

Actualización sobre el manejo de la pancreatitis aguda

Update on the management of acute pancreatitis

Atualização no manejo da pancreatite aguda

Diego Eduardo Guato Canchinia^{1*} , Edison Vladimir Maldonado Mariño¹ , Alexander Javier Ramos Velastegui¹ 

¹ Universidad Regional Autónoma de los Andes. Ecuador.

*Autor para la correspondencia: ua.eduardogc20@uniandes.edu.ec

Recibido: 23-01-2024 Aprobado: 22-07-2024 Publicado: 27-07-2024

RESUMEN

Introducción: la pancreatitis aguda es la inflamación súbita del páncreas que puede variar en gravedad, desde casos leves hasta situaciones potencialmente mortales, es de vital importancia su tratamiento adecuado.

Objetivo: actualizar sobre el manejo de la pancreatitis aguda. **Método:** se realizó la búsqueda de información clara y relevante en diferentes artículos científicos sobre el manejo de la pancreatitis. La recopilación de información se efectuó en las bases de datos como: ELSEVIER, Clinical Key, Scielo, PubMed, Biblioteca virtual de la Salud. **Desarrollo:** para un correcto manejo de la pancreatitis aguda lo fundamental es la clasificación del paciente de acuerdo con la clínica y el resultado de laboratorio e imagenología. El uso de scores como Marshall y BISAP permiten la evaluación objetiva y estandarizada de la enfermedad, facilitando la estratificación de acuerdo con el riesgo y pronóstico. La hidratación óptima con

lactato de Ringer disminuye la inflamación generando un avance rápido en la mejoría del cuadro clínico. La nutrición ha tenido múltiples controversias, lo ideal es una alimentación dentro de las primeras 24 horas con una dieta en dependencia del estado clínico del paciente.

Consideraciones finales: el manejo médico de la pancreatitis aguda se centra en la atención de apoyo, el tratamiento de las complicaciones y la resolución del proceso inflamatorio sistémico. Es importante evaluar la gravedad de la enfermedad en las primeras etapas y distinguir la necesidad de antibióticos según la presencia de infección. El manejo adecuado del dolor incluye el uso de analgésicos intravenosos, AINES y opioides.

Palabras clave: pancreatitis aguda; manejo de atención al paciente; tratamiento farmacológico



ABSTRACT

Introduction: acute pancreatitis is a sudden inflammation of the pancreas that can vary in severity from mild to life-threatening situations, and proper management is of vital importance. **Objective:** to update on the management of acute pancreatitis. **Method:** a search for clear and relevant information in different scientific articles on the management of pancreatitis was performed. The collection of information was performed in databases such as: ELSEVIER, Clinical Key, SciELO, PubMed, and Virtual Health Library. **Development:** for the correct management of acute pancreatitis, it is essential to classify the patient according to clinical, laboratory and imaging results. The use of scores such as Marshall and BISAP allows objective and standardised assessment of the disease, facilitating stratification according to risk and prognosis. Optimal hydration with Ringer's Lactate decreases inflammation, leading to rapid improvement of the clinical picture. Nutrition has been the subject of much controversy; the ideal is to feed within the first 24 hours with a diet depending on the patient's clinical condition. **Final considerations:** medical management of acute pancreatitis focuses on supportive care, treatment of complications and resolution of the systemic inflammatory process. It is important to assess the severity of the disease in the early stages and to distinguish the need for antibiotics according to the presence of infection. Adequate pain management includes the use of intravenous analgesics, NSAIDs and opioids.

Keywords: acute pancreatitis; patient care management; pharmacological treatment

RESUMO

Introdução: a pancreatite aguda é uma inflamação súbita do pâncreas que pode variar em gravidade, desde casos leves até situações de risco de vida, sendo de vital importância o tratamento adequado; **Objetivo:** atualização no manejo da pancreatite aguda. **Método:** foi realizada busca de informações claras e relevantes em diferentes artigos científicos sobre o manejo da pancreatite. As informações foram coletadas em bases de dados como: ELSEVIER, Clinical Key, Scielo, PubMed, Biblioteca Virtual em Saúde. **Desenvolvimento:** para o correto manejo da pancreatite aguda, o fundamental é a classificação do paciente de acordo com os sintomas clínicos e os resultados laboratoriais e de imagem. A utilização de escores como Marshall e BISAP permitem avaliação objetiva e padronizada da doença, facilitando a estratificação segundo risco e prognóstico. A hidratação ideal com Ringer lactato reduz a inflamação, gerando rápido progresso na melhora do quadro clínico. A nutrição tem tido múltiplas polêmicas, o ideal é a alimentação nas primeiras 24 horas com dieta dependendo do estado clínico do paciente. **Considerações finais:** o manejo médico da pancreatite aguda concentra-se nos cuidados de suporte, no tratamento das complicações e na resolução do processo inflamatório sistêmico. É importante avaliar a gravidade da doença nas fases iniciais e distinguir a necessidade de antibióticos com base na presença de infecção. O manejo adequado da dor inclui o uso de analgésicos intravenosos, AINEs e opioides.

