



Mi Universidad

Super Nota

Nombre del Alumno: Yeyry Arlen Ramirez Roblero

Nombre del tema: Pancreatitis

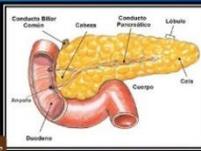
Parcial: segundo parcial

Nombre de la Materia: Fisiopatología

Nombre del profesor: Felipe Antonio Morales Hernández

Nombre de la Licenciatura: Licenciatura en Enfermería

Cuatrimestre: 4° to cuatrimestre, Grupo B



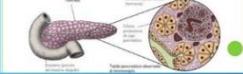
Pancreatitis

El páncreas es un órgano abdominal con muchas funciones

PÁNCREAS EXOCRINO

Segrega enzimas digestivas que pasan al intestino delgado.

Las enzimas pancreáticas ayudan en la ruptura de **carbohidratos** (amilasas), **lipidos** (lipasas), **proteínas** (proteasas) y **ácidos nucleicos** (nucleasas) en el quimo.



PÁNCREAS ENDÓCRINO

Islotes de Langerhans:

- Células α → Glucagón
- Células β → Insulina
- Células δ → Somatostatina
- Células PP → Péptido pancreático
- Células G → Gastrina

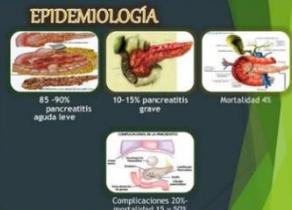


Realiza funciones endocrinas y exocrinas

La pancreatitis aguda es un proceso inflamatorio súbito del páncreas, y es uno de los trastornos gastrointestinales más comunes.

asociada con alteraciones sistémicas y metabólicas debido a la liberación de enzimas hidrolíticas, toxinas y citoquinas.

EPIDEMIOLOGÍA



Infecciones adquiridas en el hospital

principales causas de mortalidad

- Edad avanzada
- Diabetes mellitus
- falla orgánica

incidencia

20-80 casos por cada 100,000 personas

La pancreatitis aguda ha aumentado los últimos 10 años.

- Pacientes de 40-60 años: 10-40 casos por cada 100,000 habitantes.
- Hospitalizaciones por pancreatitis aguda 13.3%.

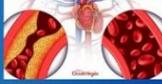
Factores de riesgo

- Fumar
- Consumo de alcohol
- Colelitiasis
- Enfermedad Renal
- condiciones intestinales
- Edad y sexo masculino

Etiología

- Litiasis biliar (50%)
- Alcoholismo crónico (25-30%)
- Múltiples causas (10%):
 - Metabólicas: Hipertrigliceridemia; Hipercalcemia
 - Obstrucción:
 - Tumores del conducto pancreático, ampulares
 - Páncreas divisum
 - Disfunción del esfínter de Oddi
 - Cuerpos extraños; Parásitos
 - Coledococelo
 - Divertículo duodenal periampular





Fisiopatología

Pancreatitis Biliar

En la presencia de coledocistiasis, la contracción normal de la vesícula estimulada por la colecistoquinina que favorece 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 pequeños pasan con facilidad hacia el duodeno, mientras que los litos mas grandes pueden impactar en el conducto biliar común.

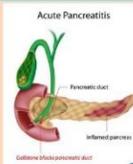


Pancreatitis Alcohólica

La presencia de alcohol en la circulación sanguínea desencadena espasmos en el esfínter de Oddi, produciendo un reflujo de bilis hacia los conductos pancreáticos.



Activa enzimas, produce digestión del tejido pancreático e inflamación, aumenta la precipitación de secreciones pancreáticas y forma tapones de proteínas dentro de los conductos pancreáticos.



