


**HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL
SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA PEDIÁTRICA
PROTOCOLO DE ATENCIÓN
PANCREATITIS AGUDA**

CONTENIDO:

1. Autores
2. Revisores
3. Declaración de conflicto de intereses de los Autores / Revisores
4. Justificación
5. Alcance y Propósito
6. Objetivos
7. Antecedentes locales del comportamiento de la enfermedad
8. Nombre de la enfermedad
9. Epidemiología
10. Definición
11. Fisiopatología
12. Criterios diagnósticos
13. Hallazgos de laboratorio y de imagen
14. Diagnóstico diferencial
15. Tratamiento
16. Criterios de referencia
17. Evolución y pronóstico
18. Recomendaciones para el paciente y/o familiar
19. Medidas preventivas y de control
20. Seguimiento y controles
21. Referencias bibliográficas

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Gastroenterología	CÓDIGO: PR-19-02	Página 2 de 23
	Título: Protocolo de manejo de Pancreatitis aguda	Edición: Septiembre 2018	
	Elaborado: Servicio de Gastroenterología	Revisión N°: 1 enero de 2026	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dr. Ricardo Chanis Jefe de Servicio de Gastroenterología	

1- AUTORES:

Dr. Néstor Barrios, Dr. Ricardo Chanis, Dr. Ricardo McCalla, Dra. Analissa Sánchez. Dra. Ecaterina Julio, Dr. José Daniel Cenci6n.

2- REVISORES

Dr. Ricardo Chanis, Dr. Ricardo McCalla, Dra. Analissa Sánchez. Dra. Ecaterina Julio.

3- DECLARACI6N DE CONFLICTO DE INTERESES

Los autores y revisores participantes en la elaboraci6n de este protocolo de atenci6n declaran que no existen conflictos de intereses que afecten el contenido.

4- JUSTIFICACI6N

La pancreatitis aguda es un proceso inflamatorio agudo del p6ncreas que se caracteriza cl6nicamente por dolor abdominal y elevaci6n de enzimas pancre6ticas en la sangre.

La pancreatitis aguda se divide en dos tipos: a) edematosa intersticial b) necrotizante.¹⁶

La mayor6a de los pacientes que son diagnosticados tienen pancreatitis aguda y entre el 10% a 35% de los casos son pancreatitis aguda recurrente.¹⁷


La mayor sospecha del m6dico probablemente explica el aumento en el diagn6stico de pancreatitis aguda en la infancia.

Su etiolog6a es variable incluye desde patolog6a biliar, idiop6tica, medicamentosa infecciosas, enfermedad sist6mica y secundarias a traumas.¹⁷ La mayor6a de los casos en ni6os son cuadros autolimitados y de buen pron6stico.

5- ALCANCE Y PROP6SITO

ALCANCE

Este protocolo est6 dirigido a la poblaci6n pedi6trica que requiera atenci6n en Hospital del ni6o Doctor Jos6 Ren6n Esquivel, en cualquier v6a de consulta, cuarto de urgencias o en 6reas de consulta externa especializada con el diagn6stico de pancreatitis aguda.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Gastroenterología	CÓDIGO: PR-19-02	Página 3 de 23
	Título: Protocolo de manejo de Pancreatitis aguda	Edición: Septiembre 2018	
	Elaborado: Servicio de Gastroenterología	Revisión N°: 1 enero de 2026	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dr. Ricardo Chanis Jefe de Servicio de Gastroenterología	

PROPÓSITO

El propósito es fundamentalmente implementar y elaborar un protocolo que nos permita atender a los pacientes que consulten con diagnóstico de pancreatitis aguda, en el Hospital del Niño Doctor José Renán Esquivel.

6- OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Establecer un protocolo de atención para el paciente con sospecha o diagnóstico de pancreatitis aguda.

OBJETIVO ESPECÍFICO

- Describir las principales características clínicas en un paciente con pancreatitis aguda.
- Presentar los hallazgos de laboratorio en un paciente con pancreatitis aguda.
- Especificar el manejo inicial y de seguimiento de pacientes con pancreatitis aguda.
- Establecer recomendaciones y medidas preventivas para familiares y pacientes.


7- ANTECEDENTES LOCALES

En la revista del Hospital del niño de Panamá en 1987, Corrales, McCalla y colaboradores publicaron un estudio descriptivo donde se revisan 40 casos de pancreatitis aguda en los años 1975-1986, en ellos el diagnóstico se basó en los hallazgos clínicos de inflamación pancreática y niveles elevados de amilasa sérica. La etiología más frecuente fue por el virus de la parotiditis, seguido de áscaris lumbricoides. La complicación de pseudoquiste pancreático se observó en un caso postraumático. El manejo de los pacientes con pancreatitis aguda fue médico conservador y en su mayoría auto limitado.

Chanis y colaboradores, realizan un estudio descriptivo de pacientes con diagnóstico de pancreatitis aguda atendidos en el Hospital del Niño durante los años 2001-2011.

Entre las manifestaciones clínicas el dolor abdominal representa el principal síntoma.

La mayoría de los pacientes un 84% presentó títulos de amilasa elevada y en 4 de los sujetos se encontraron cifras de lipasa elevada.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Gastroenterología	CÓDIGO: PR-19-02	Página 4 de 23
	Título: Protocolo de manejo de Pancreatitis aguda	Edición: Septiembre 2018	
	Elaborado: Servicio de Gastroenterología	Revisión N°: 1 enero de 2026	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dr. Ricardo Chanis Jefe de Servicio de Gastroenterología	

Entre las causas de pancreatitis aguda se encontraron causas obstructivas por áscaris lumbricoides (41%), coledocolitiasis y vía biliar (13%), el trauma abdominal cerrado se asoció a 22%, causas tóxico-metabólica se presentó un paciente con mordedura de ofidio y 2 pacientes con leucemia donde L-asparaginasa fue el agente causal. El 97% de los casos requirieron manejo médico conservador.

En el departamento de registros médicos y estadísticas del Hospital del Niño Doctor José Renán Esquivel entre los años 2014 a 2024 se diagnosticaron 110 casos de pancreatitis aguda.

8- NOMBRE DE LA ENFERMEDAD

K85.X Pancreatitis aguda (CIE-10)

DC31.Z Pancreatitis aguda sin especificación (CIE-11)

9- EPIDEMIOLOGÍA

La pancreatitis aguda ocurre en todos los grupos de edad.