Palavras-chave: pancreatite aguda; gestão do atendimento ao paciente; Farmacoterapia

Cómo citar este artículo:

Guato Canchinia DE, Maldonado Mariño EV, Ramos Velastegui AJ. Actualización sobre el manejo de la pancreatitis aguda. Rev Inf Cient [Internet]. 2024 [citado Fecha de acceso]; 103:e4567. Disponible en: <http://www.revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/4567>



INTRODUCCIÓN

La pancreatitis aguda (PA) es una inflamación súbita del páncreas que puede variar en gravedad, desde casos leves hasta situaciones potencialmente mortales. El cuadro clínico de la pancreatitis aguda suele incluir una combinación de síntomas característicos que varía en intensidad según la gravedad del episodio. Los síntomas comunes de la pancreatitis aguda incluyen dolor abdominal intenso en la parte superior del abdomen que puede irradiarse hacia la espalda, náuseas, vómitos, fiebre y distensión abdominal.^(1,2)

La pancreatitis aguda se presentarse de forma leve, moderada o grave, por lo que los síntomas pueden variar en cada caso. El tratamiento de la pancreatitis aguda suele centrarse en aliviar los síntomas, prevenir complicaciones y permitir que el páncreas se recupere. En casos leves, puede implicar reposo, ayuno temporal, hidratación y analgésicos para controlar el dolor.⁽³⁾

El tratamiento farmacológico de la pancreatitis aguda puede incluir varios medicamentos destinados a aliviar los síntomas, controlar la inflamación y prevenir complicaciones. Algunos de los medicamentos comúnmente utilizados en el tratamiento de la pancreatitis aguda son los analgésicos, antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) u opioides en casos de dolor severo, los antieméticos son medicamentos que ayudan a controlar las náuseas y los vómitos, síntomas frecuentes en la pancreatitis aguda. Los antibióticos en casos de pancreatitis aguda grave con signos de infección del páncreas u otros órganos.^(4,5)

Existen varios factores que pueden contribuir al desarrollo de la pancreatitis aguda, como el consumo excesivo de alcohol, cálculos biliares, hipertrigliceridemia, ciertos medicamentos, infecciones virales y factores genéticos, entre otros. Es importante tener en cuenta que la pancreatitis aguda puede variar en gravedad, desde casos leves que se resuelven con tratamiento conservador hasta episodios graves que requieren hospitalización y cuidados intensivos.⁽⁶⁾

Se estima que la incidencia de la pancreatitis aguda varía entre 4,9 y 73,4 casos por cada 100 000 personas por año en diferentes regiones del mundo. A nivel mundial, se estima que la prevalencia de la pancreatitis aguda es de aproximadamente 33 casos por cada 100 000 habitantes. Esta cifra puede variar según factores como la edad, el sexo, los hábitos de vida y la presencia de condiciones médicas subyacentes. La pancreatitis aguda puede afectar a personas de todas las edades, pero es más común en adultos jóvenes y de mediana edad. En general, los hombres tienen una mayor incidencia de pancreatitis aguda que las mujeres, especialmente en casos relacionados con el consumo excesivo de alcohol.^(7,8)

El diagnóstico temprano y el tratamiento adecuado de la pancreatitis aguda son fundamentales para evitar complicaciones graves y mejorar el pronóstico del paciente. Su manejo es individualizado y depende de la gravedad del caso y las necesidades específicas del paciente. Por lo que el objetivo de esta Investigación es actualizar sobre el manejo de la pancreatitis aguda.



