**Pancreatitis: recomendaciones basadas en evidencias**

La pancreatitis puede reducir gravemente la calidad de vida, así como la esperanza de vida.

*Autor: Eleanor Samarasekera, Shama Mahammed, Sophie Carlisle, Richard Charnley*[*BMJ 2018;362:k3443*](https://www.bmj.com/content/362/bmj.k3443)

**Introducción**

La pancreatitis puede reducir gravemente la calidad de vida, así como la esperanza de vida. La pancreatitis aguda y la pancreatitis crónica se caracterizan por la inflamación del páncreas. Si la causa no se identifica, la pancreatitis aguda puede reaparecer y tales pacientes pueden desarrollar pancreatitis crónica.

Sus primeras etapas se caracterizan por las exacerbaciones agudas pero también por el dolor crónico, junto con la insuficiencia exocrina asociada a la malabsorción grasa y desnutrición. La diabetes también es común. A medida que la pancreatitis crónica progresa, los pacientes tienden a experimentar menos exacerbaciones pero más dolor crónico.

En general, la pancreatitis aguda casi siempre es tratada por los especialistas porque es un cuadro abdominal agudo que requiere **hospitalización**. Sin embargo, los médicos**no especialistas**, incluidos los de atención primaria, pueden ser los primeros en identificar a la pancreatitis crónica. Ellos también pueden hacer los controles y tratar los síntomas, como el dolor, las insuficiencias endocrina y exocrina, y también realizar las derivaciones apropiadas.

Las intervenciones utilizadas para el tratamiento de la pancreatitis aguda muestran una amplia variación. El asesoramiento sobre el manejo suele ser conflictivo, y algunos pacientes han tenido dificultades para acceder a la atención médica. La nueva guía del National Institute for Health and Care Excelence (NICE) para la pancreatitis apunta a reducir esta variación, con la esperanza de mejorar los resultados.

Este resumen incluye cuándo considerar el diagnóstico de pancreatitis crónica, las necesidades de las personas con pancreatitis aguda y crónica, cómo brindar soporte nutricional y, cuándo derivar y tratar la diabetes de tipo 3c. las otras recomendaciones no están mencionadas en este resumen.

|  |
| --- |
| **Lo que necesita saber**  • No someta a las personas con pancreatitis aguda a "nada por vía oral" y no les suspenda la comida sin una razón clara  • Considerar a la pancreatitis crónica como un diagnóstico posible en los pacientes con dolor abdominal recurrente o crónico  • El uso prolongado de opioides para tratar el dolor en la pancreatitis crónica puede causar daño; buscar el asesoramiento de los equipos especializados en dolor para las personas con pancreatitis crónica y dolor incontrolable  • La diabetes tipo 3c es secundaria a enfermedad pancreática, como la inflamación, y por lo general requiere ser tratada en atención secundaria con apoyo continuo en la comunidad  • Solicite un análisis de HbA1c al menos c/6 meses y una densitometría ósea c/2 años a las personas con pancreatitis crónica |

|  |
| --- |
| **¿Qué hay de nuevo en esta guía?** |

• Se ha comprobado que la información y apoyo para los pacientes con pancreatitis y sus cuidadores es deficiente, y se enfatiza en estos lineamientos

• Se deben alentar las redes regionales de pancreatitis

• La nutrición especializada y el control de la diabetes son esenciales para el manejo de la pancreatitis

|  |
| --- |
| **Compartir información y ofrecer apoyo** |

La información confiable sobre los síntomas de la pancreatitis, las complicaciones, las opciones terapéuticas, las modificaciones del estilo de vida y el apoyo socioeconómico requerido no es consistente o está ampliamente disponible en el Reino Unido.

Las personas diagnosticadas con pancreatitis aguda y crónica suelen tener poca información específica y el apoyo que necesitan para tomar decisiones sobre su salud, como la gravedad de la enfermedad, el tiempo de recuperación de la pancreatitis aguda, las indicaciones de intervenciones y otras opciones de tratamiento y, disponibilidad e indicaciones para la participación de un centro especializado.

A menudo, profesionales de la salud desinformados brindan información incorrecta ? los representantes de los pacientes hallaron que especialmente esto sucede en cuanto a la nutrición y la diabetes tipo 3c. Por ejemplo, con frecuencia se aconseja a las personas adoptar una dieta sin grasa, lo cual es innecesario.

***Dar información escrita y verbal a las personas con pancreatitis y a sus familiares o cuidadores, tan pronto como sea posible después del diagnóstico, sobre las siguientes situaciones:***

• Pancreatitis y cualquier investigación y procedimiento propuesto, usando diagramas.

