

CURSO
actualización de
urgencias

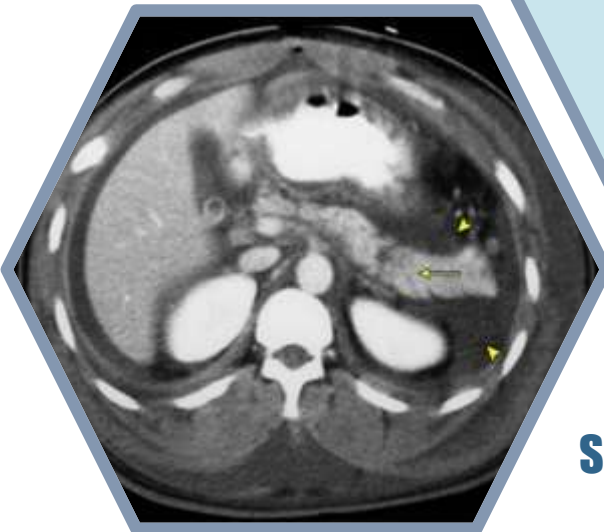
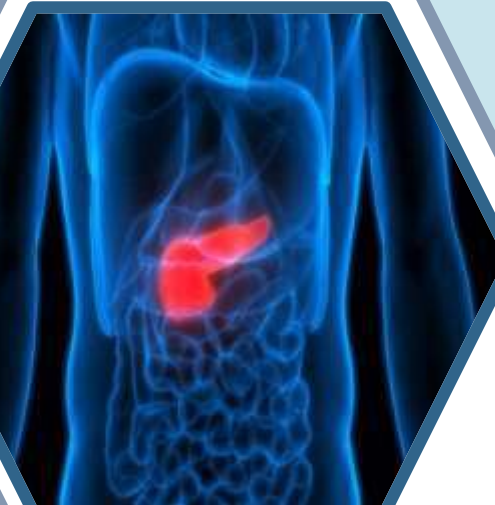
Para residentes

**Manejo inicial
en el caso de
pancreatitis
aguda
(Hidratación y
fármacos)**

Formato sesiones

Adjunto : Ana Barrientos
Castañeda

Residente: Daniel
Gutiérrez Duque



**SERVICIO DE URGENCIAS
CAULE**

Manejo inicial en el caso de pancreatitis aguda (Hidratación y fármacos)

Introducción

- Proceso inflamatorio estéril
- Activación enzimas + quimioatracción de neutrófilos → autodigestión glandular
- Proceso aséptico
- **Etiología**
 - Litiasis biliar (40-70%)
 - Alcohol (25-35%)
 - Idiopático (20%) → 2/3 microlitiasis
 - PostCPRE (2-4%)
 - Otras: tóxicas (fármacos), metabólicas (hipertrigliceridemia, hipercalcemia)

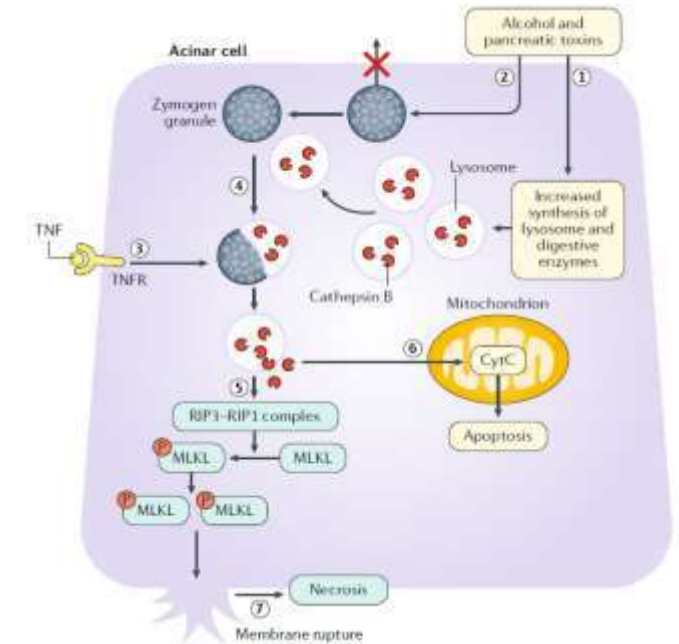


Imagen disponible en: <https://gabeents.com/2022/09/07/pancreatitis-aguda-fisiopatologia/>

Mortalidad:
Oscila entre el
3% y 17%

Manejo inicial en el caso de pancreatitis aguda (Hidratación y fármacos)

Sospecha de pancreatitis

3/13

¿Cuándo
sospechamos
de
pancreatitis?



