



**UTMACH**

UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE CIENCIAS MÉDICAS

TEMA:

PANCREATITIS AGUDA. UNA EMERGENCIA QUE REQUIERE HOSPITALIZACIÓN INMEDIATA. ¿CUÁLES SON CAUSAS Y FACTORES DE RIESGO? ¿CUÁLES SON LOS MÉTODOS DIAGNÓSTICOS?

TRABAJO PRÁCTICO DEL EXAMEN COMPLEXIVO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MÉDICO

AUTOR:

MEJIA SUAREZ ELIANA ESTEFANIA

MACHALA - EL ORO

## **CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR**

Yo, MEJIA SUAREZ ELIANA ESTEFANIA, con C.I. 0706371713, estudiante de la carrera de CIENCIAS MÉDICAS de la UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD de la UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MACHALA, en calidad de Autor del siguiente trabajo de titulación PANCREATITIS AGUDA. UNA EMERGENCIA QUE REQUIERE HOSPITALIZACIÓN INMEDIATA. ¿CUÁLES SON CAUSAS Y FACTORES DE RIESGO? ¿CUÁLES SON LOS MÉTODOS DIAGNÓSTICOS?

- Declaro bajo juramento que el trabajo aquí descrito es de mi autoría; que no ha sido previamente presentado para ningún grado o calificación profesional. En consecuencia, asumo la responsabilidad de la originalidad del mismo y el cuidado al remitirme a las fuentes bibliográficas respectivas para fundamentar el contenido expuesto, asumiendo la responsabilidad frente a cualquier reclamo o demanda por parte de terceros de manera EXCLUSIVA.
  
- Cedo a la UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MACHALA de forma NO EXCLUSIVA con referencia a la obra en formato digital los derechos de:
  - a. Incorporar la mencionada obra al repositorio digital institucional para su democratización a nivel mundial, respetando lo establecido por la Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0), la Ley de Propiedad Intelectual del Estado Ecuatoriano y el Reglamento Institucional.
  - b. Adecuarla a cualquier formato o tecnología de uso en internet, así como incorporar cualquier sistema de seguridad para documentos electrónicos, correspondiéndome como Autor(a) la responsabilidad de velar por dichas adaptaciones con la finalidad de que no se desnaturalice el contenido o sentido de la misma.

Machala, 20 de noviembre de 2015

---

MEJIA SUAREZ ELIANA ESTEFANIA

C.I. 070637171

## **CERTIFICACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

Yo, **ELIANA ESTEFANIA MEJÍA SUÁREZ**, autora del siguiente trabajo de titulación: **“PANCREATITIS AGUDA. UNA EMERGENCIA QUE REQUIERE HOSPITALIZACIÓN INMEDIATA. ¿CUÁLES SON CAUSAS Y FACTORES DE RIESGO? ¿CUÁLES SON LOS MÉTODOS DIAGNÓSTICOS?”**. Declaro que la investigación, ideas, conceptos, procedimientos y resultados obtenidos en el siguiente trabajo son de mi absoluta responsabilidad.

---

**ELIANA ESTEFANIA MEJÍA SUÁREZ**  
**C.I. 0706371713**

## **DEDICATORIA**

Este trabajo de titulación está dedicado a mi querida hija y a mis padres, pilares fundamentales de mi vida ya que siempre estuvieron impulsándome en los momentos más difíciles de mi carrera y por que el orgullo que sienten por mí, fue lo que me hizo ir hasta el final. Su tenacidad y lucha insaciable, han hecho de ellos el gran ejemplo a seguir y destacar, no solo para mí sino para mis hermanas y familia.

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios por ser mi padre, confidente y regalarme cada maravilloso día para cumplir todas mis metas. A todas aquellas personas, en especial a mis padres, que ha sido parte de mi historia y que disfrutaban cada logro alcanzado; quienes a lo largo de toda mi vida han apoyado y motivado mi formación académica, creyeron en mí en todo momento y no dudaron de mis habilidades. A mis profesores a quienes les debo gran parte de mis conocimientos, gracias a su paciencia y enseñanza y finalmente un eterno agradecimiento a esta prestigiosa universidad la cual abrió sus puertas a jóvenes como nosotros, preparándonos para un futuro competitivo y formándonos como personas de bien.

# **“PANCREATITIS AGUDA. UNA EMERGENCIA QUE REQUIERE HOSPITALIZACIÓN INMEDIATA. ¿CUÁLES SON CAUSAS Y FACTORES DE RIESGO? ¿CUÁLES SON LOS MÉTODOS DIAGNÓSTICOS?”**

Autora: Eliana Estefania Mejía Suárez

## **RESUMEN**

El objetivo general es determinar los factores de riesgo, causas más potenciales y métodos de diagnóstico de pancreatitis aguda. La pancreatitis aguda (PA) es una enfermedad frecuente que puede asociarse a una considerable morbilidad (15-20% de los casos) y es potencialmente mortal (5%). Siendo las causas más frecuentes de PA son la litiasis biliar seguida del alcoholismo. El diagnóstico se basa generalmente en la presencia de dolor abdominal típico junto a una elevación de las enzimas pancreáticas en sangre, aunque en ocasiones se precisa del apoyo de pruebas de imagen. Se debe tener en cuenta que otros cuadros abdominales pueden simular una PA, al presentarse con dolor abdominal e hiperamilasemia. El manejo se basa en medidas de soporte vital, monitorización del paciente durante los primeros días de ingreso, alivio del dolor y tratamiento de las complicaciones. Una adecuada predicción precoz de la gravedad de la PA nos permitirá seleccionar a aquellos pacientes con mayores probabilidades de complicaciones, y seguirlos más estrechamente.