• Pancreatitis hereditaria y pancreatitis en niños, incluida la información específica sobre el asesoramiento genético, pruebas genéticas, riesgo para otros miembros de la familia y consejos sobre el impacto de su pancreatitis en el seguro de vida y viajes

• Los efectos a largo plazo de la pancreatitis, incluidos los efectos sobre la calidad de vida

• El daño causado al páncreas por fumar o beber alcohol.

***Aconsejar a las personas con:***

• Pancreatitis alcohólica, para que dejen de beber alcohol

• Pancreatitis aguda o crónica recidivante no relacionada con el alcohol, sobre la exacerbación de la pancreatitis que puede producir el alcohol.

• Pancreatitis crónica, para que dejen de fumar, dando a conocer el sitio de NICE on line, que informa sobre intervenciones y servicios para dejar de fumar.

***Aconsejar a las personas con pancreatitis dónde podrían hallar información confiable y de alta calidad, y soporte, después de las consultas, de fuentes tales como grupos de apoyo nacionales y locales, redes regionales de pancreatitis y servicios de información.***

***Brindar otra información importante sobre el manejo de la pancreatitis como:***

• Consejos nutricionales, incluida la forma de tomar las enzimas como terapia de reemplazo, si fuera necesario.

• A quién contactar en busca de consejo, incluso durante los episodios de enfermedad grave.

• Atención psicológica si es necesario.

• El papel de los centros especializados y servicios de atención primaria para personas con pancreatitis aguda, crónica o hereditaria.

• Beneficios de la asistencia social, educación y apoyo laboral, y servicios de discapacidad.

|  |
| --- |
| **Administración de enzimas de reemplazo \***  **Cuándo** • Durante cada comida, refrigerio o bebida a base de leche • Con el primer bocado o inmediatamente antes de comer, para que las enzimas se mezclen con la comida en el estómago  **Cómo** • Tomar las cápsulas enteras con una bebida fría (si no se pueden tragar enteras, abrir la cápsula y espolvorear los gránulos sobre los alimentos ácidos blandos) • No aplastar, masticar o mantenerla en la boca • Para las comidas más abudantes o aquellas que toman más de 30 minutos, tomar la mitad de la dosis al comienzo de la comida y la otra mitad en el medio  *\* Asesoramiento del Centro contra el Cáncer de Clatterbridge.* [*Descargar Guía versión pdf >>*](http://www.clatterbridgecc.nhs.uk/application/files/3914/3504/9642/PancreaticEnzymeReplacementTherapyPERTGuidanceV1.pdf) |

|  |
| --- |
| **Pancreatitis aguda** |

**> Información para pacientes y cuidadores**

***Explicar a las personas con pancreatitis aguda grave, y sus familiares y/o cuidadores, que:***

• Es común una hospitalización de varios meses de duración, incluido el tiempo en cuidados críticos.

• Para las personas que logran una recuperación completa, el tiempo para recuperarse puede ser al menos 3 veces mayor que su estadía en el hospital.

• Las complicaciones locales de la pancreatitis aguda pueden resolverse espontáneamente o tomar semanas en progresar antes de que sea claro que la intervención es necesaria.

• Puede ser más seguro retrasar la intervención (por ej., permitir que una colección de líquido madure).

• Las personas que han comenzado a recuperarse pueden tener una recaída

• Rara vez los  niños mueren de pancreatitis aguda, y casi el 15-20% de los adultos con insuficiencia pancreática mueren en el hospital.

***Cómo guiar la asistencia nutricional***

La mayoría de las personas con pancreatitis aguda grave requieren apoyo nutricional. Una encuesta identificó una amplia variación en las intervenciones nutricionales iniciales utilizadas en la pancreatitis aguda; los pacientes informan periodos prolongados de inanición.

No hay beneficio de retrasar la nutrición en los casos de pancreatitis aguda grave o moderadamente grave. La vía de administración más segura es la nutrición enteral.

• Asegurar que las personas con pancreatitis aguda no sean sometidas a "nada por vía oral" y estén sin recibir alimento, a menos que haya una razón clara para esto (como vómitos).

• Indicar nutrición enteral a cualquier persona con pancreatitis aguda grave o moderadamente grave, comenzando dentro de las 72 horas de la presentación; el objetivo es satisfacer sus necesidades nutricionales tan pronto como sea posible.

• Indicar nutrición parenteral a cualquier persona con pancreatitis aguda grave o moderadamente grave solamente si no puede recibir nutrición enteral o está contraindicada.

**¿A quién derivar de un centro de atención secundario a un centro terciario?**

Habitualmente, las derivaciones por pancreatitis aguda a centros especializados son inapropiadas. Un modelo hub-and-spoke (N. del T: modelo “centro-periferia” o modelo radial) opera con éxito en algunos hospitales de atención secundaria. Las siguientes recomendaciones están destinadas a estandarizar y optimizar la derivación del paciente:

***Si una persona desarrolla complicaciones agudas, necrótica, infecciosa, hemorrágica o sistémica de la pancreatitis:***

• Solicitar rl asesoramiento de un centro especializado dentro de la red de referencia.

