



Mi Universidad

Súper Nota.

Nombre del Alumno: Michell Guillen Soto.

Nombre del tema: Páncreas.

Parcial: 2.

Nombre de la Materia: fisiopatología.

Nombre del profesor: Felipe Antonio Morales Hernández.

Nombre de la Licenciatura: enfermería.

Cuatrimestre: Cuarto 4.

Páncreas

✓ Introducción

El páncreas es un órgano abdominal con una gran cantidad de funciones, secreta varias enzimas digestivas y hormonas vitales.

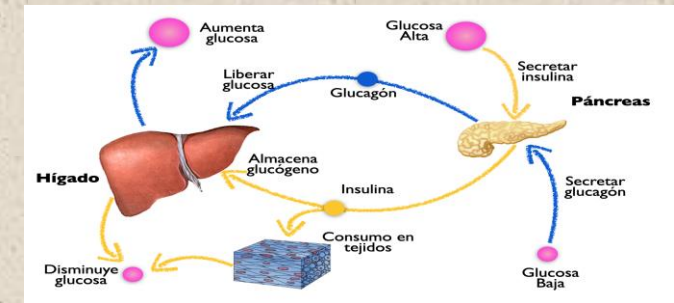
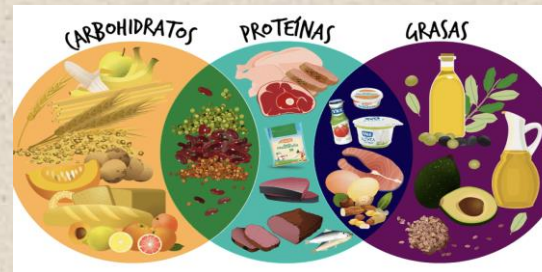


El páncreas endocrino se encarga de producir enzimas digestivas incluyendo **lipasa**, **proteinasas** y **amilasas**, encargadas del **metabolismo** de grasas, proteínas y carbohidratos para su absorción.



Contiene diferentes tipos de células las cuales se encargan de secretar una hormona

- Alfa-Glucagón.
- Beta-Insulina.
- Delta-Somastostatina.
- P-Peptidopolipacreatico.
- Epsilon-Grelina.



✓ incidencia

Es una coordinación común, con una incidencia de 20-80 casos por cada 100,000 personas.

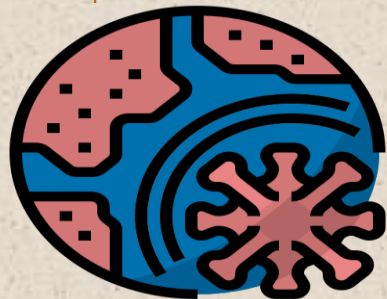


Pancreatitis aguda



✓ Factores de riesgo

- Fumar.
- Consumir alcohol.
- Condiciones intestinales.
- Enfermedad renal.
- Edad avanzada.



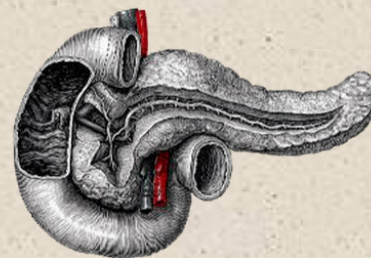
Proceso inflamatorio del páncreas.

Se asocia con alteraciones sistemáticas y metabólicas debido a la liberación de enzimas hidrolíticas, toxinas y citoquinas.

✓ Etiología

La coleditiasis es la etiología más común de pancreatitis aguda contabilizando más de 50% de todos los casos de pancreatitis.

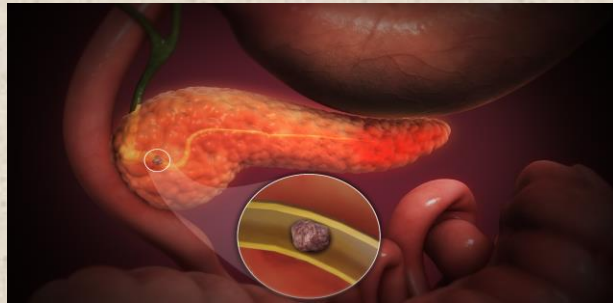
Muestran una tendencia al aumento de pancreatitis esto también debido al consumo de alcohol.



