

MANEJO DE PANCREATITIS AGUDA EN PEDIATRÍA

— Rotación Pediatría Interna Hospitalaria
Hospital General Universitario Gregorio Marañón
Octubre-Noviembre 2023

Laura Hernández Sabater
MIR IV del Hospital General Universitario Dr Balmis, Alicante



—


ÍNDICE

01

CASO CLÍNICO

oct-nov 2023

02

DEFINICIÓN Y DIAGNÓSTICO

de Pancreatitis aguda

03

MANEJO CLÍNICO

de Pancreatitis aguda y
sus complicaciones

04

Volviendo al caso

05

CONCLUSIONES



**Servicio de
Pediatria**

DEPARTAMENTO DE SALUD
ALICANTE - HOSPITAL GENERAL



01

CASO CLÍNICO

HGUGM oct - nov 2023

Mujer adolescente 14 años

ANTECEDENTES

Sin interés

CLÍNICA

- Dolor abdominal en hemiabdomen superior de 5 días de evolución mal controlado con analgesia habitual
- Vómitos
- Deposiciones inicialmente líquidas, posteriormente normales
- Afebril



EXPLORACIÓN FÍSICA

Peso: 68,4 kg (p88)

Ctes: T° 36,3°C, FR 26 rpm, FC 109 lpm, TA 116/83

TEP shock compensado.

Mucosa oral pastosa. Bien perfundida. Eupneica.

Ictericia cutaneomucosa.

AC y AP normal.

Abdomen blando y depresible,

doloroso a la palpación de **epigastrio e hipocondrio derecho.**

No megalias. No irritación peritoneal.

NR normal



**Servicio de
Pediatria**

DEPARTAMENTO DE SALUD
ALICANTE - HOSPITAL GENERAL

Pruebas complementarias

— Análisis en H. Infanta Leonor



Hemograma

Leucocitos: 18.020/L
(Neutrófilos: 14.400/L)
Hemoglobina: 14,8 g/dL
Plaquetas 381.000/L

Coagulación

TP 12,4 segundos
Act. PT 82%
INR 1,12
APTT 31,8 segundos
Fibrinógeno 436,5 mg/dL

Bioquímica

Urea 17 mg/dL
Creatinina 0,48 mg/dl
Sodio 134 mmol/L
Potasio 4 mmol/L
Cloro 99 mmol/L
Calcio 9,3 mg/dL

Br total 4,7 mg/dL
Br directa 2,8 mg/dl
ALT 942 U/L
AST 371 U/L
LDH 514 U/L
FA 217 U/L

Amilasa 2.951 U/L
Lipasa 16.873 U/dl

Proteínas Totales 8,2 g/dL
Albúmina 4,1 g/dL

PCR 7,4 mg/L

Pruebas complementarias

— Análisis en H. Infanta Leonor



Ecografía abdominal

- Múltiples colelitiasis que ocupan casi por completo la vesícula biliar.
- Vía biliar intrahepática y colédoco proximal no dilatados
- Páncreas parcialmente visualizado únicamente en la región del cuerpo, sin alteraciones valorables.
- Moderada cantidad de líquido libre en espacio esplenorrenal, en hipocondrio derecho y espacio hepatorrenal
- Parénquima hepático sin alteraciones
- Bazo, riñones y vejiga sin alteraciones

Hallazgos compatibles con **pancreatitis**, de probable origen litiasico



Hospital Universitario
Gregorio Marañón



 Comunidad de Madrid



Servicio de
Pediatría

DEPARTAMENTO DE SALUD
ALICANTE - HOSPITAL GENERAL

02

DEFINICIÓN Y DIAGNÓSTICO

—
de Pancreatitis Aguda en pediatría



**Servicio de
Pediatria**

DEPARTAMENTO DE SALUD
ALICANTE - HOSPITAL GENERAL

DEFINICIÓN

La Pancreatitis aguda es una inflamación brusca del páncreas provocada por la activación dentro de él de las enzimas que produce para la digestión.

