se debe retrasar la intervención quirúrgica tanto como sea posible e iniciarla por los abordajes menos agresivos (idealmente más de 3-4 semanas).

La necrosectomía y lavados y la necrosectomía, lavados y laparotomía programada y/o abdomen abierto son las técnicas “clásicas” más recomendadas.

Técnicas quirúrgicas menos invasivas aparecen con fuerza y deben de ser valoradas mediante estudios bien diseñados.