Estudios recientes de los Estados Unidos, México y Australia han reportado una incidencia creciente de pancreatitis aguda pediátrica en las últimas dos décadas.


Actualmente, las mejores estimaciones sugieren que hay de 3.6 a 13.2 casos pediátricos por 100.000 individuos por año, una incidencia que se aproxima a la incidencia de la enfermedad en los adultos.

Gran parte del aumento del diagnóstico de pancreatitis aguda es el resultado de una mayor conciencia del médico, como lo demuestra un aumento concurrente en las pruebas bioquímicas, niveles de amilasa y lipasa, para la pancreatitis.

La evaluación precisa de la incidencia y mortalidad de la pancreatitis aguda es difícil ya que la pancreatitis leve puede ser subclínica y las muertes pueden ocurrir antes de que el diagnóstico se realice en ataques graves y fulminantes.

10- DEFINICIÓN

Pancreatitis es una enfermedad inflamatoria originada por la activación, liberación intersticial y auto digestión de la glándula por sus enzimas.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Gastroenterología	CÓDIGO: PR-19-02	Página 5 de 23
	Título: Protocolo de manejo de Pancreatitis aguda	Edición: Septiembre 2018	
	Elaborado: Servicio de Gastroenterología	Revisión N°: 1 enero de 2026	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dr. Ricardo Chanis Jefe de Servicio de Gastroenterología	

Según las definiciones de expertos de **INSPIRE** (International StudyGroup of Pediatric Pancreatitis: In Search for a Cure), basados en los criterios de Atlanta en adultos, la **pancreatitis aguda** se define por la presencia de al menos 2 de los siguientes criterios:¹⁸

- 1) Síntomas clínicos, incluidos dolor, náusea o vómito.
- 2) Los niveles séricos amilasa y/o lipasa ≥ 3 veces el límite superior de la normalidad. (Hay pobre correlación de los niveles séricos con la severidad del cuadro)
- 3) Evidencia de imágenes radiológicas consistentes con pancreatitis aguda.

Según el Comité de Páncreas de la NASPGHAN la severidad de la pancreatitis aguda se define así:¹⁹

Pancreatitis aguda leve: se caracteriza por la ausencia de insuficiencia orgánica y por complicaciones locales o sistémicas que usualmente resuelve en 1 semana luego de su presentación. Forma más común.

Pancreatitis aguda moderadamente grave: se caracteriza por insuficiencia transitoria de órganos (<48 horas) y/o complicaciones locales o sistémicas. Dentro de las complicaciones locales se incluye colecciones y/o necrosis (peri) o pancreáticas. Dentro de las complicaciones sistémicas incluye exacerbación de comorbilidades conocidas.


Pancreatitis aguda grave: se caracteriza por insuficiencia orgánica persistente (>48 horas). Puede afectar a uno o varios órganos

Complicaciones locales asociadas a pancreatitis aguda:

Necrosis: son zonas localizadas o difusas de tejido pancreático no viable, que generalmente se asocian a necrosis de la grasa peri pancreática.

Absceso pancreático: colección circunscrita de pus en el páncreas o su vecindad que aparece como consecuencia de una pancreatitis y contiene escaso tejido necrótico en su interior.

Pseudoquiste: formación de densidad líquida caracterizada por la existencia de una pared de tejido fibroso que aparece no antes de las 4 semanas desde el inicio de la pancreatitis. Es la complicación más frecuente en niños con pancreatitis grave.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Gastroenterología	CÓDIGO: PR-19-02	Página 6 de 23
	Título: Protocolo de manejo de Pancreatitis aguda	Edición: Septiembre 2018	
	Elaborado: Servicio de Gastroenterología	Revisión N°: 1 enero de 2026	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dr. Ricardo Chanis Jefe de Servicio de Gastroenterología	

11- FISIOPATOLOGÍA

La pancreatitis aguda es el resultado de una lesión del páncreas y que implica una respuesta inflamatoria subsiguiente a tejidos y órganos adyacentes y lejanos.

La teoría predominante de la fisiopatología de la pancreatitis incluye varios pasos distintos:

- Un evento desencadenante inicia un proceso de lesión de células acinares.
- La lesión celular produce edema pancreático y una respuesta inflamatoria local, con liberación de mediadores inflamatorios.
- La producción de citoquinas y quimiocinas provoca una respuesta inflamatoria sistémica.
- La magnitud de esta respuesta inflamatoria determina la gravedad clínica de la pancreatitis aguda y puede conducir a complicaciones tales como necrosis pancreática, shock y fallo de órganos distantes.
- La activación de tripsinógeno a tripsina. La tripsina, a su vez, activa otras proenzimas digestivas. Las enzimas digestivas activas median entonces la lesión de las células acinares.

12- ETIOLOGÍA

Las etiologías principales de la pancreatitis aguda incluyen colelitiasis (30%), trauma (10-40%) y fármacos (13%), además de malformaciones biliares y mutaciones genéticas. Otras causas menos frecuentes abarcan infecciones y trastornos metabólicos.²⁰ **Ver Tabla N°1.**


MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Los síntomas y signos de la pancreatitis aguda son inespecíficos y varían con la edad. El dolor abdominal superior y el vómito son los síntomas más comunes.¹⁷ **Ver Tabla N°2**

13- HALLAZGOS DE LABORATORIO E IMÁGENES

No existe un test que se pueda considerar gold estándar para pancreatitis aguda.


LIPASA SÉRICA¹⁸

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Gastroenterología	CÓDIGO: PR-19-02	Página 7 de 23
	Título: Protocolo de manejo de Pancreatitis aguda	Edición: Septiembre 2018	
	Elaborado: Servicio de Gastroenterología	Revisión N°: 1 enero de 2026	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dr. Ricardo Chanis Jefe de Servicio de Gastroenterología	

- Está secretada principalmente por el páncreas, pero también se encuentra a nivel lingual y gástrico.
- La lipasa sérica tiene una sensibilidad del 87-100% y una especificidad del 95-100%.
- Se eleva dentro de las 6 horas de la aparición de los síntomas, con un pico entre las 24-30 horas, y vuelve a la normalidad dentro de 1 semana.
- Las elevaciones de la lipasa ocurren más temprano y duran más tiempo en comparación con las elevaciones de la amilasa y por lo tanto son especialmente útiles en pacientes que se presentan > 24 horas después del inicio del dolor.
- No se ve sesgada en etiologías como pancreatitis alcohólica e hiperlipidemia en donde la amilasa se puede encontrar en valores normales.

