

**GOBIERNO
FEDERAL**



SALUD

SEDENA

SEMAR

Guía de referencia rápida

DIAGNÓSTICO Y REFERENCIA OPORTUNA DE LA PANCREATITIS AGUDA EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

GPC

Guía de Práctica Clínica

Catálogo Maestro: SS-011-08

CONSEJO DE
SALUBRIDAD GENERAL



CIE-10: **K-85 Pancreatitis aguda**

GPC

GPC: Diagnóstico y referencia oportuna de la pancreatitis aguda en el primer nivel de atención

ISBN en trámite

DEFINICIÓN

La pancreatitis aguda (CIE 10: K-85 Pancreatitis aguda) es un proceso inflamatorio agudo del páncreas, con afección variable de otros tejidos regionales u órganos y sistemas

FACTORES DE RIESGO

Mecánicos:

- Colelitiasis
- *Ascaris lumbricoides*
- Disfunción del esfínter de Oddi
- Divertículo periampular
- Cáncer periampular
- Estenosis ampular o duodenal

Tóxicos:

- Alcohol
- Veneno de escorpión
- Organofosforados

Congénitos:

- *Pancreas divisum*
- Coledococele
- CFTR y gen del tripsinógeno catiónico

Cirugía abdominal

Miscelánea:

- Embarazo
- Pos-CPRE
- Trasplante renal
- Deficiencia de alfa-1 antitripsina

Metabólicas:

- Hiperlipidemia (I, IV, y V)
- Hipercalcemia

Vascular:

- Isquemia
- Ateroembolismo
- Vasculitis

FACTORES DE RIESGO

Fármacos:

- Didanosina
- Pentamidina
- Metronidazol
- Tetraciclina
- Furosemida
- Tiazida
- Sulfasalazina
- 5-ASA
- Azatioprina
- Ácido valproico
- Sulindaco
- Salicilatos
- Calcio
- Estrógenos

Infecciones:

- Virus (*Coxsackie B*, parotiditis, hepatitis B, citomegalovirus, *Varicella-zoster*, *Herpes simplex*, VIH, Epstein-Barr, vaccina, adenovirus y rubéola)
- Bacterias: (*Mycoplasma*, *Legionella*, *Leptospira*, *Salmonella*)
- Hongos: (*Aspergillus*)
- Parásitos: (*Toxoplasma*, *Cryptosporidium*, *Ascaris*)

SINTOMATOLOGÍA

Dolor abdominal

Los pacientes habitualmente refieren dolor abdominal intenso en la región superior del abdomen, transfectivo al dorso, acompañado de anorexia, náusea y vómito.

Náusea y vómito

Son síntomas comunes en la pancreatitis aguda, debido a íleo paralítico localizado o generalizado; suelen acompañarse de distensión abdominal.

EXPLORACIÓN ABDOMINAL

Los hallazgos en la exploración física del abdomen varían de dolor a la palpación profunda en epigastrio hasta un abdomen agudo con distensión y disminución de los ruidos intestinales. Los hallazgos exploratorios no correlacionan con la intensidad del dolor manifestado por el paciente. Otros signos asociados pueden ser fiebre, taquicardia, hipertensión, deshidratación e ictericia.

Algunas veces la pancreatitis aguda se manifiesta con cambios de coloración en la piel, tales como el signo de Grey-Turner (en los flancos), el signo de Cullen (periumbilical), y el signo de Fox (inferior al ligamento inguinal). Estos signos aparecen en sólo 3% de los pacientes y también se encuentran en otras enfermedades, por lo que su valor diagnóstico es bajo.

PREVENCIÓN PRIMARIA

Promoción de la salud: estilo de vida

1. Promover conductas favorables a la salud
2. Promover la atención apropiada de los pacientes con alcoholismo
3. Insistir en una alimentación adecuada y en evitar el exceso del consumo de alcohol
4. Indicar al paciente que, en caso de dolor abdominal agudo, deberá acudir a valoración médica por especialista
5. Enviar a valoración quirúrgica a los pacientes con coleditiasis
6. Informar al paciente sobre los factores de riesgo y la sintomatología de la pancreatitis aguda
7. Enviar a valoración por el especialista a los pacientes con factores de riesgo para pancreatitis aguda

PREVENCIÓN SECUNDARIA

Identificar los factores de riesgo para desarrollar pancreatitis aguda, como colelitiasis, alcoholismo e hiperlipidemia para tratarlos oportunamente

Historia clínica

Realizar historia clínica enfocada en identificar factores de riesgo para pancreatitis aguda, incluyendo los antecedentes familiares de colelitiasis, pancreatitis, antecedente personal de colelitiasis, alcoholismo, hiperlipidemia, hipercalcemia, uso de medicamentos e infecciones virales.

Exploración clínica

Realizar una exploración física completa, dar énfasis a la toma de signos vitales, la presencia de dolor abdominal y signos de abdomen agudo.

Diagnóstico

Es importante recordar que el diagnóstico correcto de pancreatitis aguda debe ser realizado en todos los pacientes dentro de las primeras 48 horas de su valoración inicial.