CLÍNICA

- **Dolor abdominal en:**
 - epigastrio / hemiabdomen superior ± irradiado en cinturón o espalda
- 90%: **Náuseas, vómitos** → no mejoran el dolor
- Pancreatitis grave: Disnea, derrame pleural o SDRA



EXPLORACIÓN

- **Abdomen distendido**, ↓ RRHH, dolor a la palpación
- Rara la presencia de peritonismo



LABORATORIO

- **Amilasa sérica:** Aumento dentro de las 6 a 12 horas
- **Lipasa sérica:** Aumenta. Punto máximo : 24 h
- **Marcadores de activación autoinmune: PCR, IL-6 IL-10, TNF**



Manejo inicial en el caso de pancreatitis aguda (Hidratación y fármacos)

Diagnóstico de pancreatitis

4/13

Se deben de cumplir 2 de 3 criterios:

1. Inicio agudo del dolor epigástrico intenso irradiado hacia la espalda
2. Niveles Amilasa/Lipasa aumenta x3 del limite sup. normal 20% normal
3. Hallazgos típicos de pancreatitis aguda en prueba de imagen: →

- Ecografía abdominal, TAC, RM, ...
- TAC abdominal → **Gold standard**
 - S+E>90%
 - >72h del inicio de la clínica

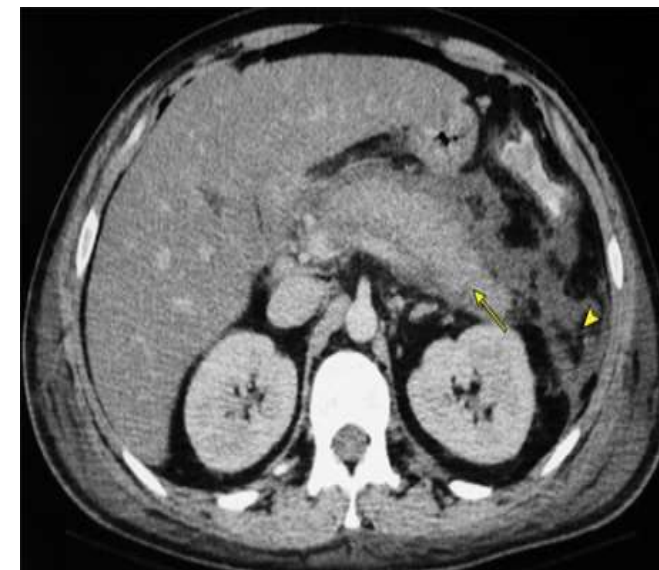
Colelitiasis



Pancreatitis edematosa intersticial



Pancreatitis necrotizante



Manejo inicial en el caso de pancreatitis aguda (Hidratación y fármacos)

Diagnóstico diferencial

Diagnóstico diferencial

Úlcera péptica

- **Dolor intermitente**
- No se irradia a espalda
- Niveles de lipasa y amilasa **normales**

Coledocolitiasis

- Antecedentes de **cálculos biliares** o manipulación biliar
- **ALT y AST elevadas**
- Niveles lipasa y amilasa normales

Colecistitis

- Dolor **epigástrico** que se irradia a espalda
- Aumento de malestar al palpar área (Signo de Muprhy)

Víscera perforada

- Dolor de aparición repentina y signos peritoneales de defensa, rigidez...
- Amilasa puede estar elevada

Obstrucción intestinal

- Dolor abdominal con anorexia, vomito, estreñimiento..
- Elevación amilasa y lipasa

Isquemia mesentérica

- Dolor periumbilical y desproporcionado
- Factores riesgo (edad avanzada, arritmias, valvulopatías ...)