DESARROLLO

En las últimas décadas, se ha producido un avance significativo en la comprensión y el manejo de la pancreatitis aguda, una inflamación súbita del páncreas que abarca desde casos leves de edema parenquimatoso hasta formas graves de pancreatitis necrosante o hemorrágica. Aunque el manejo médico sigue siendo fundamental en el tratamiento de esta enfermedad, los avances recientes se basan en una mejor comprensión de su fisiopatología y los procesos clínicos involucrados.⁽⁹⁾

En este contexto, la estratificación de la gravedad de la pancreatitis aguda desempeña un papel fundamental en la toma de decisiones clínicas. Para ello, se ha desarrollado una nueva clasificación, conocida como la clasificación de Atlanta, que establece tres grados de severidad: leve, moderadamente severa y severa. Esta clasificación permite una mejor estratificación de los pacientes y la implementación de un manejo más específico.⁽⁹⁾

Pancreatitis aguda leve: Se distingue por la ausencia de falla orgánica y complicaciones locales o sistémicas. A estos pacientes en algunas ocasiones egresan en la fase temprana, no requieren imagenología pancreática y tienen una tasa de mortalidad muy baja.

Pancreatitis aguda moderadamente severa: Se caracteriza por insuficiencia orgánica transitoria o complicaciones locales o sistémicas en ausencia de falla orgánica permanente.

Pancreatitis aguda severa: Se caracteriza por falla orgánica permanente. Los pacientes con estos inconvenientes a menudo tienen una o más complicaciones locales. Para aquellos que desarrollaron falla orgánica permanente en los primeros días, la mortalidad aumentó en un 36-50 %. Si a esto se le agrega necrosis infectada, la mortalidad se vuelve mucho más alta.

El manejo médico de la pancreatitis aguda sigue siendo la atención de apoyo, el tratamiento de las complicaciones y la resolución del proceso inflamatorio sistémico. Actualmente los avances en el tratamiento médico se basan en las causas de su origen y los procesos clínicos en dependencia del tipo de pancreatitis, aguda leve, aguda moderadamente severa y aguda severa.

En fase temprana, cuando aún se está desarrollando, la gravedad de la pancreatitis debe evaluarse diariamente dentro de las 24 a 48 horas y dentro de los 7 días posteriores a su ingreso. Es importante distinguir que, aunque los antibióticos profilácticos no parecen ser efectivos en el tratamiento de la pancreatitis aguda necrotizante, los antibióticos a libre demanda son necesarios y efectivos si estos pacientes desarrollan algún tipo de infección. Se destaca que en ciertas ocasiones no se receta antibióticos profilácticos a pacientes con necrosis pancreática, sin embargo, se debe tener en cuenta que el 33 % de los pacientes pueden necesitar como tratamiento, ya sea el motivo una necrosis pancreática o la infección extrapancreática.⁽¹⁰⁾



Manejo de la pancreatitis aguda

Dentro del esquema de manejo para aquellos pacientes con pancreatitis aguda se destacan 4 etapas, ingreso, pautas de manejo, consideraciones especiales y manejo de colecciones.

Ingreso: se brinda diagnóstico y clasificación en dependencia clínica del paciente, exámenes de laboratorio e imagenología. En esta etapa se brinda un tratamiento inicial de reanimación hemodinámica, analgesia multimodal y descarte de etiología.⁽¹¹⁾

El diagnóstico de PA se basa en tres criterios, presencia de dolor abdominal en epigastrio, intenso, persistente o recurrente irradiado hacia el dorso, valores aumentados tres veces más de los parámetros normales de las enzimas pancreáticas amilasa y lipasa plasmáticas y evidencia radiológica de la presencia de pancreatitis de los cuales se necesita de al menos dos para decir que se trata de una PA. Posterior a esto se utiliza scores como Marshall para predicción del grado de severidad, seguido de score BISAP, uremia y hematocrito para evaluar el pronóstico del paciente.