**PALABRAS CLAVES:** 1. pancreatitis aguda, 2. tratamiento, 3. diagnóstico, 4. pronóstico, 5. epidemiología.

**"ACUTE PANCREATITIS. AN EMERGENCY REQUIRING IMMEDIATE HOSPITALIZATION. WHAT ARE THE CAUSES AND RISK FACTORS? WHAT ARE THE DIAGNOSTIC? "**

### **ABSTRACT**

The overall objective is to determine the risk factors , but potential causes and methods of diagnosis of acute pancreatitis. Acute pancreatitis (AP) is a frequent disease associated with a considerable morbidity (15-20%) and potentially mortal (5%). The most frequent etiologies are gallstones and alcoholism. The diagnosis is based on the presence epigastric pain together with increased serum levels of pancreatic enzymes (amy and lipase); sometimes it is necessary to perform cross-sectional imaging to confirm the diagnosis (to rule out other causes of abdominal pain in case of atypical symptoms or when enzymes are not increased). Currently there is no specific treatment to improve outcome in AP so management is mainly based in vital support, analgesia and treatment of complications. The patient must be closely monitored during the first days of hospital admission to detect organ failure. An early prediction of severity is helpful to detect those patients with increased risk of complications.

**Keywords:** 1. Acute pancreatitis,2.Diagnosis,3.treatment,4 Prognosis,5 Epidemiology

## INTRODUCCIÓN

La pancreatitis aguda, es un cuadro clínico inflamatorio, que se presenta con dolor abdominal agudo, de una gravedad clínica cambiante y es motivo común en la consulta médica de urgencias. Se puede manifestar un cuadro crónico con recaídas, lo usual es la presentación aguda que advierte en su mayoría hospitalización, y en algunos casos, se necesitan de cuidados intensivos o tratamientos quirúrgicos.

Las principales causas de pancreatitis aguda son la litiasis biliar seguida del alcoholismo. En los Estados Unidos, existen aproximadamente cerca de 250.000 casos; sin embargo en los europeos existen 70.000. El 20% posee una gravedad clínica de los cuales el 20% representa su mortalidad. El diagnóstico se basa principalmente en la clínica, resultados de laboratorio, técnicas de imagen y la tomografía computarizada dinámica; lo cual ha determinado un avance en la clasificación morfológica, a la evaluación de la gravedad y en el manejo de los obstáculos.

Existen múltiples causas de pancreatitis aguda, según estudios europeos y norteamericanos se ha establecido que las causas más frecuentes son la litiasis biliar representando un 50%; y el consumo de alcohol en un 25%; al contrario las causas poco frecuentes (5%) son los fármacos entre estos tenemos al valproato, esteroides, azitioprina, la colangiopancreatografía endoscópica retrógrada endoscópica, la hipertrigliceridemia, hipercalcemia, alteraciones genéticas como el páncreas divisum y algunas infecciones de causa viral como paperas, virus de Coxsackie, etc.(1)

Por lo general el 10% de los pacientes presentan pancreatitis aguda idiopática debido a su causa idiopática.

## DESARROLLO

### 1. PANCREATITIS AGUDA

#### 1.1 FACTORES DE RIESGO Y CAUSAS POTENCIALES

- **LITIASIS BILIAR**

La causa mas frecuente de la pancreatitis aguda es la litiasis biliar en un 35-40%, incluida las microlitiasis y el barro biliar. El riesgo de presentar pancreatitis aguda en pacientes con colelitiasis es mas frecuente en varones y en casos de litiasis de pequeño tamaño. Se investigara de etiología biliar de una pancreatitis si el paciente ha presentado un cuadro clínico caracterizado por cólicos biliares, si existe alteración transitoria del perfil hepático durante las primeras 48 horas iniciales de pancreatitis aguda y si se sospecha colelitiasis o barro biliar mediante una ecografía abdominal. (2)

Existen componentes de riesgo para el desarrollo de litiasis biliar, la edad, sexo principalmente en mujeres, el embarazo, obesidad, fármacos como estrógenos, nutrición parenteral, ceftriaxona entre otros; además son factores de riesgo la obesidad y ciertas enfermedades como la hipertrigliceridemia, la hipercalcemia la resección ileal.

La pancreatitis aguda por litiasis biliar produce obstrucción impidiendo la salida del jugo pancreático. La mayoría de las litiasis que se asocian a una pancreatitis aguda son producidas cuando el lito es inferior a 5 mm, el cual puede transitar a través del conducto cístico y así poder localizarse en el conducto colédoco.

