

FRACTURAS

Generalidades

Una fractura puede definirse como la interrupción de la continuidad de una placa fibrosa, ósea y cartilaginosa, siempre valorar el daño al tejido blando circundante.

Etiología

Las fracturas se pueden presentar como consecuencia de un traumatismo directo, siendo de intensidad superior a la que el hueso sano soportar o más frecuentemente los de traumatismo indirecto en donde la fuerza es transmitida a través de una o varias articulaciones hasta llegar al sitio de fractura, como los fracturas secundarias a caídas de gran altura en bipedestación. Siendo una fractura de calcaneo un ejemplo para fracturas de trauma directo y los fractura en el confluente toracolumbar un ejemplo de trauma indirecto.

→ Las fracturas patológicas o causa más frecuente es la osteoporosis.

Fracturas Fisiopatología

Las fracturas pueden ser:

→ Abierta: la piel suprayacente se altera y el hueso roto está en comunicación con el medio ambiente a través de una herida cutánea.

→ Cerrada: la piel suprayacente está intacta.

El estado inflamatorio ocurre primero, se forma un hematoma en el lugar de la fractura y se reabsorbe una pequeña cantidad de hueso en los fragmentos distales de la fractura.

El estado de reparación se forma un callo, se desarrollan nuevos vasos sanguíneos lo que permite que el cartilago se forme a través de la línea de fracturas.

La etapa de remodelación, el callo que originalmente era cartilaginoso, se osifica y el hueso se degrada y se vuelve a reconstruir (remodelado).

Factores de riesgo

→ Riesgo alto de fractura

- Edad Avanzada (65 años)
- Peso bajo $\text{IMC } < 20 \text{ Kg/m}^2$
- Caídas
-

→ Riesgo moderado

- Factores relacionados con las caídas

manifestaciones clínicas

→ Dolor

→ Tumefacción

→ Deformidad e impotencia funcional.

clasificación

→ Fracturas cerradas

- Cuando la piel no ha sufrido daño, no existe comunicación entre la fractura y el exterior (clasificación de Tscherny y Oestern)

→ Fracturas abiertas

- Cuando la piel ha sufrido daño, existiendo una herida que deja el tejido óseo al exterior (clasificación de Gustillo y Anderson)

→ Según el trazo de la fractura

- transversales:
- Longitudinales:
- oblicua:
- en ala de mariposa:
- multifragmentada
- Comminutas.

→ Paciente Pediátrico

- Fractura en tallo verde: el hueso se puede presentar incurvado.
- Fractura de torso o en redete: se trata de una fractura generalmente a consecuencia de un mecanismo de aplastamiento.

→ Según su localización

- Epifisarias: si afectan la superficie articular y si no se ve afectado por el trazo se nombrarán extraarticulares
- Metafisarias: pueden afectar a las metafisis superior o inferior del hueso
- Diafisarias: pueden afectar a los tercios superiores, medio o inferior.
- Fisarias: Cuando la fractura se produce en un niño o involucra al cartilago de crecimiento. (clasificación de Salter y Harris).

→ Tipos de consolidación

la consolidación se produce por el paso de conos perforantes en las zonas de contacto y la deposición osteoblástica de hueso nuevo en las zonas de no contacto, sin la participación de tejido cartilaginoso ni la formación de callo de fractura.

- Impacto y formación de hematoma.

- Formación de callo de fractura

- Osificación de callo de fractura

- Remodelación

Diagnóstico

→ Radiografías simple

LUXACIONES

Una luxación se define como la pérdida del contacto normalmente existente entre dos superficies articulares.

→ Luxación escapulo humeral

- Luxación anterior

- forma más frecuente de luxación de hombro y la más habitual del organismo.

el paciente acude con el brazo en discreta separación y rotación externa evitando cualquier tipo de movimiento del hombro ya que resulta doloroso.

El tratamiento consiste en reducir por manipulación cerrada.