Para el manejo del dolor a causa de la inflamación pancreática es imprescindible el uso de analgésicos intravenosos, AINES (Ibuprofeno, ketorolaco, diclofenaco, dipirona y paracetamol) y opioides. Cabe destacar que los AINES presentan un techo de acción que los opioides no presentan, lo cual brinda ventajas terapéuticas, además es común que haya una asociación entre estos grupos farmacológicos lo cual potencia su acción farmacológica.⁽¹²⁾

Pautas de manejo: se basa principalmente en una correcta hidratación, temprana nutrición enteral, tromboprolifaxis, identificación de disfunción orgánica. La evaluación por infección es de importancia ya que se debe evitar profilaxis antibiótica/antifúngica.⁽¹³⁾

Uso racional de antimicrobianos: su uso como tratamiento de PA en las primeras 72 horas ha sido muy controversial debido a las complicaciones que podría implicar, sin embargo, es claro que este cumple con la función de evitar la presencia de infecciones tanto locales como sistémicas. Sin embargo, no se usa para profilaxis, de la misma forma se debe suspender su uso en el caso de que no haya evidencia de infección.⁽¹⁴⁾

Manejo nutricional en PA en sus primeras 72 horas: Se determina la presencia y el grado de malnutrición dentro de las 24 a 48 horas de ingreso, clasificándola en un nivel de riesgo nutricional que va de moderado a elevado. Los requerimientos calóricos y proteicos son: 25 a 30 kcal/kg/dde energía y 1,2 a 1,5 g/kg/d de proteínas en PA leve, 35 kcal/ kg/d de energía y 1,5 a 2g/kg/d de proteínas en PA moderada y grave.^(15,16)

Consideraciones especiales

Realizar exámenes en aquellos pacientes que no mejoran en un lapso de 5 a 7 días o que se tenga una sospecha de alguna complicación a nivel de abdomen. El manejo quirúrgico va a variar de acuerdo al paciente y su sintomatología, puede realizarse CPRE (Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica), laparotomía, colecistectomía laparoscópica y técnicas no invasivas. Cabe destacar que



CPRE en PA leve no está indicada, en PA con colangitis se debe realizar en una etapa inicial o precoz y en PA severa se indica en el caso de que exista empeoramiento clínico relacionado con la obstrucción biliar persistente.

Manejo de colecciones: Frente a una colección o pseudoquiste, se debe realizar una observación exhaustiva durante 6 a 12 semanas y usar técnicas no invasivas cuando el paciente ya presenta la clínica característica. Por otro lado, frente a una necrosis amurallada, el médico debe drenar después de que pasen 6 semanas y proceder al empleo de técnicas no invasivas o mínimamente invasivas.⁽¹²⁾

Actualizaciones del manejo

El manejo en las primeras 48 a 72 horas de tratamiento es de suma importancia, ya que las decisiones tomadas en este lapso pueden tener un impacto tanto positivo como negativo en la evolución de la PA. Aunque hasta ahora no se cuenta con un tratamiento específico para guiar el manejo de los pacientes, se han producido cambios significativos en el enfoque de la pancreatitis en los últimos años, desafiando los paradigmas establecidos gracias a nuevas evidencias.⁽¹⁴⁾

Hidratación: la utilización de Ringer Lactato como solución intravenosa muestra beneficios al disminuir la inflamación sistémica en comparación con la solución salina, además reduce los niveles de proteína C reactiva después de 24 horas. Por lo tanto, la administración temprana y agresiva de una hidratación de 3ml/kg/h durante las primeras 8 horas de manejo acelera la mejoría clínica en casos de pancreatitis aguda leve.^(14,15)

Actualmente, varios estudios coinciden con el uso de Lactato Ringer, pero no de la hidratación agresiva, ya que puede aumentar el riesgo de efectos adversos, como la insuficiencia renal y falla respiratoria aguda que requiere ventilación mecánica. En su lugar, se recomienda que el volumen total de líquidos administrados a lo largo de 24 horas se mantenga en un rango de alrededor de 2.500-4.000 mililitros.⁽¹⁶⁾

Nutrición: a diferencia de los paradigmas previos, se ha observado un cambio en las recomendaciones sobre el ayuno prolongado en el manejo de la pancreatitis. En la actualidad, se recomienda la alimentación temprana, idealmente dentro de las primeras 24 horas, mediante una dieta normal baja en colecistoquinéticos, siempre y cuando el estado clínico del paciente lo permita. En cuanto a aquellos pacientes que no pueden tolerar la ingesta oral, se opta por la alimentación a través de una sonda nasogástrica o nasoyeyunal. Esta nueva orientación se basa en el hecho de que mantener a los pacientes en ayuno prolongado aumenta el riesgo de translocación bacteriana e infección de las colecciones pancreáticas debido a la apertura de las uniones intercelulares que permiten el paso de bacterias.⁽¹⁵⁾

