

Artículo

Soporte nutricional en la pancreatitis aguda

J. Garnacho Montero*, A. García de Lorenzo y Mateos** y F. J. Ordóñez González***

*Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. **Hospital Universitario La Paz. Madrid. ***Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

Resumen

Los cambios metabólicos que tienen lugar en la pancreatitis aguda originan, como en otros pacientes graves, una situación de estrés metabólico que, en muchas ocasiones, requiere la aplicación de soporte nutricional especializado. Los pacientes que presentan mayores niveles de gravedad (definida como un índice de Ranson = 3 o un APACHE II = 10) son los candidatos a recibir apoyo nutricional. La nutrición enteral debe ser la primera vía de aporte de nutrientes a considerar y debe mantenerse salvo que los pacientes presenten intolerancia o desarrollen dolor, ascitis, o incremento de las cifras de amilasa sérica. La nutrición enteral transpilórica, a través de una sonda naso-yeyunal o mediante yeyunostomía por catéter, es una vía de acceso segura en la pancreatitis aguda grave e incluso puede acompañarse de ventajas evolutivas para los pacientes en comparación con la nutrición parenteral. La indicación de nutrición parenteral estaría condicionada por la imposibilidad de obtener un abordaje enteral adecuado (yeyunal), la intolerancia a la nutrición enteral o la reagudización del proceso tras el inicio del soporte nutricional enteral. Con los datos actuales, no pueden establecerse recomendaciones acerca de las características idóneas que debe reunir la composición de nutrientes que deben recibir los pacientes con pancreatitis aguda.

(*Nutr Hosp* 2005, 20:25-27)

Palabras clave: *Pancreatitis aguda. Cambios metabólicos. Soporte nutricional*

La pancreatitis aguda puede presentarse como uno de los tres siguientes cuadros clínicos: edematosa, necrohemorrágica o recidivante. Los tres tipos se diferencian en lo que respecta a su frecuencia (la pancreatitis edematosa es la más frecuente) y a la gravedad de

Correspondencia: Juan C. Montejo González
Medicina Intensiva, 2ª planta
Hospital Universitario "12 de Octubre". Madrid
Avda. de Córdoba, s/n.
28041 Madrid.
E-mail: jmontejo.hdoc@salud.madrid.org

ARTIFICIAL NUTRITION IN ACUTE PANCREATITIS

Abstract

Metabolic changes that occur in acute pancreatitis result, as with other critically ill patients, in a metabolic stress situation that many times requires the application of a specialized nutritional support. Patients presenting the highest severity indexes (defined as Ranson's index = 3 or an APACHE II = 10) are candidates to receive nutritional support. Enteral nutrition must be the first route to consider for nutrients supply and must be maintained except for patients that have intolerance or develop pain, ascites, or increased serum amylase levels. Transpyloric enteral nutrition, through a naso-jejunal tube or by means of a jejunostomy catheter, is a safe access in severe acute pancreatitis, and it may even be accompanied by advantages in the patients' clinical course as compared with parenteral nutrition. The indication for parenteral nutrition would be conditioned by the inability to obtain an appropriate enteral (jejunal) approach, intolerance to enteral nutrition, or disease exacerbation after the onset of enteral nutrition support. With current data, no recommendations can be established in relation to the ideal characteristics that nutrients composition received by acute pancreatitis patients should meet.

(*Nutr Hosp* 2005, 20:25-27)

Key words: *Acute pancreatitis. Metabolic changes. Nutritional support.*

la situación, condicionada por la repercusión que la patología pancreática tiene sobre el organismo en general. En este sentido, la pancreatitis necrohemorrágica, por ser la de mayor repercusión sistémica, es la que condiciona mayor gravedad.

Considerando las repercusiones metabólicas y nutricionales de la pancreatitis aguda existen asimismo diferencias entre los tipos de pancreatitis. En tanto que la pancreatitis edematosa suele producir una situación de estrés metabólico de grado leve-moderado, la pancreatitis necrohemorrágica da lugar a un estrés metabólico de mayor nivel. Los cambios meta-

bólicos en la pancreatitis aguda originan, como en otros pacientes graves, una situación de hipermetabolismo con hipermetabolismo (proteolisis, lipólisis e hiperglucemia).