AMILASA SÉRICA¹⁸

- Está secretada principalmente por las glándulas salivales y el páncreas.
- La elevación de la amilasa sérica de más de tres veces el límite superior de la normalidad tiene una sensibilidad para el diagnóstico de pancreatitis aguda de 67 a 83 % y una especificidad de 85 a 98 %.
- Se eleva dentro de las 6 a 12 horas de la aparición de la pancreatitis aguda. La amilasa tiene una vida media corta de aproximadamente 10 horas y en ataques no complicados vuelve a la normalidad a las 24 horas del inicio de síntomas.
- Los riñones están a cargo de la secreción de amilasa/lipasa, por lo que las mismas pueden mantenerse elevadas en caso de enfermedad o lesión renal.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Gastroenterología	CÓDIGO: PR-19-02	Página 8 de 23
	Título: Protocolo de manejo de Pancreatitis aguda	Edición: Septiembre 2018	
	Elaborado: Servicio de Gastroenterología	Revisión N°: 1 enero de 2026	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dr. Ricardo Chanis Jefe de Servicio de Gastroenterología	

OTROSLABORATORIOS^{17,18}

Hemograma completo	Transaminasas, GGT, fosfatasa alcalina,
Electrolitos completos (calcio especialmente)	bilirrubinas totales y fraccionadas
Albúmina, creatinina y nitrógeno de urea	Triglicéridos séricos
	Proteína C reactiva

RADIOGRAFÍA DE TÓRAX

Los hallazgos son inespecíficos y se pueden encontrar hasta en un 30% de los pacientes:

- Atelectasias laminares.
- Infiltrados basales.
- Elevación del hemidiafragma.
- Derrame pleural izquierdo (más frecuente) o bilateral.
- Derrame pericárdico y edema pulmonar.

RADIOGRAFÍA DE ABDOMEN


Su utilidad en la práctica clínica se ha visto superada por la ecografía abdominal que es el estudio de elección ante esa sospecha clínica.

Son hallazgos sugestivos de enfermedad pancreática:

- Signos de íleo paralítico con colon dilatado.
- Un asa centinela por íleo localizado en el intestino delgado.
- Un halo radioluscente peri renal izquierdo.
- Los márgenes del psoas borrado en la radiografía simple.
- Calcificaciones a nivel del parénquima pancreático.

ECOGRAFÍA DE ABDOMEN¹⁷

Es la primera opción de estudio de imagen no invasiva en niños con sospecha de pancreatitis aguda. Permite visualizar alteraciones en el tamaño, contorno y textura del parénquima pancreático, siendo de elección para visualizar dilatación de conductos, pseudoquistes,

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Gastroenterología	CÓDIGO: PR-19-02	Página 9 de 23
	Título: Protocolo de manejo de Pancreatitis aguda	Edición: Septiembre 2018	
	Elaborado: Servicio de Gastroenterología	Revisión N°: 1 enero de 2026	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dr. Ricardo Chanis Jefe de Servicio de Gastroenterología	

abscesos y cálculos biliares asociados, sin embargo, no es eficaz para determinar la gravedad de la pancreatitis en comparación a la tomografía axial.

Los hallazgos ecográficos más comunes son:

- Dilatación del conducto pancreático principal o de los conductos biliares. (hallazgo de mayor utilidad)
- Agrandamiento local o difuso de su tamaño.
- Mala definición de su contorno.
- Disminución de su ecogenicidad.
- Barro biliar y/o colelitiasis/coledocolitiasis
- Pseudoquistes, quistes de colédoco, calcificaciones pancreáticas.
- Colecciones peripancreáticas o císticas.

TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTARIZADA (TAC)^{17,18}


Está indicada en pacientes con deterioro clínico o gravemente enfermos. Idealmente se debe realizar transcurridas ≥ 96 horas del cuadro agudo para evitar subestimar la extensión de la enfermedad y se recomienda el uso de medio de contraste IV para identificar las áreas necróticas en el páncreas, identificar colecciones peripancreáticas o pseudoquistes.

RESONANCIA MAGNÉTICA COLANGIOPANCREATOGRAFÍA (MRCP)^{17, 18, 20}

Normalmente no se utiliza como estudio de imagen inicial, pero puede ser útil en caso de complicaciones tardías. Puede llegar a ser más sensible en valorar el tejido necrótico en comparación al TAC. Se emplea para detectar anomalías de los conductos biliares intrahepáticos y extrahepáticos, conducto pancreático, alteraciones de la unión pancreatobiliar, coledocolitiasis, páncreas divisum y tumoraciones pancreáticas o biliares.

ESOFAGOGASTRODUDODENOSCOPIA^{17, 18}

No es un estudio de primera elección en pancreatitis aguda, se debe individualizar su utilidad.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Gastroenterología	CÓDIGO: PR-19-02	Página 10 de 23
	Título: Protocolo de manejo de Pancreatitis aguda	Edición: Septiembre 2018	
	Elaborado: Servicio de Gastroenterología	Revisión N°: 1 enero de 2026	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dr. Ricardo Chanis Jefe de Servicio de Gastroenterología	

COLANGIOPANCREATOGRAFÍA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA (CPRE)^{17, 18}

La CPRE se debe realizar con fines terapéuticos y se recomienda realizar en pacientes con sospecha de pancreatitis biliar secundaria a obstrucción biliar (colédoco dilatado, ictericia obstructiva, datos de colangitis), en la fase temprana y para el tratamiento de complicaciones como fístulas pancreáticas o drenaje de pseudoquistes, en la fase tardía. La pancreatitis posterior a CPRE tienen una prevalencia del 9-17% en pediatría.

ULTRASONIDO ENDOSCÓPICO (EUS)^{17, 18}

No se considera una herramienta diagnóstica estándar en casos de pancreatitis aguda pediátrica. Se debe individualizar cada caso.


14- DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El diagnóstico diferencial de pancreatitis aguda incluye otras causas de dolor abdominal en epigastrio, se puede diferenciar en base a sus características clínicas y con apoyo de estudios de laboratorio.

