

# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

## FACULTAD DE MEDICINA



**¿HAY APEGO A LAS GUÍAS ACTUALES DE MANEJO PARA EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA PANCREATITIS AGUDA BILIAR EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL DEL ISSSTE?**

TESIS PARA OBTENER

EL GRADO EN CIRUGÍA GENERAL

PRESENTA

GUIDO CONTRERAS TAMAYO

ASESOR

CARLOS MANUEL ORTIZ MENDOZA

CIUDAD DE MÉXICO A 22 DE ENERO DE 2018



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.

## Índice

	Página
1. Agradecimientos	3
2. Resumen	4
3. Introducción	6
4. Material y métodos	11
5. Resultados	12
6. Discusión	29
7. Conclusiones	33
8. Referencias	34

## AGRADECIMIENTOS

“Lo único que se interpone entre ti y tu sueño, es la voluntad de intentarlo y la creencia de que en realidad es posible”. Joel Brown

A mis padres que son las personas que me has inspirado para ser mejor persona cada día, que me enseñaron a no rendirme y superarme cada día. Por su apoyo en todo momento y sobre todo en este tiempo de especialización, que fue importante para mantenerme de pie.

A mi hermoso hijo Fernando, que fue parte importante para seguir adelante pese a estar ausente durante varios momentos importantes para él.

A mi hermanos, gracias por creer en mí y por el apoyo incondicional que me han brindado sobre todo ante las dificultades que tuve durante mi formación.

A mis profesores, por su paciencia y dedicación, su constancia y consejos; gracias por su corregir mis errores. Serán siempre recordados con mucho cariño.

## RESUMEN

### INTRODUCCION.-

La pancreatitis aguda es una de las enfermedades más comunes del tracto gastrointestinal. Estudios recientes muestran que la incidencia de la pancreatitis aguda varía entre 4.9 a 73.4 casos por 100.000 habitantes en el mundo. Con mortalidad de 30% en casos severos y 2% en casos leves. En América Latina la pancreatitis no figura entre las 10 primeras causas de muerte. A nivel de Instituto de Seguridad Social y de Salud de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) no existen revisiones o una guía elaborada. Por ello se decidió realizar una revisión de los casos con pancreatitis, y así determinar si existe apego o no a las guías clínicas para diagnóstico y manejo.

### MATERIAL Y MÉTODOS.-

Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, en donde se hizo revisión de los expediente clínico del hospital general Tacuba ISSSTE desde enero de 2010 a diciembre de 2016.

### RESULTADOS.-

Se tomó en cuenta a 98 pacientes, de estos 50 (51%) pacientes fueron de ingreso en la unidad de cuidados intensivos y 48 (49%) de ingreso a internamiento en Cirugía General. Sin diferencia entre ambos sexos. Grupo de edad 1% (<20 años), 3% (20-39 años), 24%

(30-39 años), 10% (40-49 años), 21% (50-59 años), 41% (>60 años). Índice de masa corporal: 25% (18.-24.9), 24% (25-29.9), 3% (30-39.9), 48%(sin registro). Las comorbilidades: diabetes mellitus (34%), hipertensión arterial (35%), dislipidemia (17%) sin comorbilidades (14%). Puntajes pronósticos: Ranson ingreso (100%), a las 48 hrs (13%). Siendo que el 50%, obtuvieron puntaje de 3-4. APACHE II (10%), Marshall (26%), sin puntaje (64%). 50% de pacientes se realiza tomografía a ingreso, y solo 22% ultrasonido. Clasificación Balthazar: A (6%), B (19%), C (35%), D (15%), E (8%). No se determinó (17%). Cirugía realizada: colecistectomía (15%), necrosectomía (2%), CPRE (20%), abdomen abierto (1%). Evolución: mejoría (89%), defunción (11%). Apego a las guías clínicas: SI (43%), NO (57%).

