



Mi Universidad

Nombre del Alumno: Karla Mariana Ortiz Domínguez.

Nombre del tema: Súper Nota.

Nombre de la Materia: Fisiopatología I.

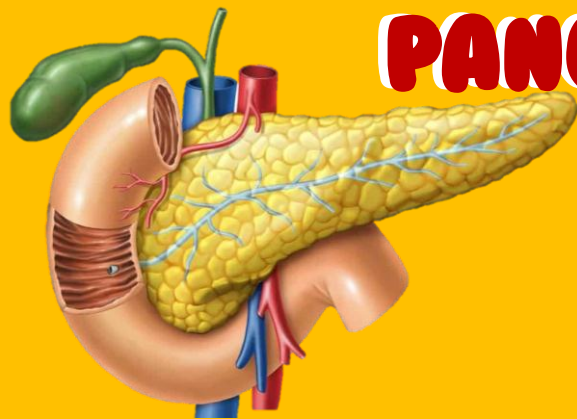
Nombre del profesor: Felipe Antonio Morales Hernández.

Nombre de la Licenciatura: Enfermería.

Cuatrimestre: 4to.

Comitán de Domínguez a 14 de Noviembre del 2022.

PANCREATITIS AGUDA



La pancreatitis es la inflamación del páncreas. El páncreas es una glándula larga y plana que se ubica detrás del estómago, en la parte superior del abdomen. El páncreas produce enzimas que colaboran con la digestión y hormonas que ayudan a regular la manera en que el cuerpo procesa el azúcar (glucosa).

Síntomas:

- Dolor en la parte alta del abdomen
- Dolor abdominal que se irradia hacia la espalda
- Sensibilidad al tocar el abdomen
- Fiebre
- Pulso acelerado
- Náuseas
- Vómitos



ETIOLOGÍA:

Hasta la fecha, el alcohol y la coleditiasis siguen siendo las etiologías de mayor prevalencia. Estudios que datan hasta 10 años atrás, reportan incidencias de 40-50% para pancreatitis biliar y alrededor del 20% para pancreatitis alcohólica.

FISIOPATOLOGÍA

-Pancreatitis biliar

En la presencia de coleditiasis, la contracción normal de la vesícula estimulada por la colecistoquinina para favorecer el metabolismo de las grasas y proteínas a nivel intestinal puede ocasionar que los litos se expulsen por el conducto biliar junto con la bilis.

- Pancreatitis alcohólica

Algunas de estas sugieren que la presencia de alcohol en la circulación sanguínea desencadena espasmos en el esfínter de Oddi, produciendo un reflujo de bilis hacia los conductos pancreáticos, llevando a activación enzimática, digestión del tejido pancreático e inflamación. Además, el alcohol y sus metabolitos tienen un efecto tóxico directo sobre las células acinares del páncreas y en la activación de las enzimas pancreáticas.

-Pancreatitis por hipertrigliceridemia

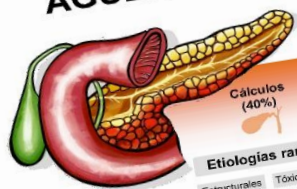
La hipertrigliceridemia es una causa poco común, pero bien establecida de pancreatitis aguda. Ocurre en un 5-10% de pacientes dislipidémicos con niveles de triglicéridos superiores a 1000-2000 mg/dl respectivamente.

TRATAMIENTO

El tratamiento de la pancreatitis aguda va a depender de la severidad de la enfermedad y de la presencia o no de complicaciones. El manejo inicial consiste en varias medidas y se debe individualizar cada caso para determinar el mantenimiento de fluidos, el uso o no de antibióticos, el manejo del dolor, la nutrición, entre otros factores.

La pancreatitis aguda es una condición bastante común en el servicio de emergencias, con una presentación clínica que varía desde dolor abdominal y vómitos hasta shock séptico y falla multiorgánica. Ante la sospecha de un paciente con pancreatitis aguda, es importante realizar una adecuada historia clínica y apoyarse en estudios de laboratorio e imágenes para hacer el diagnóstico definitivo. Se debe individualizar cada caso y el manejo dependerá de la presentación clínica del paciente y de la presencia o ausencia de complicaciones. Si el paciente presenta una pancreatitis complicada, en la cual se requiere intervención quirúrgica, se debe iniciar con abordajes mínimamente invasivos, como el drenaje percutáneo, e ir escalonando a métodos más invasivos sólo si es necesario. En pacientes de trauma es importante tener presente la lesión pancreática, ya que, aunque no es de los órganos que más comúnmente se lesionan en trauma abdominal, puede presentar importante morbi-mortalidad.

PANCREATITIS AGUDA



Necesita ≥ 2 o 3

Criterios diagnósticos

1. Dolor en abdomen superior
2. Lipasa sérica $>3x$ límite superior normal
3. Tomografía (TC) positiva

Etiologías comunes

Calculos (40%)	Etanol (35%)	Idiopático (10%)	Triglicéridos (10%)	
Etiologías raras	Tóxicas/metabólicas	Infecciosas	Autoinmunes	Vasculares
<ul style="list-style-type: none">• Trauma• CPRE*• Páncreas anular• Divertim• Tumor	<ul style="list-style-type: none">• Metanol• Tuberculosis• Escorpionismo• "Cu"• Medicación (ej. azatioprina)	<ul style="list-style-type: none">• Virus hepatitis B/A• Parotitis (Papera)• Sarampión• Leptospiriosis• Ascariasis• Clonorchiasis	<ul style="list-style-type: none">• IgG4	<ul style="list-style-type: none">• Isquemia• Vasculitis

*CPRE: Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica

COLANGITIS BILIAR PRIMARIA



Antes llamada cirrosis biliar primaria, es una enfermedad crónica en la que los conductos biliares del hígado se destruyen lentamente.