- Es la enfermedad pancreática más habitual en los niños y su frecuencia está aumentando
- **Tipos:**
 - Pancreatitis edematosa intersticial
 - Pancreatitis necrotizante
 - Necrosis pancreática infectada
- **Clínica:** signos guía es el dolor abdominal continuo en epigastrio, vómitos persistentes y aspecto de gravedad

Evaluación de la gravedad clínica

*Las escalas de estimación de gravedad en adultos (Ransom, Glasgow, APACHE II, BISAP) no son aplicables en los pacientes pediátricos por varias razones

Criterios de Banto (baja sensibilidad y requiere 48h)

- Una puntuación que va de 0 a 8
- Clasifica en leve, moderado y grave
- Se correlaciona con la evolución y la potencial mortalidad

TABLA II. Criterios de De Banto.

Edad	< 7 años
Peso	< 25 kg
Leucocitos	> 18.500
LDH	> 2.000 UI/L
Calcio 48 horas	< 8,3 mg/dl
Albúmina 48 horas	< 2,6 g/dl
BUN	> 5 mg/dl
Secuestro líquido	> 75 ml/kg/48 h

0 - 2 puntos: severidad 8,6%, mortalidad 1,4%
3 - 4 puntos: severidad 38,5%, mortalidad 5,8%
5 - 8 puntos: severidad 80%, mortalidad 10%

Patogenia

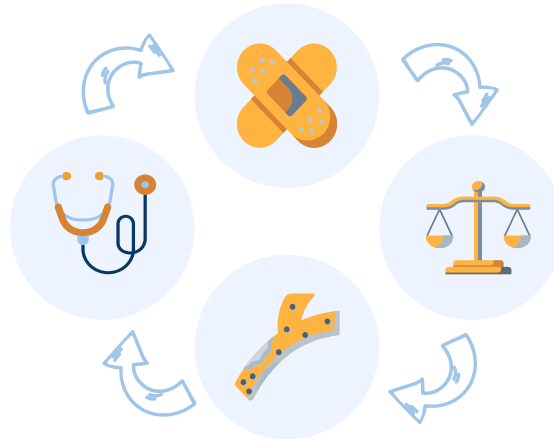
Lesión directa a la célula acinar

Causas más frecuentes:

- Traumatismo abdominal
- Infecciones
- Tóxicos/fármacos
- Enf. biliares (litiasis o barro biliar)
- Anomalías anatómicas congénitas

Edema intersticial
Necrosis localizada

Ruptura de vasos sanguíneos (hemorragias)
Respuesta inflamatoria del peritoneo



Desequilibrio entre:

- los enzimas producidos (proteolíticas y lipolíticas)
- los mecanismos de defensa (tripsina)

Liberación de enzimas
proteolíticas y
lipolíticas **activadas**

Diagnóstico

El diagnóstico en pediatría viene definido por 3 criterios que desarrolló el grupo INSPPIRE en 2013

J Pediatr Gastroenterol Nutr. Author manuscript; available in PMC 2013 Apr 15.
Published in final edited form as:
J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2012 Sep; 55(3): 261–265.
doi: 10.1097/MPG.0b013e31824f1516

PMCID: PMC3626452
NIHMSID: NIHMS366279
PMID: 22357117

DEFINITIONS OF PEDIATRIC PANCREATITIS AND SURVEY OF CURRENT CLINICAL PRACTICES: REPORT FROM INSPPIRE (INTERNATIONAL STUDY GROUP OF PEDIATRIC PANCREATITIS: IN SEARCH FOR A CURE)

Veronique D. Morinville,^{1*} Sohaail Z. Husain,^{2*} Harrison Bai,³ Bradley Barth,⁴ Rabea Alhosh,⁵ Peter R. Durie,⁶ Steven D. Freedman,⁷ Ryan Himes,⁸ Mark E. Lowe,² John Pohl,⁹ Steven Werlin,¹⁰ Michael Wilschanski,¹¹ and Aliye Uc,⁵ on behalf of the INSPPIRE Group

Definitions of Pancreatitis in Children

Entity	Clinical Definition
Acute Pancreatitis (AP)	Requires at least 2 out of 3 criteria: <ol style="list-style-type: none">1. abdominal pain suggestive of, or compatible with AP (ie abdominal pain of acute onset, especially in the epigastric region)2. serum amylase and /or lipase activity at least 3 times greater than the upper limit of normal (international units/liter)3. Imaging findings characteristic of, or compatible with AP (e.g. using U/S, CECT, EUS, MRI/MRCP).