- Luxación posterior, inferior y superior

Una luxación posterior el paciente presenta el brazo en aproximación y rotación interna y radiológicamente.

Una luxación inferior es poco frecuente y el brazo se encuentra en separación de unos 30° en rotación interna y acortado o separación de hasta 160° denominado luxatio erecta.

Una luxación superior es muy poco común y se asocia a fracturas de clavícula, acromion o luxaciones acromioclaviculares.

- Luxación recidivante

El hombro inestable se caracteriza generalmente por episodios de luxación con traumatismo o movimientos aparentemente banales.

→ Luxación invertebrada

*

ESGUINCES

Un esguince es un estiramiento o desgarro de los ligamentos las bandas resistentes de tejido fibroso que conectan dos huesos en las articulaciones, el más común es el esguince de tobillo

Etiología

- Caída
- Ejercicio
- girar ante una actividad.
- Torsión o un golpe

Fisiopatología

• Un esguince es un estiramiento o desgarro de los ligamentos las bandas resistentes de tejido fibroso que conectan dos huesos en las articulaciones.

Clinica

- Dolor
- Sensibilidad
- Inflamación
- Hematomas

Clasificación

⇒ Esguince leve (1º Grado)

- Ligamento talar peroneo posterior.
- Ligamento talofibular anterior

→ Esguince grave (3º E)
puede provocar la ruptura completa del complejo ligamentoso.

⇒ Esguince moderado (2º Grado)

- Ligamento peroneo calcáneo

ESGUINCES

Un esguince es un estiramiento o desgarramiento de los ligamentos las bandas resistentes de tejido fibroso que conectan dos huesos en las articulaciones, el más común es el esguince de tobillo

Etiología

- Caída
- Ejercicio
- girar ante una actividad
- Torsión o un golpe

Fisiopatología

Un esguince es un estiramiento o desgarramiento de los ligamentos las bandas resistentes de tejido fibroso que conectan dos huesos en las articulaciones.

Clinica

- Dolor
- Sensibilidad
- Inflamación
- Hematomas

Clasificación

→ Esguince leve (1º Grado)

- Ligamento talar peroneo posterior.
- Ligamento talo fibular anterior

→ Esguince grave (3º Grado)
puede provocar la ruptura completa del complejo ligamentoso.

→ Esguince moderado (2º Grado)

- Ligamento peroneo calcáneo

hemorragia digestiva alta

La hemorragia digestiva consiste en la pérdida de sangre a cualquier nivel del tubo digestivo, se trata de una enfermedad frecuente en los servicios de urgencias y potencialmente grave, por lo que su atención a dicho nivel cobra especial relevancia.

Etiología

→ HDA no varicosa (80-90%)

- Úlcera gastroduodenal (causa más frecuente 30-60%)
- Lesiones agudas de la mucosa gástrica
- Síndrome de Mallory-Weiss
- Lesiones vasculares (Dísculofey, angiodisplacias, etc)
- Esofagitis péptica
- Erosiones de la hernia
- Fístula aortoenterica

→ HDA secundaria a varices esofagogástricas.

Fisiopatología

Hemorragia > 500 cc → Hipovolemia

Retorno venoso ↓ TA

mecanismos compensadores

↑ receptores de volumen

↓
S. angiotensina
Renina

catecolaminas

↓
vasoconstricción periférica

líquido intersticial
→ luz vascular

ingre en la luz
digestiva

↓
proteínas

→ Peristaltismo

↓
flora intestinal

en hepatopatías

→ Amoneo co

↓

↑ urea en plasma

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Factores de riesgo

- AINES (antiagregantes; anticoagulantes o corticoides)
- Infección por *H. pylori*.
- per Adultos >60 años
- Estrés elevado
- gastrinoma


manifestaciones clínicas.

