



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION

**INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL
ESTADO**

**USO DE LA ESCALA BISAP PARA LA DETERMINACION DE GRAVEDAD EN
PANCREATITIS AGUDA DE ORIGEN BILIAR**

TRABAJO DE INVESTIGACION

QUE PRESENTA

MARIO MOISES GUERRERO CHEREM

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE LA ESPECIALIDAD

CIRUGIA GENERAL

ASESOR DE TESIS: ARTURO CIRIACO VAZQUEZ GARCIA

No. REGISTRO DEL PROTOCOLO: 280.2012

MEXICO, D.F. FEBRERO 2013

DR. FELIX OCTAVIO MARTINEZ ALCALA
COORDINADOR DE CAPADESI

DR. GUILBALDO PATIÑO CARRANZA
JEFE DE ENSEÑANZA

DRA. MARTHA EUNICE RODRIGUEZ ARELLANO
JEFE DE INVESTIGACION

DR ARTURO VAZQUEZ GARCIA

**NOMBRE Y FIRMA
PROFESOR TITULAR**

DR ARTURO VAZQUEZ GARCIA

**NOMBRE Y FIRMA
ASESOR DE TESIS**

AGRADECIMIENTOS

La presente tesis no solo representa para mi el fin de un ciclo, sino la oportunidad de agradecer a todas aquellas personas sin las cuales no me hubiera sido posible alcanzar esta meta.

En primer lugar me gustaría agradecer a mis abuelos Vicente, Moisés y Victoria, por apoyar y motivarme en mi proyecto de vida. Les tengo siempre presentes.

A mis padres Jorge y Victoria, por siempre motivarme a enfrentar las adversidades y convertir mis fracasos en experiencia.

A mis hermanos Gabriela y Carlos, a quienes siempre tengo a mi lado.

A Maija, por motivarme a ser mejor y con quien comparto un proyecto de vida.

A mi tío Santiago, a quien recuerdo con cariño.

Al Dr. Arturo Vázquez, por su orientación y dirección que me permitieron desarrollar esta tesis.

A mis profesores y adscritos: Dr. Fernando Cerón, Dr. Amado Gómez Angeles, Dr. Raúl Albarran, Dr. Gustavo Hernández, Dr. Javier Benítez, Dr. José María Zubirán, Dr. Antonio Corona, Dra. María Elena Torres, Dr. Hipólito Santiago, Dr. Max Toro, Dr. Ricardo López, Dr. Roberto de la Torre, Dr. Gustavo Lizárraga, Dr. Francisco Ríos, Dr. Netzahualcoyotl García, Dr. Luis Alberto Castañón, Dr. Elías Hernández, Dra. Lizbeth Gómez, Dr. Esteban Maldonado y al Dr. Rufino Retana. Por compartir sus conocimientos y experiencia en la práctica de la cirugía general.

A mis compañeros: Edilberto Jiménez, José Luis Paz, Daniel Zambrano, Luis Manuel, Estela Rodríguez, Andrés Hernández, Abel Gutiérrez, David Ampudia, Omar Herrera, Zazil Botello, Luis de la Puente, Jonas Steinemann, Juan Carlos Trujillo, Michelle Márquez, Ariadna Valdés, Venecia Romero, Ricardo Tovar, Fernando Carranza, Ricardo Morales, Andrés Espinoza, Ezequiel García, Fernando Núñez, David Ríos, Alberto Cruz, Julio Chávez, Eduardo Ordoñez, José García, Jonatan Villegas.

Por último a Miguel Ruiz, Antonio Lucio, Obed Villafán, Alfred y Antonio Weiss, a quienes considero mis amigos más cercanos.

INDICE

Introducción-----1

Diagnóstico-----2

Nomenclatura (Simposium de Atlanta)-----2

Estudios de Laboratorio y escalas para predecir severidad-----3

Tratamiento-----5

CAPITULO 2: MATERIAL Y METODOS-----5

CAPITULO 3: RESULTADOS-----6

CAPITULO 4: DISCUSION-----7

CAPITULO 5: CONCLUSIONES-----8

ABSTRACT-----9

RESUMEN

1. Introducción:

La pancreatitis se define como un proceso inflamatorio del páncreas con afección variable de otros tejidos regionales o sistemas orgánicos lejanos. Presenta un amplio espectro clínico, que varía entre una enfermedad que cede con un manejo básico en un lapso corto hasta una enfermedad que pone en peligro la vida de un paciente. Anualmente se reportan aproximadamente 185 000 pacientes en EUA.

