GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

PARA EL MANEJO DE LA PANCREATITIS AGUDA

VERSIÓN EN EXTENSO

I. Tabla 1. Lista completa de recomendaciones y buenas prácticas clínicas (BPC)

Enunciado	Tipo
Manejo	
Pregunta 1: En pacientes con pancreatitis aguda, ¿qué tipo de fluido intravenoso debería usarse para la reanimación?	
En pacientes con pancreatitis aguda, sugerimos administrar solución salina normal como terapia inicial de fluidos para la reanimación.	Recomendación condicional a favor Certeza de la evidencia: Muy baja (⨁⊖⊖⊖)
En pacientes con pancreatitis aguda, adaptar la administración de líquidos a la necesidad del paciente, evaluando de forma frecuente su estado hemodinámico. Usar inicialmente la fluidoterapia intravenosa dirigida a objetivos con una velocidad de 5-10 ml/kg/h hasta que se alcancen los objetivos de reanimación. Cuando se alcancen los objetivos se debe disminuir de acuerdo con la necesidad del paciente. La evaluación de la reanimación con líquidos se debe basar en uno o más de los siguientes objetivos (se preferirá la evaluación clínica): (i) Objetivos clínicos (frecuencia cardíaca < 100 latidos/min, presión arterial media de 65 a 85 mmHg, diuresis > 0,5 a 1 ml/kg/h, llenado capilar < 2 s). (ii) Objetivos de laboratorio (hematocrito entre 35 a 44%, disminución de los niveles de urea, mantenimiento de niveles normales de creatinina sérica durante la hospitalización). (iii) En el entorno de cuidados intensivos, objetivos invasivos (presión venosa central de 8 a 12 mmHg, variación del volumen sistólico y determinación del volumen sanguíneo intratorácico). La monitorización de los pacientes será constante durante el proceso de la reanimación con líquidos.	BPC
En pacientes en las primeras fases de la pancreatitis aguda en estado de shock o con deshidratación, realizar la reanimación rápida con líquidos (150-600 ml/h: dependiendo de la presencia de estado de shock y el nivel de deshidratación). Sin embargo, tener precaución para evitar una infusión excesiva de líquidos.	BPC
En pacientes con pancreatitis aguda sin deshidratación, monitorizar de cerca con una cantidad adecuada de infusión de líquidos (130-150 ml/h). Particularmente en pacientes con comorbilidades como insuficiencia cardíaca o renal, el volumen de sangre circulante debe evaluarse cuidadosamente para determinar la tasa de infusión de líquidos.	BPC
Pregunta 2: En pacientes con pancreatitis aguda, ¿cuál sería el mejor momento para iniciar la nutrición enteral?	
En pacientes con pancreatitis aguda no severa, sugerimos administrar nutrición enteral temprana (lo antes posible después de su ingreso	Recomendación condicional a favor