Pancreatitis Hipertrigliceridemia

Ocurre en un 5-10% de pacientes dislipidémicos, con niveles de triglicéridos >1000-2000mg/dl

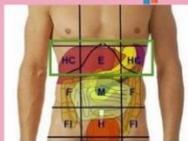


el exceso de triglicéridos se transportan como lipoproteínas ricas en triglicéridos, esto libera grandes cantidades de ácidos grasos libres que se transforman en estructuras micelares, dañan a plaquetas, endotelio y células acinares, produciendo isquemia y acidosis.



presentación clínica

-Dolor abdominal severo y constante, de inicio súbito que puede irradiar a nivel del epigastrio y hacia la espalda.



En el 80% de los casos se asocia a vomitos.



Diagnostico

Laboratorios:

-Dolor abdominal severo y constante, de inicio súbito que puede irradiar a nivel del epigastrio y hacia la espalda.

Niveles séricos de Amilasa y Lipasa elevados 3 veces > del valor normal.



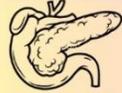
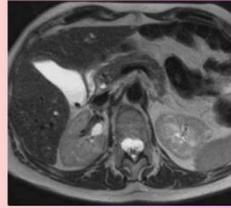
Gabinete: imágenes

detecta pancreatitis necrotizante y zonas de isquemia



TAC; estudio de coleccion para confirmar el diagnostico de pancreatitis aguda, valora la severidad de la enfermedad, se realiza despues de 48-72hrs del inicio de los sintomas.

RM: se realiza en caso de leucocitosis, fiebre; para descartar infección de colecciones o pancreatitis necrotizante infectada.



Clasificación y severidad

1 Pancreatitis aguda intersticial o edematosa: Difusa



Engrosamiento difuso o localizado del páncreas (edema inflamatorio) que conserva realce glandular
Grasa peripancreática con leves cambios inflamatorios:
Aumento de la densidad o trabeculación de la grasa
Variable cantidad de líquido peripancreático.

Edematosa Intersticial	Necrotizante
80%-85%	5-10%
<ul style="list-style-type: none"> Difusa vs localizada Leve - autolimitada Fluidos peripancreáticos Resolución síntomas clínicos dentro de la 1ra semana. 	<ul style="list-style-type: none"> Parénquima vs tejido peripancreático Naturaleza variable: Sólida o icterofectiva, estéril o infectada, persistente o desaparece. Relación Necrosis - Severidad - Manifestaciones sistémicas Requiere hospitalización prolongada. SIRS - FOM - infección



Escalas



Evalúa la severidad de pancreatitis aguda.

Tabla I. 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)

Crterios de Apache II

Puntaje APACHE II	APACHE II			
	4	3	2	1
Temperatura (°C)	44.0	39-40.9		36-38.4
Peso arterial media	110	100-119	110-129	70-109
Puntaje GCS	15	140-179	110-129	70-109
Frecuencia respiratoria	40	10-34	12-24	10-31
Dióxido de carbono (kPa)	49	35-44		35-44
Dióxido de carbono (mmHg)	40	35-44		35-44
Base deficit (mmol/L)	47	10-17	15-19	10-14
Base deficit (mEq/L)	47	10-17	15-19	10-14
Dióxido de carbono (mmHg)	40	35-44		35-44
Dióxido de carbono (kPa)	40	35-44		35-44
Dióxido de carbono (mmHg)	40	35-44		35-44
Dióxido de carbono (kPa)	40	35-44		35-44
Dióxido de carbono (mmHg)	40	35-44		35-44
Dióxido de carbono (kPa)	40	35-44		35-44



sistema de puntuación de severidad de enfermedad utilizado internacionalmente en las UCI

se usa para predecir severidad y pronóstico de la pancreatitis aguda

Sistema de puntuación de Balthazar

GRADO C: INFLAMACIÓN PERIPANCREÁTICA. El tejido adiposo peripancreático aparece más denso, lo que indica que la inflamación está afectando también al espacio peripancreático.

GRADO D: COLECCIÓN ÚNICA. Se observa una colección peripancreática, que se extiende al mesenterio que solo está inflamado, pero no se ha acumulado líquido.

