

ARTÍCULO DE REVISIÓN

Tratamiento nutricional en pancreatitis Nutritional treatment in pancreatitis

G. Rodríguez-Pacheco^{a,*}

Recibido: 15 de noviembre de 2016

Aceptado: 04 de agosto de 2017

PALABRAS CLAVE:

Pancreatitis;
Tratamiento
nutricional;
Omega-3;
Glutamina;
Probióticos.

KEY WORDS:

Pancreatitis;
Nutritional
treatment;
Omega-3;
glutamine;
Probiotics.

RESUMEN

El apoyo nutricional en relación con la pancreatitis se ha convertido en una de las bases para su tratamiento eficaz, por lo que en los últimos años ha sido de mayor importancia indagar sobre el tema. El objetivo es proveer una nutrición óptima según los requerimientos y estado del paciente. En algunos ensayos recopilados se ha encontrado la relación entre la dieta utilizada en el paciente con pancreatitis y el tiempo de recuperación, así como la disminución de complicaciones posibles. También se ha determinado la indicación de nutrición parenteral en su mayoría solo para casos de íleo severo, además de ser comparada con la nutrición enteral, obteniendo mejores resultados esta última. A su vez se han utilizado otros elementos que han sido beneficiosos en el tratamiento nutricional de pacientes con pancreatitis, como la glutamina, el omega-3 y los probióticos.

ABSTRACT

Nutritional support in relation to pancreatitis has become one of the bases for its effective treatment for which in the last years it has been of great importance to inquire about the subject. It aims to provide optimal nutrition according to the requirements and condition of the patient. In some trials collected here, we have found the relationship between the diet used in the patient with pancreatitis and the time of recovery as well as the reduction of possible complications. It has been determined the parenteral nutrition indication mostly only for severe ileus case's, in addition to being compared with enteral nutrition and having better results. Other elements that have been beneficial in the patients with pancreatitis nutritional treatment's, such as glutamine, omega-3 and probiotics, have also been used.

^a Universidad del Noreste, México.

* Autor para correspondencia: gabriella.nsn@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

Se define como pancreatitis a la inflamación aguda, de inicio repentino de la glándula pancreática, situada delante de los grandes vasos prevertebrales y del riñón izquierdo, oculto por detrás del estómago, siendo éste un órgano doble, pues reúne una glándula exocrina digestiva que segrega el jugo pancreático y una glándula endocrina productora de hormonas como la insulina y el glucagón, esenciales para el metabolismo de la glucosa. Se caracteriza por la activación intrapancreática de enzimas digestivas, entre éstas el zimógeno, que genera la lesión de células acinares. Comprende la activación, quimioatracción y secuestro de neutrófilos en el páncreas, que origina una reacción inflamatoria intrapancreática de intensidad variable, debido a los efectos de las enzimas proteolíticas y de mediadores activados, liberados por el páncreas inflamado en órganos distantes.

Es una enfermedad frecuente, representa aproximadamente 2% de los ingresos a hospitales generales de México con una incidencia de 10 a 46 casos por 100 mil habitantes por año, en algunos países representa hasta el 30% de ingresos hospitalarios por año. Aunque no se tienen datos estadísticos completos, en 2001 fue la décima séptima causa de mortalidad con una prevalencia de 3%. La PA leve se presenta en 80% de los casos y la PA severa en el 20% restante. La mortalidad por PA leve es menor de 5-15%, y por PA severa es de hasta 25-30%.¹

La etiología de este padecimiento suele ser variado, las principales causas son: litiasis biliar, alcoholismo, pancreatitis de origen idiopático, algunas menos comunes como: dislipemia tipo I, IV, V, hipercalcemia, fármacos, infecciones por virus Coxsackie, Epstein Barr, Citomegalovirus, HIV, entre otros, de origen parasitario (*Ascaris lumbricoides*), alteraciones anatómicas como estenosis, páncreas dividido, úlcus perforado en páncreas, trauma abdominal, vasculitis, isquemia mesentérica, embarazo y síndrome de Reye o fibrosis quística en pacientes pediátricos. La edad no suele relacionarse como parte de la etiología, sin embargo, en algunos países se presenta con mayor frecuencia en personas de la tercera edad. Respecto al sexo se ha visto una incidencia mayor en hombres que en mujeres, pero puede variar dependiendo de la zona geográfica.