- Hematemesis: vomito de sangre roja o digerida (posos de café)
- Melenas: heces negras, pastosas y malolientes
- Rectorragia: sangre roja oscura con coágulos
- Hematoquecia: sangre roja oscura

clasificación

Hemorragia Digestiva Alta

CLASIFICACIÓN DE FORREST



Ia	Sangrado activo arterial en "Jet" o "Chorro"	90%
Ib	Sangrado rezumante o en "Sábana"	60-80%
IIa	Vaso visible en el lecho de la lesión	50%
IIb	Coágulo fresco adherido	25-30%
IIc	Manchas hematóxicas (oscuras)	7-10%
III	Lesión con base amplia, cubierta por fibrina	3-5%

www.ciemecuador.com @ciem.cuenca.ec

Diagnostico

- Correcto anamnesis (origen de la hemorragia)
- Analítica (hemograma, bioquímica con urea, perfil hepático, lactato, coagulación y prueba cruzada).
- ECG: (para descartar cardiopatía isquémica (angor hemodinámico))
- Radiografía de tórax (para descartar perforaciones)
- Endoscopia digestiva alta (para el origen de sangrado)
- Angio-TC:

Tratamiento

- Inhibidores de la bomba de protones
- bolo intravenoso de 80 mg de IBP (omeprazol, pantoprazol o esomeprazol)
- Endoscopia
- Quirúrgico
 - hemorragia masiva con shock
 - Fracaso o recidiva hemorrágica grave tras segundo intento
- Embolización selectiva mediante arteriografía

hemorragia digestiva baja

La hemorragia digestiva baja se define como la pérdida de sangre por el tubo digestivo con origen distal al ángulo de Treitz. Actualmente se estima una incidencia entre 20-33 casos de 100.000 habitantes y año y supone entre 20-25% de los ingresos hospitalarios por hemorragia digestiva.

Etiología

- Aproximadamente un 80% de las HDB tiene origen en el colon
- La causa principal en todas las edades es la enfermedad anorrectal (hemorroides y fístula anal)
- En pacientes <50 años las causas más frecuentes de HDB grave es la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) (colitis ulcerosa y divertículo de Meckel)
- Enfermedades anorrectal
 - Divertículos
 - Colitis isquémica
 - Angiodisplasias
 - otras (enfermedad inflamatoria intestinal, cáncer, divertículo de Meckel, colitis infecciosa)
- pacientes >50 años la causa más frecuente de HDB grave es la hemorragia diverticular
- otras causas pueden ser colitis isquémica, angiodisplasias, o neoplasias
- Debemos conocer además que hasta en un 10-15% de los casos la hemorragia es de origen alto y en un 5-10% se trata de una HDM.

Fisiopatología

Perdida de volumen



Fase adrenergica compensadora



Garantiza flujo, en organo blanco
Vasoconstricción periférica /
esplénica.

Retorno a homeostasis



Fase descompensación



Redistribución de flujo → IRA
alteración en tejidos periféricos
Disminución gasto cardiaco.

Fase irreversible



Muerte.

manifestaciones clínicas

- hematógenia
- Melena
- Rectorragia
- Hemorroides
- Fístulas perianales
- Amibiasis
- Disenteria
- Diarrea
- Dolor abdominal tipo cólico

Factores de Riesgo

- Síndromes ulcerosos
- Consumo de AINEs
- Consumo de Aspirina
- Uso de esteroides
- Enfermedad hepática
- Enfermedad Renal Crónica
- Vómitos persistentes
- consumo de alcohol

Apendicitis

Clasificación

Tabla 51.2. Escala Oakland

Edad	< 40: 0 puntos 40-69: 1 punto ≥ 69: 2 puntos
Género	Femenino: 0 puntos Masculino: 1 punto
HDB previa	No: 0 puntos Sí: 1 punto
Sangre en tacto rectal	No: 0 puntos Sí: 1 punto
FC	< 70: 0 puntos 70-89: 1 punto 90-109: 2 puntos ≥ 110: 3 puntos
PAS	< 90: 5 puntos 90-119: 4 puntos 120-129: 3 puntos 130-159: 2 puntos ≥ 160: 0 puntos
Hemoglobina (mg/dl)	< 7: 22 puntos 7-8,9: 17 puntos 9-10,9: 13 puntos 11-12,9: 8 puntos 13-15,9: 4 puntos ≥ 16: 0 puntos

HDB: hemorragia digestiva baja, FC: frecuencia cardiaca, PAS: presión arterial sistólica.