Los fundamentos del diagnóstico son las características clínicas (dolor abdominal y vómito) junto con la elevación de enzimas pancreáticas en suero (si están disponibles).

En caso de existir sospecha clínica de pancreatitis aguda, se debe enviar de inmediato al paciente a un hospital especializado con capacidad para tratar al paciente.

Estudios de laboratorio

La amilasa y lipasa séricas son solicitadas por el especialista para confirmar el diagnóstico en pacientes con sospecha clínica de pancreatitis aguda. Sus niveles alcanzan su pico máximo tempranamente y disminuyen a los 3 o 4 días. Por lo tanto, el diagnóstico de pancreatitis aguda no debe basarse en niveles arbitrarios de 3 a 4 veces su límite mayor normal, sino interpretados con base en el tiempo desde el inicio del dolor abdominal.

La lipasa tiene una mayor sensibilidad, especificidad y eficacia global que la amilasa, ya que permanece elevada por más tiempo después del inicio del evento y se produce únicamente en el páncreas. La vida media de la amilasa es más corta que la de la lipasa. El uso combinado de amilasa y lipasa en sangre no mejora el diagnóstico de pancreatitis aguda. Aunque la amilasa está ampliamente disponible y provee una eficacia diagnóstica aceptable, si se tiene disponible la determinación de lipasa, es preferible en el diagnóstico de pancreatitis aguda.

El diagnóstico correcto de pancreatitis aguda debe realizarse en todos los pacientes dentro de las primeras 48 horas de la valoración inicial.

ESTUDIOS DE IMAGEN A REALIZARSE EN EL SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

Radiografías simples de abdomen

Las radiografías de abdomen pueden mostrar íleo, signo de asa centinela en el cuadrante superior izquierdo, aumento del asa duodenal, signo de colon cortado, gas retroperitoneal, colelitiasis y litiasis pancreática. La radiografía de tórax puede ser normal, o bien mostrar derrame pleural izquierdo o bilateral. Ninguno de estos signos es específico de pancreatitis aguda. Pueden ser útiles para excluir otro diagnóstico.

Ultrasonido

El ultrasonido puede mostrar crecimiento pancreático y cambios inflamatorios peripancreáticos, por lo que puede ser útil en el diagnóstico. Sin embargo, en casos graves el páncreas y los tejidos peripancreáticos pueden no ser visualizados por gas intestinal.

La frecuencia de observación del páncreas es de 62% a 90%, 100% para los tejidos peripancreáticos en el espacio pararrenal anterior, 90% para el saco menor y 65% en el mesenterio.

El ultrasonido es útil para detectar colelitiasis y dilatación del conducto biliar común, así como otras alteraciones no relacionadas con el páncreas, como aneurismas de aorta.

Tomografía computada de abdomen

La tomografía computada del páncreas permite diferenciar la pancreatitis aguda de otras enfermedades abdominales. Los hallazgos útiles son crecimiento pancreático, cambios inflamatorios peripancreáticos, colecciones líquidas y densidades heterogéneas del parénquima pancreático. Está indicada ocasionalmente para el diagnóstico, cuando los hallazgos clínicos y de laboratorio no son concluyentes, especialmente cuando los signos abdominales sugieren la posibilidad de otra urgencia abdominal, como perforación o infarto intestinal.

La tomografía computada de abdomen debe realizarse cuando el diagnóstico de pancreatitis aguda no puede establecerse con los datos clínicos y de laboratorio. Debe realizarse en el segundo nivel de atención.

Resonancia magnética

La resonancia magnética (MRI) muestra crecimiento pancreático y cambios inflamatorios alrededor del páncreas. Puede distinguir entre el tubo digestivo y áreas de necrosis pancreática.

La resonancia magnética contrastada puede identificar zonas de necrosis pancreática. Describe eficazmente el estado de necrosis, el conducto pancreático principal y la extensión de la inflamación. Tiene la ventaja de la no exposición a Rayos-X. Sin embargo, escanear el páncreas lleva un tiempo mucho mayor que la tomografía computada.

La colangiopancreatorresonancia (MRCP) tiene una alta eficacia para detectar coledocolitiasis.

La resonancia magnética es uno de los estudios más importantes en el diagnóstico de la pancreatitis aguda y de sus complicaciones intraabdominales. Debe realizarse en el segundo nivel de atención.

CRITERIOS DE REFERENCIA

- Establecer clínicamente la sospecha de pancreatitis aguda será motivo de envío inmediato a un hospital con capacidad para proporcionar tratamiento a estos pacientes
- La referencia y manejo en una unidad especializada es necesaria en pacientes con pancreatitis aguda grave o en aquellos que requieren de manejo en una unidad de cuidados intensivos, de radiología intervencionista, procedimientos endoscópicos o quirúrgicos

DIAGRAMA DE FLUJO 1 Diagnóstico y referencia oportuna de la pancreatitis aguda en el primer nivel de atención