Las microlitiasis y la colesterolosis vesicular se asocian al desarrollo de pancreatitis aguda y por lo tanto se determina que gran parte de las pancreatitis agudas aparentemente son idiopáticas.

Existen algunos casos se expresa que en la coledocolitiasis se produce pancreatitis aguda que produce complejidades como colangitis e ictericia. Tras el diagnostico de pancreatitis aguda de causa biliar se realiza colecistectomía para evitar nuevos episodios.(4)

Cuando se presentan pseudoquistes o colecciones agudas se recomienda esperar su reabsorción para realizar una colecistectomía y realizar un tratamiento quirúrgico del pseudoquiste si se lo llegara a necesitar.

Según varias investigaciones han determinado que el papel causal del desarrollo de pancreatitis aguda son las microlitiasis. Cerca del 60% de los pacientes presentan pancreatitis aguda de origen idiopático; a través de un examen microscópico de la bilis se determina que los microlitos se presentan en forma de cristales de monohidrato de colesterol o bilirrubinato cálcico.

- **ALCOHOL**

El alcohol, es considerado como la segunda causa habitual de Pancreatitis Aguda representando un 30%. En estos pacientes muy frecuentemente presentan una pancreatitis crónica de base, que suele ser complicado de diagnosticar por presentarse con cambios mínimos. El consumo de alcohol de > 50-60 g/día de forma crónica, o un incremento puntual manifiestan catalogar el alcohol como agente causante.

La pancreatitis aguda de origen por alcohol no se encuentra relacionada a consumos altos; se estima que consumir cinco o más bebidas alcohólicas en el día por dos décadas de forma prolongada parece ocasionar dicha enfermedad. (Puentes, Prieto, 2014)

El paciente con alcoholismo crónico ocasiona lesiones a nivel de los receptores muscarínicos de páncreas, duodeno y esfínter de Oddi, generando una sensibilidad muy alta a la acetilcolina y produciendo un aumento del flujo pancreático, además provoca una hipertonicidad en duodeno y relajación del esfínter de Oddi por lo que ocasionaría un reflujo duodeno- pancreático. (4)

## **OBSTRUCCIÓN AL FLUJO PANCREÁTICO POR CAUSAS DIFERENTES DE LA LITIASIS BILIAR.**

- **TUMORES**

La neoplasia mucinosa papilar intraductal produce un aumento en el sistema pancreático ductal provocando moco lo que permite la obstrucción del flujo pancreático y ocasionar pancreatitis aguda.

- **ALTERACIONES ANATÓMICAS**

Son alteraciones anatómicas como es el caso del páncreas divisum es una anomalía congénita más. En muchos casos, provoca ningún problema es de etiología desconocida, páncreas anular, divertículos duodenales y coledococelo, entre muchos otros.

- **ALTERACIONES FUNCIONALES**

Entre estos tenemos a la hipertoniá o fibrosis del esfínter de Oddi

- **YATROGENIA**

El 2 al 5% de las colangiopancreatografías retrógradas endoscópicas (CPRE) provocan una pancreatitis aguda notable. La (CTPH) colangiografía transparietohepática cuando manipula el colédoco distal puede provocar una pancreatitis aguda; de igual manera la cirugía abdominal y cardíaca.

- **METABÓLICAS**

Cuando existe hipertrigliceridemia a partir de un nivel de 500 mg/dl; especialmente a partir de 1000 mg/dl ocasiona pancreatitis. El cuadro clínico se basa en presentar xantelasmas y el nivel de amilasa se encuentra en el rango normal. Es por eso que es recomendable establecer los niveles de triglicéridos en los primeros días; en cuanto a la hipercalcemia se ha relacionado con episodios de pancreatitis en pacientes con hiperparatiroidismo.

La hipercalcemia secundaria a hiperparatiroidismo primario es una causa peculiar de pancreatitis aguda, con una prevalencia documentada de 1.5 a 8%. La pérdida del mecanismo regulador de paratohormona y la hipercalcemia benefician el depósito de calcio en los conductos pancreáticos y la activación de enzimas pancreáticas son posiblemente los factores precipitantes. (3)

- **INFECCIONES**

La pancreatitis aguda es causada por distintos agentes infecciosos y virales entre ellos tenemos:

- Virus de inmunodeficiencia humana
- Citomegalovirus

- parotiditis
- Coxsackie
- Virus de Epstein Barr
- Rubeola
- Varicela

• Parásitos: áscaris lumbricoides, Fasciola hepatica.

• Bacterias: Mycoplasmaspp, Salmonella spp, Campylobacterspp, Legionellaspp,

Leptospiraspp., Mycobacterium tuberculosis.

### • FÁRMACOS

Azatioprina y 6-MP, citarabina, L-asparaginasa, antirretrovirales (didanosina, zalcitabina), antibióticos como ( tetraciclinas, sulfamidas, metronidazol, nitrofurantoina, pentamidina, eritromicina ), diuréticos ( furosemida, tiacidas), estrógenos, ácido valproico.