Nuevas terapias farmacológicas

En base a los procesos disfuncionales del páncreas como disfunción mitocondrial, activación prematura del tripsinógeno, estrés del retículo endoplásmico, deficiencia en la autofagia y la señalización patológica del calcio se ha identificado un grupo de agentes terapéuticos que apuntan a los procesos mencionados. Varios de estos agentes ya están disponibles en el mercado, mientras que otros se



encuentran en etapas de investigación clínica. Un claro ejemplo de ello es el tocilizumab, que tiene como objetivo específico la interleucina-6 (IL-6) con el propósito de detener la respuesta inflamatoria.⁽¹⁴⁾

Actualmente se estima que niveles de triglicéridos en suero superiores a 1.000mg/dl pueden desencadenar la PA y sus complicaciones, aunque este rango se considera arbitrario y aún no se conoce el umbral exacto en el cual puede ocurrir la PA. Por lo tanto, lograr una disminución rápida y sostenida de los niveles de triglicéridos es un objetivo primordial para prevenir las complicaciones asociadas con esta condición.⁽¹⁷⁾

El manejo de estos pacientes se basa en tratar la condición aguda y adoptar medidas de control, como cambios en la dieta y el uso de medicamentos. En casos en los que estos enfoques no sean efectivos, la aféresis temprana es una opción importante. Sin embargo, hay poca experiencia en el uso de esta medida como tratamiento crónico para prevenir el desarrollo de complicaciones.⁽⁶⁾

Consiguientemente, para el tratamiento de la hipertrigliceridemia severa (HTG) en 2012, se aprobó el Alipogenetiparvovec como terapia génica para pacientes con síndrome de quilomicronemia familiar (SQF), logrando una reducción significativa en los niveles de triglicéridos y en el número de pancreatitis agudas (PA) en un período de 3 a 6 semanas de tratamiento.⁽¹⁷⁾

El uso de Pradigastat, un inhibidor de la enzima diacilglicero 1O-aciltransferasa 1 (DGAT1) involucrada en la síntesis de triglicéridos, ha demostrado reducir los niveles de TG entre un 41 % y un 70 %, principalmente al reducir los quilomicrones. Otros objetivos terapéuticos que se han estudiado incluyen los péptidos similares a angiopo y etina 3 y 4 (ANGPTL3 y ANGPTL4), los cuales regulan el metabolismo de los triglicéridos.⁽¹⁷⁾

Recientemente, se ha desarrollado una nueva clase de medicamentos dirigidos a la inhibición de apoC3, con el objetivo de facilitar la eliminación de lipoproteínas ricas en triglicéridos. El estudio APPROACH evaluó la seguridad y eficacia de Volanesorsen, un inhibidor antisentido del ARNm hepático de apoC3, en pacientes con síndrome de quilomicronemia familiar, logrando reducir los niveles de triglicéridos a menos de 750 mg/dl en el 77 % de los pacientes.⁽¹⁷⁾

Heparina e insulina en el manejo de pancreatitis aguda: Se estima que la insulina y la heparina es importante dentro de la PA, ya que reduce los niveles de TG a un valor menor de 500 mg/dL y debe ser dentro de los primeros 14 días, reduciendo así la mortalidad en un 50%.⁽¹⁸⁾

La insulina tiene un papel importante al promover la síntesis y activación de esta enzima lipoproteína lipasa, también degradando los quilomicrones, su uso y dosis se basa en el paciente y si padece diabetes.

Además, se estima que la heparina con su función anticoagulante interviene en la inhibición de la reacción inflamatoria, debido al bloqueo en la adhesión plaquetaria y de leucocitos al endotelio, disminuyendo el reclutamiento leucocitario. Mantiene una función similar a la insulina al promover la liberación de la lipoproteína lipasa, no obstante, no se usaría como monoterapia por la pérdida de



efectividad y el efecto rebote posterior a la suspensión del uso, considerando también el riesgo de sangrado que pueden padecer los pacientes.⁽¹⁸⁾

El uso concomitante de insulina y heparina mediante reportes han dado una disminución de TG entre 3822 mg/dL y 888 mg/dL en 2.8 días. Por lo tanto, el manejo con insulina y heparina ha sido un tratamiento eficaz, seguro y económico para tratar la pancreatitis aguda secundaria a hipertrigliceridemia.⁽¹⁸⁾