La pancreatitis suele categorizarse por su grado de severidad. Actualmente se considera que el punto principal para marcar la severidad en la pancreatitis es la presencia de falla orgánica persistente a 48 hrs. Sin embargo, se reconoce que hay un grupo de pacientes que puede presentar falla orgánica transitoria, menor de 48 hrs y con un buen pronóstico, además de otro grupo que presenta complicaciones locales como necrosis y que tienen una recuperación lenta y prolongada, pero que no suelen presentar síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SIRS).²

Debido a esto, se utilizan los múltiples scores para ayudar a determinar la gravedad del cuadro, siendo los más destacados y con mayor validez: APACHE II y BISAP.

Una vez que se conoce el grado de severidad se determina el tratamiento eficaz, el cual continúa siendo un manejo de soporte de las complicaciones y de espera a la resolución del proceso inflamatorio sistémico, acompañado de una dosis de antibióticos profilácticos, hidratación energética y apoyo nutricional. Siendo este último una de las bases importantes para la recuperación del paciente crítico.

Los pacientes con un cuadro leve casi siempre pueden iniciar la vía oral 4 a 5 días después del comienzo del cuadro agudo y los casos graves suelen permanecer por más de siete días en ayuno y son los que se benefician del apoyo nutricio enteral o parenteral, o de ambos.

A pesar de esto se han especulado diversas teorías controversiales sobre cuál es la mejor vía y el momento ideal para su inicio. El objetivo de esta revisión bibliográfica es determinar la cantidad de requerimientos nutricios que necesita con base en el estado del paciente, el punto de inicio y el tipo de elección de la terapia nutricional, así como si es o no factible la indicación en pacientes considerados en estadio leve de la enfermedad, además de puntualizar los beneficios y contraindicaciones de algunos suplementos utilizados actualmente como coadyuvantes en el manejo del estado nutricional del paciente con pancreatitis.

La pancreatitis aguda es un estado hipercatabólico que produce pérdida rápida de peso con base en el tejido adiposo y proteínas. Esta reacción metabólica, junto con la anorexia que produce la enfermedad, genera, secundariamente a la desnutrición, un claro aumento de la morbimortalidad, ya que se relaciona con la aparición de múltiples complicaciones. El apoyo nutricional es parte fundamental del tratamiento y tiene como objetivo proveer una nutrición óptima con la mínima estimulación posible del páncreas exocrino.³

El tipo de apoyo nutricional debe ser con base en los requerimientos del paciente y de la fase que se encuentre cursando. En términos generales en un episodio de pancreatitis, el páncreas necesita reposo, por lo que se retira la alimentación vía oral y se administran líquidos vía endovenosa.

Pacientes con pancreatitis leve a moderada

El paciente con pancreatitis leve suele encontrarse sin síntomas gástricos 4 a 5 días después de iniciado el cuadro; en estos casos puede iniciarse una dieta de líquidos claros alrededor del quinto día manteniéndolo en vigilancia constante, si resulta tolerante a ésta, continúa asintomático y con peristalsis adecuada, el contenido de la dieta puede modificarse, es decir, hacerse más compleja

hasta alcanzar una dieta de fácil digestión, con disminución de grasas y aumento de carbohidratos (tabla 1).

Tabla 1. Tratamiento nutricional en pancreatitis de severidad leve a moderada

Etapa 1	Ayuno
Etapa 2	Dieta de líquidos claros
Etapa 3	Dieta baja en grasas y alta en carbohidratos

Fuente: García Almansa A, García Peris P. Tratamiento nutricional de los enfermos con pancreatitis aguda: cuando el pasado es presente. Nutr. Hosp. 2008; 23(Suppl 2): 52.

Empero, cuando se comparó la evolución de los pacientes con pancreatitis aguda leve, que recibieron una dieta con líquidos claros vs. una dieta sólida baja en grasa desde el primer día de realimentación, se encontró que no hubo diferencia en el tiempo de hospitalización de ambos grupos, el dar dieta sólida era un método seguro de realimentación y con mayor número de calorías.⁴ En un meta-análisis que incluyó a los tres estudios randomizados sobre este tema y que incluyó 362 pacientes, en donde se incluyó dieta sólida, dieta blanda y dieta líquida, se concluyó que las dietas no líquidas (sólidas y blandas) lograron un tiempo de hospitalización menor de aproximadamente 1 día, pero no influyeron en la recurrencia del dolor.⁵ Con base en estos resultados, se podría considerar que la realimentación en pancreatitis aguda leve se puede hacer con dietas sólidas bajas en grasa de manera segura y efectiva desde el primer día de realimentación, una vez que se resolvió el íleo y el paciente no presente síntomas gástricos.