**TOXICOS:** entre estos tenemos veneno de escorpión y órganos fosforados

**POSTQUIRURGICOS:** como es la cirugía cardíaca y abdominal.

**VASCULARES:** Como son las vasculitis como el lupus eritematoso sistémico, panarteritis nodosa, además la hipertensión arterial maligna, hipotensión.

La incidencia de pancreatitis aguda tiene un índice elevado en pacientes en diálisis peritoneal y hemodiálisis.

## 2. MÉTODOS DE DIAGNÓSTICOS DE PANCREATITIS AGUDA

### EVALUACION DIAGNÓSTICA: SIGNOS Y SINTOMAS

- **DOLOR ABDOMINAL:** es brusco, de intensidad creciente en epigastrio con irradiación hacia ambos hipocondrios, y como una puñalada hacia la espalda, relacionado con la ingesta de alcohol comida y fármacos. Mejora con a flexión del tronco hacia adelante. En contadas ocasiones la pancreatitis puede ser indolora.

- Las **nauseas y vómitos** son debidos a la hipomotilidad gástrica y a la peritonitis química. Se manifiestan tipo biliosos; cuando el vomito es abundante de origen gástrico indica una obstrucción litiasica a nivel de la papila.
- **DISTENSION ABDOMINAL:** se presenta por ausencia del paso de heces y gases por lo tanto al realizar el examen físico los ruidos hidroaéreos están ausentes
- **Taquicardia, hipotensión**
- **FIEBRE:** tiene su origen toxico e inflamatorio de tipo no infeccioso.
- Existe hipersensibilidad y rigidez muscular abdominal, al examen físico los ruidos hidroareos están disminuidos.
  
- **Signos de origen pulmonar:** al examen físico existe presencia de estertores crepitantes, atelectasias y derrame pleural siendo más frecuente en campo pulmonar izquierdo
  
- **SCHOCK:** Se presenta por el siguiente mecanismo
  - ✓ Mayor formación y liberación de péptidos que provocan aumento de la permeabilidad vascular
  - ✓ Hipovolemia debido a exudación de proteínas plasmáticas
  - ✓ Efectos sistémico de enzimas proteoliticas.
  
- **Signo de Cullen y Turner:** en la pancreatitis necrotizante al producirse la infiltración sanguínea en epiplón menor y ligamento redondo se produce una coloración azulada a nivel periumbilical (signo de Cullen ) y en flancos ( signo de Grey Turner).
- **Ictericia:** se presenta en casos leves siendo causa la obstrucción litiasica de la papila. En casos graves es debido a una falla hepática temprana.
- **FALLA MULTIORGANICA:** Se presenta luego de las 72 horas de evolución; el dolor y los vómitos disminuyen, en ataques graves se presentan signos de falla multiorganica.
- **FLEMON PANCREATICO:** Signo tardío del examen físico y corresponde al páncreas y tejido peripancreatico inflamado. Es una colección liquida de gran tamaño que se presenta como una masa palpable. (5)

## EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

### A) DATOS DE LABORATORIO

**1. AMILASA:** su valor se eleva entre dos a 12 horas del comienzo del dolor y se normaliza al segundo y quinto día. Puede aumentar 3 veces superiores al valor normal, se debe tener en cuenta que la amilasa se eleva en procesos extra abdominales e intra abdominales.

**2. LIPASA:** Presenta sensibilidad de 94% y especificidad de 96% que la amilasa total. Se eleva en el primer día y los niveles plasmáticos se encuentran aumentados más que el tiempo de los de la amilasa.

La determinación simultanea de amilasa y lipasa tiene una sensibilidad y especificidad > 95%.

### 3. AMILASURIA Y TASA DE ACLARACIÓN DE AMILASA/CREATININA

Es probable diagnosticar enzimas en orina en muestras de 24 horas. Estas especificaciones no son de elección ya que el perfil sintomático del paciente con pancreatitis demuestra adquisición de muestras séricas.

La amilasa urinaria como la tasa de aclaración de amilasa/creatinina no se adelantan en la sensibilidad ni tampoco en la especificidad por la determinación de aquella nivelación a nivel sanguínea de amilasa.

### 4. OTROS DATOS ANALÍTICOS:

Hematocrito, leucocitosis con desviación a la izquierda, elevación de la relación urea/creatinina, hiperglucemia sin cetoacidosis, presión de oxígeno disminuido, déficit de bases, hipocalcemia, hipoalbuminemia, elevación de lactato deshidrogenasa, transaminasa oxálica y piruvica, hiperbilirrubinemia, fosfatasa alcalina elevada, triglicéridos aumentados, Proteína C Reactiva (PCR).

### B) ELECTROCARDIOGRAMA:

Se utiliza para suprimir que aquel dolor sea provocado por cardiopatía isquémica, identificar la situación basal del paciente y sobre todo valoración de aquellos cambios en caso de fallo cardiaco.