Diagnóstico

→ Colonoscopia

- Es la exploración inicial de elección para el diagnóstico

→ Angio-TC

- pacientes inestables hemodinamicamente, tras resucitación inicial, con sospecha de sangrado activo.

→ Arteriografía mesentérica selectiva

→ Laparotomía urgente ± endoscopia intraoperatoria.

→ Aramnosid

→ Exploración física.

- Debe ser completa desde el punto de vista cardiopulmonar abdominal y debe incluirse una cuidadosa inspección anal y un tacto rectal.

tratamiento

→ Estabilización hemodinámica.

Ante hemorragia digestiva grave más o menos inestable:

- Canalizar dos vías periféricas de grueso calibre que permitan una reposición de volumen y transfusión
- Monitorización de PA, FC, FR, perfusión y diuresis
- Extracción de sangre para pruebas cruzadas y analítica con hemograma
- Reponer volumen, preferiblemente con cristaloides
- ↳ Descartar el origen alta de la hemorragia

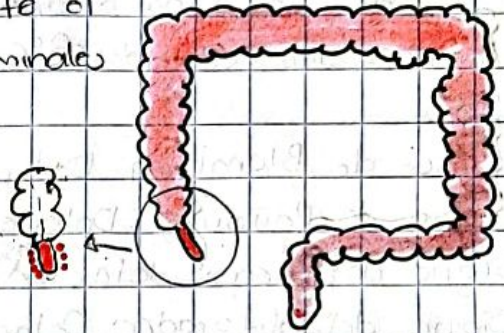
Tratamiento transfusional.

- Paciente inestable o sintomático
- Pacientes estables con necesidad de transfusión
- Paciente estable sin necesidad de transfusión.