La nutrición parenteral o enteral no está indicada en este tipo de pacientes, ya que el ayuno recomendado es por tiempo limitado y se reinicia pronto la ingesta vía oral. Sin embargo, podría ser motivo de indicación el que se estime que tendrá una evolución a severidad o enfermedad prolongada o que la vía oral no sea tolerada una vez transcurrido el promedio de días de reanudación de la misma y habiéndose intentado el fraccionamiento de la ingesta (que el paciente realice de 5 a 6 comidas en lugar de tres al día). Otro factor importante de probable indicación de nutrición parenteral es que el paciente presente desnutrición al ingreso, en este caso se deberá realizar una evaluación nutricional profunda.

Pacientes con pancreatitis severa

Muestran un pronóstico muy desfavorable, ya que presentan cambios hiperdinámicos (incremento del gasto cardíaco, disminución de las resistencias vasculares sistémicas, mayor consumo de oxígeno secundario al estrés inflamatorio y al dolor). Estos cambios determinan que el

gasto energético y el catabolismo proteínico aumenten de manera significativa, lo que da lugar a un balance negativo de nitrógeno.¹

También se presentan alteraciones en el metabolismo de los carbohidratos, debido al incremento en la secreción de cortisol y catecolaminas a causa tanto del estado de estrés metabólico como de la disfunción de las células beta y la resistencia a la insulina. Además, el secuestro de líquidos observado en estos casos produce vasoconstricción del lecho vascular esplácnico, isquemia y necrosis pancreática, así como daño a la mucosa intestinal.

El ayuno por más de siete días debe evitarse porque además de favorecer la desnutrición incrementa la probabilidad de desarrollo de infecciones y complicaciones sistémicas secundarias a translocación bacteriana intestinal, lo cual empeora el pronóstico general para el paciente que ya se encuentra en estado crítico. El apoyo nutricional temprano, cuando la dieta se administra por vía enteral, ha demostrado mejorar el pronóstico al disminuir la aparición de la mayoría de estas complicaciones.⁶

Las *Guías de la European Society of Parenteral and Enteral Nutrition on Pancreas* se revisaron en 2006 y recomiendan que en la pancreatitis aguda grave la nutrición enteral es el principal escalón del tratamiento y debería ser suplementada con nutrición parenteral sólo si es necesario. No hay contraindicaciones específicas para la nutrición enteral y puede realizarse exitosamente en la pancreatitis aguda grave con complicaciones como fistulas, ascitis o pseudoquistes.

Acerca de la seguridad de la administración enteral de nutrientes, algunos trabajos demuestran que el uso de la vía enteral distal al duodeno genera un estímulo semejante al de la NPT, el cual es mínimo en cuanto a la secreción enzimática se refiere; investigaciones como las de Bodoky y col. y Pisters y col. concluyen que la administración de nutrientes en el yeyuno, mediante la NE, no incrementa el volumen exocrino del páncreas, ni el bicarbonato, comparado con controles. Dar nutrición mediante sonda a yeyuno sin estimular el páncreas es favorable para el paciente, ya que lo que se busca es básicamente dejar el páncreas en reposo, mientras el organismo logra la homeostasis para equilibrar todas sus funciones.

La nutrición parenteral no tiene un impacto positivo en el curso de la pancreatitis. Su rol se reserva a los casos con íleo severo solo cuando la nutrición enteral está limitada en su administración. Además, estudios recientes han demostrado que la nutrición enteral provoca menos hiperglucemias que la nutrición parenteral.

La nutrición enteral tiene varias ventajas sobre la nutrición parenteral:

- Previene complicaciones sépticas.

- Evita las complicaciones más comunes de la nutrición parenteral (sepsis por catéter, neumotórax, trombosis).
- Tiene menor costo que la nutrición parenteral.