Se reporta una mortalidad general 2-10%, sin embargo en las pancreatitis severas varía entre un 10-30%. Se calcula que 10% fallecen antes de realizarse el diagnóstico de PA severa. En el 2000 representó un costo de 2.5 billones de dólares en EUA (19).

La pancreatitis aguda una enfermedad inflamatoria del páncreas, suele ser leve y resuelve por sí misma sin serias complicaciones en 80% de los pacientes, pero cursa con complicaciones y una mortalidad sustancial hasta en un 20% de los pacientes. Su etiología y patogénesis ha sido intensamente investigado. En 1856, Claude Bernard sugirió que el reflujo biliar en el conducto pancreático común pudiera activar la pancreatitis aguda. Varios estudios subsecuentes llevaron a las teorías que alimentaron el debate hasta 1901, cuando Eugene Opie propuso que la migración de un lito hacia el colédoco es la causa principal de la pancreatitis aguda (20). Desde entonces, muchas otras causas de pancreatitis han sido descubiertas. Sin embargo, la patogénesis de la pancreatitis es aun controversial en la actualidad. Distintas teorías intentan explicar la patogénesis de la pancreatitis aguda.

Existen muchas causas de pancreatitis aguda, las cuales pueden ser fácilmente identificadas en 75-85% de los pacientes. En países desarrollados, la obstrucción del colédoco por litos (38%) y el abuso de alcohol (36%) son las causas más frecuentes de pancreatitis aguda. La pancreatitis de etiología biliar, es ocasionada por la obstrucción que ocasiona la migración de un lito. La obstrucción se localiza en el conducto biliar, el conducto pancreático o en ambos. La obstrucción del conducto condiciona la pancreatitis por aumento de la presión del conducto y la activación descontrolada de las enzimas digestivas. El abuso de alcohol es la segunda causa mas frecuente de pancreatitis aguda, pero la correlación entre el alcohol y pancreatitis no esta totalmente entendida. En modelos experimentales, se ha identificado que el etanol directamente sensibiliza las células acinares a la estimulación de la colecistocinina. Conforme el desarrollo de la pancreatitis es afectado por factores ambientales y genéticos, la falla para inhibir la actividad de la tripsina o para eliminar la tripsina activada del conducto pancreático, puede promover la pancreatitis alcohólica. De hecho, el mecanismo exacto detrás de la pancreatitis alcohólica no ha sido ampliamente dilucidado. Existen otras causas de pancreatitis que comprenden un porcentaje pequeño, como son el páncreas divisum, la disfunción del esfínter de Oddi, lodo biliar, tumores intraductales papilares, Colangio Pancreatografía Retrógrada Endoscopica (CPRE), hipercalcemia, secundaria a medicamentos, infecciones virales, bacterianas o por parásitos. Muchas causas han sido descritas, pero las principales son la migración de un lito y el abuso de alcohol.

Existen muchas teorías acerca de la patogénesis de la pancreatitis aguda, las cuales incluyen la teoría del conducto común, la teoría de la autodigestión pancreática, teoría de la migración de un lito, teoría de la activación enzimática, teoría de la activación del sistema de cinina-complemento, teoría de la alteración de la microcirculación, teoría de la activación leucocitaria excesiva,

apoptosis de las células pancreáticas acinares y la teoría de la necrosis pancreática. Sin embargo, todas estas teorías aun continúan siendo controversiales. Únicamente pueden explicar la patogénesis de algunos tipos específicos de pancreatitis, o aspectos específicos del proceso patogénico de algunas formas de pancreatitis aguda. De hecho, es importante mencionar, que en la actualidad no existe ninguna teoría ideal acerca de la patogénesis de la pancreatitis aguda (14,17,19,20).