- Enfermedad ulcero péptica
- Cólico biliar
- Colecistitis
- Gastroenteritis
- Coledocolitiasis y colangitis
- Obstrucción intestinal
- Hepatitis
- Perforación de vísceras
- Obstrucción intestinal
- Isquemia mesentérica

15- TRATAMIENTO

Los niños con pancreatitis leve permanecen estables y sin signos de complicación a nivel local o sistémico. Los fundamentos del tratamiento son la analgesia, la administración de líquidos por vía intravenosa y la monitorización de las posibles complicaciones.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Gastroenterología	CÓDIGO: PR-19-02	Página 11 de 23
	Título: Protocolo de manejo de Pancreatitis aguda	Edición: Septiembre 2018	
	Elaborado: Servicio de Gastroenterología	Revisión N°: 1 enero de 2026	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dr. Ricardo Chanis Jefe de Servicio de Gastroenterología	

MANEJO DE LÍQUIDOS INTRAVENOSOS

- El tratamiento intravenoso inicial con cristaloides (L/R o SSN) es recomendado en niños con pancreatitis aguda. En caso de compromiso hemodinámico, se recomienda bolos de 10-20 ml/kg.
- Actualmente, no existe suficiente evidencia para recomendar la solución de lactato ringer sobre la solución salina en niños.
- Se recomienda la hidratación endovenosa de 1.5 a 2 veces del mantenimiento diario recomendada con D/SSN 0.9% y monitorización de la diuresis dentro de las próximas 24-48 horas del inicio del cuadro de pancreatitis aguda.
- No se recomienda el uso de sonda orogástrica o nasogástrica para descomprimir el estómago. Su uso se limitará en aquellos casos de íleo metabólico y vómito incoercible.
- Corrección de los trastornos metabólicos (acidosis, hiperglucemia, hiperkalemia e hipocalcemia), manejo de la hiperglicemia si glucosa > 250mg/dl, hipocalcemia < 8 mg/dl se puede utilizar gluconato de calcio al 10% en bolos de 50mg/kg / dosis.

MANEJO DEL DOLOR

Los analgésicos no narcóticos como paracetamol, metamizol, ketorolaco o ibuprofeno pueden ser la primera línea de tratamiento para el dolor en pancreatitis aguda pediátrica; sin embargo, podría hacerse uso de narcóticos en caso de dolor intenso e incontrolable.

La morfina y otros opioides deben ser usados en caso de falta de respuesta de los analgésicos de 1° línea. No existe evidencia que este grupo de medicamentos tenga efectos adversos sobre el esfínter de Oddi y pueden ser utilizados de forma segura en pacientes con pancreatitis aguda.

Los analgésicos intravenosos utilizados son:


Acetaminofén: 10-15 mg/kg/dosis cada 6 horas, por vía intravenosa máximo 60mg/kg/día.

Dipirona magnésica: 20 mg/kg/dosis cada 6 horas.

Ketorolaco: 0.5 mg/kg/ dosis cada 6 horas.

Morfina: 0.05-0.1 mg/kg/dosis cada 2 a 4 horas.

ANTIBIOTICOTERAPIA

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Gastroenterología	CÓDIGO: PR-19-02	Página 12 de 23
	Título: Protocolo de manejo de Pancreatitis aguda	Edición: Septiembre 2018	
	Elaborado: Servicio de Gastroenterología	Revisión N°: 1 enero de 2026	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dr. Ricardo Chanis Jefe de Servicio de Gastroenterología	

Las complicaciones sépticas tienen su origen en la translocación bacteriana con gérmenes procedentes tanto del intestino delgado como del grueso a través del sistema linfoganglionar mesentérico, siendo los más frecuentemente implicados: Escherichia coli, Klebsiella y otros bacilos entéricos gram negativos.

El uso profiláctico de antibióticos no está indicado en pancreatitis aguda, independientemente de su gravedad. Los antibióticos que penetran en el tejido necrótico están indicados en el manejo de la necrosis pancreática o colecciones extra pancreáticas infectadas y en pacientes con pancreatitis necrosante que no mejoran clínicamente y que presentan signos, síntomas y datos de laboratorio sugestivos de infección.

Se recomienda usar de primera línea **cefalosporinas de tercera generación** como **cefotaxima** 50-150 mg/kg/día Qid o Tid + **clindamicina** 20-40 mg/kg/día Qid o Tid + **metronidazol** 30mg/kg/día Tid o **piperacilina tazobactam** 200-300 mg/kg/día Tid por 7 días, dependiendo de la evolución del paciente se puede considerar el uso de **carbapenémicos**.


OTROS MEDICAMENTOS

No existe evidencia publicada que justifique el uso de inhibidores de la bomba de protones, probióticos, antioxidantes, inhibidores de proteasas en el manejo de pacientes con pancreatitis aguda.

NUTRICIÓN ENTERAL Y PARENTERAL

La nutrición oral o nutrición enteral en pancreatitis aguda leve debe iniciarse de forma temprana (primeras 72 h del ingreso hospitalario) con una dieta normal y progresar a tolerancia.

El inicio temprano no afecta la función exocrina del páncreas. No es necesario que los valores séricos de amilasa y lipasa se normalicen, ni que el dolor haya cedido por completo, aun cuando continúe con analgesia. Se debe iniciar de 1/8 a 1/4 de los requerimientos calóricos diarios en infusión continua y aumentar según la tolerancia clínica.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Gastroenterología	CÓDIGO: PR-19-02	Página 13 de 23
	Título: Protocolo de manejo de Pancreatitis aguda	Edición: Septiembre 2018	
	Elaborado: Servicio de Gastroenterología	Revisión N°: 1 enero de 2026	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dr. Ricardo Chanis Jefe de Servicio de Gastroenterología	

Nutrición Enteral (NE)

Mecanismo: La nutrición mantiene la barrera intestinal, inhibe la translocación bacteriana y reduce la respuesta inflamatoria sistémica.

Superioridad frente a Parenteral: La nutrición oral/enteral es superior a la parenteral (NPT).

Se asocia con:

Menor incidencia de infecciones y falla multiorgánica.

Menor estancia hospitalaria.

Reducción de mortalidad: En pediatría 7% NE vs. 20.7% NPT.

Tiempo óptimo: Aunque faltan datos específicos en pediatría, la evidencia en adultos sugiere iniciar entre las **24 y 72 horas** para evitar la progresión de la enfermedad.

Manejo en Pancreatitis Leve - Moderada

Inicio de vía oral: Se debe intentar reintroducir cuando el dolor haya disminuido significativamente (promedio de ayuno: 48h).