Abordaje de antiagregantes y anticoagulantes

Apendicitis

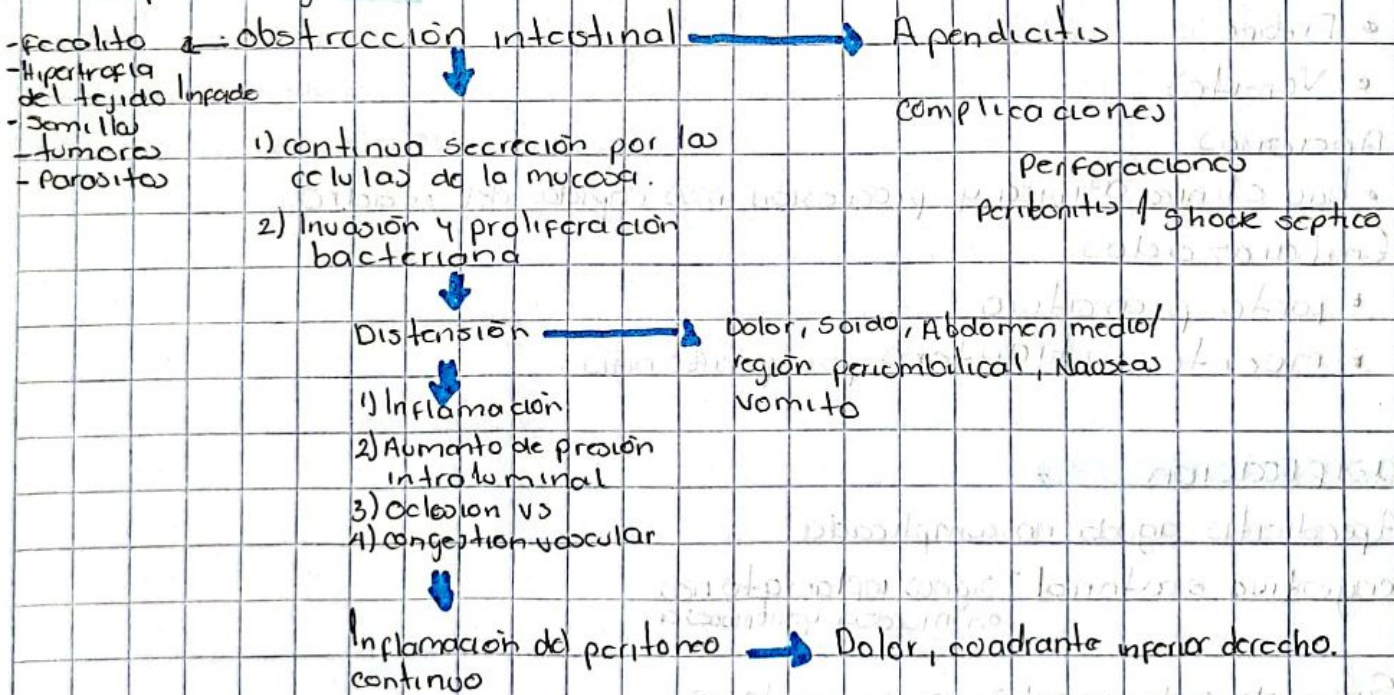
Definida como la inflamación aguda del apéndice cecal, la apendicitis aguda supone la emergencia quirúrgica más común y la primera causa de abdomen agudo quirúrgico, supone aproximadamente el 28% total de las infecciones intraabdominales atendidas en servicios de urgencia.



Etiología

- Obstrucción de la luz apendicular
- Dieta pobre en fibra

Fisiopatología



Factores de Riesgo

- Estrés
- Infecciones
- Sexo masculino
- Edad < 30 años

Apendicitis

manifestaciones clínicas

Trazo de Murphy

- Dolor abdominal (zona inferior del epigastrio o periumbilical)
- Náuseas, vómitos o anorexia
- Fiebre: (No excede de 38°C)

Signos

- Signo de Blumberg: Dolor al presionar la pared de FID.
- Signo de Rovsing: Dolor en FID al presionar sobre flanco y fosa iliaca izq.
- Signo de psoas: dolor en FID con hiperextensión del muslo der.
- Signo del obturador: Dolor en FID con la rotación interna de la cadera ipsilateral.

Formas clínicas alternativas

→ Niños (atípica)

- Fiebre
- Vómitos

→ Ancianos

- hay clínica atípica y progresión más rápida del cuadro

→ Embarazadas

- parto prematuro
- muerte intrauterina por peritonitis

Clasificación

1- Apendicitis aguda no complicada

- Congestiva o catarral: signos inflamatorios en mucosa y submucosa
- Supurada o flemosa: se añade opacificación de la muscular y serosa

2- Apendicitis aguda complicada

- Gangrenosa o necrótica: zonas de necrosis
- Perforada: perforación y contaminación purulenta de la cavidad abdominal.