Niveles séricos de **amilasa**

- baja sensibilidad (75-92%) y especificidad (20-60%)
- Se elevan antes que la lipasa pero pueden ser normales a las 24 horas del inicio de síntomas

Niveles séricos de **lipasa**

- más específica que la amilasemia
- comenzando a elevarse a partir de las 4-6 horas, y se mantiene elevada por más días (6-10 días)

03

MANEJO CLÍNICO

de Pancreatitis Aguda en pediatría y sus complicaciones

“**Primera guía** de recomendaciones de pancreatitis aguda en pediatría de la sociedad americana (NASPGHAN) y avalada por la ESPGHAN”

Practice Guideline > J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2018 Jan;66(1):159-176.

doi: 10.1097/MPG.0000000000001715.

Management of Acute Pancreatitis in the Pediatric Population: A Clinical Report From the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition Pancreas Committee

Maisam Abu-El-Haija, †Soma Kumar, ‡Jose Antonio Quiros, §Keshawadhana Balakrishnan, ||Bradley Barth, ¶Samuel Bitton, #John F. Eisses, **Elsie Jazmin Foglio, ††Victor Fox, ††Denease Francis, §§Alvin Jay Freeman, ||||Tanja Gonska, ††Amit S. Grover, #Sohail Z. Husain, ¶¶Rakesh Kumar, ##Sameer Lapsia, *Tom Lin, *Quin Y. Liu, †††Asim Maqbool, †††Zachary M. Sellers, §§§Flora Szabo, |||||Aliye Uc, ¶¶¶Steven L. Werlin, and ####Veronique D. Morinville*



Servicio de
Pediatria

DEPARTAMENTO DE SALUD
ALICANTE - HOSPITAL GENERAL

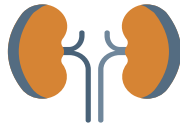
Complicaciones

Cardiovasculares



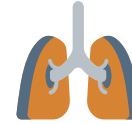
- Hipovolemia
- Otros: Taponamiento cardíaco o FA

Renales



- Fallo renal agudo
Por: sd compartimental abdominal o daño inflamatorio al túbulo proximal

Pulmonares



- Sd de distrés respiratorio agudo (SDRA)
- Neumonía
- Edema pulmonar/derrame pleural

Locales



- Colecciones líquidas/pseudoquistes
- Necrosis
- Infección



RECOMENDACIONES en pacientes pediátricos con pancreatitis aguda

Valoración al diagnóstico

- Basándose en las etiologías más frecuentes, la valoración analítica inicial debe incluir **enzimas hepáticas** (ALT, AST, GGT, fosfatasa alcalina y bilirrubina), **triglicéridos** y niveles de **calcio**. (96% de consenso)
- Prueba de imagen por **ecografía abdominal** al diagnóstico. Se reservará la imagen por TC o RMN para casos más complicados o con una sospecha etiológica que precise tales pruebas para su confirmación (100% de acuerdo)
- **Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (ERCP)** indicada en el manejo de pancreatitis aguda con coledocolitiasis y para patologías del conducto pancreático como piedras ductales o fisuras (100% de acuerdo)



RECOMENDACIONES en pacientes pediátricos con pancreatitis aguda

Monitorización

- En los pacientes ingresados en la planta, se deben controlar las constantes vitales (SatO₂, TA y FR) **cada 4 horas** durante las primeras 48 horas de ingreso y durante los periodos de fluidoterapia intensiva. La frecuencia de la monitorización debe ajustarse al estado clínico del paciente. Cualquier alteración en las constantes vitales debe ser evaluado por un especialista (92% de consenso)
- en las primeras 48 horas deben hacerse análisis seriados para monitorizar el BUN, creatinina y diuresis para vigilar el fallo renal agudo. Cualquier alteración debe ser valorada por un nefrólogo. (92% de consenso)