Tipo de dieta: No hay evidencia de que restringir grasas sea mejor que una dieta normal. Una dieta sólida completa es segura si se tolera.

Se recomienda iniciar con líquidos claros (menor estímulo hormonal) y progresar a sólidos bajos en grasa según tolerancia.


Fórmulas: No hay diferencia entre fórmulas poliméricas y elementales. No se recomiendan probióticos ni inmunomoduladores.

Manejo en Pancreatitis Grave

Ventana de tiempo: Iniciar nutrición oral o enteral dentro de las primeras **72 horas** tras la estabilización.

Vía de administración:

- Puede ser nasogástrica o nasoyejunal.
- Se aconseja sonda **post-píloro (pasado el ángulo de Treitz)** y limitar el aporte graso en estos casos específicos, requiriendo existencia de peristaltismo.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Gastroenterología	CÓDIGO: PR-19-02	Página 14 de 23
	Título: Protocolo de manejo de Pancreatitis aguda	Edición: Septiembre 2018	
	Elaborado: Servicio de Gastroenterología	Revisión N°: 1 enero de 2026	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dr. Ricardo Chanis Jefe de Servicio de Gastroenterología	

Indicaciones de Nutrición Parenteral Total (NPT)

La NPT se reserva para situaciones donde la vía enteral no es posible o falla:

Indicaciones: Si la NE no es posible por > 5-7 días (ej. íleo, fístula compleja, síndrome compartimental) o si la NE empeora la clínica.

Consideración sobre lípidos: Si se pasa a NPT por intolerancia a la enteral, **no** es necesario limitar los lípidos en la mezcla parenteral.

MANEJO DEL PSEUDOQUISTE PANCREÁTICO

El pseudoquiste pancreático se desarrolla en un 10-23% de los pacientes pediátricos con pancreatitis aguda y pueden desarrollar síntomas como dolor abdominal, vómito, intolerancia a la vía oral por compresión gástrica, obstrucción intestinal o biliar.


La gran mayoría de los pseudoquistes van a resolver de manera espontánea entre el 3° y 4° mes; cuando se requiera drenaje, el tratamiento de elección es el endoscópico con cistogastrostomía/cistoduodenostomía guiada por EUS con una tasa de éxito del 91-93%, pero en ocasiones puede ser necesario la intervención quirúrgica. **Ver Tabla N°4 y N°5.**

ROL DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA EN PANCREATITIS AGUDA

Las indicaciones de intervención quirúrgica en pancreatitis aguda son poco comunes e incluyen trauma abdominal con inestabilidad hemodinámica o en busca de lesiones asociadas a otros órganos. En casos de pancreatitis biliar leve no complicada, la colecistectomía es segura y previene la recurrencia si se realiza antes del egreso del paciente. En caso de colecciones necróticas e inclusive infectadas, se debe diferir las intervenciones hasta > 4 semanas del inicio del cuadro por alta morbi-mortalidad asociada en intervenciones tempranas.

16- CRITERIOS DE REFERENCIA

Aquellos casos de pancreatitis moderada o severa deben ser referidos a una instalación de salud de III nivel donde se cuente con equipo diagnóstico de laboratorio, imágenes y personal que puedan manejar las potenciales complicaciones (médicos intensivistas, gastroenterólogos, infectólogos, radiólogos, unidad de nutrición parenteral, cirujano pediatra entre otros).

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Gastroenterología	CÓDIGO: PR-19-02	Página 15 de 23
	Título: Protocolo de manejo de Pancreatitis aguda	Edición: Septiembre 2018	
	Elaborado: Servicio de Gastroenterología	Revisión N°: 1 enero de 2026	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dr. Ricardo Chanis Jefe de Servicio de Gastroenterología	

En los casos de pancreatitis aguda leve o en aquellos que se tenga la sospecha clínica pero no se cuenta con laboratorios o estudios de imagen o personal idóneo para su manejo y tratamiento debe ser referido.

17- EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO

La evolución de la pancreatitis aguda no complicada en los niños en general tiene un pronóstico excelente con recuperación de la función pancreática en un plazo de 2-5 días llegando en los casos más leves a ser indistinguible de procesos gastrointestinales más frecuentes y leves.


Cuando la evolución es grave, las complicaciones pueden afectar a casi todos los órganos con una mortalidad no definida en series pediátricas, pero probablemente menor que en las series de pacientes adultos.

La muerte precoz se relacionaría con shock e insuficiencia respiratoria y las causas de muerte diferida generalmente se deberían a complicaciones de tipo infeccioso con necrosis pancreática, insuficiencia renal, distrés respiratorio, tipo adulto y fracaso multiorgánico secundario.

18- RECOMENDACIONES PARA LA FAMILIA

Ante la amplia etiología y posibles causantes de la pancreatitis aguda se recomienda a la familia:

- No automedicar a sus niños y no al uso prolongado de medicamentos para la fiebre o analgésicos sin una regulación.
- Utilizar el cinturón de seguridad para evitar traumas en vehículo en movimiento.
- Precaución cuando el niño realiza actividades deportivas como manejo de bicicletas impacto con el manubrio de la misma y karate, revisarlo luego de la actividad por equimosis o áreas de dolor.
 - Vigilancia estricta en controles de crecimiento y desarrollo con su pediatra, y considerar de acuerdo a condiciones sanitarias el uso de antihelmínticos.
 - Mantener cobertura de inmunizaciones para su edad.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Gastroenterología	CÓDIGO: PR-19-02	Página 16 de 23
	Título: Protocolo de manejo de Pancreatitis aguda	Edición: Septiembre 2018	
	Elaborado: Servicio de Gastroenterología	Revisión N°: 1 enero de 2026	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dr. Ricardo Chanis Jefe de Servicio de Gastroenterología	

- En adolescentes y adultos jóvenes limitar la ingesta de alcohol y derivados.
- Importante al realizar una consulta en un establecimiento médico mencionar que medicamentos estaba tomando previamente, con dosis y de ser posible llevar frascos.