## **C) PRUEBAS DE IMGENOLOGIA**

### **RADIOGRAFIA SIMPLE DE TORAX**

Nos permite observar derrame pleural y atelectasias laminares del lado izquierdo, insuficiencia cardiaca congestiva, entre otros.

### **RADIOGRAFIA SIMPLE DE ABDOMEN**

Imágenes cálcicas en hipocondrio derecho en pancreatitis de origen biliar en área pancreática (L1-L2) sobre una pancreatitis crónica; signo de la interrupción del colon, litiasis biliar calcificada, calcificaciones pancreáticas o ascitis. De esta manera nos permite establecer un diagnostico diferencial con otras patologías abdominales como son la perforación de la víscera hueca, isquemia intestinal y oclusión intestinal.

#### **○ ECOGRAFIA ABDOMINAL**

Se realiza durante las primeras 12 horas de la hospitalización con sospecha clínica de pacientes con pancreatitis aguda.

Su principal significado reside en pacientes con ataques reiterados de pancreatitis para impulsar establecerlos siempre que la causa sean cálculos biliares.

### **TOMOGRAFIA COMPUTARIZADA ABDOMINAL DINAMICA**

Este método nos permite determinar el diagnostico de pancreatitis aguda. Su objetivo consiste en administra un medio de contraste intravenoso que nos permite diferenciar entre la pancreatitis intersticial y la necrozante.

Es necesaria la estabilización hemodinámica del paciente para su realización y nefroproteccion si es que lo necesita.

Las indicaciones para realizarse una tomografía computarizada abdominal dinámica son las siguientes:

- Sepsis
- Falla orgánica múltiple
- Duda diagnostica
- Deterioro clínico

- Sospecha de necrosis pancreática

Es recomendable realizar seguimiento tomográficos en pacientes con deterioro sistémico. Quienes tengan sospecha de complicaciones asintomáticas como pseudoquiste o pseudoaneurisma pancreático, es necesario obtener la tomografía antes de su egreso hospitalario.

Indicaciones para la realización urgente de tomografía:

- a) Hallazgos clínicos y bioquímicos; presencia de signos abdominales que indican un grave cuadro abdominal (perforación de víscera hueca, oclusión intestinal, aneurisma de la aorta abdominal)
- b) pancreatitis aguda con falla orgánica, como presión arterial sistémica < 90mmHg, PaO<sub>2</sub> <60mmHg, creatinina > 2 mg/dl o hemorragia digestiva superior a 500 ml en 24 horas.
- c) puntuación de tres o más según criterios de Ranson o Glasgow.
- d) impresión clínica de gravedad.

Cuando no se cumplen los criterios establecidos, no se realiza la práctica de la tomografía abdominal para la determinación grave de la pancreatitis aguda.

### **COLANGIOPANCREATOGRAFIA RETROGRADA ENDOSCOPICA Y ESFINTEROTOMIA**

Está indicada en las primeras 72 horas del comienzo del dolor en casos de pancreatitis aguda grave de casusa biliar con:

- a) colangitis
- b) ictericia con bilirrubinas mayor > 3 mg /dl
- c) dilatación del colédoco.

Se la realiza cuando el paciente se encuentra hospitalizado y no se la debe realizar en la emergencia.

## **RESONANCIA MAGNETICA Y COLANGIOPANCREATOGRAFIA MAGNETICA**

La resonancia magnética y la colangiopancreatografía magnética son procedimientos diagnósticos, que sirven durante la evaluación de la gravedad en casos seleccionados.

La colangiopancreatografía por resonancia magnética es una alternativa para la evaluación del páncreas, de los conductos pancreáticos y vías biliares.

En los niños con pancreatitis aguda se ha podido visualizar el conducto pancreático y cuando esta es secundaria a litiasis del conducto biliar común es identificada en un 96%.

Por último, es sumamente importante destacar que a través de la colangiopancreatografía también pueden surgir malformaciones estructurales de la vía pancreatobiliar en aquellos niños con suposición de pancreatitis aguda.(4)

### **CONCLUSIONES:**

La determinación de la amilasa y lipasa sérica, así también como el hecho de que se ha comprobado que algunas enzimas pancreáticas no se constituye el diagnóstico de la pancreatitis aguda, haciendo que hoy las informaciones de laboratorio sean las más utilizadas. En el presente cuadro clínico, el incremento de estas enzimas sobre los límites establecidos es generalmente suficiente para la confirmación del respectivo diagnóstico.

Aquellos fines planteados sobre los métodos de imágenes con sus respectivos diagnósticos pueden ser de gran utilidad en algunos casos en los que la clínica no sea muy clara, pero es rescatable conocer y analizar que la sensibilidad diagnóstica de estos examen en la pancreatitis aguda, es demasiada limitada, en donde su hallazgo normal en las mismas no rechaza el diagnóstico de una enfermedad aguda.

## **RECOMENDACIONES**

La realización de un diagnóstico oportuno de pancreatitis aguda, permite mejorar el pronóstico y sobre todo en este diagnóstico se basa en aquellas características epidemiológicas y clínicas de los pacientes.