• Discutir si se debe trasladar a la persona al centro especializado para el tratamiento de las complicaciones.

***Cuando se trata de pancreatitis aguda en niños:***

• Solicitar el asesoramiento de un gastroenterólogo pediátrico o unidad de hepatología y, de un centro pancreático especializado.

• Discutir si se traslada al niño al centro especializado.

|  |
| --- |
| **Pancreatitis crónica** |

***¿Cuándo se sospecha?***

Los grupos de pacientes mencionan que suelen haber hecho múltiples consultas antes de que se considerara o confirmara el diagnóstico de pancreatitis crónica.

La siguiente recomendación fue hecha para aumentar el índice de sospecha.

• Piense en la pancreatitis crónica como un diagnóstico posible en las personas que presentan episodios crónicos o recurrentes de dolor abdominal superior y haga la derivación correspondiente.

|  |
| --- |
| **Diagnóstico** |

*El diagnóstico generalmente se puede confirmar mediante los cortes transversales de los estudios por imagen*

El diagnóstico de pancreatitis crónica se sospecha ante el antecedente de dolor abdominal superior intermitente, pérdida de peso y diarrea, lo que sugiere una deficiencia en la función exocrina. Los pacientes pueden mostrar signos de desnutrición con baja masa corporal y puede desarrollarse diabetes debido a la pérdida de la función endocrina.

El diagnóstico generalmente se puede confirmar mediante los cortes transversales de los estudios por imagen (tomografía computarizada (TC) o resonancia magnética (RM)). Las investigaciones iniciales para excluir otros diagnósticos también incluyen la ecografía o la endoscopia gastrointestinal superior.

En el ámbito de la atención primaria puede haber un elevado índice de sospecha diagnóstica, pero es probable que el diagnóstico se confirme en la atención secundaria.

**Cómo realizar la soporte nutricional**

Sin una dieta apropiada, las personas con pancreatitis pueden experimentar dolor al comer, adelgazamiento por la falta de enzimas pancreáticas y diabetes. Sin embargo, algunas personas con pancreatitis crónica no son atendidas por un dietista, y hay pocos nutricionistas especializados en pancreatitis.

•  Tenga en cuenta que todas las personas con pancreatitis crónica están en alto riesgo de malabsorción, desnutrición y deterioro de su calidad de vida.

• Utilice protocolos acordados con el centro pancreático especializado para identificar cuándo se necesita el asesoramiento de un dietista especializado, incluyendo el asesoramiento sobre alimentos, suplementos y terapia de reemplazo de enzimas pancreáticas a largo plazo y, cuándo iniciar estas intervenciones.

• Considere la evaluación de un dietista para cualquier persona con diagnóstico de pancreatitis crónica.

• En cuanto a la soporte nutricional de las personas con pancreatitis relacionada con el alcohol, la guía NICE ofrece una orientación para los trastornos por consumo de alcohol.

|  |
| --- |
| **Manejo del dolor** |

El síntoma predominante en los pacientes con pancreatitis es el dolor.  Un enfoque pragmático es basarse en la escala de dolor de la OMS; el hecho de que el dolor sea de origen pancreático no significa que haya que considerr a los opiáceos como tratamiento de primera línea.

Los opioides se usan comúnmente para el tratamiento de la pancreatitis crónica y las exacerbaciones agudas de la pancreatitis crónica, pero hay evidencia de que su uso prolongado pueda causar daño.

Para las personas con pancreatitis crónica, el uso de opioides puede cambiar la percepción del dolor. Como resultado, las personas con pancreatitis crónica dolorosa pueden comenzar a temer el dolor y aumentar el uso de opiáceos. La sobreprescripción de opioides, particularmente en dosis elevadas , ha sido relacionada con el exceso de muertes.

Sin embargo, el Comité de Orientación no pudo hacer una recomendación sobre el control del dolor y el uso de opioides para la pancreatitis porque no halló evidencia suficiente. Es necesario promover la investigación sobre el tratamiento del dolor crónico en la pancreatitis crónica.

|  |
| --- |
| **Diabetes tipo 3c** |

Esta diabetes es secundaria a la enfermedad pancreática, causada por la interrupción de la arquitectura o la fisiología del páncreas. Se puede confundir con la diabetes tipo 2, pero su patología y el curso son **diferentes**.

Falta evidencia sobre el tratamiento de este tipo de diabetes, que ocurre hasta en el **80%** de las personas con pancreatitis crónica y también después de la pancreatitis aguda.

La diabetes tipo 3c generalmente requiere recibir tratamiento en un centro de atención especializado, con apoyo continuo en la comunidad. Se debe seguir la guía existente hasta que se realice una nueva investigación.