19- MEDIDAS PREVENTIVAS Y DE CONTROL

- Entre las medidas preventivas y de control, está evitar que el niño que viaje como pasajero en un automóvil viaje sin la protección de un cinturón de seguridad o adulto responsable para su vigilancia.
- Mantener cobertura de programa ampliado de inmunizaciones aun en áreas de muy difícil acceso a instalaciones de salud, a través de giras médicas.
- Considerar la profilaxis antiparasitaria en niños que presenten una condición de riesgo.
- Campañas preventivas en adolescentes sobre las complicaciones del etilismo.
- Campaña preventiva sobre evitar la automedicación y el uso prolongado de medicamentos.
- Limpieza de herbazales y lotes baldíos y en el hogar con precaución ante la exposición de ofidios o accidente por escorpión.

20- SEGUIMIENTO Y CONTROLES


Dependerá de la evolución de cada caso, en su mayoría su evolución es satisfactoria ante lo autolimitado del cuadro con normalización de pruebas de laboratorio con recomendaciones y seguimiento con médico de cabecera.

Ante la presencia de pancreatitis aguda complicada y según intervención se dará seguimiento en consulta externa de gastroenterología y de especialidades como cirugía pediátrica, nutrición.


	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Gastroenterología	CÓDIGO: PR-19-02	Página 17 de 23
	Título: Protocolo de manejo de Pancreatitis aguda	Edición: Septiembre 2018	
	Elaborado: Servicio de Gastroenterología	Revisión N°: 1 enero de 2026	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dr. Ricardo Chanis Jefe de Servicio de Gastroenterología	

21- BIBLIOGRAFÍA

1. Maisam Abu-El-Haija Update to the Management of Pediatric Acute Pancreatitis: Highlighting Areas in Need of Research JPGN Volume 58, Number 6, June 2014
2. Chanis y colaboradores Pancreatitis aguda casos reportados en 10 años (2001-2011) revista pediátrica de Panamá Volumen 41, Número 3, 2012.
3. Corrales V, Shakalli M, McCalla R. Estudio de 40 casos de Pancreatitis Aguda Hospital del Niño (1975 – 1986). Revista del Hospital del Niño. 1987; 6 (1): 12 – 19
4. Normas de manejo de problemas pediátricos, Hospital del niño José Renán Esquivel 2014
5. Swaroop Vege. Management of acute pancreatitis sitio web [http:// uptodate.com](http://uptodate.com)
6. Swaroop Vege Etiology of acute pancreatitis sitio web [http:// uptodate.com](http://uptodate.com)
7. Swaroop Vege Clinical manifestations and diagnosis of acute pancreatitis sitio web [http:// uptodate.com](http://uptodate.com)
8. Christopher J. Taylor ESPGHAN and NASPGHAN Report on the Assessment of Exocrine Pancreatic Function and Pancreatitis in Children JPGN _ Volume 61, Number 1, July 2015
9. Arguelles F. Pancreatitis aguda, Capítulo 3.3.2, Tratado de gastroenterología, hepatología y nutrición pediátrica, Sociedad española de gastroenterología, hepatología y nutrición pediátrica, editorial Ergon 2010
10. Arvind I. Srinath and Mark E. Lowe Pediatric Pancreatitis Pediatrics in Review 2013;34:79
11. Wyllie R. Pediatric Gastroenterology and liver disease 5 edition chapter 82 elsevier
12. AliyeUc Pancreatic disorders Pediatr Clin N Am 64 (2017) 685–706.
13. López-Herce J, et al Manual de cuidados intensivos pediátricos III edición sociedad española de cuidados intensivos pediátricos capítulo 51 Pancreatitis aguda, España 2009
14. Soma Kumar & Cheryl E. Garipey Nutrition and Acute Pancreatitis: Review of the Literature and Pediatric Perspectives Curr Gastroenterol Rep (2013) 15:338
15. Maisam Abu-El-Haija et al Early Enteral Nutrition in Children With Acute Pancreatitis JPGN Volume 62, Number 3, March 2016

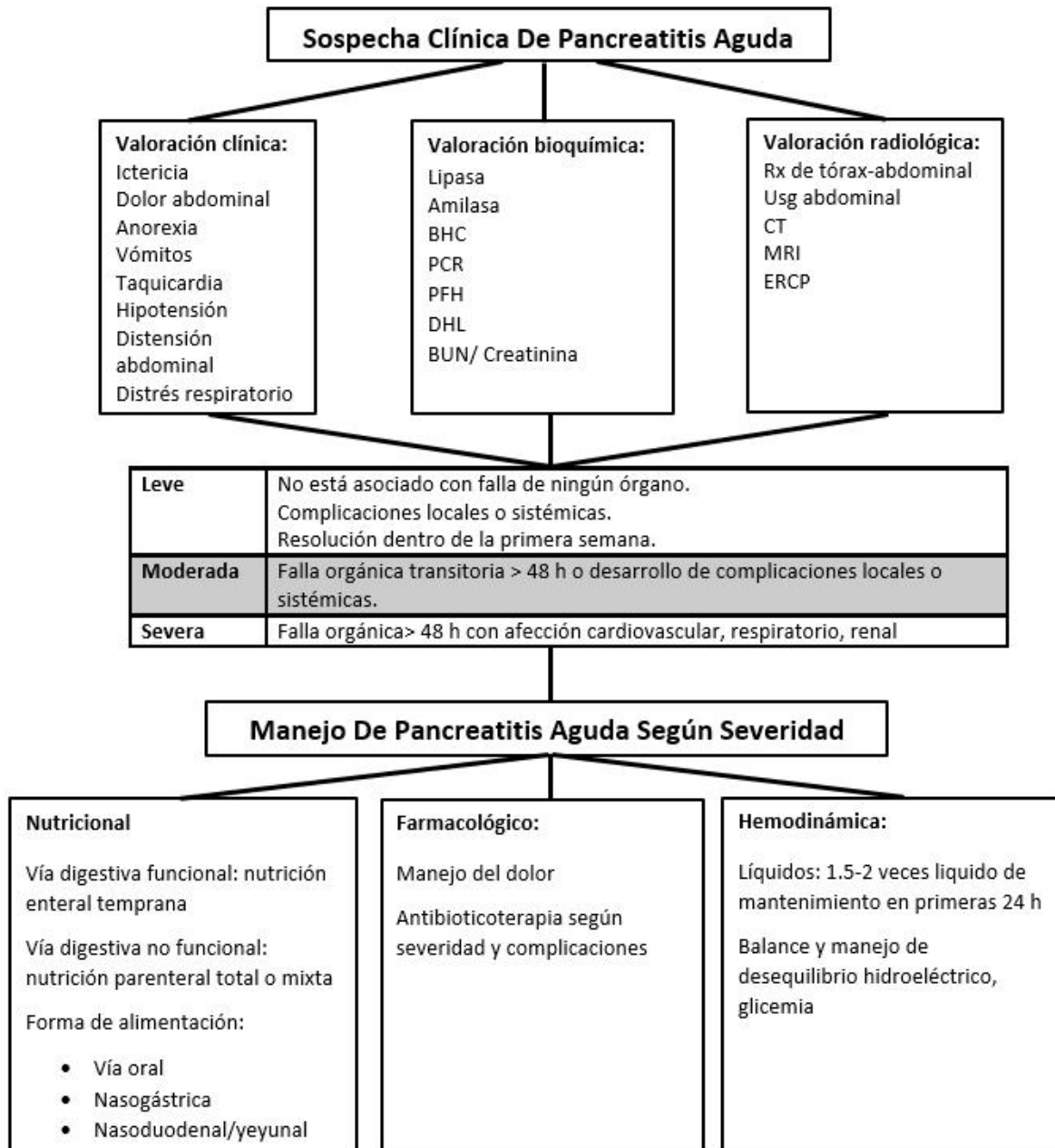
	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Gastroenterología	CÓDIGO: PR-19-02	Página 18 de 23
	Título: Protocolo de manejo de Pancreatitis aguda	Edición: Septiembre 2018	
	Elaborado: Servicio de Gastroenterología	Revisión N°: 1 enero de 2026	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dr. Ricardo Chanis Jefe de Servicio de Gastroenterología	

