

11237
21



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL
CENTRO MÉDICO NACIONAL "LA RAZA"**

**EVALUACIÓN DEL USO DE OCTREOTIDE EN PANCREATITIS AGUDA
EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENCIVA PEDIATRICA DEL CENTRO
MEDICO NACIONAL "LA RAZA"**

TESIS

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

PEDIATRÍA MÉDICA

PRESENTA:

DRA. SOFIA LORENA ARIAS CABAÑAS

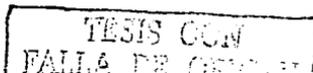
ASESOR:

DR. VICTOR MANUEL AGUILAR.



MEXICO D.F.

FEBRERO 2003





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DR. JORGE MENA BRITO

JEFE DE LA DIVISION DE PEDIATRIA MEDICA

GALDENCIO GONZALEZ GARCIA

DR. JOSE LUIS MATAMOROS TAPIA

JEFE DE LA DIVISION DE EDUCACION E INVESTIGACION MEDICA

DR. MARIO GONZALEZ VITE

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE PEDIATRIA

DR. VICTOR MANUEL AGUILAR

MEDICO ASESOR DE TESIS

TESIS CON
FALLA DE CUBRIR

General de Jidices
en formato electrónico e imp
de mi trabajo recepción
ARAS CABANAS SANTA LOPEZA
05 MAR 2003

AGRADECIMIENTOS

A Dios por permitirme llegar a mi meta.....

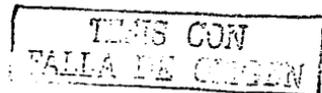
A mis Padres y hermanos por su apoyo y dedicación.....

A mi esposo Rodolfo quien con su amor, cariño y comprensión, me impulso para realizar este sueño, Mil gracias.....

A mi hijo José Pablo razón de mi existir, por el tiempo que no te dedique.....

A todos y cada uno de los que de alguna manera fueron parte importante para llegar al final.....

Al Dr. Víctor M. Aguilar por su confianza y enseñanza.....



INDICE

RESÚMEN.....	1
INTRODUCCIÓN.....	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	11
OBJETIVOS.....	12
MATERIAL Y METODOS.....	13
RESULTADOS.....	15
DISCUSIÓN.....	18
CONCLUSIONES.....	21
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	23
ANEXOS.....	26

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

RESUMEN

La pancreatitis aguda es una enfermedad capaz de presentar una variación clínica variable desde discreto malestar hasta la postración total, puede ser localizada solo al páncreas o extenderse a otros tejidos e involucrar a otros órganos y sistemas, su presentación puede ser leve o severa y asociarse a falla orgánica múltiple.

Objetivo: Demostrar que el uso de octréotide, disminuye las complicaciones mas frecuentes en Pancreatitis aguda en pacientes pediátricos.

Material y métodos: Se realizó una encuesta transversal descriptiva, con un muestreo no probabilístico por conveniencia y de acuerdo a la determinación de expedientes. Se revisaron los pacientes de pacientes pediátricos diagnosticados con pancreatitis aguda hospitalizados en la Unidad de Terapia intensiva Pediátrica del Hospital General Gaudencio González Garza CMN "La Raza", en un lapso comprendido de Enero de 1998 a Septiembre del 2002.

Resultados: Se obtuvieron un total de 27 casos, de los cuales 8 fueron excluidos por no haberse localizado el expediente, 1 por haberse descartado el diagnostico y 1 por defunción, Se pudieron revisar solo 17 casos, de estos el manejo con Octréotide fue representado en un porcentaje 88.23% el resto representado por 11.76% , en el 100% de la población se determino gasto por sonda nasogástrica alto al ingreso sin determinar el control por falta de hojas de recolección de etiología y las

TEMAS CON
FALLA DE ORIGEN

complicaciones presentadas similares a las reportadas por la literatura, la predominancia de sexo femenino.

Conclusión: Los resultados de la investigación son la base de futuras investigaciones sobre la efectividad en reducción de complicaciones al Utilizar Octréotide en pancreatitis aguda y disminuir la morbimortalidad, ya que si bien este el resultado no fue determinante si se observo mejoría clínica, disminución en días de estancia y número de complicaciones y periodo de presentación de las mismas.

TRABAJO CON
FALLA DE ORIGEN

INTRODUCCIÓN

La pancreatitis aguda es una enfermedad capaz de presentar una variación clínica, desde un discreto malestar hasta la postración total por una inflamación localizada del páncreas que puede extenderse a otros tejidos e involucrar a otros órganos y sistemas. La presentación aguda evoluciona en una forma leve o severa, en la leve se asocia con mínima disfunción orgánica, que responde favorablemente a la administración de líquidos por vía endovenosa, con pronta normalización de signos, síntomas, y estudios paraclínicos, entre las primeras 48-72 hs de tratamiento; histológicamente se halla edema intersticial, y es muy raro la presencia de necrosis. La forma severa se puede asociar a falla orgánica múltiple, y a complicaciones locales como necrosis pancreática, absceso y pseudo quistes, histopatológica mente se relaciona con el desarrollo de necrosis y edema intersticial (1).

La involucración sistemática resulta de la liberación enzimática por la destrucción del parénquima pancreático, favoreciendo, el desarrollo de complicaciones locales peri pancreática o afectar órganos distantes, dependiendo de la magnitud de la inflamación pancreática, a mayor destrucción del páncreas mayor será el número e intensidad de las lesiones, producidas a otros órganos. De las locales, la peritonitis ocupa el primer lugar, ictericia obstructiva, y pesuodquiste (10 -20%), absceso pancreático y menos frecuente ascitis masiva, ruptura esplénica, trombosis de vena esplénica y lesiones colónicas, endocrinológica mente

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

se encuentra hiperglicemia en un 28%, hiperparatiroidismo, e hiperlipemia transitoria. Complicaciones graves a órganos distales, como falla renal aguda, hepatitis reactiva inespecífica, pleuropulmonares en 30%, hemorragias gastrointestinales, problemas hematológicos de hipercoaguabilidad y hemólisis, y manifestaciones neuropsiquiátricas (2). Dada la posibilidad de complicaciones graves, el tratamiento adecuado y oportuno es de vital importancia, al respecto el Dr. Perchas realizó una revisión sobre la evolución del tratamiento de la pancreatitis aguda en los últimos treinta años y el uso de fármacos, en la década de los cincuenta el tratamiento consistía en poner al páncreas en reposo, eliminar el dolor, prevenir la infección y mantener el equilibrio hidroelectrolítico; en la década de los 60as, se suspendió el uso de morfina, dème rol ya que condicionaban un aumento en la presión de la ámpula de váter, así como de la penicilina, por su limitada eliminación por el páncreas, de igual forma los esteroides, por su relación con pancreatitis a nivel experimental e iniciándose el manejo con otros fármacos, como la tetraciclina que alcanzaba concentraciones adecuadas en el páncreas y para el dolor, la pentazocina sin embargo se dejó de utilizar por que aumentaba la presión a nivel del esfínter de oddi, para impedir la activación de enzimas proteo líticas. Durante la década de 1970-80 se continuo con medidas básicas de tratamiento de ayuno, control hidroelectrolítico y se suspendió la succión naso gástrica, la cual es solo útil en caso de vomito, así mismo no se recomendó el uso de anticolinérgicos, ya que favorecían la persistencia de íleo y retención

