

## Pancreatitis aguda: abordaje en urgencias



### 2/3 Criterios diagnósticos

Clínico + Laboratorial = 80% Estudios de Imagen

Dolor abdominal constante, con irradiación a espalda, torax o flancos, intenso, tipo cólico, náuseas y vómitos.

Elevación de amilasa o lipasa 3 veces el límite superior.  
Aumento de bilirrubinas, PFH, DHL: patrón obstructivo.

USG de hígado y vías biliares para buscar etiología.  
TAC abdominal contrastada en las 48 hrs a 72 hrs de inicio de la sintomatología.  
RMN

### Clasificación de subtipos

Pancreatitis edematosa intersticial  
Pancreatitis necrotizante

Afectación difusa o localizada: inflamación de grasa peripancreática, líquido peripancreático.

Necrosis del parénquima y tejido pancreático.

<4 semanas: colección única o múltiple, sin necrosis.

>4 semanas: pseudoquistes (colección encapsulada homogénea).

<4 semanas: colecciones necróticas, heterogéneas, sin densidades líquidas.

>4 semanas: necrosis fuera de la pared.

### Clasificaciones de severidad y riesgo

**Atlanta modificado:** leve, moderado, grave: según disfunción orgánica y complicación local.  
**BISAP:** gravedad y mortalidad: Urea <25 mg/dl, deterioro del estado mental, edad >60 años, derrame pleural, SIRS.  
**Baltazar:** tomográfico A, B, C, D, E.  
**Severity index:** grado y extensión de necrosis.  
**Ranson:** gravedad y pronostico, estadificación al ingreso y a las 48 hrs de tratamiento.  
**APACHE II:** mortalidad hospitalaria, mide deterioro agudo.  
**MODS:** falla orgánica, evaluación diaria, permite medición de disfunción de 6 órganos.

### Tratamiento

**Objetivos:** FC <120 lpm, PAM 65-85 mmHg, uremis >0.5 ml/kg/hr, Hematocrito 35-44%, revalorar cada 6 hrs.  
**Terapia hídrica:** 1hr a 72 hrs iniciales:  
APA: 5-10 ml/kg/hr Ringer lactato  
QIEP: >3 ml/kg/hr (no cardiopatas, renales, cuidar sobrecarga)  
**SopORTE nutricional:** preferir nutrición enteral, iniciar en las primeras 12 hrs a 72 hrs, al tolerar y sin dolor.  
**Antimicrobianos:** no existe evidencia firme para indicar antibiótico profiláctico o en una necrosis aséptica. La única indicación es la presencia de una infección documentada o asociada (neumonía asociada a ventilación, colangitis, IVU).  
**CPRE:** en origen biliar, litiasis en colédoco, colangitis. 24 hrs a 4 semanas de iniciados los síntomas.  
**Abordaje quirúrgico:** necrosis pancreática infectada, retrasarse lo más posible.

DRA YESICA EDITH AGUILERA CONTRERAS MB MU HGR46  
DRA ARIANA MELINA SALCEDO CHITICA RI MU HGR46

**Bibliografía:**  
American Gastroenterological Association Institute Guideline on Initial Management of Acute Pancreatitis; Seth D. Crockett, Sachin Wani, Timothy B. Gardner, Yngve Falck-Ytter, Alan N. Barkun, Gastroenterology 2018;154:1096-1101  
Acute Pancreatitis A Review; Michael A. Moderos, MD; Howard A. Reber, MD; Mark D. Girgis, MD, JAMA January 26, 2021 Volume 325, Number 4  
Acute pancreatitis; Lotte Boshuizen, Rogier P Voermans, Steffen A Bouwense, Marco J Bruno, Robert C Verdonk, Marja A Boermeester, Hjalmar C van Santvoort, Marc G Besselink, www.bhlanet.com Vol 396 September 5, 2020