Diagnóstico:

Clínicamente la pancreatitis se presenta con un dolor intenso, localizado en el epigastrio o en el cuadrante superior derecho, constante. El cual se irradia hacia la espalda. Náusea y vómito suelen ser síntomas asociados. Los pacientes pueden cursar con una variedad de síntomas, que pueden variar de leve a severo, con hipotensión asociada, taquicardia y distensión abdominal (19).

Existen 2 condiciones clínicas que pueden ayudar al diagnóstico, a pesar de que no son encontrados comúnmente, el signo de Cullen, que es una coloración azulada alrededor del ombligo y el signo de Grey Turner que es una coloración azulada a nivel de los flancos. Estos signos son resultado de una pancreatitis hemorrágica severa (20).

Los hallazgos de laboratorio asociados con pancreatitis biliar, incluyen elevación de la amilasa, comúnmente 3 veces por arriba de su valor normal, lipasa y alanin amino transferasa (ALT) elevadas. Los estudios han mostrado que cuando se encuentra una elevación de la aspartato amino transferasa (AST) 3 veces su valor normal, el valor predictivo positivo es 95% para pancreatitis biliar. La presencia de leucocitosis sugiere un cuadro clínico más severo comprendiendo necrosis pancreática o colangitis. La tomografía abdominal puede utilizarse para examinar el páncreas con respecto al grado de inflamación, perfusión de la glándula y la presencia de abscesos o pseudoquistes.

Existen múltiples auxiliares para el diagnóstico de la pancreatitis aguda, en el ultrasonido, la visualización del páncreas ocurre en aproximadamente 60-78%. La pancreatitis aguda puede presentarse como un aumento focal difuso del páncreas, hipoeoico, con dilatación del conducto si la cabeza se encuentra comprometida. La colección líquida puede apreciarse en el saco menor en aproximadamente 60% de los casos (19).

La TAC es útil, no solo para el diagnóstico de la pancreatitis aguda, si no también para evaluar la severidad y delimitar las complicaciones pancreáticas y extra pancreáticas, como son, colección líquida peripancreática, pseudoquiste y absceso pancreático. El valor pronóstico de la tomografía computarizada en la pancreatitis aguda, ya ha sido descrito, correlacionándose la presencia y extensión de la colección líquida peripancreática con la severidad clínica de la enfermedad, desarrollo de complicaciones, y muerte. Balthazar mostro que los pacientes sin inflamación peripancreática (grado A y B) tiene un curso clínico no complicado, mientras que los pacientes con una o varias colecciones peripancreáticas (grado D y E) comúnmente muestran un curso tórpido de enfermedad clínica y una elevada frecuencia de abscesos y muerte. El sistema de clasificación de Balthazar permite la identificación de un subgrupo de pacientes con pancreatitis aguda, en quienes las complicaciones más serias se presentaran⁽¹³⁾.

Nomenclatura Internacional de Atlanta

1) PANCREATITIS AGUDA LEVE

-Sin compromiso sistémico ni complicaciones locales (necrosis, abscesos ni pseudoquistes).

-Recuperación sin incidentes <3 días, con terapia mínima de hidratación y analgesia.

-La TAC de abdomen es normal o sólo revela edema pancreático (Balthazar A o B).

2) PANCREATITIS AGUDA SEVERA.

-Asociada con falla orgánica y/o complicaciones locales.

-3 o más criterios de Ranson, u 8 o más puntos APACHE II.

-En general representa necrosis pancreática, pero en raras ocasiones una pancreatitis edematosa intersticial puede desarrollar un cuadro severo (13).

ESTUDIOS DE LABORATORIO Y ESCALAS PARA PREDECIR SEVERIDAD

1) PROTEINA C REACTIVA

oSe ha establecido como el predictor único de severidad más popular por su bajo costo y amplia disponibilidad. Múltiples estudios han establecido un nivel de corte a 150mg/l.

oLos valores de PCR son de poca utilidad para sospecha de necrosis pancreática infectada, pero si la PCR medida al momento de admisión es mayor de 8.5 mg/dl, se puede diagnosticar sepsis con sensibilidad de 100%, una especificidad de 53%, un VPP 50% (6, 13).