Escala de Alvarado

Apendicitis aguda

		Puntos
Síntomas	• Migración del dolor	1
	• Anorexia	1
	• Náuseas/ vómito	1
Signos	• Dolor en cuadrante inferior derecho	2
	• Rebote (+)	1
	• Fiebre	1
Laboratorio	• Leucocitosis	2
	• Desviación a la izquierda de neutrófilos	1
Total		10

- 9 - 10 puntos: Casi certeza de apendicitis
- 7 - 8 puntos: Alta probabilidad de apendicitis
- 6 - 5 puntos: Consistentes con apendicitis pero no diagnóstica
- 4 - 3 puntos: Baja probabilidad de apendicitis aguda

Diagnostico

→ Clínico

→ Pruebas complementarias (leucocitosis, Proteína C reactiva, análisis de orina)

→ Prueba de embarazo (mujer en edad fértil)

→ Radiografía simple

→ Ecografía abdominal

→ Tomografía computarizada

Tratamiento

→ hidratación

→ Analgesia intravenosa

→ Antiméticos (presencia de náuseas o vómitos)

→ Antibioterapia

→ Laparoscópico

→ Drenaje percutáneo

Patología de la vesícula biliar

Es un órgano oval alargado adyacente a la fisura interlobulillar. Su función básica es almacenar y concentrar bilis secretada por el hígado a través de los conductos hepático y cístico hasta ser requerida para el proceso de la digestión.

Los principales enfermedades de la vesícula biliar son:

- Colecistitis
- Colelitiasis

Factores de riesgo

→ Modificables (No)

- Edad
- Sexo femenino
- Ancestro amerindio
- Factores genéticos

→ Modificables

- Obesidad
- Resistencia insulínica
- Diabetes
- Dieta
- Colesterol HDL bajo.

COLECISTITIS

Es una inflamación e irritación repentina de la vesícula biliar, que se produce cuando la bilis se queda atrapada en la vesícula generalmente secundario al bloqueo del conducto cístico o del cuello de la vesícula biliar por un cálculo.



Patología de la Vesícula biliar

Los principales hallazgos ecográficos

- Colelitiasis
- Engrosamiento de la pared de la vesícula biliar
- aumento del tamaño de la vesícula biliar
- líquido pericolecístico
- Cálculo impactado en el cuello de la vesícula
- Dolor focal a la palpación directa

Examen abdominal

- Defensa muscular involuntaria
- Masa dolorosa en la región vesicular con tope inspiratorio

Laboratorios

- hemograma
- Elevación moderada de amilasa serica ($< 1.000 \text{ U/L}$)

Cuadro de colecistitis aguda no tratada

- Empeora
- perforación vesicular
- peritonitis biliar
- plastron - absceso perivesicular
- Fístula bilio digestiva ileo biliar
- Colecistitis crónica CA vesicular

Colecistitis Aguda
Criterios de Tokio

1 ítem A + 1 ítem B → Sospecha diagnóstica

A Signos de inflamación local

1. Signo de Murphy +
2. Masa, dolor o sensibilidad en hipocondrio derecho

B Signos de inflamación sistémica

1. Fiebre
2. PCR elevada
3. Recuento de glóbulos blancos elevados

C Hallazgo imagenológico

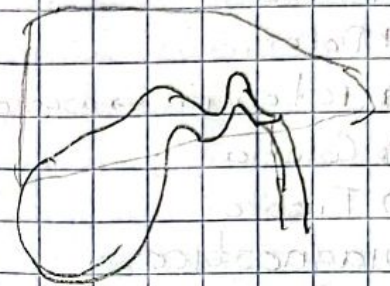
1. Engrosamiento de pared ($\geq 4 \text{ mm}$)
2. Agrandamiento de vía biliar ($> 8 \text{ cm}$ largo y 4 cm ancho)
3. Cálculos biliares retenidos
4. Líquido perivesicular

•• 1 ítem A + 1 ítem B + 1 ítem C → Diagnóstico definitivo

IMAS

Coleditiiasis

Es la formación de cálculos en los vías biliares principalmente en la vesícula, son acreencias de materias solidas que puede ser pequeñas como granos de arcilla o tan grandes que ocupen toda la vesícula, el 80% de ellos están compuestos por colesterol y el resto son cristales pigmentados de color negro



Se encuentran hasta en el 10% de la población y la mayoría son asintomáticos, solo el 2% se vuelve sintomático.