Estos factores hacen de la nutrición enteral una modalidad terapéutica ampliamente aceptable. No obstante, no se utiliza todo lo que se debería. Así lo demuestra un estudio canadiense en el cual sólo el 13% de las terapias intensivas utilizan nutrición enteral en la pancreatitis.

La fórmula a infundir estimula al páncreas con distintas intensidades de acuerdo con la composición y estructura de los nutrimentos que contenga. De los tres macronutrientes, los lípidos inducen una mayor estimulación pancreática, mientras que los hidratos de carbono tienen el menor efecto estimulante; entre los lípidos, los ácidos grasos de cadena larga producen una mayor estimulación pancreática que los de cadena media.

Las proteínas intactas producen un mayor efecto estimulante que los aminoácidos libres. Finalmente, las fórmulas de mayor osmolaridad ejercen un mayor efecto secretor pancreático que las de menor osmolaridad.

Las fórmulas poliméricas o estándar contienen proteínas intactas; las fórmulas peptídicas o elementales son aquellas en que las proteínas se han hidrolizado y por tanto se presentan como péptidos o aminoácidos libres respectivamente. Ambas suelen ser fáciles de adquirir, ya que existe una gran variedad en el mercado (tabla 2).

Las fórmulas hidrolizadas contienen pequeñas cantidades de lípidos, que en su mayoría se presentan como triglicéridos de cadena media, que la mucosa intestinal puede absorber de manera directa hacia la circulación portal sin necesidad de lipasa ni de sales biliares.

El paciente con pancreatitis presenta una función digestiva limitada y la estimulación pancreática debe evitarse mediante la administración de los nutrimentos en el yeyuno, por esto se recomiendan las fórmulas hidrolizadas sobre las poliméricas, pues las primeras inducen una menor secreción pancreática y disminuyen el riesgo de agudización del cuadro o de inducción de dolor tras la infusión nutricia.

Además, la digestión y absorción de una fórmula hidrolizada son mejores que las de una polimérica porque la primera no requiere enzimas pancreáticas.

Sin embargo, si se considera la disponibilidad de fórmulas en cada sitio, así como los costos (las fórmulas hidrolizadas son más costosas), puede intentarse iniciar con una fórmula polimérica y si no se tolera, cambiarse a una fórmula peptídica o elemental.¹

Tabla 2. Fórmulas enterales comerciales de acuerdo con su composición

Elementales y semielementales	Poliméricas
Alitraq	Ensure
Vivonex	Nutre-T
Crucial	EntereX
Peptamen	Boost (Sustacal)
Deilem	
L-Emental	

Fuente: Kale-Pradhan PB, Elnabity MH, Park NJ, et al. Enteral nutrition in patients with pancreatitis. *Pharmacother.* 1999; 19: 1036-1041.

La NE se puede administrar a través de sonda nasoyeyunal o sonda nasogástrica. Sin embargo, es importante resaltar que en algunas ocasiones no se logra iniciar la NE de manera rápida debido a intolerancia a la fórmula o algún grado de íleo. Esto obliga a usar inicialmente nutrición mixta (NE más NPT), para mantener los requerimientos nutricionales en las etapas críticas de la enfermedad.

La administración de nutrimentos por sonda nasogástrica es un método mencionado en muy pocos trabajos en la literatura, por lo tanto ahora no es aceptado como el método ideal de iniciar nutrición enteral en pancreatitis aguda grave.

Aunque el trabajo de Kalfarentzos y col. se realizó en 1997 ha sido uno de los mejores aportes sobre el uso y los beneficios de la nutrición enteral sobre la nutrición parenteral en pacientes con pancreatitis aguda grave. Estos autores incluyeron 38 pacientes en quienes la gravedad de la pancreatitis se definió por los criterios de IMRIE, APACHE II, Balthazar y valores de PCR. Los individuos que recibieron nutrición enteral presentaron menor número de complicaciones sépticas y de complicaciones generales, no hubo diferencias significativas en el requerimiento de antibióticos ni en la duración de la estancia hospitalaria. Nuevamente se confirmó la diferencia en los costos de la nutrición enteral y la nutrición parenteral.⁷

Requerimiento energético

Una buena terapia nutricional comienza por el cálculo energético determinando la cantidad total de kilocalorías diarias que cada paciente necesita de acuerdo su peso, género, actividad física y gravedad.

