



**Biblioteca
Cochrane**

Base de Datos **Cochrane** de Revisiones Sistemáticas

Intervenciones farmacológicas para la pancreatitis aguda (Revisión)

Moggia E, Koti R, Belgaumkar AP, Fazio F, Pereira SP, Davidson BR, Gurusamy KS

Moggia E, Koti R, Belgaumkar AP, Fazio F, Pereira SP, Davidson BR, Gurusamy KS.
Pharmacological interventions for acute pancreatitis
(Intervenciones farmacológicas para la pancreatitis aguda).
Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 4. Art. No.: CD011384.
DOI: [10.1002/14651858.CD011384.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD011384.pub2).

www.cochranelibrary.com/es

[Revisión de intervención]

Intervenciones farmacológicas para la pancreatitis aguda

Elisabetta Moggia¹, Rahul Koti², Ajay P Belgaumkar³, Federico Fazio⁴, Stephen P Pereira⁵, Brian R Davidson², Kurinchi Selvan Gurusamy²

¹Department of General and Digestive Surgery, IRCCS Humanitas Research Hospital, Milan, Italy. ²Department of Surgery, Royal Free Campus, UCL Medical School, London, UK. ³Dept of Upper GI Surgery, Ashford and St Peter's NHS Trust, Chertsey, UK. ⁴HPB and Liver Transplant Surgery, Royal Free Hospital, NHS Foundation Trust, London, UK. ⁵UCL Institute for Liver and Digestive Health, Royal Free Hospital Campus, London, UK

Contacto: Kurinchi Selvan Gurusamy, Department of Surgery, Royal Free Campus, UCL Medical School, Royal Free Hospital, Pond Street, London, NW3 2QG, UK. k.gurusamy@ucl.ac.uk.

Grupo Editorial: Grupo Cochrane de Enfermedades Esófago-gástricas, del Intestino Delgado y Pancreáticas.

Estado y fecha de publicación: Nueva, publicada en el número 4, 2017.

Referencia: Moggia E, Koti R, Belgaumkar AP, Fazio F, Pereira SP, Davidson BR, Gurusamy KS. Pharmacological interventions for acute pancreatitis (Intervenciones farmacológicas para la pancreatitis aguda). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, Issue 4. Art. No.: CD011384. DOI: [10.1002/14651858.CD011384.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD011384.pub2).

Copyright © 2017 The Cochrane Collaboration. Publicada por John Wiley & Sons, Ltd.

RESUMEN

Antecedentes

En los pacientes con pancreatitis aguda, no está claro cuál debería ser la función del tratamiento médico sumado a la atención de apoyo, como el equilibrio hidroelectrolítico y el apoyo a los órganos en pacientes con insuficiencia orgánica.

Objetivos

Evaluar los efectos de diferentes intervenciones farmacológicas en pacientes con pancreatitis aguda.

Métodos de búsqueda

Se hicieron búsquedas en el Registro Cochrane Central de Ensayos Controlados (Cochrane Central Register of Controlled Trials) (CENTRAL, 2016, número 9), MEDLINE, Embase, Science Citation Index Expanded, y en registros de ensayos hasta octubre 2016 para identificar ensayos controlados aleatorios (ECA). También se buscaron las referencias de los ensayos incluidos para identificar ensayos adicionales.

Criterios de selección

Se consideró la inclusión en la revisión de ECA realizados en pacientes con pancreatitis aguda solamente, de manera independiente de la etiología, la gravedad, la presencia de infección, el idioma, el cegamiento o el estado de publicación.

Obtención y análisis de los datos

Dos autores de la revisión de forma independiente identificaron los ensayos y extrajeron los datos. No se realizó el metanálisis en red programado por la falta de información sobre los modificadores del efecto potencial y las diferencias en el tipo de participantes incluidos en las diferentes comparaciones, cuando hubo información disponible. Se calculó el odds ratio (OR) con intervalos de confianza (IC) del 95% para los resultados binarios y los cocientes de tasas con IC del 95% para los resultados de los recuentos mediante un modelo de efectos fijos y un modelo de efectos aleatorios.