2) HEMATOCRITO

oEl hematocrito causado por la deshidratación, es un predictor de necrosis pancreática y de falla orgánica (Evidencia 2b).

oSi el hematocrito al momento de la admisión es 47% o más, o si no hay mejoría dentro de las primeras 24 hrs, hay una fuerte posibilidad de un proceso de necrosis pancreática haya comenzado (S 81%, E 88%).

(9, 12, 13)

3) CRITERIOS DE RANSON

Fue desarrollada por John Ranson en 1974, con el objetivo de ayudar a pronosticar la severidad de la pancreatitis. Con excepción de la edad del paciente, la selección de los 11 signos pronósticos se basó en un análisis estadístico de 43 parámetros tomados retrospectivamente de 450 pacientes con pancreatitis aguda.

	Pancreatitis no biliar	Pancreatitis biliar
Admisión		
Cuenta leucocitaria (mm ³)	>16,000	>18,000
Edad	>55	>70
Glucosa (mg/dL)	>200	>220
Deshidrogenasa láctica (IU/L)	>350	>400
Aspartato aminotransferasa (UI/L)	>250	>250
A 48hrs:		
Elevación del nitrógeno ureico en sangre (mg/dL)	>5	>2
Pao ₂ (mmHg)	<60	<60
Calcio sérico (mg/dL)	<8	<8
Disminución del hematocrito (puntos)	>10	>10
Déficit de base (mEq/L)	>4	>5
Secuestro de líquidos (L)	>6	>4

4) APACHE-II

Es la escala más utilizada para determinar una pancreatitis severa. Desarrollado en 1985 para evaluar enfermos críticos, independientemente de la causa primaria. Dentro de las ventajas se encuentra posibilidad de calcular un puntaje al momento de admisión y la capacidad de actualizar el mismo diariamente.

Un inconveniente importante es la complejidad para calcularlo. Estudios prospectivos bien diseñados, las escalas de Ranson, Glasgow y APACHE-II, tienen una certeza razonable para predecir la severidad. Recientemente, se agregó una modificación a este sistema. Se adicionó un punto al sistema de APACHE-II si el paciente presenta IMC 25-30 y dos puntos si el paciente presenta un IMC >30 (13).

5) INDICE DE SEVERIDAD TOMOGRAFICA

Leve: 0-3 puntos

	Puntaje
Grado de pancreatitis aguda	
A= Páncreas normal	0
B= Únicamente aumento del volumen pancreático	1
C= Inflamación confinada al páncreas y la grasa peripancreática	2
D= Una colección pancreática líquida	3
E= 2 o mas colecciones líquidas	4
Grado de necrosis pancreática	
Sin necrosis	0
Necrosis de un tercio del páncreas (30%)	2
Necrosis de la mitad del páncreas (50%)	4
Necrosis de mas de la mitad del páncreas (>50%)	6

Moderada: 4-6 puntos

Severa: 7-10 puntos

6) BISAP (Bedside Index Severity for Acute Pancreatitis)

Se desarrolló en el Centro de Páncreas en "Brigham and Women Hospital" a partir de un estudio multicéntrico que abarco 37,000 pacientes en >200 hospitales.

Se utiliza para establecer severidad dentro de las primeras 12 hrs.

VARIABLE	PUNTOS
BUN >25mg/dL	1
Alteración del estado mental	1
SRIS	1
Edad >60años	1
Derrame pleural	1

→ Más de 3 puntos se asocian con un riesgo de 7-12 veces más para desarrollar falla orgánica múltiple (9,11,13)

TRATAMIENTO

El manejo inicial de la pancreatitis comprende el reposo del tubo digestivo, la corrección hidroelectrolítica agresiva, control del dolor, antieméticos y oxígeno suplementario. En casos de pancreatitis severa, la monitorización en terapia intensiva puede ser requerida.

El manejo quirúrgico y endoscópico de la pancreatitis aguda de etiología biliar y sus complicaciones continua siendo controversial y son temas de investigación constante (19,20).