Hepatitis

- Dolor CSD
- **Orina oscura**
- Prurito
- Ictericia
- Hepatomegalia dolorosa

Manejo inicial en el caso de pancreatitis aguda (Hidratación y fármacos)

Clasificación de la gravedad

- *Revisión de la clasificación de Atlanta (2012)*
 - Criterios diagnósticos
 - PA edematosa intersticial
 - PA necrohemorrágica (5-10%)
 - Gravedad
 - PA **leve**: Ausencia de insuficiencia orgánica y de complicaciones sistémicas
 - PA **moderada-grave**: Fallo orgánico que se resuelve en 48 h y/o complicaciones sistémicas.
 - PA **grave**: $FMO > 48h$

Sistema de puntuación Marshall

Sistema de órganos	Puntaje				
	0	1	2	3	4
Respiratorio (P _a O ₂ /FIO ₂)	>400	301-400	201-300	101-200	<101
Renal*					
(creatinina sérica, mol/l)	<134	134-169	170-210	311-439	>439
(creatinina sérica, mg/dl)	<1.4	1.4-1.8	1.9-2.8	3.6-4.9	>4.9
Cardiovascular (presión arterial sistólica, mm Hg)†	>90	>90, sensible a los fluidos	>90, no responde a los fluidos	>90, pH<7.3	>90, pH<7.2
Para pacientes no ventilados, la FIO ₂ se puede estimar a continuación:					
Oxígeno suplementario (litros)	FIO ₂ (%)				
Ausente o 2†	25				
4	30				
6-8	40				
9-10	50				

*Una puntuación de 2 o más en cualquier sistema define la presencia de insuficiencia orgánica.
†La puntuación para pacientes con insuficiencia renal crónica preexistente depende del grado de deterioro adicional de la función renal local. No existe una corrección formal para un suero de referencia.
Creatinina <134 μmol/l o <1.4 mg/dl.
†Sin agente vasopresor.

• Complicaciones locales

- Colección de líquido peripancreático
- Pseudoquiste pancreático
- Colección necrótica aguda
- Necrosis encapsulada

ORIGINAL ARTICLE

Classification of acute pancreatitis—2012: revision of the Atlanta classification and definitions by international consensus

Peter A Banks,¹ Thomas L Bollen,² Christos Dervenis,³ Hein G Gooszen,⁴
Colin D Johnson,⁵ Michael G San,⁶ Gregory G Tsiotos,⁷ Santis Swaroop Vege,⁸
Acute Pancreatitis Classification Working Group

A) HIDRATACIÓN INTRAVENOSA

- Primeras 24h: Reducción de morbimortalidad.
- Se recomienda 250-500ml/h de Ringer Lactato (salvo comorbilidad cardiológica o renal)
- Ajuste reevaluaciones clínicas y de constantes



- Htco, BUN, creatinina



Se evalúa mediante:

- Mejoría de los **signos vitales** (FC < 120 , PAM 65-85 mmHg)
- Producción **orina** (>0,5 a 1cc /kg/hora)
- Reducción del **Htco** (35-45 %)
- Reducción de **BUN**



Predictor de
mortalidad en las
primeras 24 h

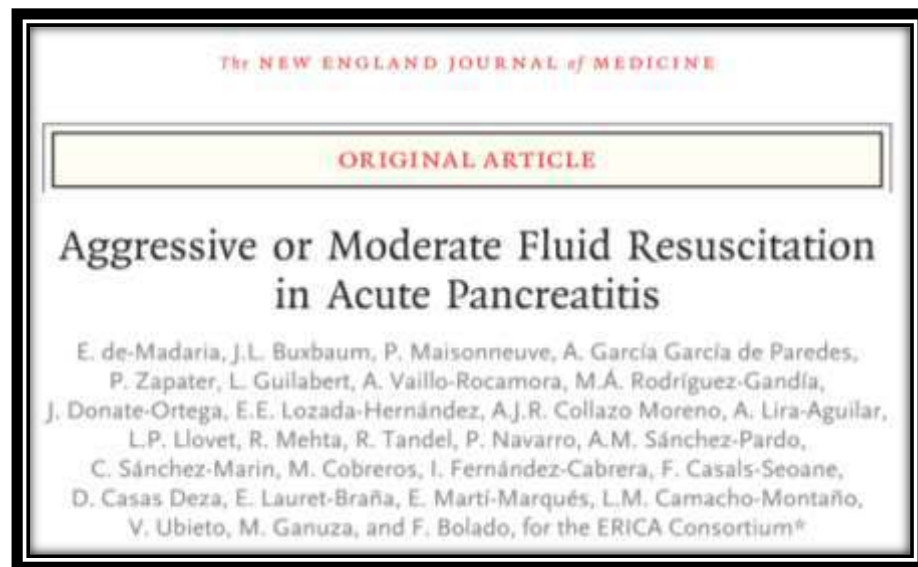
- En caso de depleción de volumen intensa (hipoTA, Taquicardia) :se emplea bolos.