Aunque la calorimetría indirecta es el método de elección, es común que no se cuente con ella, por lo que existen otras alternativas para estimar los requerimientos energéticos como la ecuación de Harris-Benedict o el requerimiento energético por “regla del pulgar” (25 a 35 Kcal/kg/día según las condiciones particulares del paciente).¹

La ingesta respecto a macronutrientes regularmente se distribuye en:

- 1 a 1.5 g/kg de proteína al día.
- Relación energía-nitrógeno: 100 a 150 aproximadamente.
- Carbohidratos: menos del 50% del valor energético total o un aporte de 3 a 6 g/kg/día (con vigilancia continua de valores plasmáticos de glucosa).
- Lípidos: hasta el 30% del valor energético (cuidando estrechamente que los triglicéridos plasmáticos no sobrepasen nunca los 400 mg/dl).
- Vigilar niveles de calcio, tiamina y folato, dadas las deficiencias que pueden presentarse.⁸

Pancreatitis y probióticos

El uso de probióticos adicionados a la nutrición enteral es otra alternativa, pero no muy promisorio. Los probióticos son microorganismos vivos que confieren un beneficio en el huésped, manteniendo el balance natural de la flora intestinal y antagonizando bacterias patógenas. Los probióticos más utilizados son: lactobacillus y bifidobacterias.

Las bacterias productoras de ácido láctico han mostrado tener propiedades inmunomoduladoras, bacteriostáticas y bactericidas. Los resultados iniciales con respecto a la aplicación clínica de los probióticos fueron promisorios, pero extremadamente conflictivos.⁹ Si bien han demostrado que la nutrición enteral adicionada con probióticos podría reducir la incidencia de complicaciones sépticas, un estudio recientemente publicado mostró que en pacientes con pancreatitis aguda grave el uso de probióticos no redujo el riesgo de complicaciones infecciosas y se asoció con un incremento en el riesgo de mortalidad, por lo que sus autores sugieren que el uso de probióticos no debería administrarse en estos pacientes.

En un estudio la suplementación con prebióticos se asoció a un menor tiempo de estancia hospitalaria, normalización de la proteína C reactiva (como marcador de inflamación) y valores normales o bajos en el puntaje APACHE al poco tiempo. En cuanto al uso de probióticos, los resultados hasta ahora son desalentadores. Un ensayo clínico controlado multicéntrico mostró que no disminuyen la incidencia de infecciones y se relacionan con tasas de mortalidad más altas.

En la actualidad, no existe evidencia aceptable para recomendar el uso rutinario de prebióticos o probióticos, por lo que su administración debe considerarse experimental.¹

El papel de la glutamina en pancreatitis

Se cree que la nutrición parenteral suplementada con glutamina puede reducir la mortalidad y la aparición de complicaciones, acortar la duración de la estancia y mejorar el estado nutricional de los pacientes con pancreatitis aguda grave.

Los efectos de este aminoácido no esencial en relación con la pancreatitis aguda están basados en múltiples ensayos, uno de los más recientes es el realizado en el periodo de julio de 2013 a junio de 2014, en el cual 47 pacientes con pancreatitis aguda severa fueron admitidos en el hospital Huaihe, se dividieron aleatoriamente en dos grupos terapéuticos. La mayoría de los pacientes eran de sexo masculino en ambos grupos (62,5% en el grupo 1 y el 60,9% en el grupo 2) y la edad media fue similar (39.13 ± 4,46 años en el grupo 1 y 40 ± 3,96 años en el grupo 2). El principal factor causante también fue similar en ambos grupos, es decir, piedras en la vesícula. Los pacientes en el grupo 1 (24 pacientes en total) y el grupo 2 (23 pacientes en total) fueron tratados con nutrición parenteral suplementada con glutamina y nutrición parenteral total estándar, respectivamente. Los pacientes fueron evaluados para los parámetros nutricionales, la prevalencia de complicaciones, mortalidad, duración de la estancia hospitalaria y la duración de la nutrición parenteral.