- Continuar con la presentación de datos sobre pancreatitis por parte de las instituciones responsables de este tipo de pacientes, así se reflejara el verdadero impacto de esta enfermedad.
- Poseer una alta sospecha diagnóstica de la enfermedad ante la litiasis biliar siendo la principal causa de pancreatitis aguda.

## REFERENCIA BIBLIOGRAFICA:

1. Jaume Boadas, Joaquin Balsells, Juli Busquets, Antoni Codina-Bd, Anna Darnelle, Francisco Garcia-Borobias. Valoración y tratamiento de la pancreatitis aguda. Documento de posicionamiento de la Societat Catalana de Digestologia, Societat Catalana de Cirurgia y Societat Catalana de Pàncrees. Gastroenterol Hepatol. 2014, Elsevier España. Pag 15  
Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0210570514002465>
2. D Johnson, M G Besselink, R Carter. Pancreatitis aguda. Evaluación, diagnóstico y tratamiento. Intramed 2015 pag 6 .Disponible en :  
<http://www.intramed.net/contenidoover.asp?contenidoID=85078&pagina=2>
3. Dra. Alina Breijo Puentes, Dr. Juan Andrés Prieto Hernández. Pancreatitis Aguda. Artículo de Revisión. Intramed Journal 2014 Vol. 3 / Número 2 Pag 14. Disponible en: [http://journal.intramed.net/index.php/Intramed\\_Journal/article/viewFile/332/133](http://journal.intramed.net/index.php/Intramed_Journal/article/viewFile/332/133)
4. E. de-Madaria Pascual y J. Martínez-Sampere. Pancreatitis aguda. Medicine. 2012;11(8):457-64 Disponible en:  
[http://www.aegastro.es/sites/default/files/archivos/ayudaspracticadas/42\\_Pancreatitis\\_aguda.pdf](http://www.aegastro.es/sites/default/files/archivos/ayudaspracticadas/42_Pancreatitis_aguda.pdf)
5. JULIO ALBERTO NIETO, MD1, SAMUEL JESÚS RODRÍGUEZ, MD2. Manejo de la pancreatitis aguda: guía de práctica clínica basada en la mejor información disponible. Rev Colomb Cir. 2010;25:76-96. Disponible en:  
[http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S201175822010000200003&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S201175822010000200003&script=sci_arttext)

