**MANEJO PANCREATITIS**

1. Definir caracteristicas de la pancreatitis al ingreso:
   1. leve - moderadamente severa - severa (escala APACHE)
   2. Imagen de ingreso: de inicio ECOGRAFIA
   3. litiasica vs alitiasica (alcoholica, trigliceridos, patologia oncologica, etc)
2. Datos de laboratorio y actualización:
   1. amilasemia o lipasa - hemograma - glucemia - uremia - creatinina - ionograma - coagulograma - proteinograma - calcio ionico - eritro y pcr - EAB - hepatograma
3. Evaluar con escala APACHE mortalidad de forma diaria
4. Manejo de la hidratacion IV:
   1. Utilizar Ringer lactato (unica contraindicacion la hipercalcemia)
   2. No se utiliza mas una expansión agresiva
   3. Manejar, en principio, expansion moderada (1.5ml/k/h) durante las primeras 48 hs, previa evaluacion del paciente, factores de riesgo, reevaluando el ritmo de infusion cada 6hs (las evidencia clinica actualizada no recomienda la expansion agresiva como se recomendaba anteriormente)

Asegurar un ritmo diuretico > 0.5 ml/kg/h

En caso de hipovolemia primero expandir con ringer 10ml/k goteo libre

1. Analgesia: utilizar opioides segun nivel de dolor (tramadol - morfina) IV

Son seguros y esta comprobado que no producen dilatacion del esfinter de Oddi

1. Alimentación:
   1. No esta indicado de rutina colocacion de SNG
   2. En caso de pancreatitis leve y en ausencia de nauseas, vomitos o ileo, se puede iniciar alimentacion VO (liquida o blanda sin grasa) dentro de las primeras 24 - 48 hs
   3. En otros casos, evaluar VO segun gravedad de la pancreatitis, nauseas, vomitos, ileo (contraindicada) y dolor post prandia
   4. Recordar que si el paciente no tolera la VO o se encuentra contraindicada luego del 5to. dia de evolucion, se debe iniciar soporte nutricional (la via enteral sera recomendada por sobre la parenteral de ser posible)
2. Antibioticos:
3. No se recomiendan de rutina durante los primeros dias en caso de que el paciente presente registros febriles. Pensar en necrosis infectada luego de los 7 a 10 dias de evolucion en caso de fiebre y mala evolucion. En este caso se iniciara antibioticoterapia con un carbapenem
4. En caso de presentar pancreatitis asociada a colangitis o colecistitis (no olvidar hemocultivar) iniciar antibioticoterapia cubriendo BGN y enterobacterias (ampicilina/sulbactam). En caso de riesgo de BLEE, antecedente de manipulacion de la via biliar, sepsis iniciar tto con PTZ o Carbapenem

Bibliografia: UPTODATE 2024

Dra Dolores Gastelu