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

vesical, igualmente sucedió con la estreptomocina por que estimulaba la secreción pancreática; durante este tiempo se utilizaron un gran número de fármacos, entre ellos el glucagon para disminuir la secreción pancreática, pero tenía el inconveniente de agravar la hipocalcemia, al igual que la calcitonina; otros como la acetazolamida, propiltiuracilo, 5-Fluracilo, isoproterenol, vasopresina han demostrado utilidad a nivel experimental, pero no en la clínica, lo mismo sucede con la piperenzepina, desde entonces y hasta la actualidad la cimetidina es controversial su utilidad en la disminución de la secreción y solo la somatostatina es considerada la hormona inhibidora por excelencia de secreción gástrica y pancreática. Finalmente concluye que la pancreatitis aguda edematosa es una enfermedad autolimitada, que cede espontáneamente en la mayoría de los casos dentro de las 72hs posteriores, requiere solamente de ayuno, alivio del dolor, control hidroelectrolítico y la succión naso gástrica o íleo, y es muy importante la detección precoz de complicaciones así como un tratamiento adecuado(3)

Con respecto a la pancreatitis aguda grave, se presenta en un 5 a 10% de las admisiones hospitalarias, con una mortalidad del 40 al 100% que guarda relación con la magnitud de alteraciones anatómicas por necrosis y hemorragia, en estos casos la muerte temprana suele ser por falla orgánica múltiple, resultado del compromiso a nivel cardiaco, respiratorio y hemodinámica; el desenlace del tejido pancreático y grasa circunvecina, con resultados quirúrgicos poco satisfactorio, cuando la necrosis es extensa, la mortalidad es de un 100%(4)

TESIS CON
FALLA DE CRISTAL

Por lo antes mencionado es importante en el proceso de la evolución de la pancreatitis disminuir la liberación enzimática hacia la circulación general para evitar los efectos inflamatorios de las enzimas y la mayor destrucción del parénquima pancreático y por lo mismo reducir las complicaciones tanto locales como a distancia. Por lo que inicialmente se utilizo la somatostatina que proviene de la familia de los péptidos el nombre original somatostatina 14 o tetradecapeptido, de origen en hipotálamo, y en 1980 una segunda somatostatina nativa es reportada, su localización es variable, relacionada a nivel gastrointestinal, incluyendo páncreas, SN autonómico, células endocrinas, recientemente asociada con células D de páncreas y mucosa del fondo gástrico, antro y duodeno, con acciones múltiples endocrinas, paracrinas y exocrinas, se reconoce sus efectos inhibitorios de secreción endocrina y exocrina del páncreas. Posteriormente aparecen los octreotidos, análogos a la somatostatina, aminoácido sintético de ocho aminoácidos que inhiben la secreción endocrina y exocrina del páncreas, que a diferencia de la somatostatina tiene una vida media más larga de 113 minutos y 3 minutos respectivamente, se puede administrar por vía endovenosa, con una distribución rápida en el plasma y con una vida media de eliminación de una a cinco horas. Estos octreotidos inhiben la secreción gastroenterohepática, especialmente la insulina, glucagón, polipéptido pancreático, polipéptido inhibidor de gástrina y la gástrina, también la secreción de hormona estimuladora de tiroides y hormona de crecimiento.

TEXES CON
BALLA DE OROEN

Inhibe la secreción de enzimas pancreáticas inducidas por colicistoquininas, y la contracción de la vesícula, disminuye flujo sanguíneo esplácnico, aumenta el tránsito intestinal, y disminuye la secreción de fluidos endógenos y la función endocrina del páncreas, por estos efectos el octreotide ha sido bien estudiado en varias enfermedades endocrinas y gastrointestinales: fistulas, diarreas, pancreatitis (5,14)

En lo que respecta a la pancreatitis aguda, reduce la actividad de síntesis del páncreas y se considera particularmente útil en la profilaxis de pancreatitis postoperatoria. Reduce las complicaciones de fistula pancreática y pseudo quiste y acorta la estancia intrahospitalaria, con respecto a las fistulas reduce el gasto hasta en un 75% a dosis Standard de 100mcg subcutáneo 3 veces al día, sin disminución significativa en la amilasa y el bicarbonato (6).

En un estudio doble ciego se valoro la eficacia de succión con sonda naso gástrica en pancreatitis aguda en ambos grupos fue similar la causa de pancreatitis, no hubo disminución significativa de complicaciones, cuadro clínico, manejo con analgésicos y tiempo de manejo con líquidos intravenosos, de hecho el primer grupo con sonda naso gástrica tuvo tendencia a iniciar mas tardíamente la alimentación por vía oral y en general no hubo mejora en el curso clínico de la enfermedad. (7)

La experiencia con octreotide ha sido inicialmente en niños con nesidioblastosis, en diarrea hipersecretoria y fistulas intestinales (8)

En un estudio realizado con respecto al manejo quirúrgico presento mejoría de la repercusión sistémica desafortunadamente fue seguida de un 100% de mortalidad en casos graves, aun a si represento un avance en la terapéutica retardando la muerte y cambiando el origen de esta, su indicación es para mantener el drenaje adecuado y la mayor remoción de tejido necrotico (9)

En un caso reportado en niño de 7 meses con pancreatitis aguda sin determinar etiología, en quien por fuga de jugo pancreático hacia la cavidad peritoneal desarrollo la formación de pseudo quiste y ascitis de mostró que el uso de octreotide subcutáneo a dosis de 15mcg/k 2 veces al día disminuyo el desarrollo de liquido de ascitis y con ello redujo la necesidad de manejo quirúrgico (10).