## ANEXOS

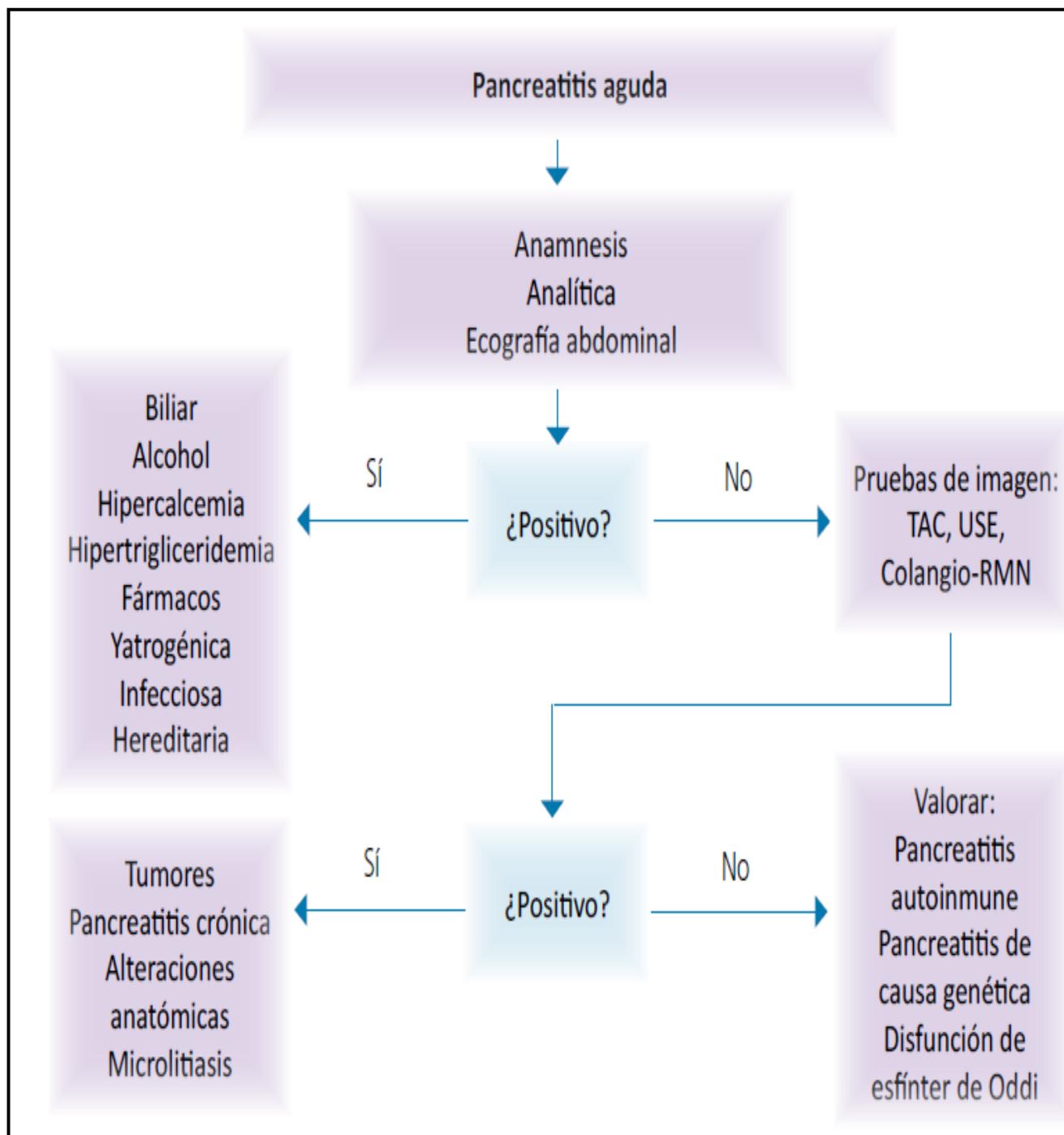


Figura 1. Estudio etiológico de la pancreatitis aguda. (Enrique de Madaria, Juan F. Martínez Sempere. 2012)

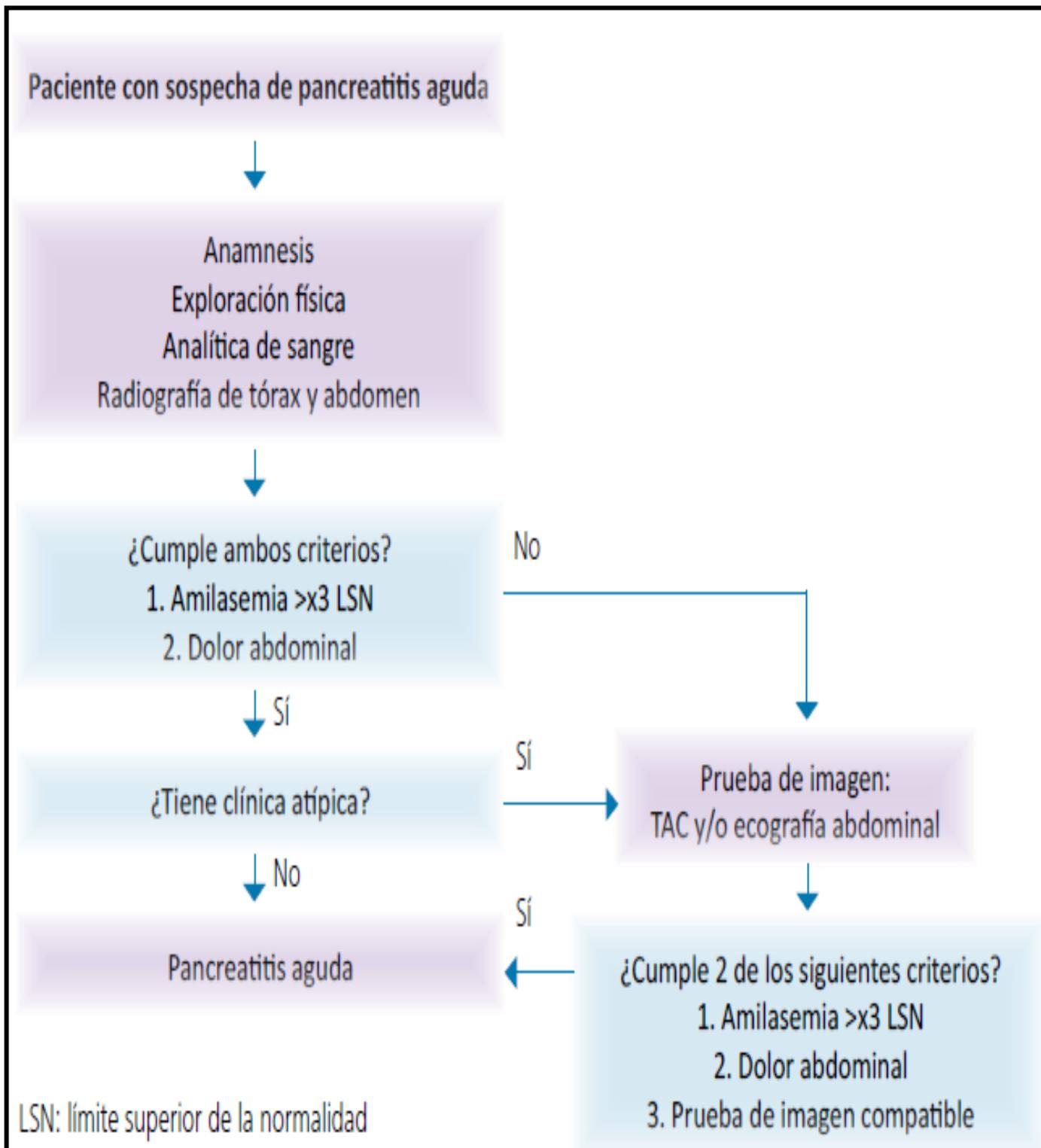


Figura 2. Algoritmo diagnóstico en la pancreatitis aguda. (Enrique de Madaria, Juan F. Martínez Sempere. 2012)