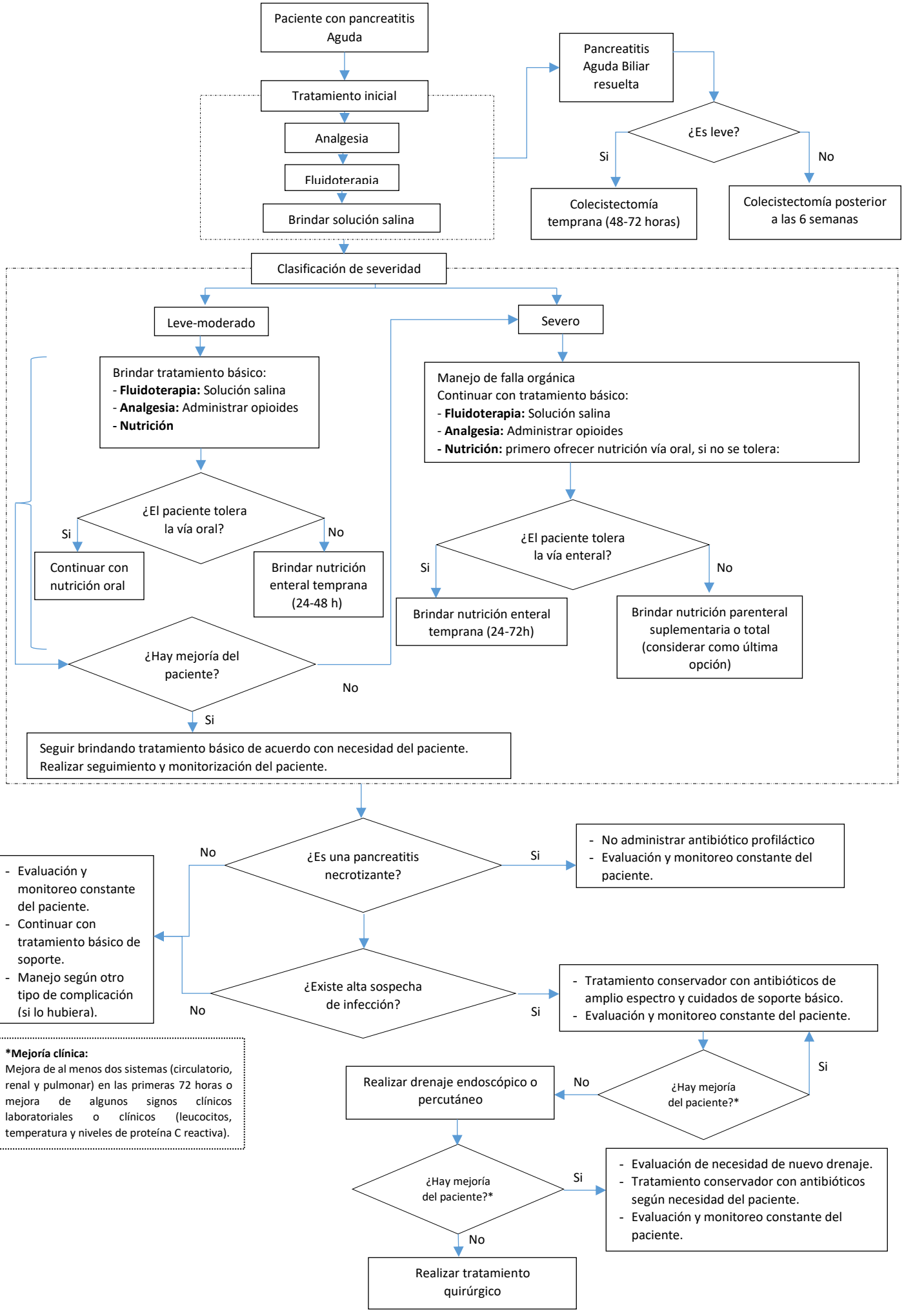
hospitalario, dentro de las 24 a 48 horas) en lugar de la nutrición enteral tardía cuando la vía oral no es tolerada.	Certeza de la evidencia: muy baja (⨁⊖⊖⊖)
En pacientes con pancreatitis aguda severa, sugerimos administrar nutrición enteral temprana (lo antes posible después de su ingreso dentro de las 24 a 72 horas) en lugar de la nutrición enteral tardía.	Recomendación condicional a favor Certeza de la evidencia: muy baja (⨁⊖⊖⊖)
Pregunta 3: En pacientes con pancreatitis aguda, ¿cuál sería el analgésico de elección?	
En pacientes con pancreatitis aguda, sugerimos administrar opioides para el control del dolor.	Recomendación condicional a favor Certeza de la evidencia: muy baja (⨁⊖⊖⊖)
En pacientes con pancreatitis aguda, el tratamiento analgésico es individualizado, se podría considerar el siguiente esquema: **Tratamiento convencional (primera elección):** 1 ampolla de 100mg diluido en 100ml de solución salina y administrado c/6 a 8 h. **Como tratamiento de rescate:** • Tramadol 200 a 300 mg en 200ml de solución salina condicionado al dolor + metoclopramida de 10 a 20mg. **En caso de que el dolor no remita:** Se administrará: • Morfina 10mg/ml, 10 mg/6-8 h (vía subcutánea) Si el dolor continúa sin remitir con dicho manejo: • 30 mg de petidina (100 mg/2ml) diluida en 100 ml de solución salina y administrado c/4 a 6 h.	BPC
Pregunta 4: En pacientes con pancreatitis aguda severa, ¿se debería usar nutrición enteral o parenteral?	
En pacientes con pancreatitis aguda severa, recomendamos brindar nutrición por vía enteral en lugar de nutrición parenteral como vía de elección inicial para el soporte nutricional a no ser que no sea tolerada o esté contraindicada.	Recomendación fuerte a favor Certeza de la evidencia: muy baja (⨁⊖⊖⊖)
En pacientes con pancreatitis aguda severa, se puede brindar nutrición enteral mediante sonda nasogástrica o nasoyeyunal. Sin embargo, preferir utilizar la sonda nasogástrica y reservar la sonda nasoyeyunal por requerir menos recursos humanos y logísticos para su colocación a no ser que su uso esté contraindicado (por ejemplo: ante la ocurrencia de estenosis o edema duodenal, entre otros).	BPC
En pacientes con pancreatitis aguda severa en quienes se brinde nutrición por vía enteral, primero ofrecer la nutrición por vía oral. Si la nutrición por vía oral no es tolerada, brinde nutrición enteral mediante alguna sonda.	BPC
Pregunta 5: En personas con pancreatitis aguda severa necrotizante, ¿se debería administrar antibióticos profilácticos?	
En pacientes con pancreatitis aguda necrotizante, sugerimos no brindar antibióticos profilácticos.	Recomendación condicional en contra