16. Swaroop S. Clinical manifestations, diagnosis, and natural history of acute pancreatitis. UpToDate; 2025.
17. Vázquez-Frias, R., Rivera-Suazo, Y., Aguayo-Elorriaga, A. K., Alfaro-Bolaños, J. E., Argüello-Arévalo, G. A., Cadena-León, J. F., Chávez-Sáenz, J. A., Consuelo-Sánchez, A., Cruz-Romero, E. v., Espinosa-Saavedra, D., Espriu-Ramírez, M. X., Flores-Calderón, J., González-Ortiz, B., Hernández-Rosiles, V., Ignorosa- Arellano, K. R., Jaramillo-Esparza, C. M., Lozano-Hernández, F. R., Larrosa-Haro, A., Leal-Quiroga, U., ... Zárate-Mondragón, F. E. (2023). Consenso de la Asociación Mexicana de Gastroenterología sobre el diagnóstico y tratamiento de pancreatitis aguda en niñas, niños y adolescentes. *Revista de Gastroenterología de México*, 88(3), 267–281. <https://doi.org/10.1016/J.RGMX.2023.04.002>
18. Abu-El-Haija M, Kumar S, Quiros JA, Balakrishnan K, Barth B, Bitton S, et al. Management of Acute Pancreatitis in the Pediatric Population: A Clinical Report From the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition Pancreas Committee. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2018 Jan;66(1):159-76.
19. Abu-El-Haija M, Kumar S, Szabo F, Werlin S, Conwell D, Banks P, et al. Classification of Acute Pancreatitis in the Pediatric Population: Clinical Report From the NASPGHAN Pancreas Committee. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2017 Jun;64(6):984-90.
20. Saeed SA. Acute pancreatitis in children: Updates in epidemiology, diagnosis and management. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care*. 2020 Aug;50(8):100839.
21. Aghdassi AA, Mayerle J, Kraft M, Sielenkämper AW, Heidecke CD, Lerch MM. Pancreatic pseudocysts--when and how to treat. *HPB (Oxford)*. 2006;8(6):432-41.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Gastroenterología	CÓDIGO: PR-19-02	Página 19 de 23
	Título: Protocolo de manejo de Pancreatitis aguda	Edición: Septiembre 2018	
	Elaborado: Servicio de Gastroenterología	Revisión N°: 1 enero de 2026	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dr. Ricardo Chanis Jefe de Servicio de Gastroenterología	

ANEXOS

Algoritmo 1. Manejo de Pancreatitis Aguda




	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Gastroenterología	CÓDIGO: PR-19-02	Página 20 de 23
	Título: Protocolo de manejo de Pancreatitis aguda	Edición: Septiembre 2018	
	Elaborado: Servicio de Gastroenterología	Revisión N°: 1 enero de 2026	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dr. Ricardo Chanis Jefe de Servicio de Gastroenterología	

Tabla N°1. Clasificación de Etiologías de Pancreatitis Aguda.

Mecánica	Cálculos biliares, barro biliar, ascariasis, divertículo periampular, cáncer pancreático o periampular, estenosis ampular,
Tóxica	Etanol, metanol, veneno de escorpión, envenenamiento por organofosforados
Metabólica	Hiperlipidemia (tipos I, IV, V), hipercalcemia.
Medicamentos	Didanosina, pentamidina, metronidazol, estibogluconato de sodio, tetraciclina furosemida, tiazidas, sulfasalazina, 5-ASA, L-asparaginasa, azatioprina, ácido valproico, sulindac, salicilatos, calcio, estrógeno, alcohol, paracetamol, estrógenos
Infeciosa	Virus causante de la parotiditis, coxsackie, hepatitis B, CMV, varicela-zoster, HSV, VIH, Hepatitis B y A, Rubeola, Bacteria-micoplasma, Legionella, Leptospira, Salmonella Hongos aspergillus Parásitos-toxoplasma, cryptosporidium, Áscaris, Malaria
Trauma	Lesión abdominal contundente o penetrante, lesión iatrogénica durante la cirugía
Congénita	Páncreas divisum, coledococoele tipo V.
Vascular	Isquemia, atero-embolismo, vasculitis (poliarteritis nodosa, LES)
Genética	CFTR (regulador de la conductancia transmembrana de la fibrosis quística) y otras mutaciones genéticas
Varios	Post CPRE, embarazo, trasplante renal, deficiencia de alfa-1-antitripsina
Sistémicos	Enfermedades metabólicas, diabetes mellitus, Enfermedad de Kawasaki, colagenosis y vasculitis, fibrosis quística, hiperparatiroidismo, síndrome hemolítico urémico, úlceras pépticas


	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Gastroenterología	CÓDIGO: PR-19-02	Página 21 de 23
	Título: Protocolo de manejo de Pancreatitis aguda	Edición: Septiembre 2018	
	Elaborado: Servicio de Gastroenterología	Revisión N°: 1 enero de 2026	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dr. Ricardo Chanis Jefe de Servicio de Gastroenterología	

Tabla n°2. Signos y síntomas en pancreatitis aguda.