#### CONCLUSION.-

En cuanto al seguimiento de la recomendación y evidencia de guías clínica de diagnóstico y tratamiento de la pancreatitis aguda podemos decir que solo un 43% del personal médico entre urgenciólogos, cirujanos, y personal de UCI siguen o se apegan a las recomendaciones de las guías de práctica clínica.

## INTRODUCCIÓN

La pancreatitis aguda es una de las enfermedades más comunes del tracto gastrointestinal, llevando a una tremenda carga emocional, en los Estados Unidos, en 2009, la pancreatitis aguda fue la enfermedad de más diagnóstico con un costo de 2.6 millones de dólares. Estudios recientes muestran que la incidencia de la pancreatitis aguda varía entre 4.9 a 73.4 casos por 100.000 habitantes en el mundo. Con mortalidad de 30% en casos severos. Un incremento en la incidencia anual de pancreatitis ha sido observado en estudios recientes. En América Latina la pancreatitis no figura entre las 10 primeras causas de muerte, pero se reporta su incidencia en aumento.<sup>1,12</sup>

La pancreatitis aguda se define como la inflamación de páncreas, basado en cumplir 2 de los 3 criterios: dolor abdominal superior (clínica), amilasa sérica o lipasa mayor a 3 veces su valor normal o encima del límite normal (laboratorio), y/o tomografía computada o resonancia magnética o ultrasonido (imagen), que conlleva alteraciones sistémicas incluso la muerte. En la última década han surgido cambios importantes en la definición y clasificación de la pancreatitis aguda desde la clasificación de Atlanta desde 1992. Hasta la revisión de 2012. Que se considera importante reconocer la gravedad de la pancreatitis.<sup>9,12,13,</sup>

En la actualidad se han identificado dos fases de la pancreatitis: la temprana dentro de la primera semana caracterizada por síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SIRS) y/o falla orgánica múltiple (FOM), y la fase tardía pasadas la primera semana caracterizada por complicaciones locales, complicaciones locales son definidas como colecciones peri pancreáticas.<sup>1,4</sup> Necrosis pancreática o peri pancreática (estéril o infectada), pseudoquistes y necrosis de pared (estéril o infectada). Sin embargo en el 30%

de pacientes, se produce infección secundaria por necrosis, sobre todo después de 3 a 4 semanas luego del inicio de la enfermedad.<sup>2,6,7.</sup>

Diferentes clasificaciones han sido propuestas para el pronóstico de la pancreatitis aguda, escala de Ranson (sin diferencia de biliar o/u otras etiologías), APACHE II actualmente la revisión de APACHE III, Glasgow, BISAP, con sensibilidad que va desde 70 a 90%.<sup>1,12,13.</sup>

La presencia de falla orgánica y SIRS son cada vez más reconocidos en la severidad de la pancreatitis. La presencia de FOM y SIRS por 48 horas es de mal pronóstico para el paciente. La clasificación de Atlanta de 2012 reconoce la FOM y las complicaciones locales. La escala de Marshall es la que nos ayuda para determinar falla orgánica.<sup>12,13.</sup>

La terapia de resucitación usualmente agresiva, por el choque hipovolémico que produce el secuestro de líquidos, y el vómito, y así mejorar el estado de perfusión. Se ha demostrado que dentro las primeras 72 horas, reduce la mortalidad, la SIRS y la FOM, y la necesidad de UCI. Aunque hay otros autores que están en contra de lo anteriormente mencionado por causar mayores complicaciones sistémicas. Cristaloideos, coloides, albumina, y solución hipotónicas, son las soluciones de terapia hídrica.<sup>1,9,12,13.</sup>

La tomografía simple y contrastada es el Gold estándar de diagnóstico. Pero ésta idealmente debe ser realizada entre las 72 a 96 horas de iniciado los síntomas para delimitar la necrosis. Una ecografía temprana está indicada en todos los casos de pancreatitis para descartar etiología biliar. Y la CPRE en caso de confirmar coledocolitiasis. Resonancia magnética una alternativa de diagnóstico.<sup>1,12,13.</sup>