Pentoxifilina: La utilización de este inhibidor de TNF alfa reduce la necesidad de ingreso en unidades de cuidados intensivos (UCI) y acorta la estancia hospitalaria en pacientes con alto riesgo de desarrollar pancreatitis aguda grave.⁽¹⁴⁾

Tratamiento basado en intervenciones

Actualmente se compone de varios pilares como la hidratación intravenosa temprana, nutrición adecuada y analgesia. Además, existen métodos invasivos mediante los cuales se brinda un tratamiento eficaz como:

Colangiopancreatografía Retrograda (CPRE): está indicada en PA de etiología biliar cuando se trata de una colangitis (Grado 1B) o una obstrucción del conducto biliar común (Grado 1C). Este procedimiento solo debe realizarse cuando sea estrictamente de urgencia (< 24 horas) en presencia de una colangitis aguda (Grado 2C). Sin embargo, no se puede realizar en todos los estadios, por ejemplo, en una pancreatitis aguda leve o una pancreatitis aguda severa no se realiza a menos que exista evidencias de colangitis.⁽¹⁹⁾

Frente a una obstrucción biliar persistente sin colangitis se debe realizar sin ninguna repercusión. Tras varios estudios, se hace mención que existe una diferencia ni un beneficio como tal en cuanto al tiempo de realización: < 24 horas, < 48 horas y < 72 horas.⁽⁷⁾ Por otro lado, se estima que del 2-4 % de los pacientes desarrollan pancreatitis post-CPRE, sin embargo, esto puede llegar a prevenirse mediante canalización guiada, colocación de stents en el ducto pancreático y utilización de anti- inflamatorios rectales como la indometacina.⁽⁷⁾

Colecistectomía: Todo paciente con PA leve de etiología biliar debe someterse a una colecistectomía mientras permanecen en hospitalización (Grado 1C), para reducir las posibles complicaciones biliares y recurrencias. Por el contrario, ante un episodio moderadamente severo o severo, acompañado de colecciones peripancreáticas, la colecistectomía debe retrasarse hasta que exista mejoría o estabilización a las 6 semanas con el objetivo de reducir la morbimortalidad y posibles infecciones.^(18,19)

Manejo quirúrgico de las complicaciones: la complicación más común de la pancreatitis aguda es la necrosis pancreática estéril. Anteriormente, se realizaba el drenaje abierto, pero esto traía consigo un aumento considerable de la mortalidad. Actualmente se indica el drenaje quirúrgico ante la sospecha de necrosis pancreática infectada, y si no existe evidencia de necrosis infectada, la persistencia de falla orgánica después de iniciar el cuadro puede ser sugestivo del Grado 1C.⁽⁷⁾



En el caso de obstrucción del tracto de salida gástrico, de la vía biliar o del intestino se debe drenar una necrosis estéril. El concepto de que toda necrosis pancreática operipancreática infectada requiere drenaje y desbridamiento quirúrgico no es absoluto. Se ha comprobado que el uso de antibióticos retrasa y logra evitar procedimientos invasivos.⁽¹⁸⁾

Actualmente, los procedimientos mínimamente invasivos resultan ser de elección siempre que sean de alcance para el paciente y se encuentren disponibles. Ya que existen evidencias las cuales manifiestan que estos procedimientos generan mejor respuesta clínica y menos complicaciones con respecto a las cirugías abiertas.⁽⁷⁾

Para un correcto manejo de la pancreatitis aguda lo fundamental es la clasificación del paciente de acuerdo con la clínica y el resultado de laboratorio e imagenología, siendo esta aplicación inicial exitosa en varios hospitales a nivel de Latinoamérica, demostrando: reducción de complicaciones, selección del tratamiento adecuado y optimización de recursos.⁽²⁰⁾

El uso de scores como Marshall y BISAP permite la evaluación objetiva y estandarizada de la enfermedad, facilitando la estratificación de acuerdo con el riesgo y pronóstico. En las actualizaciones para el manejo de PA, los autores coinciden en que el tratamiento adecuado se da en un lapso de 48 a 72 horas, de esto dependerá tener un cuadro favorable o no. La hidratación óptima con Lactato de Ringer disminuye la inflamación generando un avance rápido en la mejoría del cuadro clínico, estableciendo así que en las primeras 8 horas se realice una correcta hidratación. La nutrición ha tenido múltiples controversias, el ayuno prolongado era la recomendación habitual, pero actualmente lo ideal es una alimentación dentro de las primeras 24 horas con una dieta en dependencia del estado clínico del paciente.