1) CPRE

El papel de la CPRE y la esfinterotomía endoscópica en el manejo de la pancreatitis biliar, ha evolucionado con el tiempo. Las indicaciones absolutas para una CPRE temprana con esfinterotomía son colangitis e ictericia obstructiva, sin embargo, en la Guía clínica de diagnóstico y tratamiento de pancreatitis aguda publicadas en el 2007, se establece que se debe realizar este estudio dentro de las primeras 72hrs en pacientes con pancreatitis aguda biliar grave³. En caso de colangitis aguda, se debe realizar dentro de las primeras 24hrs. Esta indicado realizar una CPRE en:

Pancreatitis aguda biliar grave, pancreatitis biliar y colangitis aguda, cuando el riesgo quirúrgico es elevado y contraindica la colecistectomía, cuando se presente la necesidad de posponer la colecistectomía por la presencia de complicaciones locales o sistémicas de la pancreatitis o por embarazo, en pacientes con antecedente de pancreatitis previa con: coledocolitiasis identificada por estudios de imagen, sospecha clínica y bioquímica de coledocolitiasis con ultrasonograma (USG), usg endoscópico y colangiografía magnética nuclear dudosos, colédoco dilatado, colecistocolitiasis y riesgo quirúrgico alto para colecistectomía, litiasis residual o de neoformación después de colecistectomía o por estenosis del esfínter de Oddi (11,19,20).

2) Colecistectomía

Existen 2 opciones con respecto al manejo diferido reportadas en la literatura: manejo quirúrgico durante la misma estancia hospitalaria como el tratamiento inicial o manejo quirúrgico durante la estancia hospitalaria, posterior a un periodo suficiente de recuperación. Es bien sabido que los pacientes con pancreatitis de origen biliar presentan recurrencia del cuadro en un porcentaje de 31%-61% después de ser egresados de las unidades médicas en un periodo de 3 a 4 semanas. Este grupo de pacientes deben ser sometidos a exploración de la vía biliar y colecistectomía una vez que la sintomatología ha desaparecido ya sea mediante la realización de CPRE y colecistectomía laparoscópica o realizando el procedimiento abierto y colocando una sonda de drenaje a nivel de la vía biliar. Debido al alto porcentaje de recidiva en la pancreatitis biliar y el alto riesgo que esto conlleva, se ha decidido determinar el manejo ideal de este grupo de pacientes en un hospital regional y su correspondencia con lo identificado en la literatura, ya que al ser una patología altamente frecuente en nuestra sociedad, es importante identificar la repercusión de las complicaciones de esta en la vida laboral y cotidiana, y los beneficios de una resolución temprana (19,20).

2. Material y métodos:

Previa autorización del comité de ética, se realizará estudio con pacientes mayores de 18 años,

con diagnóstico de pancreatitis aguda biliar. Se realizó un estudio retrospectivo, observacional, de tipo longitudinal, comparativo con la intención de determinar la severidad por escala de Ranson, APACHE II y BISAP en el servicio de cirugía general de un hospital regional con diagnóstico de pancreatitis aguda de etiología biliar, revisando los expedientes de los pacientes con este diagnóstico durante el año 2010 al 2012. Esto con el fin de precisar si la escala en estudio es capaz de identificar pacientes y/o descartar pancreatitis severa. Se documentará la evolución de los pacientes, con el antecedente del diagnóstico ya mencionado. Se incluirán los pacientes que sean derechohabientes del ISSSTE con antecedente de cuadro de pancreatitis aguda biliar.

Se realizó una hoja de recolección de datos electrónica que comprende la cédula, nombre, variables para Ranson, APACHE II y BISAP, así como días de estancia intrahospitalaria, morbilidad y desenlace.

Se realizó una incidencia temporal con análisis de frecuencias y la realización de cálculos lineales para la identificación de tendencias, así como el análisis de morbilidad y mortalidad para llevar a cabo la comparación de proporciones para dos o más grupos, buscando las correlaciones entre las complicaciones encontradas y el puntaje de dichas escalas.

Se analizaron 42 expedientes, de los cuales se excluyeron 8; 5 por tratarse de pancreatitis no

Dentro del material requerido, se utilizó un ordenador, el cual fue proporcionado por el investigador.