RECOMENDACIONES en pacientes pediátricos con pancreatitis aguda

Fluidoterapia

- La estabilización inicial debe realizarse con **crystaloides**, Ringer Lactato o SSF, en el momento agudo. Basándose en la evaluación del estado de hidratación y el estado hemodinámico, si hay compromiso hemodinámico se recomienda administrar bolo de fluidoterapia de 10-20 ml/kg
(100% de consenso)
- Fluidoterapia de mantenimiento debe ser de **x 1,5 a 2 veces** más de las necesidades basales, con monitorización de la diuresis durante las siguientes 24-48 horas.
(92% de consenso)



RECOMENDACIONES en pacientes pediátricos con pancreatitis aguda

Manejo del dolor

- **morfina i.v. u otros opioides** deben ser usados en el manejo del dolor que no responda a tratamiento con paracetamol o AINEs.
(100% de consenso)
 - el tratamiento con paracetamol suele ser insuficiente
 - AINES: indometacina y metamizol se han probado seguros
 - La morfina no se ha probado que cause efectos adversos sobre el esfínter de Oddi
 - La meperidina se ha usado en adultos pero está actualmente en desuso debido a su corta vida media y su potencial neurotoxicidad (puede causar crisis comiciales, mioclonías, temblor)
- Consulta a especialistas de la **unidad del dolor** en los casos más severos para optimizar el tratamiento
(96% de consenso)



RECOMENDACIONES en pacientes pediátricos con pancreatitis aguda

Alimentación

- Excepto si existen contraindicaciones para la nutrición enteral, pacientes con pancreatitis aguda leve se benefician del **inicio precoz de nutrición oral/enteral (en las primeras 48-72 horas)**. Disminuye los días de ingreso y el riesgo de disfunción de órganos. (92% de consenso)
- La **nutrición parenteral** debe ser considerada en la casos en los que no es posible nutrición enteral durante más de 5-7 días (por la presencia de íleo, fístulas complicadas, síndrome compartimental abdominal) y así disminuir el estado catabólico corporal en el paciente. Se debe combinar o sustituir con nutrición enteral lo más precozmente posible. (92% de consenso)



RECOMENDACIONES en pacientes pediátricos con pancreatitis aguda

Uso de antibioterapia

- No está recomendado el uso de antibioterapia profiláctica en pancreatitis aguda severa. (96% de consenso)
- Recomendación: el uso de antibioterapia está indicada únicamente en casos donde se objetiva la presencia de necrosis infectada.
(67% de consenso)
 - Los antibióticos que penetran el tejido necrótico deben de ser usados en el manejo ya que pueden retrasar la necesidad de intervención quirúrgica y disminuir la mortalidad



RECOMENDACIONES en pacientes pediátricos con pancreatitis aguda

Tratamiento quirúrgico

- La colecistectomía es segura y se debe realizar antes del alta en pacientes con complicaciones leves de pancreatitis aguda de causa biliar. (92% de consenso)
- La intervención de colecciones agudas necróticas debe ser evitada y diferida, aun con necrosis infectada, ya que hay mejores datos de supervivencia. (88% de consenso)
- Cuando es necesaria la intervención para desbridar la necrosis, se prefieren métodos percutáneos antes que cirugía abierta (100% de consenso)



RECOMENDACIONES en pacientes pediátricos con pancreatitis aguda

NO se recomienda

- El uso de inhibidores de la proteasa en el tratamiento
- El tratamiento con agentes antioxidantes
- El uso de probióticos (estudios en adultos sugieren que pueden incluso aumentar la mortalidad)
- La endoscopia digestiva alta como método diagnóstico estándar, aunque se podría usar en casos en los que se considere necesario. Igual con la ecoendoscopia.



