



PÁNCREAS

Pancreatitis aguda. Variaciones sobre un tema de hidratación y su impacto en la evolución clínica de la enfermedad

L. Uscanga

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán"

Recibido el 25 de mayo de 2017; aceptado el 22 de junio de 2017

A pesar de su importancia, el esquema de hidratación óptimo para el enfermo con pancreatitis aguda (PA) no se ha establecido con precisión. En el mejor de los casos se indica la necesidad de hidratación vigorosa durante las primeras horas con ajustes condicionados a la diuresis y a parámetros hemodinámicos. En la última edición de ECOS Internacionales comenté los resultados de dos trabajos prospectivos que evaluaron tanto la velocidad de perfusión como el tipo de solución que debería ofrecerse a los enfermos con pancreatitis. El tema parecía resuelto. Transcribo de nuevo mis conclusiones:

- La hidratación es una medida importante en el tratamiento inicial de los enfermos con pancreatitis aguda. Comenzar con una carga de 20 mL/kg seguida de una perfusión de 3 mL/kg/hora ajustada a biomarcadores de hemoconcentración parece ser la respuesta a la velocidad de infusión.
- La solución de Ringer ofrece algunas ventajas sobre la solución salina isotónica.

Sin embargo, cuatro estudios, tres carteles y una comunicación oral presentados recientemente en la Semana de Enfermedades Digestivas, dejan abierto el debate.

Chosakul S y colaboradores informaron los resultados de un estudio prospectivo que incluyó a 47 enfermos con PA

que fueron sorteados para recibir solución de Ringer (n = 23) o solución salina isotónica (n=24) a una velocidad de infusión que ajustaban de acuerdo a parámetros hemodinámicos. No observaron ninguna diferencia estadísticamente significativa en la evolución final de los enfermos. Mortalidad, tasa de complicaciones locales y niveles de biomarcadores de inflamación fueron similares entre los grupos. Los que recibieron solución de Ringer tuvieron menos datos de respuesta inflamatoria sistémica en las primeras 24 horas que, sin embargo, fue idéntica a la de los enfermos tratados con solución salina cuando fueron evaluados a las 48 horas.¹

Berger L y colaboradores analizaron de manera retrospectiva el impacto que la hidratación en las primeras 24 horas podría ejercer sobre la tasa de insuficiencia orgánica, la necesidad de cuidados mayores, días de estancia hospitalaria y mortalidad de todos los enfermos con PA admitidos en su unidad hospitalaria durante el periodo comprendido entre julio de 2011 y diciembre de 2015. La gravedad se evaluó con la escala de BISAP y categorizaron a los enfermos de acuerdo al índice de comorbilidad de Charlson. La cantidad perfundida de líquidos se dividió en terciles (< 2.8 L, 2.8-4.475 L y > 4.475 L). Comparados con los enfermos incluidos en el tercil bajo, los que recibieron > de 4.475 L/d tuvieron cuadros más graves de PA, requirieron con mayor frecuencia

Correspondencia de Autor: Vasco de Quiroga 15, Col. Belisario Domínguez, Sección XVI, Tlalpan, Ciudad de México, México. C. P. 14070. Tel. (55) 55733418, *Correo electrónico*: luis.uscangad@gmail.com (L. Uscanga)

unidad de cuidados intensivos y tratamientos especiales y mostraban un índice de Charlson más alto. En el análisis de regresión logística solo la gravedad (BISAP > 2) predijo el desarrollo de insuficiencia orgánica. El volumen total de las soluciones perfundidas no influyó en los desenlaces finales de los enfermos con PA leve que fueron sometidos a un subanálisis. Los autores concluyen que sus resultados confirman observaciones hechas en otros ensayos en el sentido de que la hidratación agresiva podría ser deletérea en los enfermos con PA.² Sin embargo, como en la mayoría de los estudios que han evaluado el efecto de la hidratación agresiva, podría existir un sesgo de selección. Es decir, la gravedad de la pancreatitis es la principal condicionante de que los enfermos reciban un aporte mayor de líquidos y son por otro lado los que requieren más cuidados intensivos y muestran mayor tasa de complicaciones y mortalidad.