<b>Tabla 1. Causas de elevación de la amilasa sérica (total).</b>	
<b>Procesos abdominales</b>	<b>Procesos no abdominales</b>
Pancreatitis aguda y crónica - Pseudoquiste pancreático - Absceso pancreático - Cáncer de páncreas - Litiasis pancreática - Traumatismo abdominal - Post-CPRE - Hepatitis aguda y crónica - Cirrosis hepática - Colecistitis aguda - Obstrucción de la vía biliar - Úlcera péptica penetrada a páncreas - Obstrucción intestinal - Isquemia intestinal - Perforación de víscera hueca - Cáncer de ovario y colon - Salpingitis, endometritis - Rotura de embarazo ectópico - Peritonitis - Rotura de aneurisma / disección de aorta - Alcoholismo con clínica abdominal - Cirugía abdominal - Estado postoperatorio	Lesión de glándulas salivares - Insuficiencia renal - Infección VIH - Cetoacidosis diabética - Grandes quemados - Macroamilasemia - Neoplasia de pulmón - Anorexia nerviosa, bulimia - Traumatismo cerebral - Neumonía - Irradiación - Alcoholismo sin síntomas abdominales - Fármacos opiáceos

**Fuente: Pancreatitis aguda. E. de-Madaria Pascual y J. Martínez-Sampere 2012**

<b>Tabla 2. Causas de aumento de lipasa.</b>	
<b>Procesos abdominales</b>	<b>Procesos no abdominales</b>
Pancreatitis aguda y crónica - Cáncer de páncreas - Litiasis pancreática - Afección de vías biliares - Rotura de aneurisma / disección de aorta - Nefrolitiasis - Obstrucción intestinal - Peritonitis	Insuficiencia renal grave - Quimioterapia - Radioterapia - Fcos: Betanecol, colinérgicos, indometacina, meperidina, morfina, metacolina

**Fuente: Pancreatitis aguda. E. de-Madaria Pascual y J. Martínez-Sampere 2012**

**TABLA 3. Etiología de la pancreatitis aguda y estudio etiológico**

Etiología de la pancreatitis aguda	Escalón diagnóstico
Biliar	<b>Primero</b>
Alcoholismo	Anamnesis
Hipercalcemia	Analítica
Hipertrigliceridemia	Ecografía abdominal
Fármacos, organofosforados, picadura de escorpión	
Yatrogenia (CPRE, cirugía abdominal o cardíaca)	
Traumatismo	
Infección (virus, bacterias, parásitos)	
Asociada a Crohn con afectación duodenal, síndrome de Sjögren o lupus eritematoso sistémico	
Hereditaria	
Tumores de páncreas, ampuloma	<b>Segundo</b>
<i>Reagudización de pancreatitis crónica</i>	TAC, RMN y/o ecoendoscopia
Alteraciones anatómicas de páncreas ( <i>divisum</i> , anular), duodeno (divertículo) y colédoco (quiste, coledococoele)	Autoinmunidad
Microlitiasis biliar no objetivada en ecografía	
Pancreatitis autoinmune	
Pancreatitis de causa genética	<b>Tercero</b>
Disfunción del esfínter de Oddi	Estudio genético
	Manometría de esfínter de Oddi

Fuente: Pancreatitis aguda. E. de-Madaria Pascual y J. Martínez-Sampere 2012

**TABLA 4. Fármacos asociados etiológicamente a la pancreatitis aguda**

Analgésicos-antiinflamatorios: opiáceos, oxifenbutazona, paracetamol, sulindac, **mesalazina**, sulfasalazina

Inmunosupresores y antineoplásicos: **azatioprina**, L-asparaginasa, cisplatino, citarabina, mercaptopurina

Antibióticos y antivíricos: didanosina, eritromicina, **interferón-alfa 2b**, lamivudina, metronidazol, pentamidina, antimoniales pentavalentes, sulfometoxazol, trimetoprim, tetraciclina

Diuréticos: furosemida, tiazidas

Otros: cimetidina, enalapril, simvastatina, estrógenos, metildopa, octreótido, fenformina, ácido valproico

En negrita aquellos fármacos con evidencia máxima.

Fuente: Pancreatitis aguda. E. de-Madaria Pascual y J. Martínez-Sampere 2012

## Urkund Analysis Result

**Analysed Document:** ELIANA MEJIA S..docx (D16363592)  
**Submitted:** 2015-11-24 16:40:00  
**Submitted By:** elianam-17@hotmail.com  
**Significance:** 0 %

Sources included in the report:

Instances where selected sources appear:

0