Manejo inicial en el caso de pancreatitis aguda (Hidratación y fármacos)

Tratamiento inicial

Estudio WATERFALL

Ensayo clínico aleatorizado en el que se analizó el impacto de reposición de líquidos agresiva vs moderada.



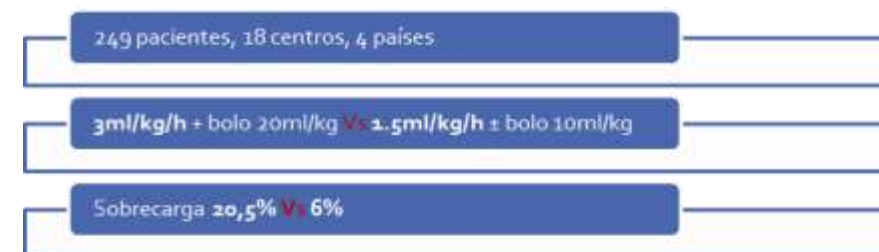
Dos grupos

Agresiva : Bolo de Ringer lactato 20 ml/kg seguido infusión 3ml/kg/h

Moderada: Bolo Ringer lactato 10 ml/kg si hipovolemia / sin bolo en normovolemia seguido de 1,5 ml/kg

Conclusión: Los pacientes con **fluidoterapia agresiva** mostraban signos de sobrecarga sin mejoría clínica.

HAY QUE HACER HIDRATACIÓN MODERADA!!



B) ANALGESIA

- Escalera analgésica de la OMS
- Los opioides son seguros y eficaces.
- Opiáceos intravenosos en forma de bomba para control adecuado del dolor (hidromorfona o fentanilo)
- **Fentanilo**: mejor perfil de seguridad
- Morfina: provoca aumento del esfínter de Oddi.
- Meperidina: provoca efectos secundarios neuromusculares y, en algunos casos, convulsiones.

OPIOIDES MAYORES MÁS UTILIZADOS EN ESPAÑA		
Nombre	Vía de administración	Liberación
MORFINA	Oral	Rápida
	Oral	Prolongada
OXICODONA	Oral	Rápida
	Oral	Prolongada
OXICODONA + NALOXONA	Oral	Prolongada
FENTANILO	Transdérmico	Prolongada
	Transmucosa (bucal, sublingual, intranasal)	Ultrarrápida
TAPENTADOL	Oral	Rápida
	Oral	Prolongada
BUPRENORFINA	Oral	Rápida
	Transdérmica	Prolongada
HIDROMORFONA	Oral	Prolongada
METADONA	Oral	Prolongada

Tabla disponible en:

https://analgesicosopioides.org/conociendo_sobre_los_analgesicos_opioides.html

C) MONITORIZACIÓN

PRIMERAS 24- 48 HORAS!!



- **Oxigenoterapia**
 - Objetivo: satO₂ 94-98%
 - IR (+ riesgo de hiperCO₂), EPOC, obesidad mórbida: satO₂ 88-92%
 - SatO₂ <85% → VM con reservorio a 15L/min
- **Producción de orina:** > 0,5 a 1cc/kg/hora
- **Iones en sangre:** Evitar hipocalcemia
- **Niveles de glucosa en sangre:** Tratar la hiperglucemia (glucosa >160 a 200) en pancreatitis grave

D) ANTIBIÓTICOS

- No están recomendados de manera profiláctica
- Su uso se asocia a mayor tasa de infecciones y creación de resistencia sin reducir incidencia, complicaciones...
- Sólo se usan si tenemos sospecha o confirmación de infección (20% pacientes).