Resultados principales

En esta revisión se incluyeron 84 ECA con 8234 participantes. Seis ensayos (N = 658) no informaron ninguno de los resultados de interés para esta revisión. Los 78 ensayos restantes excluyeron a 210 participantes después de la asignación al azar. En consecuencia, un total de 7366 participantes en 78 ensayos contribuyeron a uno o más resultados para esta revisión. Los tratamientos evaluados en estos 78 ensayos fueron: antibióticos, antioxidantes, aprotinina, atropina, calcitonina, cimetidina, EDTA (ácido etilendiaminotetraacético), gabexato, glucagón, iniprol, lexipafant, AINE (fármacos antiinflamatorios no esteroideos), octreotida, oxifenonio, probióticos, proteína C

Intervenciones farmacológicas para la pancreatitis aguda (Revisión)

Copyright © 2017 The Cochrane Collaboration. Publicada por John Wiley & Sons, Ltd.

activada, somatostatina, somatostatina más omeprazol, somatostatina más ulinastatina, timosina, ulinastatina y control inactivo. Además de la comparación de antibióticos versus control, que incluyó a gran parte de los participantes con pancreatitis necrosante, en las comparaciones restantes sólo hubo una proporción pequeña de pacientes con este trastorno. La mayoría de los ensayos incluyeron sólo a pacientes con pancreatitis aguda grave o una combinación de pacientes con pancreatitis aguda leve y pancreatitis aguda grave (75 ensayos). En términos generales, el riesgo de sesgo en los ensayos fue poco claro o alto para todos los ensayos excepto uno.

Fuente de financiación: siete ensayos no fueron financiados o fueron financiados por organismos sin intereses personales en los resultados. Las compañías farmacéuticas financiaron parcial o totalmente 21 ensayos. La fuente de financiación no estaba disponible en los ensayos restantes.

Debido a que la mortalidad a corto plazo se consideró el resultado más importante, en el resumen sólo se presentaron estos resultados de forma detallada. Sesenta y siete estudios con 6638 participantes informaron la mortalidad a corto plazo. No hubo pruebas de diferencias en la mortalidad a corto plazo en ninguna de las comparaciones (evidencia de muy baja calidad). Con respecto a otros resultados primarios, los eventos adversos graves (número) fueron inferiores que en el control en los participantes que recibieron lexipafant (cociente de tasas 0,67; IC del 95%: 0,46 a 0,96; N = 290; un estudio; evidencia de muy baja calidad), octreotida (cociente de tasas 0,74; IC del 95%: 0,60 a 0,89; N = 770; cinco estudios; evidencia de muy baja calidad), somatostatina más omeprazol (cociente de tasas 0,36; IC del 95%: 0,19 a 0,70; N = 140; un estudio; evidencia de baja calidad) y somatostatina más ulinastatina (cociente de tasas 0,30; IC del 95%: 0,15 a 0,60; N = 122; un estudio; evidencia de baja calidad). La proporción de pacientes con insuficiencia orgánica fue inferior en el grupo de octreotida que en el control (OR 0,51; IC del 95%: 0,27 a 0,97; N = 430; tres estudios; evidencia de muy baja calidad). La proporción de pacientes con sepsis fue inferior en el grupo de lexipafant que en el control (OR 0,26; IC del 95%: 0,08 a 0,83; N = 290; un estudio; evidencia de muy baja calidad). No hubo evidencia de diferencias en ninguna de las comparaciones restantes en estos resultados ni para ninguno de los resultados primarios restantes (la proporción de pacientes con al menos un evento adverso grave y la presencia de necrosis pancreática infectada). Ninguno de los ensayos informó la calidad de vida relacionada con la salud.

Conclusiones de los autores

La evidencia de muy baja calidad indica que ninguno de los tratamientos farmacológicos estudió la disminución en la mortalidad a corto plazo en los pacientes con pancreatitis aguda. Sin embargo, los intervalos de confianza fueron amplios y compatibles con un aumento o una disminución en la mortalidad a corto plazo debido a las intervenciones. No se encontraron beneficios clínicos consistentes con ninguna intervención. Dadas las limitaciones en los sistemas de puntuación de pronóstico y debido a que el daño a los órganos puede ocurrir en la pancreatitis aguda antes de que se manifieste clínicamente, los ensayos futuros deben considerar la posibilidad de incluir todos los casos de pancreatitis pero aportar al estudio el poder estadístico suficiente para medir las diferencias en el subgrupo de pacientes con pancreatitis aguda grave. Puede ser difícil que los estudios basados en la mortalidad tengan un poder estadístico suficiente. Los ensayos futuros en pacientes con pancreatitis aguda deben considerar otros resultados, como las complicaciones o la calidad de vida relacionada con la salud como resultados primarios. Estos ensayos deben incluir la calidad de vida relacionada con la salud, los costos y el retorno al trabajo como resultados y deben realizar el seguimiento de los pacientes durante al menos tres meses (preferentemente durante al menos un año).