La nutrición enteral ha demostrado disminuir la mortalidad en contra de la nutrición parenteral, esta debe ser dentro las primeras 48 horas de ingreso. Que también demostró disminución de la mortalidad.<sup>12,13.</sup>

Los antibióticos no están indicados mientras no se demuestre infección, se ha propuesto que pueden ser profiláctico en paciente que presentan necrosis pancreática, por la translocación bacteriana. Se ha visto con <30% de necrosis 10% desarrollan infección, con < 50% necrosis 65% desarrolla FOM e infección. Aunque muchas guías no recomiendan el uso profiláctico de antibióticos.<sup>12</sup>

La mortalidad de la necrosis pancreática sin tratamiento es del 100%. La intervención quirúrgica en las primeras semanas debe tener como objetivo el tratamiento de las complicaciones agudas, que amenazan la vida o la prevención de un mayor deterioro. Las únicas complicaciones agudas que justifican una intervención muy temprana son el síndrome compartamental abdominal, la isquemia o perforación intestinal y la hemorragia severa que no responde al manejo angiográfico.<sup>2,3,4,5,6,,8,14</sup>

La necrosis pancreática infectada es también otra indicación de cirugía, referente a laparotomía, necrosectomía, y múltiples drenajes. Que han sido asociadas a una alta mortalidad, que requiere habitualmente reintervenciones. En el último tiempo se ha implementado técnicas de mínima invasión como la necrosectomía laparoscópica video asistida retroperitoneal, (VARD), necrosectomía pancreática por mínimo acceso retroperitoneal (MARPN).<sup>5,6,7,8.</sup>

En México no se cuenta con la incidencia exacta de casos de ingreso hospitalario por pancreatitis. Siendo la décima causa de mortalidad hasta 2000. Y hasta el 2015 no figura entre las 20 causas de mortalidad según el INEGI. El Instituto de Seguro Social de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) no cuenta con incidencia de esta patología. Siendo reportados solo experiencias de manejo o reporte de casos, de la misma manera ocurre en otras instituciones como: Secretaría de Salud (SSP) e Instituto Mexicano de Seguro Social (IMSS).<sup>9, 10, 13.</sup>

El hospital Regional Zaragoza reporta experiencia en el manejo quirúrgico de la pancreatitis aguda en el 2008 concluyendo que la infección es la única indicación de cirugía, siendo la cirugía dentro las primeras 24 horas. <sup>11</sup>

El Hospital General de México reportó una experiencia en el manejo en 2004, concluyendo que el diagnóstico en dicho centro es el adecuado, siendo la pancreatitis aguda grave muy frecuente, sin demostrar ello aumento en la mortalidad y morbilidad. <sup>16</sup>

En el Centro Médico Nacional la Raza reportó el manejo quirúrgico en pacientes con pancreatitis graves realizado en 2009 que concluye que el manejo de la pancreatitis aguda grave debe ser multidisciplinario en una unidad de cuidados intensivos, la nutrición parenteral y los antibióticos deben ser bien valorados y no utilizados en forma rutinaria, y una vez diagnosticada la pancreatitis graves su uso debe ser sistemático. Y la cirugía debe limitarse a complicaciones graves, como la hemorragia, perforación intestinal, síndrome compartamental abdominal, o complicaciones como infecciones. <sup>15</sup>

El Hospital Centro Médico Siglo XXI en su artículo de diagnóstico y tratamiento de la pancreatitis aguda grave realizado en 2013 que concluye que el tratamiento quirúrgico tiene 4 indicaciones absolutas: datos de falla orgánica múltiple asociada, necrosis extensa, infección y patología biliar asociada. <sup>17</sup>

El Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca con su revisión en la bibliografía sobre pancreatitis aguda, realizada en 2012, con indicaciones quirúrgicas solo en caso de perforación intestinal, síndrome compartamental, hemorragia, y la necrosis pancreática infectada. <sup>18</sup>

A nivel de Instituto de Seguridad Social y de Salud de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) no existe un artículo de revisión o un artículo acerca del diagnóstico y manejo

de la pancreatitis aguda desde leve a grave y que no se cuenta con una guía elaborada, sobre el manejo de la pancreatitis. Siendo que la última actualización sobre la misma es del 2010. Por ello se decidió realizar una revisión de los casos con pancreatitis, y así determinar si existe apego o no a las guías clínicas para diagnóstico y manejo.<sup>11</sup>

## MATERIAL Y METODOS:

Fue un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, en donde se hizo revisión de los expediente clínico del hospital general Tacuba ISSSTE desde enero de 2010 a diciembre de 2016. Evaluamos las variables de edad, sexo, talla, peso, índice de masa corporal, comorbilidades asociada como la diabetes mellitus, hipertensión arterial, dislipidemia, puntajes de clasificaciones pronosticas (ej.: Ranson, etc.) y de diagnóstico (ej.: Atlanta, BISAP, etc.) usadas al ingreso, métodos diagnósticos, la clasificación de la pancreatitis, manejo, si ameritó o no manejo por la terapia intensiva, y la evolución del mismo. Estos se agruparon de manera separada en grupos de edad y de manera anual. Los valores se expresaron en números absolutos y porcentajes. Usamos la estadística descriptiva en este estudio.

## RESULTADOS.

Se tomaron en cuenta 143 paciente desde 2010 a 2016 Se identificaran los pacientes de los archivos de cirugía general (censos) y del sistema medico financiero (SIMEF), así como de los registros de la unidad de cuidados intensivos y revisión en el archivo clínico. Encontrando 45 expediente depurados o fuera del archivo. Por el tiempo mayor a 5 años. Se tomaron en cuenta solo 98 pacientes.

Tabla 1.- Del número total de pacientes que fueron 98, de estos 50 pacientes fueron de ingreso en la unidad de cuidados intensivos y 48 de ingreso a internamiento del servicio de Cirugía General. Tomando en cuenta que aquellos pacientes que ingresaron a la terapia intensiva posteriormente ingresaron al servicio de cirugía general, es donde se realiza apertura electrónica del expediente.

Servicio	Cirugía general	Unidad de cuidados intensivos	total
Número de pacientes	48	50	98
Porcentaje de pacientes	49	51	100

Figura 1.- Porcentaje de paciente divididos por servicio de ingreso.