1. ¿Cuáles son las indicaciones del soporte nutricional en los pacientes con pancreatitis aguda?

El soporte nutricional no está indicado en todos los pacientes con pancreatitis aguda. Los pacientes que se van a beneficiar de un soporte nutricional precoz son aquellos que presentan una pancreatitis aguda grave, definida como un índice de Ranson = 3 o un APACHE II = 10.

Los pacientes con índices de gravedad menores a los indicados probablemente no requieran un soporte nutricional agresivo y puedan ser manejados con suero y analgesia. No obstante, la presencia de complicaciones, o la incapacidad de conseguir una adecuada ingesta de nutrientes (al menos el 50% de sus requerimientos) en la primera semana de ingreso, serían motivos para la indicación de un soporte nutricional especializado¹.

La necesidad de cirugía o el desarrollo de complicaciones relacionadas con la pancreatitis (ascitis, seudocistitas, fístulas) no modifica, *per se*, la indicación del soporte nutricional, que debe seguir basado en el nivel de gravedad y en la eficacia en la ingesta de los requerimientos nutricionales por parte del paciente².

2. ¿Es conveniente la nutrición enteral en los pacientes con pancreatitis aguda?

En líneas generales, la nutrición enteral estaría indicada en pacientes con pancreatitis aguda grave (Ranson = 3 o APACHE II = 10) siempre que no ocasione dolor, ascitis, o incremento de las cifras de amilasa sérica³.

El aporte de nutrientes en el tubo digestivo no estimula la secreción pancreática si la infusión se realiza distalmente al ángulo de Treitz. La nutrición enteral transpilórica, a través de una sonda nasoyeyunal o mediante yeyunostomía por catéter, es una vía de acceso segura en la pancreatitis aguda grave^{4,5}.

En comparación con la nutrición parenteral, la nutrición enteral (yeyunal) puede acompañarse de ventajas evolutivas, como el descenso en las complicaciones infecciosas, aunque no muestra un descenso en la mortalidad^{6,7}.

Se debe intentar un abordaje enteral en las primeras 48 horas del ingreso, con una sonda nasoyeyunal. En los pacientes que requieran intervención quirúrgica, es conveniente proceder a la inserción de un catéter de yeyunostomía durante el procedimiento.

En los pacientes que reciban nutrición enteral, la dieta de elección debería ser la que menos estimule la secreción pancreática: dieta oligo-monomérica y baja en triglicéridos de cadena larga. No obstante, las dietas

poliméricas pueden ser utilizadas igualmente en estos pacientes y son, incluso, mejor toleradas.

El empleo de dietas enriquecidas en fármacos nutritivos (dietas de inmunomodulación, dietas enriquecidas en glutamina) no ha sido específicamente evaluado en pacientes con pancreatitis aguda^{8,9}.

3. ¿Cuándo y como debe emplearse la nutrición parenteral en los pacientes con pancreatitis aguda?

No existen datos para afirmar que la nutrición parenteral puede mejorar la evolución de la pancreatitis aguda grave. La indicación de nutrición parenteral estaría condicionada por la imposibilidad de obtener un abordaje enteral adecuado (yeyunal), la intolerancia a la nutrición enteral o la reagudización del proceso tras el inicio del soporte nutricional enteral.

Debería iniciarse nutrición parenteral en los pacientes que requieren soporte nutricional especializado, si éste no ha podido ser iniciado por vía enteral en las primeras 48 horas de ingreso.

Respecto a la composición de la nutrición parenteral, no existen datos para recomendar patrones de aminoácidos específicos o formulaciones lipídicas determinadas en los pacientes con pancreatitis aguda grave. Ninguna de las diversas formulaciones de aminoácidos o de lípidos se ha demostrado que sea superior a las otras.

Sí es importante tener en cuenta que las emulsiones lipídicas no están contraindicadas en los pacientes con pancreatitis aguda y que, por tanto, el aporte energético debe ser mixto (hidratos de carbono/grasas). Inicialmente, el 30% de las calorías no proteicas deben ser aportadas en forma de lípidos, modificando dicha proporción de acuerdo con los controles analíticos, con el fin de corregir la hipertrigliceridemia y la hiperglucemia^{10,11}.