Retrospectivamente en un estudio doble ciego controlado el tratamiento de pancreatitis aguda con somatostatina concluyo con disminución de la morbimortalidad en dosis de 250mcg hora y después 100mcg en bolo en las primeras 48hs de evolución, mejorando los resultados de paraclínicos, las complicaciones locales con respecto al grupo control (11)

Dosis altas de octreotide 250mcg SC seguida de infusión de 0.5mcg/k/hora mejoro el curso clínico de pancreatitis aguda, al reducir que los parámetros paraclínicos afectados bajaran menos, y al disminuir los requerimientos de medicamentos de analgesia (12)

La evaluación de estudio multicéntrico en donde se realizaron dos clases de pacientes divididos en dos subgrupos que compararon el manejo de

somatostatina en conjunto con apoyo Nutrición parenteral, grupo Nutrición parenteral y tratamiento sintomático grupo tratamiento quirúrgico, somatostatina y nutrición parenteral, y grupo tratamiento quirúrgico de emergencia , nutrición parenteral mas tratamiento sintomático en ambos grupos de manejo con somatostatina disminuyo el tiempo de estancia, niveles de lipasa y amilasa, duración de sintomatología, y días de tratamiento (13)

El estudio multicéntrico doble ciego valoro que a somatostatina inhibe la función exocrina del páncreas, y refiere aun no hay datos significativos con el uso de esta terapia, sin embargo apoyan que la disminución de esta función seria una terapéutica principal importante en este padecimiento (14)

La administración del análogo de somatostatina en pacientes postransplantados de páncreas por Diabetes Mellitus Tipo I en donde una de las complicaciones principales seria la presencia de fistulas disminuyo su gasto en un 98% al iniciar la terapia con octreotide a dosis de 50mcgsc (15)

Cinco pacientes con fistula pancreática secundarias al drenaje de pseudo quiste fueron tratados con el péptido sintético de somatostatina encontrando una disminución del gasto por sonda después de un día de inicio de la terapia de 52%, y 72hs después 72%, llegando al cierre total de la fistula en un periodo de 7-44 días, los efectos adversos encontrados en un paciente diarrea y en otro hiperglicemia transitoria,

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

corroborando que el decremento de drenaje por la fistula favorece el cierre de la misma. (16)

Estudios experimentales en animales con pancreatitis aguda inducida y manejados con análogo de la somatostatina (octreotide) baja la mortalidad, mejora cuadro clínico, al favorecer la reducción de secreción gástrica y pancreática, disminuyendo las complicaciones locales y tiempo de estancia (17)

La somatostatina es un medicamento prometedor ya que al reducir la secreción de enzimas pancreáticas disminuye la necesidad de analgesia, complicaciones locales y acorta el tiempo de estancia intrahospitalaria (18)

Con respecto a su utilidad es necesario completar sobre tiempo de evolución, estancia hospitalaria, complicaciones, intensidad del dolor, gasto por sonda oro gástrica, efectos sobre estudios de laboratorio (leucocitos, amilasa, lipasa) y en un momento dado sobre cortes hospitalarios, también complementar estos datos con los encontrados con somatostatina, ya que hay estudios comparativos, Finalmente reportar los estudios en nuestro país: las estrategias de manejo, medicamentos, es decir la experiencia que se tiene en pediatría para poder fundamentar el por que del estudio y los objetivos así como el impacto que se espera tener.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Planteamiento del problema:

¿Es el octreótide una alternativa terapéutica para disminuir las complicaciones de pancreatitis aguda. En pacientes que se internaron en la UTIP del HGGG del CMN "La Raza" en un periodo comprendido entre Enero de 1998 a Septiembre de 2002 ?

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

OBJETIVOS

1.- Determinar los efectos del Octréotide en el comportamiento clínico de Pancreatitis Aguda.

Objetivos Específicos:

- 1. Se determino la frecuencia de complicaciones en pancreatitis aguda en pacientes pediátricos con el uso de Octréotide.**
- 2. Se determino los días de estancia hospitalaria.**
- 3.- Frecuencia de defunciones presentadas en el tiempo de estancia.**

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

MATERIAL Y METODOS:

Tipo de estudio: se realizó una encuesta transversal descriptiva, un muestreo, no probabilístico por conveniencia y de acuerdo a la determinación de los expedientes.

Se revisaron todos los expedientes de pacientes con pancreatitis aguda hospitalizados en el servicio de Terapia Intensiva Pediátrica que hayan recibieron tratamiento con octreotide de Enero 1998 a Septiembre 2002.

El lugar y realización fue la Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica del Hospital General Gaudencio González Garza del Centro Medico Nacional "LA RAZA", IMSS, Unidad de tercer nivel de atención con área de influencia en la población del Norte de la CD. De México así como los Estados de México e Hidalgo.

Se captaron todos los pacientes con pancreatitis aguda registrados en la libreta de ingresos del servicio y después se realizó la búsqueda del expediente en el archivo clínico.

La recolección de datos se hizo con una hoja especial (Anexo 1) después de la revisión de los datos consignados en el expediente.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Todos los expedientes clínicos que estuvieron completos de pacientes pediátricos hospitalizados en el servicio de UTIP.
- Que cumplieron con el diagnóstico de Pancreatitis aguda: siendo considerados a aquellos pacientes con dolor abdominal, vomito, y fiebre y con determinación de aumento de las concentraciones séricas de las enzimas amilasa y lipasa (esta última más específica para lesiones inflamatorias agudas del páncreas).
- Que tuvieron manejo con octreotide
- Con edad comprendida desde el nacimiento hasta los 15 años.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

Pacientes con suspensión de tratamiento

Pacientes con expediente incompleto

Pacientes que fallecieron durante su estancia en el servicio relacionadas con otras patologías de base tales como leucemia, lupus eritematoso sistémico, entre otras.

Pacientes en los que no se localizó el expediente.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

RESULTADOS:

Se revisaron todos los expedientes de los casos con diagnóstico de Páncreatitis aguda hospitalizados en el Hospital General "Gaudencio González Garza" del CMN "La Raza" entre el periodo de Enero 1998 a Septiembre del 2002. El total de pacientes captados fueron un total de 17 y quienes cumplieron con los criterios para el diagnóstico e ingreso al estudio, de los cuales se obtuvo el siguiente reporte numérico:

Del total de pacientes analizados (17), el 41% fue del sexo masculino con 7 casos mientras que para el sexo femenino solamente se encontró 59% con 10 casos esquematizados en el gráfico 1.

Los grupos de edad afectados se incluyeron en años, Grupo de 0 a 4 años con un caso (5.88%), de 5 a 10 años 4 casos (23.52%) , 11 a 15 años 11 casos (64.70%) ,los mayores de 15 años con 1 caso (5.88%), gráfico 2.

En el gráfico 3 se representan los días de estancia hospitalaria, de los cuales con estancia menor de 7 días fueron 41.17 % con 7 casos, de 7 a 14 días, 35.29% con 6 casos y más de 15 días con 23.52% con 4 casos. Esquematizado en el gráfico 3.

De los aspectos paraclínicos más sobresalientes al ingreso encontramos Amilasaemia presente en 70.58% con 12 casos, ausente 29.41% con 5 casos, Hipocalcemia presente 70.58% con 11 casos y ausente 29.41 % con 6 casos, Leucocitosis presente 64.79% con 11 casos, ausente

35.29% con 6 casos, Hiperglucemia presente 88.23% con 15 casos, ausente 11.76 % con 2 casos, hipoalbuminemia presente 64.70% con 11 casos, ausente 35.29% con 6 casos, esquematizados en los gráficos 4,5,6,7,8 respectivamente.

