



NOMBRE DEL ALUMNO: JOHANA ALEJANDRA MUÑOZ LAY

CARRERA: MEDICINA HUMANA.

ASIGNATURA: MEDICINA INTERNA.

DOCENTE: DR. MIGUEL BASILIO ROBLEDO.

ACTIVIDAD: CUADRO SINOPTICO

QUINTO SEMESTRE

GRUPO A

PANCREATITIS AGUDA

Se caracteriza por la lesión del parénquima pancreático e inflamación reversible, Y obedece a diversas causas como exposiciones a tóxicos, obstrucciones de conductos pancreáticos, defectos genéticos, hereditarios, lesiones vasculares e infecciones

PATOGENIA

Es consecuencia de la producción y la activación inapropiada de enzimas pancreáticas, que a su vez destruyen el tejido pancreático e inducen una reacción inflamatoria aguda

DESENCADENANTES

Obstrucción ductal

- Colelitiasis
- Alcoholismo crónico

- Edema intersticial
- Flujo sanguíneo alterado
- Isquemia

Lesión de células acinares

- Alcohol
- Fármacos
- Traumatismo
- Isquemia

- Liberación de proenzimas, intracelulares e hidrolasa lisosómica
- Activación de enzimas

Transporte intracelular defectuoso

- Lesión metabólica
- Alcohol
- Obstrucción ductal

- Liberación de proenzimas, al compartimento lisosómico
- activación de enzimas intracelulares

EPIDEMIOLOGIA

6 de nuevos casos de PA x 1000 ingresos al año

Causa 18 de muerte intrahospitalaria

FACTORES DE RIESGO

- Edad mayor a 55 años
- Falla orgánica al ingreso
- Derrame pleural
- Masa corporal mayor a 30

ETIOLOGIA

METABOLICOS

- Alcoholismo
- Hiperlipoprotehemia
- Hipercalemia
- Fármacos: Azatioprina, Estatinas, etc.

GENETICOS

- Mutaciones en el gen que codifican tripsina
- Fibrosis Quística

MECANICOS

- Calculos biliares
- Traumatismos
- Lesión yatrogena

VASCULARES

- Parotiditis
- Virus de coxsakie
- Vasculitis
- Ateroembolia
- Shock

PANCREATITIS AGUDA

CLÍNICA

- Dolor abdominal
- Anorexia
- Náuseas
- Vómitos frecuentes

• Dolor que irradia a la parte superior o media de la espalda

DIAGNOSTICO

• Criterios dx

• Cuadro clínico sugerente

• - Dolor abdominal localizado en epigastrio y radiación a la espalda. Náuseas y vómitos.

• Alteraciones bioquímicas

• Elevación de lipasa y/o amilasa al menos tres veces por encima del valor de referencia.

• Alteraciones estructurales

• Imágenes de pancreatitis y estructuras adyacentes afectadas.

• Evaluación continua

• - Debido a la posibilidad de progresión a pancreatitis grave, es necesario monitorear continuamente.
• - Evaluación durante los tres primeros días de presentación del cuadro clínico.

• pruebas diferenciadoras

• 1 Sistema de Clasificación APACHE II durante los tres primeros días de hospitalización.
• 2. Hematocrito: en el momento de admisión, a las 12 y 24 horas posteriores.

TRATAMIENTO

• Inicial

1. Corrección del volumen intravascular y PaO2 para prevenir necrosis pancreática y disfunción multiorgánica.
2. Administración de líquidos por vía intravenosa para mantener el equilibrio hídrico.
3. Control de la hipoxemia mediante pulsoximetría y gasometría arterial.
4. Analgesia adecuada para controlar el dolor.

• Analgesia

1. Seleccionar fármacos escalonadamente según la intensidad del dolor.
2. Incluir analgésicos no opioides y morfina.
3. Evitar opioides en pacientes con insuficiencia respiratoria.

• Soporte vital

1. Succión gástrica innecesaria en pacientes sin íleo paralítico ni vómitos frecuentes.
2. No hay evidencia suficiente para el uso rutinario de profilaxis antimicrobiana en pancreatitis aguda leve o moderada.

• Profilaxis antimicrobiana

1. Solo para pacientes con complicaciones locales o sistémicas no sépticas.
2. Duración hasta 14 días o más si persisten complicaciones.
3. Antibióticos de amplio espectro (imipenem, ciprofloxacilo, ofloxacilo, pefloxacina).

• Aspiración con Aguja Fina Guiada por Imagen

1. Para pacientes con síntomas persistentes y necrosis pancreática > 30%.
2. Objetivo: obtener material para cultivo y antibiograma.

• Tratamiento Antimicrobiano

1. Si el germen es gram negativo: imipenem, ciprofloxacilo, ofloxacilo o pefloxacina.
2. Si el germen es gram positivo: vancomicina.

• Corrección de Alteraciones Electrolyticas

1. Calcio, potasio y magnesio según déficit.
2. Hiperglucemia: insulina según requerimientos del paciente.

• Consideraciones

1. Monitorear la respuesta al tratamiento.
2. Ajustar el tratamiento según la gravedad de la enfermedad.
3. Coordinación interdisciplinaria para un manejo óptimo.

PANCREATITIS CRÓNICA

Se define como la inflamación prolongada del páncreas asociada a destrucción irreversible del parénquima exocrino, Fibrosis y, En fases avanzadas, Pérdida del parénquima endocrino

• Alcoholismo

• Hiperlipoproteinemia

• Hipercalcemia

• Fármacos: Azatioprina, Estatinas, etc.

CAUSAS

la causa más común de la pancreatitis crónica es el consumo de alcohol a largo plazo

ASOCIA

Obstrucción

Lesión autoinmunitaria

Factores hereditarios

CLÍNICA

• Insuficiencia pancreática y diabetes mellitus*: como resultado de la destrucción del páncreas exocrino y endocrino.

• Ataques repetidos de dolor abdominal*: de leve a moderadamente intenso.

• Dolor abdominal y de espalda persistente*: sin ataques agudos.

• Consumo excesivo de alcohol o comida*: precipita ataques.

• Uso de opiáceos u otros fármacos*: aumentan el tono del esfínter de Oddi.

DIAGNOSTICO

• Sospecha clínica

• Elevaciones de leves a moderadas en la amilasa

• Visualización de calcificaciones en el páncreas

• Pérdida de peso y edema

• Uso de opiáceos u otros fármacos*: aumentan el tono del esfínter de Oddi.

TRATAMIENTO

• Control del dolor

• Analgésicos opiáceos, antidepresivos

• Suplementos enzimáticos pancreáticos

• Los médicos a veces recomiendan que las personas tomen un antihistamínico H2 o un inhibidor de la bomba de protones junto con las enzimas pancreáticas.

• Gestión de la diabetes

Bibliografía

- Vinay Kubul Kumar, Abbas and John c. (2021). Robbin's y Cotran patología estructural y funcional
- GPC: Diagnóstico y tratamiento de pancreatitis aguda