3. Resultados:

biliar, 3 por no contar con laboratorios. La edad media fue de 58.12, con una mediana de 57 y una desviación estándar de 15.131. Las categorías y número de casos se muestran en la siguiente tabla:

ESCALA	RANSON	BISAP	APACHE II
NUMERO DE CASOS LEVES	20	27	4
NUMERO DE CASOS GRAVES	5	6	19

TOTAL CASOS	25	33	23
ESTANCIA PROLONGADA CASOS LEVES	16	12	1
ESTANCIA PROLONGADA CASOS GRAVES	5	6	17
INICIO T VIA ORAL CASOS LEVES	10	18	6
INICIO T VIA ORAL CASOS GRAVES	5	1	4
COMPLICACIONES CASOS LEVES	2	1	1
COMPLICACIONES CASOS GRAVES	0	2	2
SUPERVIVENCIA CASOS LEVES	100%	100%	100%
SUPERVIVENCIA CASOS GRAVES	100%	100%	100%
No PACIENTES INGRESADOS A UCI CASOS LEVES	9	8	2
No PACIENTES INGRESADOS A UCI CASOS GRAVES	2	3	9
PACIENTES EXCLUIDOS POR LABS	8	1	11
PACIENTES EXCLUIDOS POR ETIOLOGIA	5	5	5

COMPLICACIONES

GENERO	EDAD	COMPLICACION	RANSON	APACHE II	BISAP
Femenino	52 años	Pseudoquiste	4	12	3
Femenino	62 años	Pseudoquiste	No disponible	12	3
Masculino	78 años	Colección peripancreática	No disponible	16	2
Femenino	50 años	Absceso	3	7	2

COMPARACION ENTRE RANSON Y BISAP

Por medio de la chi cuadrada se compararon las siguientes categorías que se relacionan con la evolución de la pancreatitis biliar entre Ranson y BISAP. No se comparó la escala de APACHE II, dado que al contar con pocos casos existe un sesgo estadístico.

CATEGORIA	BISAP <3/RANSON <3	BISAP >3/RANSON >3
ESTANCIA INTRAHOSPITALARIA PROLONGADA (>6 días)	p= 0.50	P= 0.414
INGRESO A LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	P= 0.219	P= 0.263

CATEGORIA	BISAP >3/RANSON >3
INICIO TEMPRANO DE LA VIA ORAL	P= 0.696
COMPLICACIONES	P= 0.001

4. Discusión:

Se evaluaron 34 casos de pacientes (12 hombres y 22 mujeres) con pancreatitis aguda. De las 3 escalas utilizadas, de la que menos se excluyeron casos fue la escala de BISAP (tan sólo 1 por falta de BUN), seguida del Ranson y APACHE II.

Al comparar por medio de chi-cuadrada las escalas de BISAP y Ranson, encontramos una distribución muy parecida, lo cual nos indica que es indistinto usar las dos escalas al momento de valorar los días de estancia intrahospitalaria, el inicio temprano de la vía oral, ingreso a la UCI y complicaciones.

De las variables medidas (inicio de la vía oral, estancia intrahospitalaria, complicaciones y desenlace), tan sólo la edad mostró una asociación directa con la severidad en las 3 escalas. El hecho de que las demás variables no la hayan mostrado, probablemente se deba a un sesgo estadístico por falta de una muestra más grande. Así mismo consideramos necesario incrementar nuestra muestra para comparar la escala de APACHE II y también la mortalidad como categoría pronóstica.

En pubmed, al momento de buscar "BISAP", únicamente se encontraron 9 artículos que hablan sobre esta escala. La gran mayoría de los artículos apoyan su validación como una escala útil para pronosticar pancreatitis severa dentro de las primeras 24 horas y con la ventaja de que es sencilla de obtener y su costo es menor al de las escalas de RANSON y APACHE II.

Dentro de los artículos revisados, destacamos el de Bezmarevic (23), en el cual se concluye que el APACHE II es mejor predictor del pronóstico que BISAP y en el cual se propone la procalcitonina como un fuerte factor de predicción para el desenlace con una p (0.001). El estudio hecho en el artículo de De-Madaria (25) sugiere que el SRIS es un mejor predictor de severidad que el BISAP, sin embargo, en tal no se cuenta con evidencia contundente para afirmar esto, dado que es un artículo de revisión.