04

VOLVIENDO A NUESTRO CASO

Volviendo a nuestro caso

Al ingreso en HGUGM:

- Pancreatitis aguda de origen litiasico
- Oligoanuria con Fallo renal KDIGO III (Cr 1,35)
- Dolor abdominal mal controlado

1^{er}

Pancreatitis aguda de origen litiásico

Ecoendoscopia:

- Confirma hallazgos de pancreatitis edematosa intestinal aguda con líquido peritoneal y colecciones líquidas peripancreáticas
- Vesícula biliar distendida en probable relación con colecistitis
- Múltiples litiasis en interior de vesícula biliar
- Vía biliar con paredes engrosadas sin visualizar contenido en su interior

Exploración física: dolor y empastamiento en fosa ilíaca derecha

Análisis de sangre: Aumento de PCR $\times 10$ y aumento de Procalcitonina

Dieta absoluta

Nutrición Parenteral estándar

Estudio serológico y lipídico

Antibioterapia empírica: piperacilina-tazobactam



**Servicio de
Pediatria**

DEPARTAMENTO DE SALUD
ALICANTE - HOSPITAL GENERAL

Oligoanuria con Fallo renal KDIGO III

Exploración física: aspecto deshidratado
 Análisis de sangre: aumento de Creatinina sérica a 1,35 (inicial de 0,48 mg/dl $\times 2,8$) y anuria desde hace 12 horas

Tabla 2. Clasificación KDIGO del daño renal agudo

Estadio	Creatinina sérica / ClCr			Diuresis
	RIFLE (2004)	AKIN (2007)	KDIGO (2012)	pRIFLE/AKIN/KDIGO
1 (R)	Cr basal $\times 1,5$ o Disminución ClCr $> 25\%$	Cr basal $\times 1,5-2$ o Aumento $> 0,3$ mg/dl (26,5 $\mu\text{mol/l}$)	Cr basal $\times 1,5-1,9$ o Aumento $> 0,3$ mg/dl (26,5 $\mu\text{mol/l}$) en 48 h	$< 0,5$ ml/kg/h $\times 6-12$ h
2 (I)	Cr basal $\times 2$ o Disminución ClCr $> 50\%$	Cr basal $\times 2-3$	Cr basal $\times 2-2,9$	$< 0,5$ ml/kg/h $\times 12$ h
3 (F)	Cr basal $\times 3$ o Cr > 4 mg/dl (354 $\mu\text{mol/l}$) Aumento agudo $> 0,5$ mg/dl (44 $\mu\text{mol/l}$) o disminución ClCr $> 75\%$ - ClCr < 35 ml/min/1,73 m ²	Cr basal $> \times 3$ ($> 300\%$) o Cr > 4 mg/dl (354 $\mu\text{mol/l}$) Aumento agudo $> 0,5$ mg/dl (44 $\mu\text{mol/l}$) o terapia renal sustitutiva	Cr basal $> \times 3$ o Cr > 4 mg/dl (354 $\mu\text{mol/l}$) o Terapia renal sustitutiva - En menores de 18 años: FGe < 35 ml/min/1,73 m ²	$< 0,3$ ml/kg/h $\times 24$ h o anuria 12 h

Integración de los criterios RIFLE, pRIFLE y AKIN en la guía KDIGO de DRA (ClCr: aclaramiento de creatinina; Cr: creatinina sérica; FGe: filtrado glomerular estimado; h: horas).