La bilis es un líquido que se produce en el hígado. Ayuda a la digestión y a la absorción de ciertas vitaminas. También ayuda al organismo a eliminar el colesterol, las toxinas y los glóbulos rojos desgastados. La inflamación crónica del hígado puede provocar daños en los conductos biliares, la cicatrización irreversible del tejido hepático (cirrosis) y, finalmente, la insuficiencia hepática.

Enfermedad asociada a colangitis biliar primaria %

- Síndrome de Sjögren 72-100
- Acidosis tubular renal 50-60
- Artritis 4-42
- Colelitiasis 33
- Tiroiditis autoinmune 15-20
- Esclerosis sistémica 15-19
- Enfermedades cutáneas 11
- Enfermedad celíaca 1-7
- Hepatocarcinoma 1-3

La CBP se caracteriza por ser una enfermedad inflamatoria crónica y progresiva, la cual bioquímicamente se manifiesta con síndrome colestásico crónico no obstructivo, y al ser de carácter inmunitario se acompaña de la presencia serológica de AAM y AAN, por lo que el reconocimiento y diagnóstico temprano de la enfermedad son fundamentales en el pronóstico de la enfermedad, el tratamiento con AUCD tiene como objetivo evitar el desarrollo de cirrosis biliar y sus complicaciones, lo cual impacta en mortalidad y supervivencia libre de trasplante hepático.

Síntoma o signo de colangitis biliar primaria %

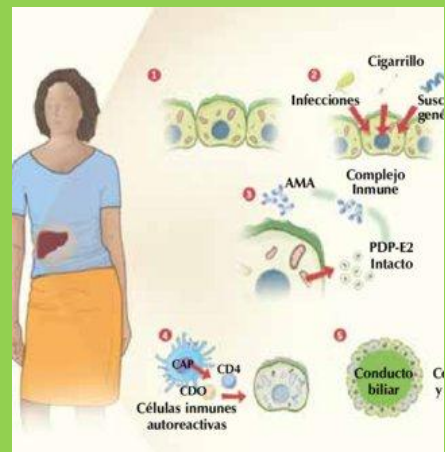
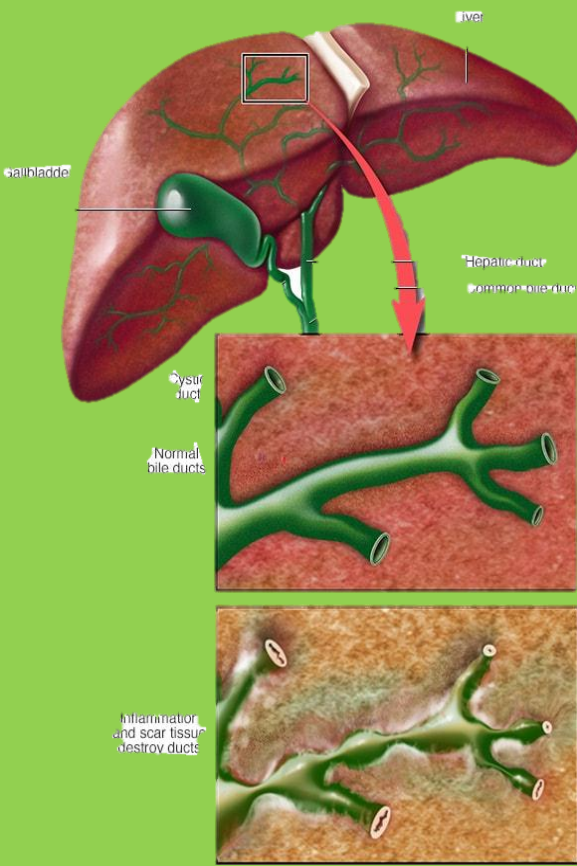
- Fatiga 21-85
- Prurito 19-55
- Hiperpigmentación 25
- Hepatomegalia 25
- Esplenomegalia 15
- Xantelasma 10
- Ictericia 3-10

Diagnóstico

La CBP suele ser diagnosticada en etapas avanzadas. En la actualidad, gracias a la sospecha clínica y a la combinación de pruebas bioquímicas que indican colestasis y marcadores serológicos específicos como los AAM, con una sensibilidad y especificidad > 95%, es cada vez más frecuente el diagnóstico temprano.

Tratamiento farmacológico

Múltiples estudios han validado la eficacia del ácido ursodesoxicólico, este ácido constituye normalmente 4% de los ácidos biliares, con el tratamiento se convierte en el ácido biliar predominante. Las guías europeas, británicas y americanas recomiendan su uso como fármaco de primera línea. A dosis de 13 a 15 mg/kg/día, el cual puede ser administrado como dosis única o fraccionada si no es bien tolerado. Los pacientes que tienen respuesta bioquímica con el AUCD tienen una progresión más lenta de la enfermedad que los sujetos en el grupo de control. Por lo que se recomienda que si el tratamiento se tolera se debe mantener de por vida.



Bibliografía:

Antología UDS (2022), Antología de Fisiopatología I, recuperado el 12 de Noviembre del 2022.