De acuerdo a los resultados obtenidos, encontramos que tanto la escala de BISAP como la de RANSON, no muestran significancia para predecir una estancia intrahospitalaria prolongada, ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos ni para inicio temprano de la vía oral. Ambas mostraron una p significativa para predecir complicaciones.

5. Conclusiones:

La escala BISAP es una escala útil para pronosticar la severidad de la pancreatitis aguda; con la ventaja sobre las escalas de Ranson y APACHE II de que es más fácil y rápida de obtener. La literatura revisada sugiere su uso inicial al momento de valorar un paciente con pancreatitis aguda.

Por lo anterior, sugerimos su uso rutinario en la protocolización de pacientes con pancreatitis en el Hospital Regional Licenciado Adolfo López Mateos.

ABSTRACT

OBJETIVOS: Comparar la sensibilidad y especificidad de la escala BISAP con la escala de Ranson en la predicción de la severidad la pancreatitis aguda severa de origen biliar.

DISEÑO: Se realizó un estudio retrospectivo, observacional, longitudinal, comparativo con la intención de determinar la severidad por escala de Ranson, APACHE II y BISAP en el servicio de cirugía general de un hospital regional con diagnóstico de pancreatitis aguda de etiología biliar.

METODO: Previa autorización del comité de ética, se realizó estudio con pacientes mayores de 18 años, con diagnóstico de pancreatitis aguda biliar, se revisaron los expedientes de los pacientes con este diagnóstico durante el año 2010 al 2012. Esto con el fin de precisar si la escala en estudio es capaz de identificar pacientes y/o descartar pancreatitis severa. Se documentó la evolución de los pacientes, con el antecedente del diagnóstico ya mencionado. Se incluirán los pacientes que sean derechohabientes del ISSSTE con antecedente de cuadro de pancreatitis aguda biliar.

Se realizó una hoja de recolección de datos electrónica que comprende la cédula, nombre, variables para Ranson, APACHE II y BISAP, así como días de estancia intrahospitalaria, morbilidad y desenlace, se aplicó una incidencia temporal con análisis de frecuencias y la realización de cálculos lineales para la identificación de tendencias, así como el análisis de morbilidad y mortalidad para llevar a cabo la comparación de proporciones para dos o más grupos, buscando las correlaciones entre las complicaciones encontradas y el puntaje de dichas escalas.

RESULTADOS:

Se analizaron 42 expedientes, de los cuales se excluyeron 8; 5 por tratarse de pancreatitis no biliar, 3 por no contar con laboratorios. La edad media fue de 58.12, con una mediana de 57 y una desviación estándar de 15.131.

Por medio de la chi cuadrada se compararon las siguientes categorías que se relacionan con la evolución de la pancreatitis biliar entre Ranson y BISAP. No se comparó la escala de APACHE II, dado que al contar con pocos casos existe un sesgo estadístico. Se obtuvieron los siguientes resultados:

Estancia intrahospitalaria prolongada (>6 días) para RANSON/BISAP <3, se obtuvo una $p= 0.50$; mientras que para RANSON/BISAP >3 se obtuvo una $p= 0.414$.

Para pronosticar el ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos, se obtuvieron una p de 0.219 y de 0.263 para RANSON/BISAP <3 y >3 respectivamente.

Para pronosticar el inicio temprano de la vía oral se obtuvo una p de 0.696.

Para la pronosticar complicaciones se obtuvo una $p= 0.001$.

De acuerdo a los resultados obtenidos, encontramos que tanto la escala de BISAP como la de RANSON, no muestran significancia para predecir una estancia intrahospitalaria prolongada, ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos ni para inicio temprano de la vía oral. Ambas mostraron una p significativa para predecir complicaciones.

CONCLUSIONES: La escala BISAP es una escala útil para pronosticar la severidad de la pancreatitis aguda; con la ventaja sobre las escalas de Ranson y APACHE II de que es más fácil y rápida de obtener. La literatura revisada sugiere su uso inicial al momento de valorar un paciente con pancreatitis aguda. Por lo anterior, sugerimos su uso rutinario en la protocolización de pacientes con pancreatitis en el Hospital Regional Licenciado Adolfo López Mateos.