Clínica

- Dolor agudo (hipocondrio derecho o en epigastrio)
- Síntomas dispepticos inespecíficos

Colico biliar

- Síntoma principal de la litiasis

Cálculo que obstruye alguno de los puntos críticos del sistema biliar. Hipertensión brusca de la vesícula o la vía biliar, se piensa que los cólicos biliares solo aparecen después de comidas abundantes y ricas en grasa.

Colico biliar simple

- Crisis de dolor abdominal de más de 15 minutos.
- Localización en epigastrio y/o hipocondrio derecho
- Generalmente se asocia a vómitos que no alivian
- Aparece 1 a 3 horas después de una comida o en la noche

Colico biliar complicado

- Dolor más prolongado (>6 horas)
- se acompaña de: vómitos, escalofríos y fiebre
- Dolor que ocupa todo el hemiabdomen superior

coledocolitiasis

En aproximadamente 5 a 10% de los pacientes con litiasis vesicular sintómicamente, coexisten cálculos en la vía biliar.

Clinica

- Dolor
- Ictericia → asociada a dolor abdominal tipo cólico biliar

→ Coluria

→ Fiebre

Diagnostico

- Colestasia y elevación transitoria de T₃ (>500 U/L)

Enclavamiento de un cálculo coledociano en la ampolla,

→ Infección que asciende por la vía biliar

→ Urgencia médico-quirúrgica

Clinica (Triada de Charcot)

→ Dolor en hipocóndrio derecho

→ Ictericia

→ Fiebre.

Diagnostico

→ Ecografía abdominal

→ Colangiografía

→ Radiografía de abdomen simple

#ResúmenesDeCirugía
COLANGITIS



CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LA GUÍA TOKYO 2013

A Signos sistémicos de inflamación

Fiebre y/o escalofríos Laboratorio: Evidencia de respuesta inflamatoria

B Signos de colestasis

Ictericia Laboratorio: Pruebas de función hepática anormales

C Signos imagenológicos

Dilatación de la vía biliar Evidencia de la causa (litiasis, tumor, etc)

DIAGNÓSTICO DE SOBPECCHA

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

1 signo de A + 1 signo de B o C

1 signo de A + 1 signo de B + 1 signo de C

www.doctorcix.com

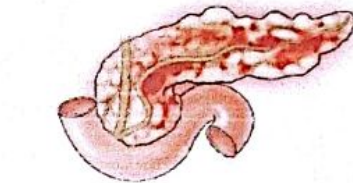
f /doctorcix t @doctor_cix

Pancreatitis

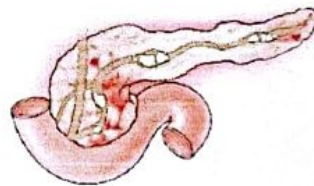
La pancreatitis aguda se define como un proceso inflamatorio agudo que afecta al páncreas, esta inflamación es debida a una gran variedad de causas, que pueden producir la activación de sistemas inflamatorios a nivel local y sistémico y originar fallo orgánico, con la consiguiente morbimortalidad asociada a esta enfermedad.

Etiología

- cálculos biliares
- Alcohol
- ceppe
- Medicamentos
- Infección
- hipercalcemia
- hipertriglicérida
- Origen genético
- Trauma.



Aguda pancreatitis



Crónica pancreatitis

Fisiopatología

Obstrucción del conducto Pancreático



Alteración en el metabolismo celular pancreático



Lesión de las células acinares pancreáticas



Edema pancreático y lo necrosis pancreática.

Factores de Riesgo

- Obstrucción del conducto biliar causada por calculos biliares.
- Consumo excesivo de alcohol
- Niveles altos de triglicéridos en la sangre
- Cáncer de páncreas
- Lesiones traumáticas
- Cirugía previas.

manifestaciones clínicas.