Las nuevas terapias farmacológicas tienen un enfoque en reducir la aparición de PA secundaria a hipertrigliceridemia, Pradigastat, Volanesorsen o el uso conjunto de Heparina e insulina reportan una disminución precisa de triglicéridos, catalogándolos como un tratamiento eficaz y seguro para esta etiología, no obstante, existen medicamentos encargados de detener la respuesta inflamatoria (Tocilizumab) o bien aquellos que van a reducir el ingreso a Unidad de Cuidados Intensivos al tener alto riesgo de PA grave (Pentoxifilina).

Las intervenciones como CPRE o colecistectomía en casos de obstrucción ocolangitis son métodos relevantes pero que no se realizan en todos los estadios, además en casos de complicaciones como la necrosis pancreática infectada actualmente se recomienda el drenaje quirúrgico, sin embargo, la antibioticoterapia ha demostrado evitar procedimientos invasivos. En general, las actualizaciones en el manejo de la pancreatitis aguda han llevado a cambios significativos en los enfoques clínicos, desafiando los paradigmas establecidos y brindando opciones más efectivas y seguras para el tratamiento de esta enfermedad.



CONCLUSIONES

El manejo médico de la pancreatitis aguda se centra en la atención de apoyo, el tratamiento de las complicaciones y la resolución del proceso inflamatorio sistémico. Es importante evaluar la gravedad de la enfermedad en las primeras etapas y distinguir la necesidad de antibióticos según la presencia de infección. El manejo adecuado del dolor incluye el uso de analgésicos intravenosos, AINES y opioides. La antibióticoterapia puede evitar procedimientos invasivos en algunos casos. Es necesario la hidratación temprana, la nutrición adecuada y la trombopprofilaxis en las pautas de manejo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Oña Rodríguez JA, Noriega Puga VR. Pancreatitis aguda: una revisión sistemática. *Revista Sanitaria de Investigación* [Internet]. 2023 [citado 15 jul 2023]; 4(3):184. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8908661>
2. Álvarez-Aguilar PA, Dobles-Ramírez CT. Pancreatitis aguda: fisiopatología y manejo inicial. *Acta med costarric* [Internet]. 2019 [citado 15 jul 2023]; 61(1):13-21. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022019000100013&lng=en
3. Czul F, Coronel E, Donet Jean A. Una actualización de pancreatitis crónica: artículo de revisión. *Rev. gastroenterol. Perú* [Internet]. 2017 [citado 15 jul 2023]; 37(2):146-155. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102251292017000200007&lng=es
4. Guidi M, Curvale C, Pasqua A, Hwang HJ, Pires H, Basso S, Haberman D, Matanó R, Mazza O, Vizcarra P, Canicoba M. Actualización en el manejo inicial de la pancreatitis aguda. *Acta Gastroenterológica Latinoamericana* [Internet]. 2019 [citado 15 jul 2023]; 49(4):307-23. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/1993/199362054003/199362054003.pdf>
5. Garita FS, Marín DT. Generalidades de la Pancreatitis Aguda. *Rev Cie Salud Integ Conocim* [Internet]. 2022 [citado 15 jul 2023]; 6(3):87-96. DOI: <https://doi.org/10.34192/cienciaysalud.v6i3.427>
6. Estepa Ramos JL, Santana Pedraza T, Estepa Pérez JL, Acea Paredes Y. Caracterización clínico-quirúrgica de pacientes con pancreatitis aguda. Cienfuegos, 2018-2020. *MediSur* [Internet]. 2021 [citado 15 jul 2023]; 19(2):245-59. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=104833>
7. Quiguango, D. M., & Ricart, M. C. Actualización del diagnóstico y tratamiento de la pancreatitis aguda canina. *Revista veterinaria* [Internet]. 2020 [citado 15 jul 2023]; 31(2):210-214. DOI: <https://dx.doi.org/10.30972/vet.3124749>
8. Calvo MV, Román MM. Update on acute pancreatitis. *Revista Médica Sinergia* [Internet]. 2022 [citado 15 jul 2023]; 7(5):e809. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenI.cgi?IDARTICULO=105158>
9. Alvarez Moyon L, Galarza Avila K, Aguirre Realpe K, Torres A. Antibioticoterapia en pancreatitis aguda. *RECIAMUC* [Internet].