En el Gráfico 9, 10, representamos **las complicaciones encontradas a nivel abdominal del 100% de los pacientes solo 11 pacientes 64.70%** las presento, 5.88% con un 1 caso de peritonitis, 23.52% con 4 casos de ictericia obstructiva, 23.52 % con 4 casos absceso pancreático, 11.76 % 2 casos ascitis masiva, De las **complicaciones metabólicas 94.1% del 100%** representados 23.52 % con 4 casos de hiperglicemia, 11.76% con 2 casos de hiperlipemia, 5.88 % con 1 caso de hepatitis reactiva, 23.52 % con 4 casos de Diabetes Mellitus, 11.76% 2 casos anemia, 17.64 % 3 casos de desequilibrio hidroelectrolítico, con respecto a las **complicaciones extrabdominales con un 52.94% del 100%** de los pacientes, 41.17% con 7 casos por derrame pleural, 11.76% con 2 casos por sepsis.

El gasto por sonda documentados como alto en el 100% de los pacientes con 17 casos y esquematizado en el grafico número 12.

Con respecto a los estudios de gabinete para apoyo del Diagnostico el Estudio de Tomografía Axial computarizada de abdomen un 58.82% del 100% fue realizada con 10 casos no realizada en 7 casos 41.17%, La Pancreatoduodenografía un 11.76% del 100% con 2 casos, la Ultrasonografía de abdomen 88.23% del 100% con 15 casos, documentándose 64.70 % edematosa 11 casos, 35.29 % Necrótica

hemorrágica con 6 casos. Radiografía de abdomen 47.05% del 100% con 8 casos. esquematizadas en los gráficos 12,13,14,15,16, respectivamente.

A todos los casos de Pancreatitis se trato de identificar la etiología documentándose con 11.76% del 100% Lupus eritematoso sistémico con 2 casos, 17.64% del 100% Litiasis biliar con 3 casos, 17.64% del 100% traumática 3 casos, 5.88% del 100% medicamentosa, 47.05% del 100% Idiopática con 8 casos, esquematizados en el grafico 17.

El manejo con octreotide motivo del estudio se observo en 15 pacientes (88.23%), y en 2 casos (11.76%) no se administro, representados en el grafico 18.

Por último se encontró una mortalidad 0% del 100%, con una morbilidad del 100% con 17 casos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DISCUSION

La pancreatitis es una enfermedad capaz de presentar una variación clínica, como se reporta en la literatura internacional, en nuestra población pediátrica encontramos un total de 27 casos en 5 años, siendo importante señalar que se trata de una unidad de concentración y tercer nivel.

El grupo etario mayor afectado fue el comprendido entre 10 y 15 años predominando en el sexo femenino porcentaje 59%. La etiología mas frecuente fue la Idiopática en 47.05% reporte similar al de la literatura seguida de traumatismos 17.64% y litiasis vesicular 17.64%.

Villazón reporta de las complicaciones locales 10-20% esta en relación a ictericia obstructiva, pseudoquiste, y en menor porcentaje absceso pancreático (4) (cabe mencionar fue en pacientes adultos. En el estudio realizado se documento el absceso pancreático, pseudoquiste en un 23.5% similar a lo reportado por la literatura, y en menor porcentaje ictericia obstructiva, hepatitis reactiva y ascitis en un porcentaje menor a lo referido en la literatura. Respecto a las complicaciones distales la repercusión a nivel pulmonar manifestada como derrame fue en un porcentaje aproximado 41.17% en este caso mayor al reportado por la literatura que es de 30%.

Dentro de los aspectos clínicos la afectación a nivel metabólico es 28-30% (Villazón, Perchas (4) en el estudio se corrobora la presencia de

amilasemia 70.58%, hipocalcemia 70.58%, leucocitosis 64.70%,
hipoalbuminemia 64.70% e hiperglicemia 88.23% porcentajes similares a
lo reportado en la literatura., No se determino al momento del diagnostico
la determinación de lipasa sérica la cual seria la enzima más especifica
para las lesiones inflamatorias agudas del páncreas, pero no se realiza
en la unidad.

Los pacientes con pancreatitis aguda presentan una evolución tórpida,
leve o severa dada por su afección que puede solo limitarse y o
involucrar otros órganos y sistemas (Perchas, Kurt (2,3), durante el
estudio realizado se corrobora la afectación a pulmón, a nivel metabólico,
hematológico esta caracterizada por sepsis y anemia, requiriendo para
ello múltiples esquemas de tratamiento, sin determinar un germen aislado,
Las medidas terapéuticas utilizadas fueron ayuno, apoyo
hidroelectrolítico, alivio del dolor, sonda nasogástrica (esta referida por
Dr. Perchas útil solo en caso de náuseas y quien además refiere que
dentro de la evolución de la Pancreatitis disminuir la liberación enzimática
hacia la circulación general disminuye efectos inflamatorios sistémicos
(4). La evolución clínica, disminución de días de estancia, disminución en
el reporte de paraclínicos y complicaciones se obtienen con el uso de
octreotide, Harris y Usadel refieren un estudio multicéntrico doble ciego
en donde se valoro que la somatostatina al inhibir la función exocrina del
páncreas reduce las complicaciones considerándolo como parte principal
de la terapéutica(14,15), Ladas refiere que disminuye complicaciones y
acorta el tiempo de estancia (18), Beechey con el uso de octreotide

mejora cuadro clínico y paraclínico y a su vez disminuye la necesidad de analgesia (12) En nuestro estudio el manejo con Octreotide a dosis variable dependiendo del peso o metro cuadrado de superficie corporal, la vía de administración fue IV o SC similar a lo referido por la literatura Internacional, se corroboró que la población estudiada al tener manejo con el octreotide el tiempo de estancia varió entre un lapso de 3-27 días porcentaje a menor al referido en los niños sin manejo de octreotide así mismo se observó que la presencia de complicaciones varió en número de 3 a 4, con presentación más tardía desafortunadamente no se pudo determinar la disminución del gasto por sonda nasogástrica por no contar con una hoja especial de captación y por no tener la hoja de control de líquidos en forma continua para determinar el dato, el grupo control estudiado sin manejo de octreotide fue en 2 pacientes en quienes los días de estancia fue de 8-12 días y con número de complicaciones más tempranamente.