	Certeza de la evidencia: muy baja (⨁⊖⊖⊖)
Pregunta 6: En pacientes con pancreatitis aguda severa necrotizante infectada ¿se debería brindar solo antibiótico, antibiótico con drenaje, o antibiótico con cirugía?	
En pacientes con pancreatitis aguda severa necrotizante infectada, sugerimos realizar un tratamiento escalonado según la evolución clínica. En primer lugar, considerar la terapia con antibióticos y, en caso no haya mejoría, realizar drenaje y posteriormente la cirugía.	Recomendación condicional a favor Certeza de la evidencia: muy baja (⨁⊖⊖⊖)
El manejo de los pacientes con pancreatitis aguda necrotizante requiere un enfoque multidisciplinario que incluya gastroenterólogos, cirujanos, radiólogos intervencionistas y especialistas en medicina intensiva, enfermedades infecciosas y nutrición.	BPC
La terapia antibiótica está mejor indicada para la infección comprobada por cultivo en la necrosis pancreática o cuando existe una fuerte sospecha de infección (gas en la colección, bacteriemia, sepsis o deterioro clínico).	BPC
En pacientes con sospecha de pancreatitis aguda necrotizante infectada, preferir los antibióticos intravenosos de amplio espectro que cubran microorganismos aerobios y anaerobios (por ejemplo: carbapenémicos, quinolonas, metronidazol, cefalosporinas).	BPC
Considerar el drenaje percutáneo de la necrosis pancreática en pacientes con colecciones necróticas infectadas o sintomáticas en el período agudo temprano (< 2 semanas).	BPC
Para el desbridamiento de la pancreatitis aguda necrotizante infectada, preferir realizar procedimientos quirúrgicos mínimamente invasivos en lugar de necrosectomía quirúrgica abierta cuando sea posible.	BPC
Pregunta 7: En pacientes con pancreatitis aguda biliar resuelta, ¿cuál es el momento más adecuado para realizar la colecistectomía?	
En pacientes con pancreatitis aguda biliar leve resuelta, sugerimos realizar colecistectomía temprana (48-72 horas posteriores a la resolución del cuadro clínico) en lugar de colecistectomía tardía; siempre y cuando se haya descartado coledocolitiasis.	Recomendación condicional a favor Certeza de la evidencia: muy baja (⨁⊖⊖⊖)
En pacientes con pancreatitis aguda biliar severa, realizar colecistectomía posterior a las 6 semanas de la resolución del cuadro clínico.	BPC
Para realizar la colecistectomía, preferir el abordaje laparoscópico.	BPC
En pacientes con pancreatitis aguda biliar moderada, realizar una valoración de acuerdo con criterios del médico tratante para definir el momento de realizar la colecistectomía.	BPC

* Recomendación basada en evidencias o buenas prácticas clínicas (BPC)

II. Flujogramas

Flujograma para el manejo de pacientes con pancreatitis aguda


Paciente con pancreatitis Aguda
Tratamiento inicial
Analgesia
Fluidoterapia
Brindar solución salina
Pancreatitis Aguda Biliar resuelta
¿Es leve?
Si
No
Colecistectomía temprana (48-72 horas)
Colecistectomía posterior a las 6 semanas
Clasificación de severidad
Leve-moderado
Severo
Brindar tratamiento básico:
- Fluidoterapia: Solución salina
- Analgesia: Administrar opioides
- Nutrición
¿El paciente tolera la vía oral?
Si
No
Continuar con nutrición oral
Brindar nutrición enteral temprana (24-48 h)
Manejo de falla orgánica
Continuar con tratamiento básico:
- Fluidoterapia: Solución salina
- Analgesia: Administrar opioides
- Nutrición: primero ofrecer nutrición vía oral, si no se tolera:
¿El paciente tolera la vía enteral?
Si
No
Brindar nutrición enteral temprana (24-72h)
Brindar nutrición parenteral suplementaria o total (considerar como última opción)
¿Hay mejoría del paciente?
No
Si
Seguir brindando tratamiento básico de acuerdo con necesidad del paciente.
Realizar seguimiento y monitorización del paciente.
¿Es una pancreatitis necrotizante?
No
Si
- No administrar antibiótico profiláctico
- Evaluación y monitoreo constante del paciente.
- Evaluación y monitoreo constante del paciente.
- Continuar con tratamiento básico de soporte.
- Manejo según otro tipo de complicación (si lo hubiera).
¿Existe alta sospecha de infección?
No
Si
- Tratamiento conservador con antibióticos de amplio espectro y cuidados de soporte básico.
- Evaluación y monitoreo constante del paciente.
¿Hay mejoría del paciente?*
No
Si
Realizar drenaje endoscópico o percutáneo
¿Hay mejoría del paciente?*
Si
No
- Evaluación de necesidad de nuevo drenaje.
- Tratamiento conservador con antibióticos según necesidad del paciente.
- Evaluación y monitoreo constante del paciente.
Realizar tratamiento quirúrgico
*Mejoría clínica:
Mejora de al menos dos sistemas (circulatorio, renal y pulmonar) en las primeras 72 horas o mejora de algunos signos clínicos laboratoriales o clínicos (leucocitos, temperatura y niveles de proteína C reactiva).