



# Mi Universidad

## Mapa conceptual

Nombre del Alumno: Ana Karen Tolentino Martínez

Nombre del tema: PA

Parcial: 3

Nombre de la Materia: Fisiopatología

Nombre del profesor: Felipe Antonio Morales Hernández

Nombre de la Licenciatura: Enfermería

Cuatrimestre: 4

# MAPA CONCEPTUAL

15  
Mayo

## Pancreatitis aguda

Es una condición inflamatoria del páncreas, su principal etiología es la litiasis biliar, seguido de ingesta excesiva de alcohol. Cerca del 20-30 % de los pacientes presentan la forma severa de la enfermedad, la cual tiene tasas de mortalidad que alcanzan hasta el 35 %.

### Epidemiología

A nivel mundial la PA es una condición gastrointestinal relativamente común que se asocia a una morbilidad, carga de enfermedad y costo al sistema de salud. Se estima que su incidencia es de 34 por 100.000 habitantes. El riesgo de PA es mayor en hombres que en mujeres, aunque su prevalencia es más elevada en las mujeres. En cuanto a la edad, se presenta con más frecuencia en los pacientes de 60-65 años. En la población pediátrica, entre de 6-12 por 100.000 habitantes.

### Anatomía y fisiopatología

El páncreas es un órgano totalmente retroperitoneal, que pesa alrededor de 100 g, se encuentra en estrecha relación con todas las porciones del duodeno. Anatómicamente puede dividirse en cabeza, cuello, cuerpo y cola. Cumple complejas funciones exocrinas y endocrinas que incluye la neutralización del ácido gástrico, síntesis de las enzimas digestivas y liberación hormonal. El ácido pancreático está compuesto por 20 a 50 células acinares, sintetizan diversas enzimas digestivas (proteasas, lipasas, amilasas, elastasas, peptidasas).

### Etiología y factores de riesgo

Los cálculos son la principal causa de pancreatitis de 40-70 % y solo de 3 a 7 % de los pacientes con colelitiasis desarrollan pancreatitis. Tres factores fisiopatológicos se han sugerido como los iniciales: el reflujo biliar en el conducto pancreático, el edema ampular debido al paso de cálculos y la incompetencia del esfínter de Oddi secundaria al paso crónico de cálculos. La ingesta de alcohol es la segunda causa más común del 25 a 35 % y 10 % de los alcohólicos crónicos desarrollan episodios clínicos de pancreatitis aguda.

### Manifestaciones clínicas

Tienen una instauración aguda de dolor epigástrico intenso severa y persistente. Puede ubicarse en el cuadrante superior. En los casos de PA severa los pacientes pueden presentar disnea, debido a inflamación secundaria del diafragma, derrame pleurales o distrés respiratorio agudo, dolor abdominal en 97%, náuseas y vómitos en 73%. Pacientes con PA severa desarrollan fiebre, taquipnea, hipoxemia e hipotensión. 3 % de los pacientes aparecen una coloración equimótica en región periumbilical (signo de Cullen) o en los flancos (signo de Grey Turner)

### Definición y clasificación

Puede subdividirse en dos tipos según sus características histopatológicas: pancreatitis edematosa intersticial y pancreatitis necrosante. Las complicaciones de la PA incluyen la falla orgánica, complicaciones locales y complicaciones sistémicas. La falla orgánica (FO) se define evaluando tres sistemas: respiratorios, cardiovascular y renal. Se utiliza puntaje de Marshall modificado, que estipula un puntaje igual o mayor a 2 para su diagnóstico. En general, los pacientes con insuficiencia orgánica, deben ser llevados de manera prioritaria a una unidad de cuidados intensivos, para monitoreo invasivo y continuo.

### Enfoque diagnóstico

Diagnóstico de PA de al menos dos de tres criterios: 1. dolor abdominal consistente con la enfermedad, 2. evidencia bioquímica de pancreatitis y 3. hallazgos característicos en estudios de imagen abdominal. La ecografía abdominal al ingreso o en las primeras 48 horas permite evidenciar aumento del tamaño del páncreas, cambios inflamatorios peripancreáticos, coledocolitiasis, coledocolitiasis o dilatación de vía biliar. En la mayoría de los pacientes de PA, no es necesario la tomografía computarizada, sin embargo, las primeras 48-72 horas, dado por persistencia de dolor, fiebre o imposibilidad de iniciar vía oral, se debe considerar la realización de una. En cuenta a estudios de laboratorio, la medición de las enzimas pancreáticas en suero es el "están dar de oro" para el diagnóstico de la enfermedad, la amilasa, lipasa, elastasa y tripsina se liberan al torrente sanguíneo al mismo tiempo. Otros estudios de laboratorio utilizados para predecir un curso severo de la enfermedad son: nitrógeno ureico, hematocrito, lactato deshidrogenasa y la procalcitonina.

## *Nutrición*

El dogma tradicional en el tratamiento de la PA prescribía el “reposo intestinal”, en un intento de estimular el páncreas inflamado. Sin embargo, la evidencia actual demuestra beneficio en el enfoque opuesto. Se ha comprobado que mantener la nutrición enteral ayuda a proteger la mucosa intestinal y reducir la translocación bacteriana, disminuyendo así el riesgo de sobreinfección.

## *Analgesia*

Todos los pacientes con PA deben recibir algún tipo de analgesia en las primeras 24 hr, se prefiere los opioides sobre los AIMES, y de estos la hidromorfona sobre la morfina o el fentanilo en el paciente no intubado.

## *Tratamiento*

Líquidos endovenosos: La terapia con líquidos para prevenir o tratar la hipovolemia e hipoperfusión tisular, es la piedra angular del tratamiento. Los estudios de PA evaluaron la hidratación temprana (primeras 24hr) demostraron una disminución tanto en la morbilidad como la mortalidad. La hidratación intravenosa agresiva temprana (250-500ml/hr), durante las primeras 6 a 24 hr, es de suma importancia.



# PANCREATITIS AGUDA

## *colangio pancreatografía retrograda endoscópica*

En cuanto el curso rutinario de CPRE en pacientes con PA de origen biliar, una revisión sistemática de siete ECA que incluyó a 757 participantes no encontró evidencia de apoyar esta conducta. CPRE temprana rutinaria aumento significativamente la mortalidad, así como las complicaciones locales y sistémicas.

## *manejo antibiótico*

La evidencia reciente ha demostrado que los antibióticos profilácticos en pacientes con PA no están asociados a una disminución significativa de la mortalidad o morbilidad. La antibioticoterapia está indicada en el manejo de la pancreatitis aguda sobreinfectada, si indica el inicio de antibioticoterapia empírica. Los antibióticos seleccionados deben tener una adecuada penetración en el tejido pancreático.

## *Manejo percutáneo y endoscópico*

En general, los pacientes con PA no requieren intervenciones invasivas, sin embargo, existen escenarios puntuales en los cuales el paciente se puede beneficiar de los mismos.