Los exámenes de gabinete realizados para apoyar el diagnóstico fue Ultrasonografía abdominal en un 8.23% tomografía axial computarizada de abdomen en un 58.82% documentándose 64.70 % tipo inflamatorio y 35.29 % necrótico hemorrágico, la Pancreatoduodenografía solo se realizó en 11.76 % muy bajo, y la radiografía de abdomen en 47.05 % los resultados obtenidos fueron similares a lo referido por la literatura.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CONCLUSIONES

La pancreatitis aguda es un trastorno muy común del páncreas en la infancia, relacionada con parotiditis, enfermedades biliares, fármacos, contusiones abdominales y en un alto porcentaje idiopática. No se conoce la consecuencia exacta de acontecimientos que desembocan a una pancreatitis. Se ha propuesto que, después de la agresión inicial como puede ser la obstrucción de los conductos, se activan las proenzimas pancreáticas por las hidrolasas lisosómicas del interior de la célula acinar, determinando la autodigestión del órgano y activando o liberando otras proteasas activas. La protección del órgano sano es las proteasas sintetizadas en forma inactiva, la liberación de enzimas digestivas hacia gránulos secretores y la presencia de inhibidores de la proteasa. La afectación de sexo y edad no está bien determinada, las manifestaciones clínicas predominantes son dolor abdominal localizado en epigastrio que aumenta en intensidad en las primeras 24-48hs, ocasionando el niño adopte una postura antiálgica, vómitos persistentes, abdomen distendido y bastante doloroso. Existen también estudios paraclínicos como es la determinación de enzimas Lipasa más específica, amilasa, hemoconcentración, la coagulopatía, leucocitosis, hiperglucemia, glucosuria, hipocalcemia, aumento de la gamaglutamiltraspeptidasa, hiperbilirrubinemia, así como rayos X de abdomen, Ultrasonografía

abdominal, Tomografía de abdomen, colangiopancreatografía retrograda endoscópica.

Dado que existe un incremento de casos nuevos, y debido a que se puede establecer un diagnóstico temprano y con esto un tratamiento oportuno para delimitar el daño, El motivo del estudio fue demostrar la utilidad del análogo de la Somatostatina (octreotide) debido que por su mecanismo al inhibir la función exocrina del páncreas, mejora cuadro clínico, baja la mortalidad y favorece la reducción de la secreción gástrica y pancreática, disminuyendo por lo tanto las complicaciones tanto locales como distales y acortando el tiempo de estancia. Favoreciendo la limitación del daño y la recuperación temprana.

No en todos los pacientes se pudo determinar en forma continua la disminución de la sonda nasogástrica, por falta de datos, sin embargo, se sugiere este estudio podría ser el inicio de otros más para así proponerlo como un manejo estandarizado para tener un mejor control de la patología y con ello la disminución de la morbimortalidad, ya que nosotros observamos disminución en los días de estancia y número de complicaciones.

Finalmente podemos concluir que la pancreatitis aguda es una enfermedad que puede ser fatal y que al ser diagnosticada en forma temprana y al darle un tratamiento oportuno, limitaríamos la afección local y distal y con ello mejorar el pronóstico de nuestros pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. L Bradley , MD A Clinically Based Clasification System for Acute Pancreatitis.arch Surg 1993,128,586-590.
2. Kurt A, Cantú, Complicaciones de la pancreatitis, Bol.Medico Hospital Infantil 1976,XXXIII,943-953.
3. Perchas V, Tratamiento de la Pancreatitis Aguda,Rev Gastroenterlog Méx 1985, 50,201-205.
4. Villazón S, Baqueiro C, Villazon D, Experiencia en el tratamiento quirurgico de la pancreatitis aguda grave en el Hospital español. Rev.Gastroenterology,1985,50,207-212.
5. Harris A,Somatostatin and somatostatin analogues pharmacokinetics and pharmacodynamic effects, Gut ,1994, 3,S1-S4.
6. Lankisch P, Koop H, Winckler K,Folsch U, Creutzfeldt W, Somatostatin therapy of acute expereimental pancreatitis, Gut,1977,18,713-716.
7. Sarr m, Safey,Cameron J, Prospective randomized trial of nasogastric suction in patients whit acute pancreatitis, Surgery,1986.
8. Tauber M, Harris A, Rochiccioli, Clinical use of the long acting somatostatin analogue octreotide in pediatrics, Eur J Pediatr,1994,153.304-310.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

9. Wilson C, Mcarde C, Carter D, Imice C. Surgical Treatment of acute necrotizing pancreatitis Br.J Surg 1988 NOV 75 119-123.
10. Rushfoth J, Beck J, M mahan M, Puntis j, Resolütion on pancreatic ascites whith octreotide. Arch Dis Child 1993;68:135-6.
11. Choi T, Mok F, Zhan W, Fan S, Lai E, and Wong J. Somatostatin in the treatment of acute pancreatitis: a prospective randomised controlled trial, Gut, 1989;30:223-227.
12. Beechey N, Lee W, Wilkinson M, Grogeno J, Mcperherson, Treatment with high dose octreotide improves the clinical course of acute pancreatitis. Gut, 1991,32(15)
13. Williams S, Woltering E, O'Dorisio T, Fletcher W. Effect of Octreotide Acetate on Pancreatic Exocrine Funtion. The American Journal Of Surgery. 1989,157,459-462.
14. Usadel k, Uberla K, Leuschner U. Treatment of acute pancreatitis with somatostatin, Results of the multicenter Double-blind trial, N.Engl. J. Med 1980,17:303.
15. Rosenberg et cols. Administration of somatostatin analog (SMS - 201-1995) in the treatment of a fistula occurring after pancreas transplantation, transplantation, 1986,43:764-66.
16. Lansden F, Adams D, anderson M, Treatment of external pancreatic fistulas with somatostatin Surgil Congress, January 1989,24-27.
17. Raps Sa, Ladas Sa. Therapy of acute pancreatitis with somatostatin, J Gastroenterol, 1994 29, 207:34-38.

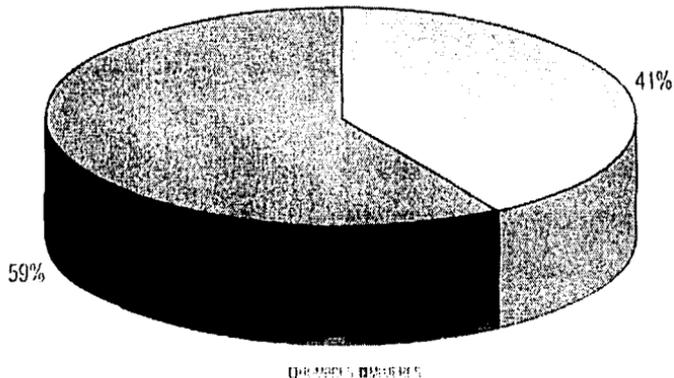
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

18. Ladas S, Raptis, Conservative treatment of acute Pancreatitis the use somatostatin, Hepato-Gastroenterol 1992, 39:466-69.
19. Diccionarios Mosby de medicina y Ciencias de la Salud 1995, Mosby Doyma libros.
20. Frisancho AR. NEW NORMS of upper limb fat and muscle areas for assessment of nutritional status. Am J Clin. Nut. 1981 34 2540-45.
21. Hernández B, Veles H. Encuestas Transversales, Salud Publica de Sep- México. 42, 5 Oct. 2002