RESUMEN EN TÉRMINOS SENCILLOS

Tratamiento médico para los pacientes con pancreatitis aguda (inflamación aguda del páncreas)

Antecedentes

El páncreas es un órgano ubicado en el abdomen que secreta varias enzimas digestivas (sustancias que permiten y aceleran las reacciones químicas en el cuerpo) en el sistema ductal pancreático, y el contenido luego se vacía en el intestino delgado. También contiene los islotes de Langerhans, que secretan varias hormonas incluida la insulina (que ayuda a regular el azúcar sanguíneo). La pancreatitis aguda es una enfermedad potencialmente mortal caracterizada por la inflamación súbita del páncreas, que puede dar lugar a la insuficiencia de otros órganos, como el pulmón y el riñón. Hay mucha investigación sobre diferentes tratamientos médicos para la pancreatitis aguda, aunque no están claros los beneficios de cada tratamiento ni si algún tratamiento médico es beneficioso además del tratamiento de apoyo. Esta atención incluye hidratación corporal y tratamiento con cuidados intensivos en los pacientes con insuficiencia orgánica (para apoyar los órganos deteriorados). Se intentó resolver este problema mediante la búsqueda de los estudios existentes sobre el tema. Se incluyeron todos los ensayos controlados aleatorios (estudios clínicos en que los pacientes son asignados al azar a uno de dos o más grupos de tratamiento) cuyos resultados se presentaron hasta el 7 de octubre de 2016.

Características de los estudios

En esta revisión, se incluyeron 84 ECA con 8234 participantes. Seis ensayos (658 participantes) no informaron ninguno de los resultados de interés para esta revisión. En los 78 ensayos restantes, 210 participantes fueron excluidos después de la asignación al azar. Así, un total de 7366 participantes en 78 ensayos contribuyeron a uno o más resultados para esta revisión. Además de la comparación de si deben usarse antibióticos, las otras comparaciones incluyeron sólo un porcentaje pequeño de pacientes con necrosis pancreática (una forma sumamente grave de pancreatitis, que resulta en la destrucción pancreática). La mayoría de los ensayos incluyeron sólo la forma grave de la pancreatitis aguda o incluyeron formas tanto leves como graves de pancreatitis.

Fuente de financiación: siete ensayos no fueron financiados o fueron financiados por organismos sin intereses personales en los resultados. Veintiún ensayos fueron financiados parcial o totalmente por las compañías farmacéuticas. La fuente de financiación no estaba disponible en los ensayos restantes.

Calidad de la evidencia

La calidad general de la evidencia fue baja para todas las medidas debido a que el riesgo de sesgo en los ensayos fue poco claro o alto (un error sistemático o desviación de la verdad que afecta los resultados, favoreciendo un tratamiento sobre otro) y a que se trataba de ensayos pequeños. Como resultado, se necesitan más estudios sobre este tema.

Resultados clave

Sesenta y siete estudios con 6638 participantes informaron las muertes a corto plazo. En términos generales, se registró un promedio de un 12% de defunciones entre los pacientes que recibieron sólo atención de apoyo. No hubo evidencia de que ninguno de los tratamientos redujera las muertes a corto plazo. Hubo evidencia de que diversos tratamientos podrían ser beneficiosos en varios resultados; sin embargo, éstos no fueron consistentes, y no es posible establecer conclusiones sobre si alguno de los tratamientos puede ser beneficioso. Ninguno de los ensayos informó la calidad de vida relacionada con la salud.

En conclusión, sobre la base de las pruebas de muy baja calidad, no existe evidencia de que algún tratamiento farmacológico sumado a la atención de apoyo reduzca las muertes a corto plazo. Los ensayos futuros en los pacientes con pancreatitis aguda deben incluir la calidad de vida relacionada con la salud, los costos y el retorno al trabajo como resultados y deben realizar el seguimiento de los pacientes durante al menos tres meses (preferentemente durante al menos un año).