Con el fin de evitar este sesgo, Junwoo Lee P y colaboradores analizaron de una cohorte histórica de enfermos con PA atendida en los sistemas de salud de Cleveland entre 2007 y 2014 a los que de inicio no presentaban insuficiencia orgánica (evaluada por la Escala de Marshall) pero que sí tuvieran riesgo de complicaciones que predijeron de acuerdo a la existencia de hemoconcentración (hematocrito o nitrógeno de urea alto) o de datos de síndrome de respuesta inflamatoria sistémica persistente. El objetivo fue evaluar el beneficio de la hidratación agresiva (≥ 3.3 mL/kg/h) en el desarrollo de insuficiencia orgánica y/o necrosis. Los resultados de los enfermos que recibieron hidratación vigorosa, que en promedio fue de 4.8 L/d, se contrastaron con los de un grupo control pareados por puntaje de propensión y a quienes se administraron 2 L/d. Los desenlaces finales fueron similares entre ambos grupos. Esto es, la hidratación vigorosa no fue mejor que la hidratación convencional.³

Por último, un trabajo mexicano firmado por Cuellar-Monterrubio JE y colaboradores donde se analiza los desenlaces de 88 enfermos con PA atendidos en el Hospital Universitario José Eleuterio González en Monterrey, N. L., admitidos 24 horas después de iniciado el cuadro de pancreatitis. El estudio fue aleatorio y prospectivo. Cuarenta y cinco enfermos recibieron 1.5 mL/kg/h de solución de Hartman durante 24 horas (hidratación convencional) y 43 fueron tratados con un bolo de 20 mL/kg de solución de Hartman seguido de una

infusión de 3 mL/kg/h (hidratación de acuerdo a guías). La frecuencia de síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (analizada al 1º y 7º día), de complicaciones locales y sistémicas, los días de estancia hospitalaria y la gravedad evaluada por criterios de Marshall y de Atlanta fueron similares entre los grupos.⁴

Como en otras áreas, el tema de la hidratación en el enfermo con pancreatitis aguda es un asunto no concluido. Si hace un año anoté que la respuesta parecía ser la infusión inicial de un bolo de 20 mL/kg de solución de Ringer seguida de una perfusión de 3 mL/kg/hora, a la luz de los resultados actuales tendría que aceptar que no existe un esquema definitivo y que tanto la solución de Ringer como la solución salina isotónica ofrecen los mismos resultados siempre que se utilicen de manera juiciosa atendiendo a las condiciones hemodinámicas que el enfermo presente.

Financiamiento

No se recibió patrocinio de ningún tipo.

Conflicto de intereses

El autor declara no tener ningún conflicto de intereses por la realización de este trabajo.

Referencias

1. Choosakul S, Harinwan K, Chirpongsathorn S, et al. Comparison of normal saline versus lactate Ringer's solution for fluid resuscitation in patients with acute pancreatitis. A randomized controlled trial. *Gastroenterology* 2017;152:S72.
2. Berger S, Yang X, Qayed ES, et al. Impact of early fluid therapy on clinical outcomes in acute pancreatitis. *Gastroenterology* 2017;152:S488-489.
3. Junwoo Lee P, Chua T, Modha K, et al. Targeted early aggressive fluid resuscitation in acute pancreatitis: a propensity score matched analysis. *Gastroenterology* 2017;152:S286.
4. Cuellar-Monterrubio JE, Monreal Robles R, Gonzalez-Moreno EI, et al. Guidelines versus directed IV fluid therapy in acute pancreatitis of more than 24 hours of clinical evolution: A prospective randomized clinical trial. *Gastroenterology* 2017;152:S281.