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRAFICO 1

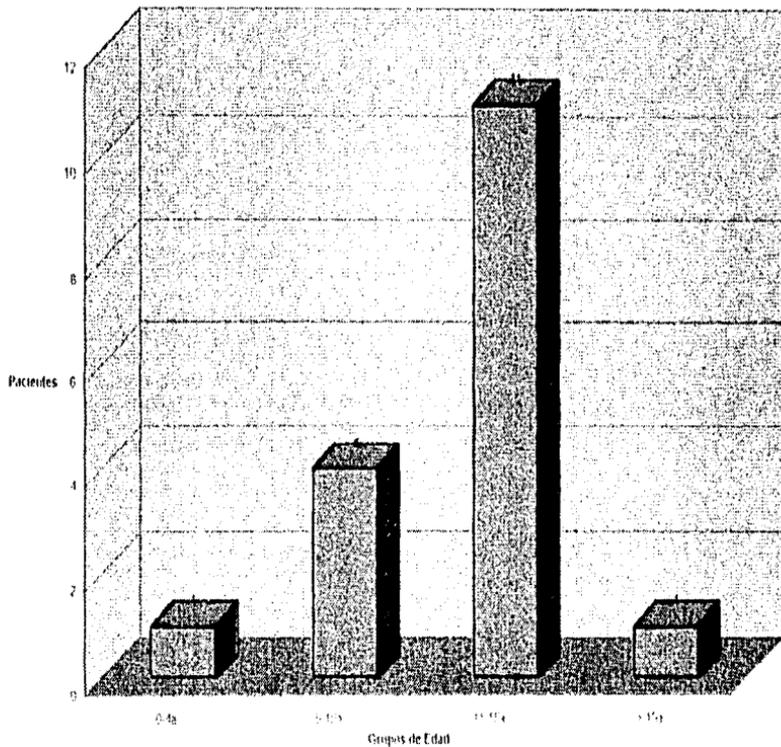
DISTRIBUCION POR SEXO DE PACIENTES CON PANCREATITIS AGUDA



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRAFICO 2

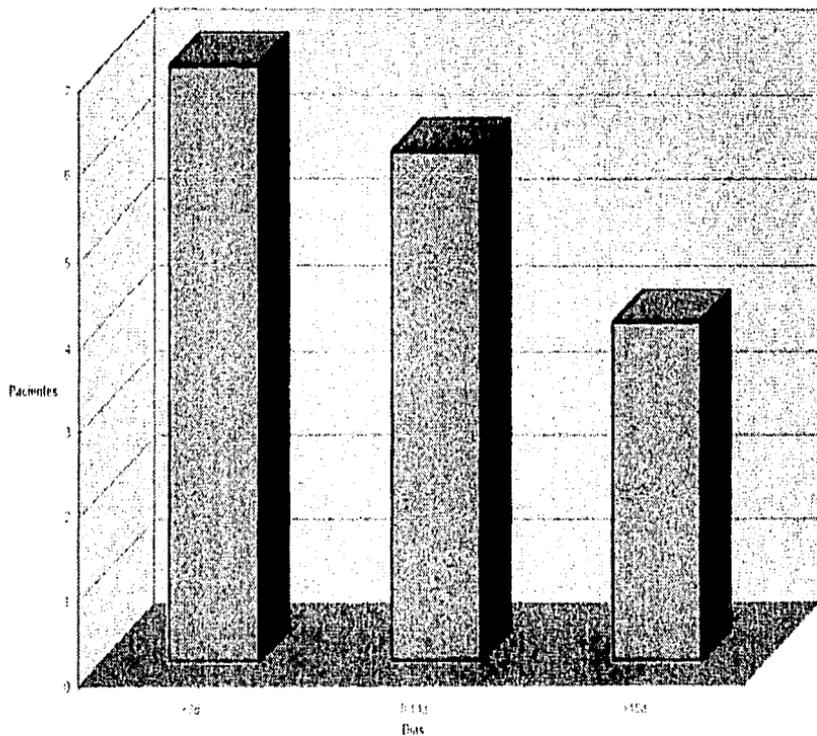
DISTRIBUCION POR EDAD DE PACIENTES CON PANCREATITIS AGUDA



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRAFICO 3

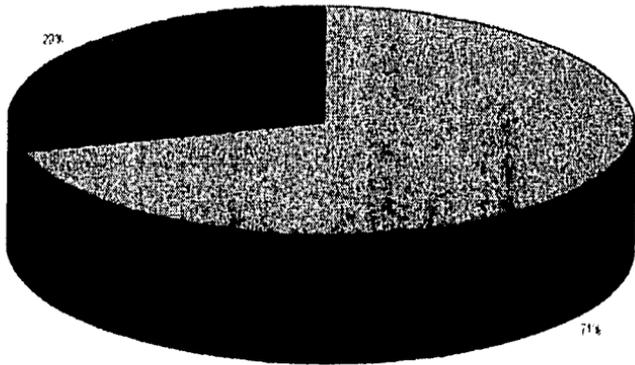
ESTANCIA HOSPITALARIA DE PACIENTES CON PANCREATITIS AGUDA

TESIS CON
FALLA DE CUBIEN

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRAFICO 4

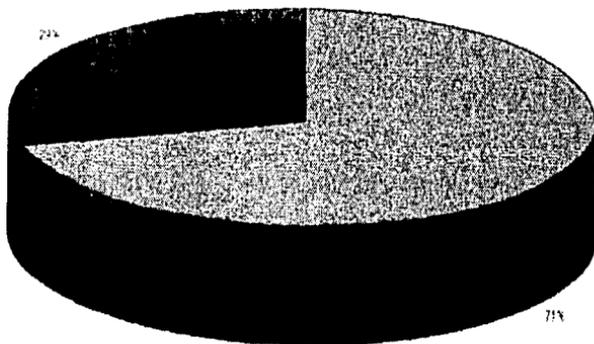
PARAMETROS DE LABORATORIO AMILASEMA DE PACIENTES CON PANCREATITIS AGUDA



■ PRESENTE ■ AUSENTE

GRAFICO 5

PARAMETROS DE LABORATORIO HIPOCALCEMIA DE PACIENTES CON PANCREATITIS AGUDA

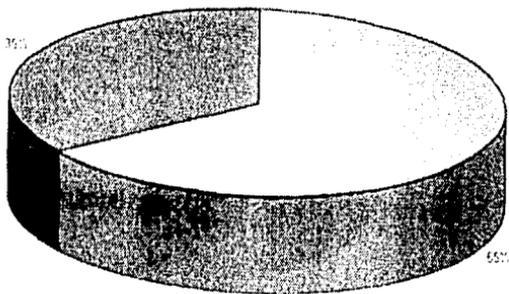