Pauta de rehidratación con Plasmalyte 500ml
 Control de balances estricto

Dolor abdominal mal controlado



ANALGESIA PAUTADA

- Metamizol i.v. cada 6 horas
- Paracetamol i.v. cada 12 horas
- Morfina de rescate

Volviendo a nuestro caso

Al ingreso en HGUGM:

- Pancreatitis aguda de origen litiasico y sospecha de sobreinfección vs colecistitis
- Oligoanuria con Fallo renal KDIGO III (Cr 1,35)
- Dolor abdominal mal controlado



Inicia dieta oral exenta de grasas en fases

Hospital General Universitario Gregorio Marañón
Unidad de Nutrición Clínica y Dietética

Red H Hospitalarios sin Humo

DIETA DE PANCREATITIS AGUDA POR FASES

4ª FASE

TODAS LAS SOPAS Y PURÉS SE PREPARARÁN CON CALDO VEGETAL O DESGRASADO

1ª FASE

Tolerancia a líquidos:
• Agua, manzanilla sin azúcar (puede tomar sacarina)
• Caldo vegetal (totalmente desgrasado).

2ª FASE

DESAYUNO Y MERIENDA

- Manzanilla sin azúcar (puede tomar sacarina)
- Pan blanco 50g.

COMIDA Y CENA

A elegir entre:

- Puré de patatas o de patata y zanahoria.
- Sopa de pastas o arroz.

Pan: Blanco 50g.
Postre: Manzana asada o en compota sin azúcar.

3ª FASE

DESAYUNO Y MERIENDA

Igual que la anterior

COMIDA Y CENA

Primer plato a elegir entre:

- Puré de patatas o de patata y zanahoria.
- Sopa de pasta o arroz.
- Pasta cocida: sin tomate, aceite ni mantequilla.

Segundo plato:

- Arroz blanco con o sin zanahoria sin rehogar.

Pan: Blanco 50g.
Postre: Manzana asada o en compota sin azúcar.
Puede alternar los primeros y segundos platos.

5ª FASE

DESAYUNO Y MERIENDA

- Manzanilla con azúcar.
- Pan blanco 50g.
- Mermelada 20g. No mantequilla.

COMIDA Y CENA

Igual que en la tercera fase, agregándole al 2º plato a elegir entre:

- Pescado hervido, asado o a la plancha.: 50g.
- Tortilla de claras.

Pan: Blanco 50g.
Postre: Manzana asada o en compota con azúcar.

6ª FASE

DESAYUNO Y MERIENDA

- Leche descremada, si se quiere con café descafeinado y azúcar.
- Pan blanco 50g.
- Mermelada 20g. No mantequilla.

COMIDA Y CENA

Primeros y segundos a elegir entre:

- Pollo, pavo o ternera asado o a la plancha 150g.
- Pescado hervido, asado o a la plancha. 150g.
- Claros de huevo cocidos o en tortilla

Se puede añadir: verduras, patatas, arroz... (Sólo cocidas, sin rehogar).

Pan: Blanco, 50g en comida y cena.
Postre: Compota, manzana asada, fruta en almibar, fruta fresca no ácida (no cítricos).

Dieta de pancreatitis aguda por fases. Septiembre 2016. Versión 2

Volviendo a nuestro caso

Al ingreso en HGUGM:

- Pancreatitis aguda de origen litiasico y sospecha de sobreinfección vs colecistitis
- Oligoanuria con Fallo renal KDIGO III (Cr 1,35)
- Dolor abdominal mal controlado

- Empeoramiento respiratorio
- Dolor no controlado
- Febrícula



Complicación respiratoria

Empeoramiento respiratorio:

- Desaturación en decúbito supino
- Polipnea 30 rpm
- Dolor en hombro izquierdo y tos con la inspiración profunda

Exploración física: hipoventilación en bases con crepitantes espiratorios. Febrícula

Análisis de sangre:

- Aumento de Dímero D 5943 ng/mL
- Descenso progresivo de Albúmina hasta 3,1 g/dL

Oxigenoterapia con Gafas Nasales

Ecocardiografía doppler

TAC pulmonar y abdominal

Reposición de albúmina 20mg

INTERCONSULTA A UCIP Y UNIDAD DEL DOLOR



**Servicio de
Pediatria**

DEPARTAMENTO DE SALUD
ALICANTE - HOSPITAL GENERAL

TAC pulmonar y abdominal:

- Descarta tromboembolismo pulmonar
- Moderado derrame pleural bilateral con atelectasia pasiva del parénquima pulmonar adyacente causando atelectasia casi completa en ambos lóbulos pulmonares inferiores
- Persisten signos de pancreatitis edematosa intersticial aguda con leve cantidad de líquido libre en espacio pararenal sin colecciones ni otras complicaciones

Derrame pleural bilateral

Atelectasia lóbulos pulmonares inferiores

Dolor reflejo

Oxigenoterapia con Gafas Nasales

Furosemida i.v. pautada con balance estricto

Enoxaparina profiláctica

Perfusión continua de fentanilo y metamizol

Volviendo a nuestro caso

Al ingreso en HGUGM:

- Pancreatitis aguda de origen litiasico y sospecha de sobreinfección vs colecistitis
- Oligoanuria con Fallo renal KDIGO III (Cr 1,35)
- Dolor abdominal mal controlado



Mejoría clínica y analítica



- Derrame pleural bilateral
- Atelectasia lóbulos pulmonares inferiores
- Dolor reflejo



- Mejoría clínica y analítica
- Sin soporte respiratorio
- Nutrición enteral con dieta adaptada
- Paso a tratamiento oral con ciprofloxacino+metronidazol para completar 10 días de tratamiento
- Tratamiento con omeprazol y ác ursodesoxicólico
- Cita programada en cirugía p colecistectomía



**Servicio de
Pediatria**

DEPARTAMENTO DE SALUD
ALICANTE - HOSPITAL GENERAL

Volviendo a nuestro caso

Al ingreso en HGUGM:

- Pancreatitis aguda de origen litiasico y sospecha de sobreinfección vs colecistitis
- Oligoanuria con Fallo renal KDIGO III (Cr 1,35)
- Dolor abdominal mal controlado



- Derrame pleural bilateral
- Atelectasia lóbulos pulmonares inferiores
- Dolor reflejo



Servicio de
Pediatria

DEPARTAMENTO DE SALUD
ALICANTE - HOSPITAL GENERAL

05

CONCLUSIONES



**Servicio de
Pediatria**

DEPARTAMENTO DE SALUD
ALICANTE - HOSPITAL GENERAL

CONCLUSIONES

- En la pancreatitis aguda hay que tener en cuenta las diferencias en el diagnóstico y manejo entre el paciente pediátrico y el adulto
- Existen guías de recomendaciones específicas en las que basarnos en el manejo de los pacientes pediátricos con pancreatitis aguda
- El manejo de los pacientes con pancreatitis aguda precisa de un enfoque multidisciplinar
- Es importante la monitorización estrecha de los pacientes con pancreatitis aguda en las primeras 48 horas para la identificación precoz de complicaciones

Bibliografía

1. Abu-El-Haija M, Soma Kumar JAQ, Balakrishnan K, Barth B, Bitton S, Eisses JF, et al. Management of Acute Pancreatitis in the Pediatric Population: A Clinical Report From the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition Pancreas Committee. *J Pediatr Gastr.* 2018;66:159-76.
2. Ferrer González JP, Segarra Cantón O, Argüelles Martín F. Enfermedades del páncreas exocrino. En: *Tratamiento en Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica*. 5ª edición. Madrid: Ergon; 2021. p. 231-44.
3. Morinville VD, Husain SZ, Bai H, Barth B, Alhosh R, Durie PR, et al. Definitions of Pediatric Pancreatitis and Survey of Current Clinical Practices: Report from INSPPIRE (INternational Study group of Pediatric Pancreatitis: In search for a cuRE)). *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2013;55:261-5.
4. Sanz de Villalobos E, Larrubia Marfil JM. Pancreatitis aguda. *Revista Española de Enfermedades Digestivas* [Internet]. 2010;102. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082010000900010



Gracias

CREDITS: This presentation template was created by **Slidesgo**, including icons from **Flaticon**, and infographics & images by **Freepik**.

MANEJO DE PANCREATITIS AGUDA EN PEDIATRÍA

Laura Hernández Sabater

MIR IV del Hospital General Universitario Dr Balmis, Alicante



 Comunidad de Madrid