- 2020 [citado 15 jul 2023]; 4(1): 179-188. Disponible en: [https://doi.org/10.26820/reciamuc/4.\(1\).en.ero.2020.179-188](https://doi.org/10.26820/reciamuc/4.(1).en.ero.2020.179-188)
10. Gutiérrez Navarro R, Cordero GA. Actualización en el diagnóstico y manejo de la pancreatitis aguda. *Revista Ciencia y Salud Integrando Conocimientos*. [Internet]. 2020 [citado 15 jul 2023]; 4(5):51-62. Disponible en: <https://revistacienciaysalud.ac.cr/ojs/index.php/cienciaysalud/article/view/207>
 11. Álvarez Aguilar PA, Dobles Ramírez CT. Pancreatitis aguda: fisiopatología y manejo inicial. *Acta Med Costarric* [Internet]. 2020 [citado 15 jul 2023]; 61(1):13–21. Disponible en: <https://www.scielo.sa.cr/pdf/amc/v61n1/0001-6002-amc-61-01-13.pdf>
 12. Guidi M, Curvale C, Pasqua A, Hwang H.J, Pires H, Basso S, Haberman D, Vizcarra P, Canicoba M, Matanó R, Mazza O. Actualización en el manejo inicial de la pancreatitis aguda. *Acta Gastroenterol Latinoam* [Internet]. 2020 [citado 15 jul 2023]; 49(4):307-323. Disponible en: <https://actagastro.org/actualizacion-en-el-manejo-inicial-de-la-pancreatitis-aguda/>
 13. Alzua-Pichardo E, Acuña C. Actualidades en pancreatitis aguda. *Rev Estud Med Univ Sonora* [Internet]. 2022 [citado 15 jul 2023]; 7(1):37–39. Disponible en: https://ojs-remus.unison.mx/index.php/remus_unison/article/view/85/91
 14. Salazar D, Morejón C. Fluidoterapia en pancreatitis aguda. *Rev Ecu Cie Tecnol Inn salud pública* [Internet]. 2022 [citado 15 jul 2023]; (6):1–14. Disponible en: <https://www.inspilib.gob.ec/index.php/inspi/article/view/321/299>
 15. Gento Peña E, Martín de la Torre E, Miján de la Torre A. Nutrición artificial y pancreatitis aguda: revisión y actualización. *Nutr Hosp* [Internet]. 2007 [citado 15 jul 2023]; 22(1):25-37. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/nh/v22n1/revision2.pdf>
 16. Jure C, Sapiain L, González S. Hipertrigliceridemia severa refractaria a tratamiento médico y pancreatitis aguda recurrente: uso de plasmaféresis crónica ambulatoria en el Hospital San Pablo de Coquimbo. Reporte de un caso. *Rev Med Chile* [Internet]. 2020 [citado 15 jul 2023]; 148(9):1362–7. DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872020000901362>
 17. Pérez F, Arauz Valdes E. Pancreatitis Aguda: Artículo de Revisión. *Rev Méd Cient* [Internet]. 2020 [citado 15 jul 2023]; 33(1):67-88. Disponible en: <https://revistamedicocientifica.org/index.php/rmc/article/view/57>
 18. Camargo-Mendoza JP, Rodríguez DE, Bustos JS. Heparina e insulina en el manejo de pancreatitis aguda asociada a hipertrigliceridemia. *Acta Médica Colombiana* [Internet]. 2020 [citado 15 jul 2023]; 45(1). DOI: <https://doi.org/10.36104/amc.2020.1491>
 19. Vargas Castillo PM, Mora Quesada IM. Colecciones pancreáticas en pancreatitis aguda. *Rev Med Sinerg* [Internet]. 2022 [citado 15 jul 2023]; 7(7):e822. DOI: <https://doi.org/10.31434/rms.v7i7.822>
 20. Joral Del Hoyo SS, Jiménez Cuenca DMI, Gómez San Martín DE, Pina Pallín DM, Sigüenza González DR, Núñez Miguel DE. Pancreatitis aguda, sus complicaciones y diagnóstico diferencial. *SERAM* [Internet]. 2021 [citado 15 jul 2023]; 1(1). Disponible en: <https://www.piper.espacio-seram.com/index.php/seram/article/view/406>



Declaración de conflictos de intereses:

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses.

Financiación:

No se recibió financiación para el desarrollo del presente artículo.