- Dolor abdominal superior intenso
- Náuseas
- Vómitos
- Distensión abdominal
- Estreñimiento
- Fiebre
- Respirado o exalofrío
- Ictericia
- Extremidades frías

Casos Graves

- Disnea
- Nerviosismo
- palpitaciones
- Incapacidad para acostarse
- Inquietud
- Oliguria o anuria
- Letargo
- Hemorragia
- gastrointestinales.

Clasificación

Criterios tomográficos de Balthazar para Pancreatitis Aguda

Grado de lesión por tomografía computarizada	Puntuación
A Normal	0
B Agrandamiento difuso del páncreas	1
C Anomalías intrínsecas del páncreas asociado a cambios del tejido peripancreático	2
D Presencia de una colección mal definida	3
E Presencia de 2 o más colecciones líquidas mal definidas	4

Grado de necrosis	Puntuación	Suma de los puntos	Índice de severidad
		0 - 3	Bajo
		4 - 6	Medio
		7 - 10	Alto

FlashCards Urgencias

CRITERIOS DE RANSON

(ESCALA DE PREDICIÓN DE PANCREATITIS AGUDA)
[ALCOHOLICA vs BILIAR]

PLATAFORMA ENARM

"LLEGAS y Luego Dices CHAO"

	0 HORAS	ALCOHOLICA	BILIAR
L	Leucocitos	> 16,000 mm ³	> 18,000 mm ³
L	LDH	> 350 u/L	> 400 u/L
E	Edad	> 55 años	> 70 años
G	Glucosa	> 200 mg/dl	> 220 mg/dl
AS	AST	> 250 u/L	> 250 u/L

	48 HORAS	ALCOHOLICA	BILIAR
L	Líquidos (sumados)	> 6,000 ml	> 4,000 ml
D	Deficit (de base)	> 4 Meq/L	> 5 Meq/L
C	Calcio (ionizado)	< 8 mg/dl	< 8 mg/dl
H	Hematocrito (%)	> 10% de caída	> 10% de caída
A	Acidosis (base)	> 5 mg/dl	> 2 mg/dl
O	O ₂ (PAO ₂)	< 60 mmHg	-

CRITERIOS PANCREATITIS
0-2 puntos: PANCREATITIS LEVE
≥ 3 puntos: PANCREATITIS GRAVE

TIP: Los "CRITERIOS DE RANSON" son predictores de severidad de una probable Pancreatitis Aguda, corroborada por laboratorios.

Plataforma ENARM www.plataformarenarm.com

Score BISAP para predecir la mortalidad en Pancreatitis Aguda

Parametros	Puntos
BUN > 25 mg / dL (8.92 mmol / L)	1
Impaired mental status: Estado mental deteriorado, definido como desorientación, letargo, somnolencia, coma o estupor.	1
SIRS: ≥ 2 Criterios SIRS	1
Age: Edad > 60 años	1
Pleural effusions: Derrame pleural presente	1

Suma de Puntos	Índice de Mortalidad
< 2	Pancreatitis Leve. Menor mortalidad.
≥ 3	Pancreatitis Severa. Mayor mortalidad.

Diagnostico

- Amilasa
- Lipasa
- TCC
- RM
- Ultrasonido abdominal

Tratamiento

- Tratamiento de soporte
 - administración de solución cristaloides a razón de 5-10 ml/kg/h
- Analgesia
 - Se recomienda el uso de meperidina frente a morfina por provocar menos presión sobre el esfínter de Oddi
- Soporte nutricional
 - Se recomienda reiniciar la ingesta cuando el paciente está asintomático y en presencia de peristaltismo.
- Antibioterapia
 - El antibiótico de elección es ceftriaxona (1-2 g/12h) o en caso de alergia a betalactámicos, aztreonam (1g/8h)
- Antiméticos
 - metoclopramida a dosis de 10 mg cada 8 horas por vía endovenosa
- Tratamiento con IBP
 - Criterios de gravedad o con antecedentes ulcerosos.