Los resultados respecto a la prevalencia de complicaciones en el grupo 2 fue mayor (47,85%) que aquellos en el grupo 1 (25%). La tasa de mortalidad de los grupos 1 y 2 fueron 4,2% (1/24) y el 17,4% (4/23), respectivamente. La duración de la estancia hospitalaria en el grupo 2 (23,08 ± 2,02 días) era más largo que los del grupo 1 (20,33 ± 2,40 días). La longitud de la nutrición parenteral total también ya estaba en el grupo 2 (16,47 ± 2,72 días) que los del grupo 1 (10,56 ± 2,21 días). La glutamina también se asoció con un aumento significativo en el nivel de albúmina de suero.¹⁰

Omega-3 en pacientes con pancreatitis

Un meta-análisis seleccionó finalmente datos de ocho estudios aleatorizados y controlados con placebo, y concluyó que el tratamiento con ácidos grasos omega-3 conducía a una reducción significativa del riesgo de muerte, complicaciones infecciosas y duración de la estancia hospitalaria.

En un posterior análisis, únicamente los pacientes que recibieron ácidos grasos omega-3 vía parenteral alcanzaron significación estadística en las diferencias.

Tras evidenciarse que la administración de ácidos grasos omega-3 puede ser beneficiosa en la reducción de la mortalidad, complicaciones infecciosas y duración del ingreso hospitalario en pancreatitis aguda, debería compararse la eficacia del tratamiento enteral o parenteral con estos ácidos grasos, para optimizar su administración.¹¹

DISCUSIÓN

El tratamiento nutricional es elemental en el manejo del paciente crítico con pancreatitis, ya que mejora significativamente el pronóstico de vida, disminuyendo las complicaciones y la tasa de morbilidad. Este debe ser indicado de acuerdo con las condiciones del paciente y en etapas tempranas de la enfermedad.

Los múltiples estudios que se han realizado han incrementado la confiabilidad de la eficacia que poseen algunos coadyuvantes en la terapia nutricional como la glutamina, Omega-3 y los tipos de fórmulas utilizadas en la nutrición enteral.

Financiación:

No se recibió ningún patrocinio para llevar a cabo este artículo.

Conflicto de intereses:

La autora declara no tener conflicto de intereses.

REFERENCIAS

1. González González J, Castañeda Sepúlveda R, Martínez Vázquez M, et al. Características de la pancreatitis aguda en México. *Rev Gastroenterol Mex*. 2012; 77 (4): 73-167.
2. Banks A, Bollen L, Dervenis C. Acute Pancreatitis Classification Working Group. Classification of acute pancreatitis 2012: Revision of the Atlanta classification and definitions by international consensus. *Gut*. 2013; 62(1):102-111.
3. Gutiérrez Salmeán G, Peláez Luna M. Terapia nutricional en el paciente con pancreatitis aguda: guía práctica para el inicio del apoyo nutricio entera. *Rev Gastroenterol Mex*. 2010; 75 (1): 67-76.
4. Jacobson BC, Vander Vliet M, Hughes M, et al. Prospective, randomized trial of clear liquids versus low-fat solid diet as the initial meal in mild acute pancreatitis. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2007; 5(8):946-51.
5. Meng WB, Li X, Li YM, et al. Three initial diets for management of mild acute pancreatitis: a meta-analysis. *World J Gastroenterol*. 2011; 17(37):4235-41.
6. Meier R, Ockenga J, Pertkiewicz M. ESPEN guidelines on enteral nutrition: pancreas. *Clin Nutr*. 2006; 25: 275-84.
7. Kalfarentzos F, Kehagias J, Mead N, Kokkinis K. Enteral nutrition is superior to parenteral nutrition in severe acute pancreatitis: results of a randomized prospective trial. *Br J Surg*. 1997; 84:1665-1669.
8. García A, García P. Tratamiento nutricional de los enfermos con pancreatitis aguda: cuando el pasado es presente. *Nutr Hosp*. 2008; 23: 52-8.
9. Garnacho Montero J, García de Lorenzo y Mateos A. Ordóñez FJ. Soporte nutricional en la pancreatitis aguda. *Nutr Hosp*. 2005; 20 (Supl 2): 25-27.
10. Xin Liu, Xin Fang. The role of glutamine supplemented total parenteral nutrition (TPN) in severe acute pancreatitis. *EurRevMedPharmacSci*. 2016; 20: 4176-4180.
11. Qiu Cheng Lei, Xin Ying Wang, Xian Feng Xia. The Role of Omega-3 Fatty Acids in Acute Pancreatitis: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Nutrients*. 2015; 7: 2261-2273.