■ PRESENTE ■ AUSENTE

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRAFICO 6

PARAMETROS DE LABORATORIO LEUCOCITOSIS DE PACIENTES CON PANCREATITIS AGUDA



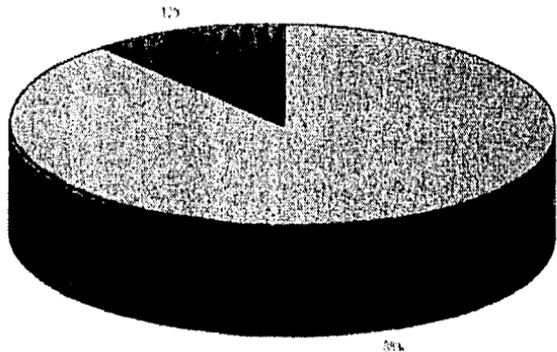
▣ PRESENTE ▣ AUSENTE

TEJES CON
FALLA DE ORIGEN

DIAGNOSTICO DE
FALLA DE ORIGEN

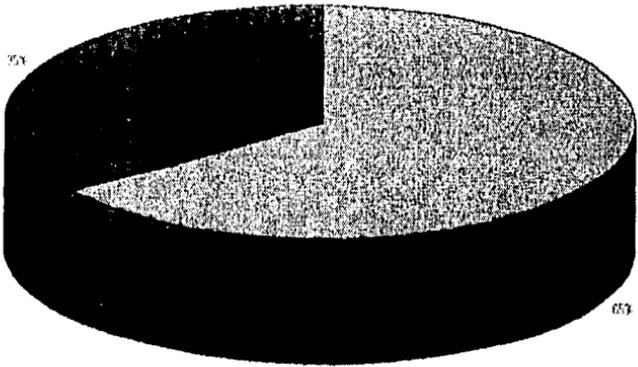
GRAFICO 7

PARAMETROS DE LABORATORIO HIPERGLUCEMIA DE PACIENTES CON PANCREATITIS AGUDA



■ PRESENTE ■ AUSENTE

GRAFICO 8
PARAMETROS DE LABORATORIO HIPOTAL BUNHEIMA DE PACIENTES CON PANCREATITIS AGUDA



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

■ PRESENTE ■ AUSENTE

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRAFICO 9

COMPLICACIONES ABDOMINALES DE PACIENTES CON PANCREATITIS AGUDA

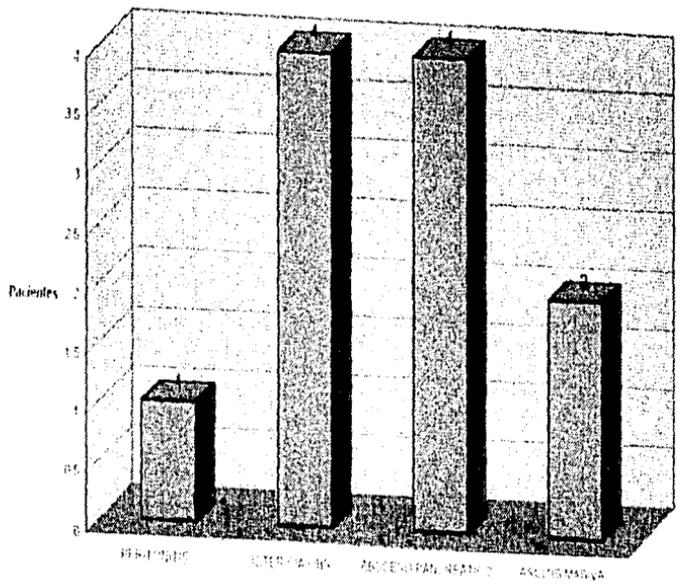
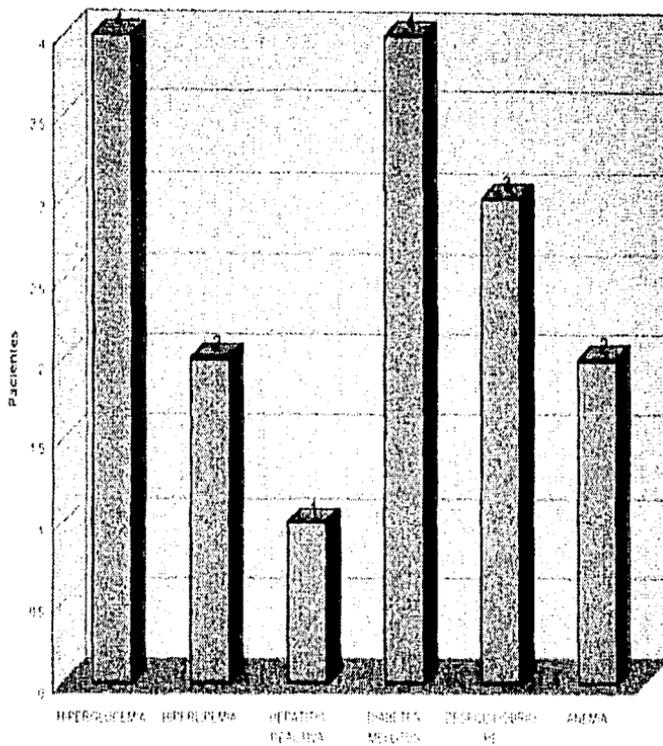