***Evaluar a las personas con diabetes tipo 3c cada 6 meses, por el beneficio potencial de la terapia con insulina.***

***Para obtener orientación sobre el manejo de la diabetes tipo 3c, seguir las recomendaciones de la guía NICE existentes***

• Sobre la diabetes tipo 2 para las personas que no requieren insulina

• Sobre la diabetes tipo 1 para las personas que requieren insulina.

|  |
| --- |
| **Diabetes tipo 3c (diabetes del páncreas exocrino) \***  **Porqué** • Es un proceso (inflamatorio, neoplásico o de secuela quirúrgica) que interrumpe el páncreas y la capacidad del cuerpo para producir insulina.  • Ocurre una disminución de la producción de insulina debido a la disfunción de las células β después de la inflamación del páncreas o la pérdida total de las células β.  • No hay suficiente secreción de insulina (la anormalidad en la diabetes tipo 1) en lugar de resistencia a la insulina (característica de la diabetes tipo 2).  **Incidencia** • Afecta al 9% de los pacientes hospitalizados con diabetes  **Curso de la enfermedad** • Comúnmente diagnosticada **erróneamente** como diabetes tipo 2.  • Tiene el doble de probabilidades de tener un control glucémico deficiente que la diabetes tipo 2.  • Después de la pancreatitis aguda, el 21% de las personas con diabetes son tratadas con insulina dentro de los 5 años del diagnóstico.  • El 46% de las personas con diabetes tipo 3c después de una pancreatitis crónica son tratadas con insulina dentro de los 5 años del diagnóstico.(en comparación, el 4% de las personas con diabetes tipo 2 son tratadas con insulina a los 5 años).  • Si la diabetes no es apropiadamente tratada, las complicaciones son el daño de los nervios, los ojos y los riñones. |

|  |
| --- |
| **¿Cómo pueden los especialistas involucrar a la atención primaria?** |

Muchas personas con pancreatitis serán manejadas a largo plazo en la comunidad, por lo que es importante coordinar la atención primaria con la secundaria.

***La información para compartir con la atención primaria y las acciones a tomar incluyen***

• Detalle sobre el modo de uso de las enzimas pancreáticas de reemplazo (incluido el aumento  dosis, si fuera necesario). Esto es fundamental para apoyar una buena calidad de vida para aquellos que necesitan este tratamiento

• Solicitar un análisis de HbA1c a las personas con pancreatitis crónica, por lo menos cada 6 meses.

La tasas de diabetes secundaria a pancreatitis es elevada, sin que se presenten los síntomas clásicos. Las pruebas pueden estar organizadas y monitoreadas por un centro especializado pero utilizadas en centros de atención secundaria no especializados o en la práctica general.

• Solicitar a las personas con pancreatitis crónica una densitometría ósea cada 2 años. En la pancreatitis crónica hay más riesgo de fractura y disminución de la densidad ósea.

|  |
| --- |
| **Implementación** |

La implementación exitosa de estas recomendaciones requiere un modelo que se establecerá en todo el país en el que los centros locales interactúen y colaboren con un centro especializado de pancreatitis aguda regional, para permitir las derivaciones apropiadas. Esto incluirá el establecimiento de redes de especialistas y dietistas no especialistas para estandarizar la atención nutricional de la pancreatitis.

|  |
| --- |
| **Guía práctica** |

•  ¿Conoce las indicaciones para derivar a los pacientes con pancreatitis crónica a un especialista pancreático?

•  ¿Cuáles son las vías locales para hacer una derivación?

•  ¿Cómo puede asegurarse de que los pacientes con pancreatitis crónica realicen un análisis de HbA1c c/6 meses y una densitometría ósea cada 2 años?

•  ¿Conoce la recomendación sobre el tratamiento de la diabetes tipo 3c o dónde puede encontrar recursos para pacientes con esta condición?

|  |
| --- |
| **Investigación futura** |

El Comité de Orientación priorizó las siguientes recomendaciones para la investigación en las áreas comentadas en este resumen:

•  En personas con sospecha de pancreatitis crónica, cuyo diagnóstico no ha sido confirmado mediante las pruebas de primera línea (TC, ecografía, endoscopia gastrointestinal superior o, una combinación), ¿cuál es la precisión de la colangiopancreatografía por resonancia magnética, con o sin secretina, y de la ecografía endoscópica para identificar la pancreatitis crónica?

•  ¿El uso prolongado de los opiáceos es más efectivo desde el punto de vista clínico y más rentable que la analgesia no opioide (incluyendo la analgesia no farmacológica) en personas con dolor por pancreatitis crónica?

•  ¿Cuál es el régimen insulínico más efectivo desde el punto de vista clínico y más rentable para minimizar la hipoglucemia y la hiperglucemia en el tratamiento de la diabetes tipo 3c secundaria a la pancreatitis?