CRITERIOS DE RANSON

(ESCALA DE PREDICCIÓN DE MORTALIDAD AGUDA)

0 HORAS	ALCOHÓLICA	BIILIAR
L: Leucocitos	> 16,000/mm ³	> 18,000/mm ³
E: Edad	> 35 años	> 40 años
C: Creatinina	> 3.0 mg/dl	> 2.0 mg/dl
AS: ASAT	> 250 U/L	> 250 U/L

48 HORAS	ALCOHÓLICA	BIILIAR
L: Leucocitos	> 8,000/mm ³	> 4,000/mm ³
D: Diferencial	> 8% neutro	> 5% neutro
C: Creatinina	> 8 mg/dl	> 8 mg/dl
H: Hematocrito	> 10% de caída	> 10% de caída
A: Alcalofosfatasa	> 5 U/L	> 2 U/L
D: Diferencial	> 80 neutro	> 80 neutro

Para clasificar los hallazgos de alteraciones en la TC sin contraste sugestivos de pancreatitis aguda

Complicaciones

Colección líquida aguda peripancreática

- * No tiene pared definida
- * Homogénea
- * Confinada a los planos de la fascia normal del retroperitoneo
- * Pueden ser múltiples
- * No se asocian con necrosis
- * Permanecen estériles
- * Se resuelven espontáneamente sin intervención



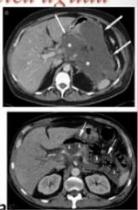
Pseudoquiste pancreático



Es una colección líquida encapsulada con una pared inflamatoria bien definida, fuera del páncreas con mínima necrosis o sin ella y la maduración ocurre después de 4 semanas del inicio de la pancreatitis

Colección necrótica aguda

- Es una colección que contiene cantidades variables de líquido y necrosis asociada con una pancreatitis necrótica
- La necrosis puede abarcar parénquima y tejidos peripancreáticos.
- Por TAC es heterogénea, con densidad no-líquida y no tiene una cápsula definida.



Las colecciones necróticas agudas se presentan durante las primeras 4 semanas de la pancreatitis necrotizante y son mal definidas. Involucra el parénquima pancreático o el tejido peri pancreático. Colecciones heterogéneas que no tienen una pared definida que las rodee y pueden tener características sólidas o semisólidas.

En las primeras 4 semanas,

las colecciones necróticas tienen una probabilidad mucho mayor de infectarse. La infección es rara durante la primera semana, es secundaria a un bacilo entérico Gram negativo. Se debe sospechar infección en pacientes que presenten síntomas clínicos de sepsis.



Tratamiento

Administración de líquidos por vía intravenosa



Hidratación IV con lactato de Ringer para estos pacientes. En general, 2.5-4 litros en 24 horas.



Antibióticos

En casos con necrosis pancreática que abarque más del 50% de la glándula, se puede considerar una profilaxis antibiótica basada en carbapenémicos tiende a ser eficaz para pacientes con sospecha de necrosis pancreática infectada.



Son: Doripenem, Ertapenem, Imipenem-cilastatina, Meropenem.

Analgésia

Una combinación de opioides, AINEs y paracetamol puede ayudar a maximizar el alivio del dolor

Nutrición

Tratamiento enteral: mejora los síntomas, reduce el riesgo de complicaciones como infección y colecciones, protege la barrera mucosa intestinal y reduce la traslocación bacteriana.



PANCREATITIS CRÓNICA

TRATAMIENTO DEL DOLOR

ANALGÉSICOS		OPIOIDES FUERTES
AINEs	OPIOIDES DÉBILES	MORFINA MORFINA MODERNA
PARACETAMOL GIBERINA DICLOFENAC Ibuprofeno	DIPROPIONATO CODEINA TRAMADOL	SEVERO
MODERADO		LEVEMENTE





UNIVERSIDAD DEL SURESTE

5

Bibliografía

DRA, M. T. (7 de Julio de Vol.5 Num 2020, e537). *Revista Médica Sinergia*. Obtenido de Diagnóstico y tratamiento de pancreatitis aguda: <https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2020/rms207j.pdf>