GRAFICO 10

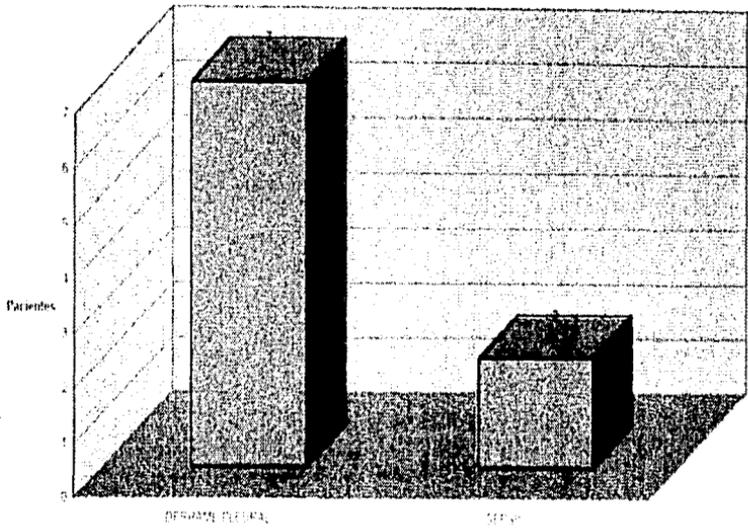
COMPLICACIONES METABOLICAS DE PACIENTES CON PANCREATITIS AGUDA



TESIS CON FALLA DE ORIGEN

GRAFICO 11

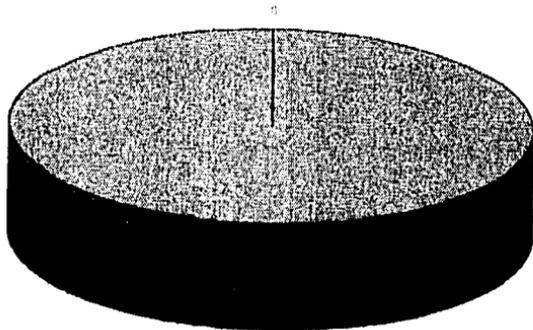
COMPLICACIONES EXTRAABDOMINALES DE PACIENTES CON PANCREATITIS AGUDA



TESIS CON FALLA LE ORIGEN

GRAFICO 12

GASTO POR SONDIA DE PACIENTES CON PANCREATITIS AGUDA

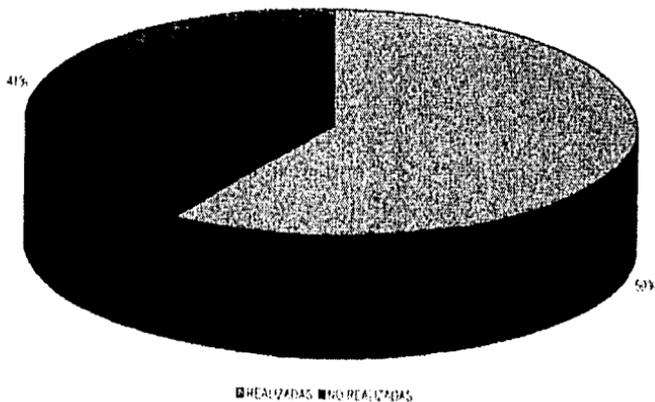


■ ALTO ■ NORMAL

120000 CON
FALLA DE ORIGEN

GRAFICO 13

ESTUDIOS DE GABINETE TAC DE ABDOMEN REALIZADOS A PACIENTES CON PANCREATITIS AGUDA

TESIS CON
FUENTE DE ORIGEN

TESIS CON
FALLA DE CIRCEN

GRAFICO 14

ESTUDIOS DE GABINETE ULTRA SONOGRAFIA REALIZADOS A PACIENTES CON PANCREATITIS AGUDA

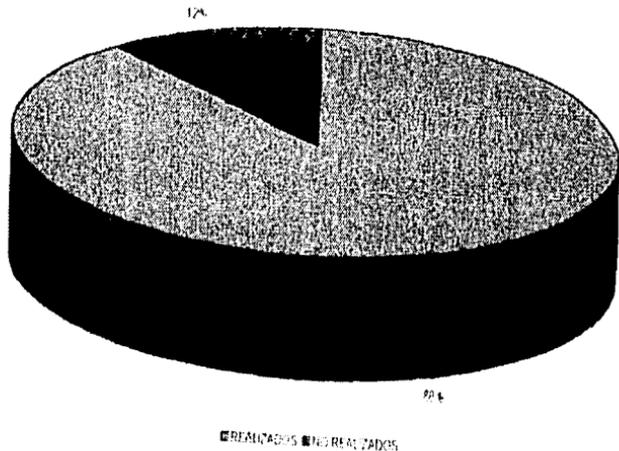
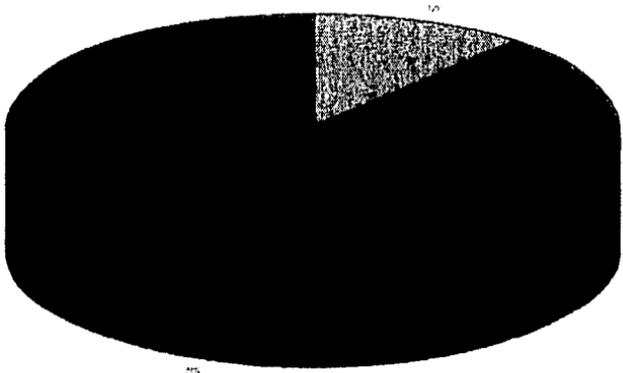


GRAFICO 15

PANCREATODUODENOPANCREATOGRAFIA REALIZADA A PACIENTES CON PANCREATITIS AGUDA

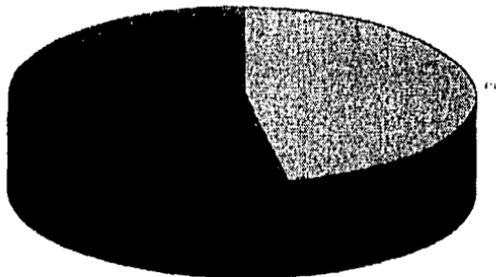


■ REALIZADAS ■ NO REALIZADAS

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRAFICO 16

RADIOGRAFIA ABDOMINAL REALIZADAS A PACIENTES CON PANCREATITIS AGUDA

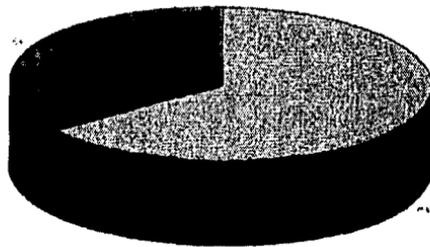


■ REALIZADAS ■ NO REALIZADAS

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRAFICO 17

PANCREATITIS IDENTIFICADA POR REPORTE DE USO EN PACIENTES CON PANCREATITIS AGUDA

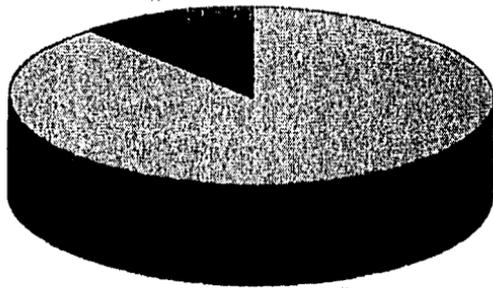


■ EDEMATOSA ■ HEMORRAGICA

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRAFICO 18

MANEJO CON SOMATOSTATINA

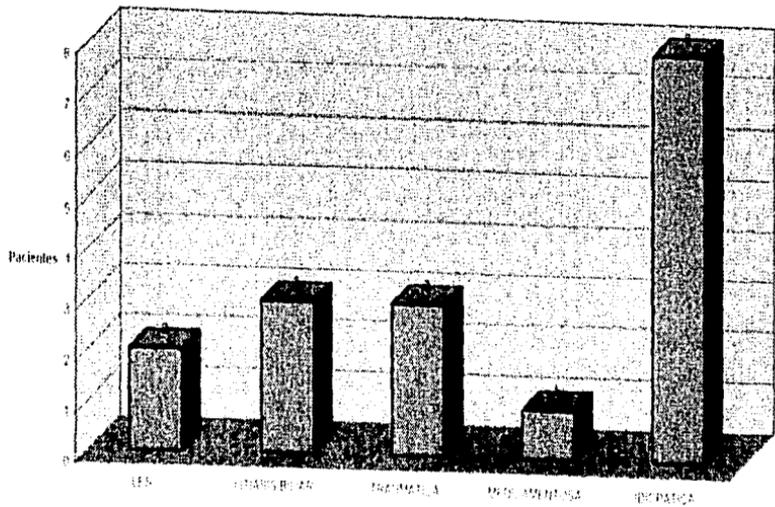


■ PRESENTE ■ AUSENTE

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRAFICO 19

ETIOLOGIA IDENTIFICADA EN PACIENTES CON PANCREATITIS AGUDA



TESIS CON FALLA DE ORIGEN