En los pacientes que reciben nutrición parenteral puede ser conveniente el aporte simultáneo de una mínima cantidad de dieta enteral. El objetivo de esta nutrición complementaria, si bien desde un punto de vista teórico, sería el de mantener el efecto trófico del aporte intraluminal de nutrientes sobre la mucosa intestinal.

Recomendaciones

- El soporte nutricional especializado está indicado en los pacientes con pancreatitis aguda si el nivel de gravedad es elevado (Ranson igual o mayor de 3 puntos y/o APACHE II igual o mayor de 10 puntos) (B).
- En los pacientes con menor nivel de gravedad al ingreso, la indicación del soporte nutricional viene dada por la presencia de complicaciones o por la incapacidad para ingerir al menos el 50% de sus requerimientos nutricionales en la primera semana de ingreso (B).

- Si existe indicación de soporte nutricional especializado, la nutrición enteral debe ser considerada en primer lugar (A).
- La nutrición enteral, mediante sonda naso-yeyunal o a través de yeyunostomía, es una vía de acceso segura y eficaz para los pacientes con pancreatitis aguda grave (A).
- Debe intentarse la colocación de una sonda naso-yeyunal en las primeras 48 horas del ingreso. En los pacientes que precisen cirugía debería colocarse una vía de acceso yeyunal durante el procedimiento (C).
- En los pacientes en los que se consiga una vía yeyunal, el empleo de nutrición enteral es preferible al de nutrición parenteral (B).
- Para la nutrición enteral de los pacientes con pancreatitis aguda, son igualmente recomendables las dietas oligo-monoméricas y las dietas poliméricas (C).
- La nutrición parenteral está indicada si los pacientes no disponen de un acceso yeyunal o si no toleran la nutrición enteral o ésta da lugar a reanudación de la pancreatitis (B).
- El inicio de nutrición parenteral, en los casos en los que esté indicada, no debería ser posterior a las 48 horas de ingreso (B).
- Se recomienda mantener un mínimo aporte de nutrientes por vía enteral incluso en los pacientes con intolerancia a la nutrición enteral y que estén siendo tratados con nutrición parenteral (C).

Referencias

1. Sax HC, Warer WB, Talamini MA, Hamilton FN, Bell RH Jr, Fischer JE: Early total parenteral nutrition in acute pancreatitis. Lack of beneficial effects. *Am J Surg* 1987, 153:117-124.
2. McClave SA, Ritchie CS: Artificial nutrition in pancreatic disease: what lessons have we learned from the literature? *Clin Nutr* 2000, 19:1-6.
3. McClave SA, Greene LM, Snider HL y cols.: Comparison of the safety of early enteral vs parenteral nutrition in mild acute pancreatitis. *JPEN* 1997, 21:14-20.
4. Kalfarentzos F, Kehagias J, Mead N y cols.: Enteral nutrition is superior to parenteral nutrition in severe acute pancreatitis: results of a randomized prospective trial. *British J Surg* 1997, 84:1665-1669.
5. Windsor AC, Kanwar S, Li AG y cols.: Compared with parenteral nutrition, enteral feeding attenuates the acute phase response and improves disease severity in acute pancreatitis. *Gut* 1998, 42:431-435.
6. Nakad A, Piessevaux H, Marot JC y cols.: Is early enteral nutrition in acute pancreatitis dangerous? About 20 patients fed by an endoscopically placed nasogastrojejunal tube. *Pancreas* 1998, 17:187-193.
7. Wyncoll DL: The management of severe acute necrotising pancreatitis: an evidence-based review of the literature. *Intensive Care Med* 1999, 25:146-156.
8. de Beaux AC, O'Riordain MG, Ross JA, Jodozi L, Carter DC, Fearon KC: Glutamine-supplemented total parenteral nutrition reduces blood mononuclear cell interleukin-8 release in severe acute pancreatitis. *Nutrition* 1998, 14:261-265.
9. Van den Berghe G, Wouters P, Weekers F y cols.: Intensive insulin therapy in critically ill patients. *N Engl J Med* 2001, 345:1359-1367.
10. Koretz LR, Lipman TO, Klein S: AGA technical review on parenteral nutrition. *Gastroenterology* 2001, 121:970-1001.