Fisiopatología

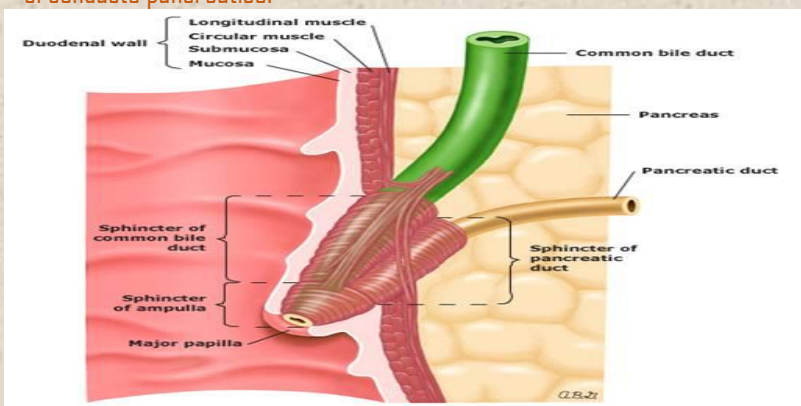
✓ Pancreatitis biliar

En la presencia de colelitiasis, 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.



Los litos también se pueden impactar en el esfínter de Oddi, produciendo un espasmo de este, llevando a reflujo de contenidos duodenales hacia el conducto pancreático.

Si el lito se impacta en el conducto biliar común, puede haber reflujo de bilis hacia el conducto pancreático.



✓ Pancreatitis alcohólica

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.

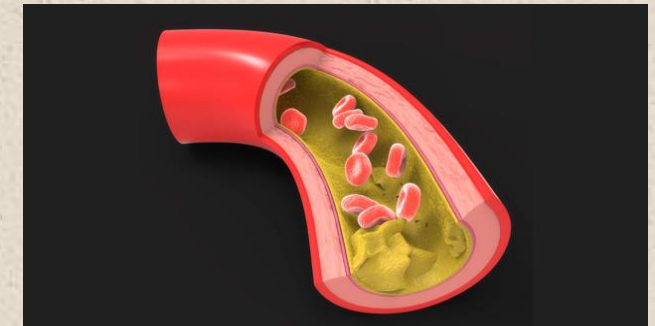


El alcohol aumenta la precipitación de secreciones pancreáticas y la formación de **tapones de proteínas** dentro de los conductos pancreáticos, además ocasiona un aumento en la viscosidad de las secreciones pancreáticas.

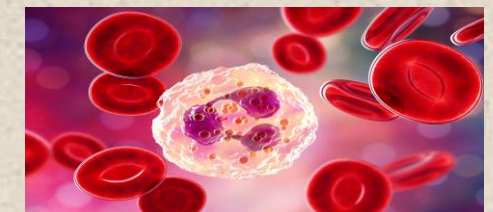


✓ Pancreatitis por hipertrigliceridemia

La segunda teoría presenta que los niveles elevados de quilomicrones aumentan la viscosidad del plasma. Un plasma hiper viscoso conlleva a un taponamiento capilar e isquemia, lo que intensifica la acidosis que eventualmente desencadena pancreatitis.



Los **neutrófilos** juegan un papel muy importante en la fisiopatología de la pancreatitis ya que aparentemente son las primeras células en presentarse al sitio de lesión y contribuyen a la activación del tripsinogeno y a la progresión de la enfermedad.



Presentación clínica

La presentación típica es un dolor abdominal severo y constante, usualmente de inicio súbito al cual puede irradiar hacia la espalda.

En el 80% de los casos, asocian vómitos.



Diagnóstico

✓ Laboratorio

La elevación de la amilasa y/o lipasa sérica debe ser mínimo 3 veces el límite superior de los valores normales.

La lipasa es el indicador óptimo para el diagnóstico de pancreatitis y es más específico que la amilasa.



✓ Imágenes

El TAC con medio de contraste es el estudio de elección para confirmar el diagnóstico de pancreatitis aguda.

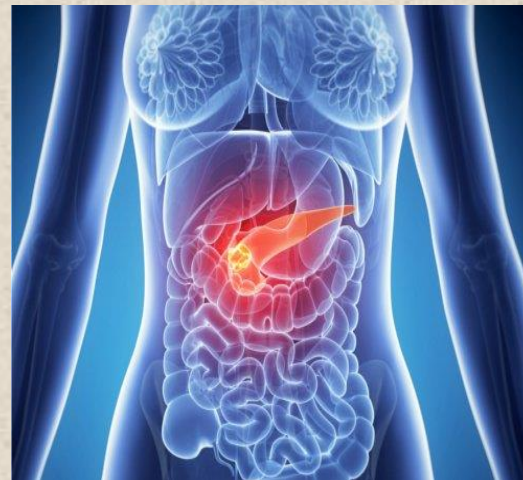
Además, este estudio también tiene un papel importante en la valoración de la severidad de la enfermedad.