Síntoma / Signo	Comentarios y Características Clínicas
Dolor Abdominal	<ul style="list-style-type: none"> • Es el síntoma principal (descrito en el 86% de pacientes > 4 años). • Localización predominante en epigastrio. • La irradiación "clásica" a la espalda es poco frecuente ($\leq 10\%$). • Puede ser leve o estar ausente en pacientes < 5 años. • En el 5-10% de casos graves (ej. postoperatorios, críticos) puede presentarse como enfermedad indolora.
Vómitos y Náuseas	<ul style="list-style-type: none"> • Presentes en el 45% al 85% de los casos reportados. • Es el síntoma más común en los pacientes más jóvenes. • Acompaña al dolor abdominal como uno de los síntomas más frecuentes.
Distensión Abdominal	<ul style="list-style-type: none"> • Puede estar acompañada de sonidos intestinales disminuidos. • Se debe a un íleo secundario a la inflamación.
Ictericia	<ul style="list-style-type: none"> • Causada por ictericia obstructiva debida a coledocolitiasis o edema de la cabeza del páncreas.
Signos de Turner y Cullen	<ul style="list-style-type: none"> • Signo de Turner: Equimosis en el flanco. • Signo de Cullen: Decoloración azul del ombligo. • Son inusuales en niños. • Sugieren sangrado retroperitoneal en contexto de necrosis pancreática.
Signos Sistémicos	<ul style="list-style-type: none"> • Incluyen: Fiebre, taquicardia, taquipnea, hipoxemia e hipotensión. • Generalmente asociados a pancreatitis severa. • La hipotensión inexplicable puede ser el único signo en pacientes graves que no manifiestan dolor.


	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Gastroenterología	CÓDIGO: PR-19-02	Página 22 de 23
	Título: Protocolo de manejo de Pancreatitis aguda	Edición: Septiembre 2018	
	Elaborado: Servicio de Gastroenterología	Revisión N°: 1 enero de 2026	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dr. Ricardo Chanis Jefe de Servicio de Gastroenterología	

Tabla N°3. Manejo Nutricional Según Grado De Severidad.

	Pancreatitis aguda leve o moderadamente-grave	Pancreatitis aguda grave	Pancreatitis aguda recurrente ^a
Nutrición oral o nutrición enteral	Iniciar dieta normal ^b < 72 h, por vía oral	Intentar dieta normal ^b < 72 h, por vía oral o usar sonda	En hipertrigliceridemia (> 1,000 mg/dl) iniciar dieta sin grasa
Vigilar	Condiciones intestinales	Hipotensión arterial Llenado capilar Oliguria Acidosis metabólica con hiperlactatemia Elevación de BUN/Creatinina Elevación de enzimas hepáticas Trombocitopenia Cianosis Edema pulmonar	Niveles de triglicéridos y colesterol
Sondas	Usar SNG o SNY antes de iniciar NP Colocar SNY cuando la integridad y funcionalidad del tracto gastrointestinal superior estén comprometidos ^c	Usar SNG o SNY antes de iniciar NP Colocar SNY cuando la integridad y funcionalidad del tracto gastrointestinal superior estén comprometidos ^c	
Nutrición parenteral ^d	Cuando no se cumpla la meta calórica, no sea tolerada la vía oral/enteral o en ayuno prolongado (5-7 días)	Cuando no se cumpla la meta calórica, no sea tolerada la vía oral/enteral o en ayuno prolongado (5-7 días)	

BUN: nitrógeno ureico; NP: nutrición parenteral; SNG: sonda nasogástrica; SNY: sonda nasoyeyunal.

^a Pancreatitis aguda recurrente inducida por hipertrigliceridemia.

^b Dieta normal= dieta sólida completa y sin restricción de grasa, progresar de acuerdo con la tolerancia hasta lograr requerimientos energéticos totales.

^c Gastroparesia, pseudoobstrucción gástrica, enfermedad por reflujo gastroesofágico severo con riesgo de broncoaspiración.

^d Seguir recomendaciones actuales para paciente crítico.


	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Gastroenterología	CÓDIGO: PR-19-02	Página 23 de 23
	Título: Protocolo de manejo de Pancreatitis aguda	Edición: Septiembre 2018	
	Elaborado: Servicio de Gastroenterología	Revisión N°: 1 enero de 2026	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dr. Ricardo Chanis Jefe de Servicio de Gastroenterología	

Tabla N°4. Indicaciones para la intervención terapéutica de pseudoquistes pancreáticos.

Pseudoquistes pancreáticos complicados (un criterio suficiente):

- Compresión de grandes vasos (síntomas clínicos o visto en tomografía computarizada)
- Obstrucción del tracto de salida gástrico o duodenal
- Estenosis del conducto biliar común debido a compresión
- Pseudoquistes pancreáticos infectados
- Hemorragia dentro del pseudoquiste pancreático
- Fístula pancreático-pleural

Pseudoquiste pancreático sintomático:

- Saciedad
- Náuseas y vómitos
- Dolor
- Hemorragia gastrointestinal superior (10-20%)

Pseudoquiste pancreático asintomático:

- Pseudoquistes > 5 cm, sin cambios en tamaño y morfología durante más de 6 semanas
- Diámetro > 4 cm y complicaciones extra-pancreáticas en pacientes con pancreatitis alcohólica crónica
- Sospecha de malignidad: tasa de supervivencia media a 5 años tras la resección del 56%

Tabla N°5. Prerrequisitos para el drenaje endoscópico.

- Distancia del pseudoquiste a la pared gastrointestinal < 1 cm.
- Localización del abordaje transmural basado en el abultamiento máximo del pseudoquiste a la pared adyacente.
- Tamaño > 5 cm, compresión intestinal, quiste único, quiste maduro, sin segmento desconectado del conducto pancreático.
- Quiste maduro, realizar pancreatografía primero, preferir abordaje transpapilar, si es factible.
- Verificar la presencia de detritos dentro del pseudoquiste
- Sintomático, falla con el tratamiento conservador, persistencia durante 4 semanas o más.
- Se deben descartar neoplasias y pseudoaneurismas.