E) NUTRICIÓN

- Se debe iniciar realimentación oral tan pronto como sea posible
- ↓ dolor abdominal + apetito + mejoría disfunción orgánica
- ① dieta sólida baja en grasas
- **Enteral:**
 - En pacientes que no toleren o hay un vaciamiento enlentecido.
 - Se debe hacer valoración de introducción al 5º día.
 - Requiere colocación radiológica o endoscópica : Sonda nasogástrica o nasoyeyunal.
- **Parenteral:**
 - Aquellos pacientes que no toleren enteral 48-72h / HD inestables

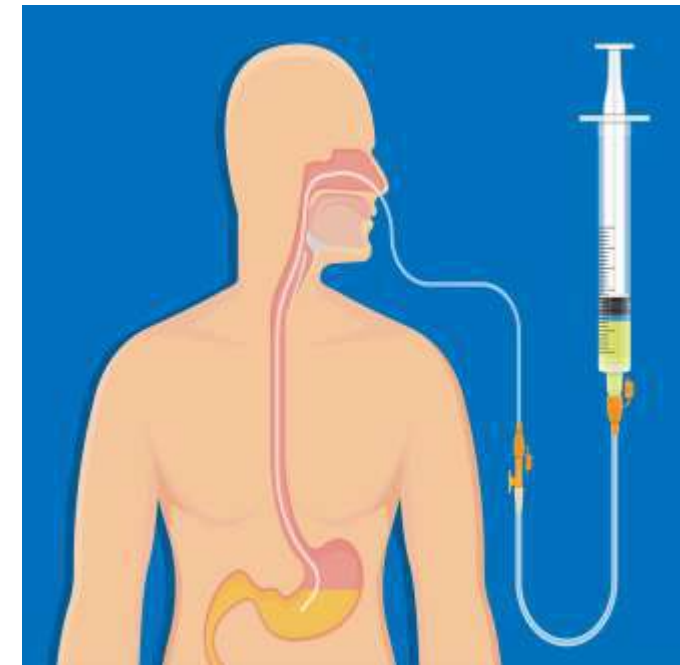


Imagen disponible en: <https://enfamilia.aeped.es/temas-salud/nutricion-enteral-parenteral-que-son-para-que-sirven>

Manejo inicial en el caso de pancreatitis aguda (Hidratación y fármacos)

Conclusiones

12/13



PUNTOS CLAVE

- Pancreatitis : Proceso inflamatorio ésteril.
- **Etiología:** Litiasis biliar (70%)
- **Clínica:** Dolor abdominal epigastrio irradiado en cinturón a espalda
- **Criterios diagnósticos y de gravedad (Clasificación de Atlanta):**

Leve , Moderada o Grave

- **Dx diferencial** (Coledocolitiasis ,colecistitis, úlcera péptica...)
- **Tratamiento:**

Hidratación :

Administración **NO agresiva** de fluidos se asocia a menor fallo orgánico, mejor pronóstico y evolución (Estudio Waterfall)

Analgesia: QUITAR EL DOLOR → Opiodes

Dieta : Oral , enteral y parenteral

Antibióticos: Sólo si infección

Manejo inicial en el caso de pancreatitis aguda (Hidratación y fármacos)

Bibliografía

1. **Santhi Swaroop Vege, MD. Clinical manifestations and diagnosis of acute pancreatitis - UpToDate [Internet]. 2022 [citado 22 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-diagnosis-of-acute-pancreatitis>**
2. **Banks PA, Bollen TL, Dervenis C, Gooszen HG, Johnson CD, Sarr MG, et al. Classification of acute pancreatitis--2012: revision of the Atlanta classification and definitions by international consensus. Gut. enero de 2013;62(1):102-11.**
3. **de-Madaria E, Buxbaum JL, Maisonneuve P, García García de Paredes A, Zapater P, Guilabert L, et al. Aggressive or Moderate Fluid Resuscitation in Acute Pancreatitis. N Engl J Med. 15 de septiembre de 2022;387(11):989-1000.**
4. **Santhi Swaroop Vege, MD. Management of acute pancreatitis - UpToDate [Internet]. 2022 [citado 22 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/management-of-acute-pancreatitis>**
5. **de-Madaria E, Buxbaum JL. Advances in the management of acute pancreatitis. Nat Rev Gastroenterol Hepatol. 21 de junio de 2023;1-2.**