Clasificación y severidad

✓ Pancreatitis edematosa intersticial

La mayoría de los pacientes con pancreatitis aguda tendrán un engrosamiento localizado o difuso del páncreas. En la TAC usualmente se observa una inflamación homogénea del páncreas y leve lesión al tejido pancreático.



✓ Pancreatitis necrotizante

Se entiende falla orgánica como:

- **Respiratoria:** presión arterial de oxígeno/fracción inspirada de oxígeno >300.
- **Circulatoria:** PAS <90 mmHg sin respuesta a líquidos.
- **Renal:** Concentración plasmática de creatinina >170umol/L.

Tabla 1. Clasificación de Pancreatitis Aguda de Atlanta 2012.

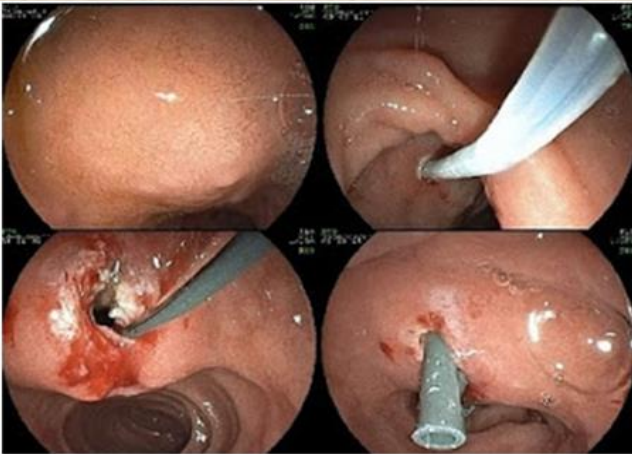
PA Moderada
<ul style="list-style-type: none"> • SIN falla orgánica • SIN complicaciones locales/sistémicas
PA Moderadamente severa
<ul style="list-style-type: none"> • Falla orgánica que resuelve < 48 hs y/o • Complicaciones locales/sistémicas SIN falla orgánica persistente
PA Severa
<ul style="list-style-type: none"> • Falla orgánica persistente (> 48 hs)

Complicaciones

✓ Pseudoquistes pancreáticos

Aproximadamente el 50% de los pseudoquistes resuelven espontáneamente y son asintomáticos.

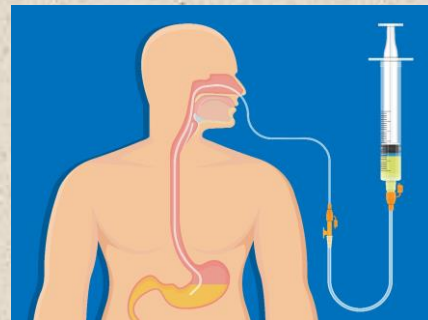
Los pseudoquistes deben ser tratados con **drenaje endoscópico** cuando son sintomáticos, miden más de 5 cm o aumentan su tamaño y si persisten durante más de 6 semanas



Nutrición

Se recomendaba que los pacientes con pancreatitis aguda permanecieran nada vía oral para disminuir la estimulación de secreción exocrina del páncreas.

Concluyo que el uso de **nutrición enteral** presenta beneficios sobre la nutrición parenteral en todos los tipos de pancreatitis aguda.



Tratamiento

✓ Administración de líquidos intravenosos

Las guías de la Asociación Internacional de Pancreatología recomienda el uso de **lactato de Ringer** para estos pacientes.

En general, **2.5-4 litros en 24 horas** son suficientes para la mayoría de los pacientes.



✓ Tratamiento Antibiótico

En casos con necrosis pancreática que abarque más del 50% de la glándula, se puede considerar una profilaxis antibiótica según cada caso, debido al alto riesgo de infección. Una profilaxis basada en **carbapenemicos** tienden a ser eficaz.



✓ Analgesia

Una **combinación de opioides, AINES y paracetamol** puede ayudar a maximizar al alivio del dolor.

Proporcionar una analgesia efectiva en la pancreatitis aguda es indispensable y puede requerir el uso de opioides.



Conclusión:

La pancreatitis aguda es una condición médica grave que requiere atención inmediata y tratamiento adecuado, la pancreatitis aguda se caracteriza por la inflamación súbita del páncreas, que puede ser desencadenada por una variedad de factores incluyendo cálculos biliares, consumo excesivo de alcohol, trauma abdominal, infecciones, etc.

El diagnóstico se realiza a través de la combinación de la historia clínica, el examen físico, pruebas de laboratorio y estudios de imagen. El tratamiento inicial implica el control del dolor, el ayuno y la hidratación intravenosa, junto con el tratamiento de cualquier complicación que pueda seguir, como la insuficiencia orgánica.