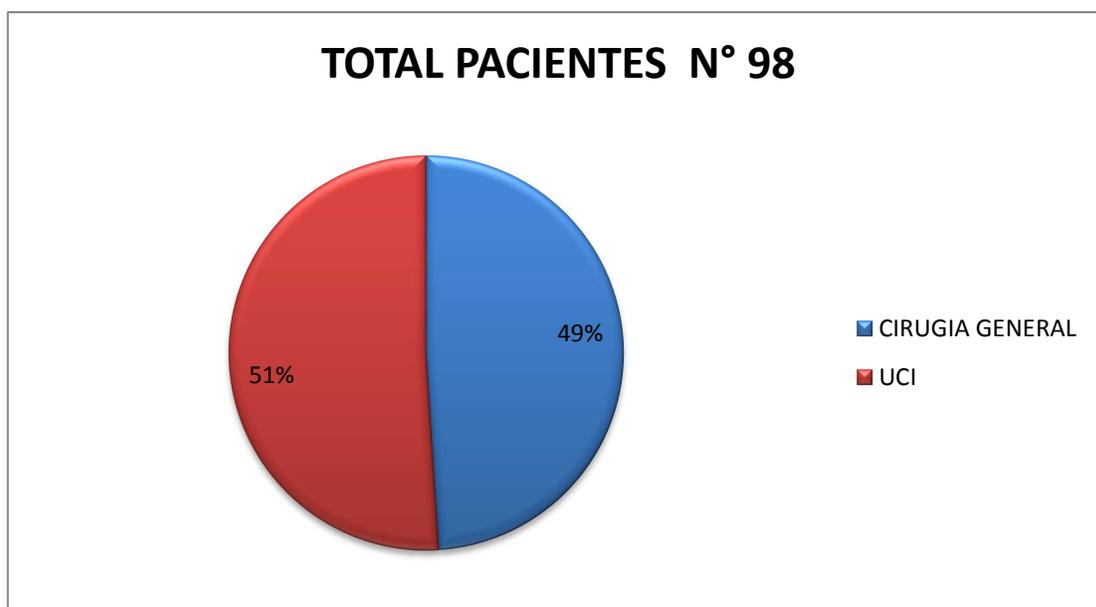


Tabla 2.- Se estudió una población total de 98 pacientes diagnosticado con pancreatitis aguda de etiología biliar. Con un rango de edad de 18 a 80 años

	Femenino	Masculino	Total
Número de pacientes	49	49	98

Encontrándose que la prevalencia de la pancreatitis biliar en nuestro instituto, no existe diferencia entre ambos sexos en el grupo de pacientes estudiados.

Figura 2.- Distribución de pacientes por género.

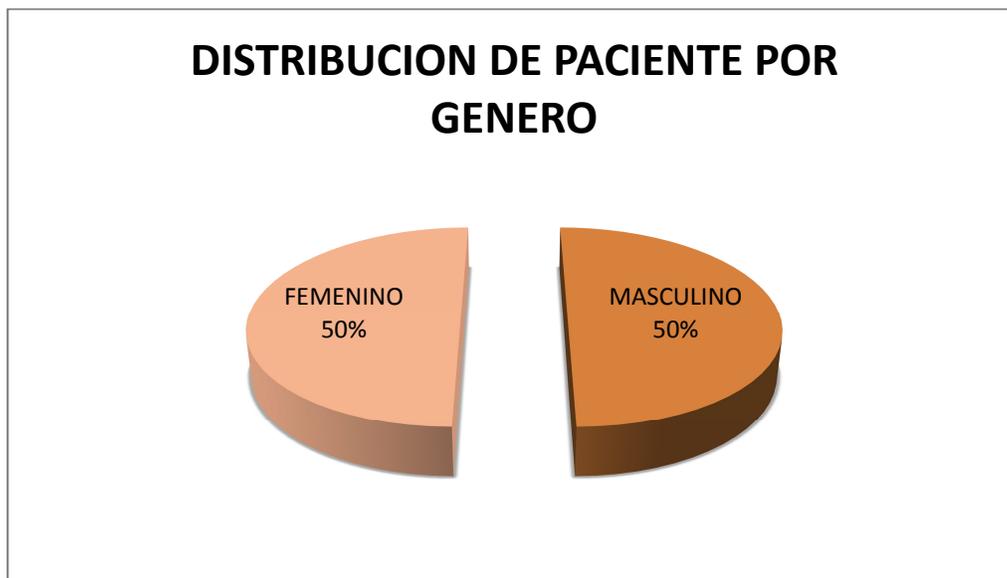


Tabla 3.- En nuestro estudio también se determinó el grupo de edad más frecuente de presentación encontrando: que le grupo de mayor presentación fueron mayores a 60 años de edad y en paciente jóvenes de 30 a 40 años de edad.

Grupo de edad	Menor a 20	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	Mayor igual a 60	Total
Número de pacientes	1	3	23	10	21	40	98
Porcentaje de pacientes	1%	3%	24%	10%	21%	41%	100%

Figura 3.- Distribución de pacientes por grupo de edad, observando que hay una división bimodal entre paciente jóvenes y ancianos.

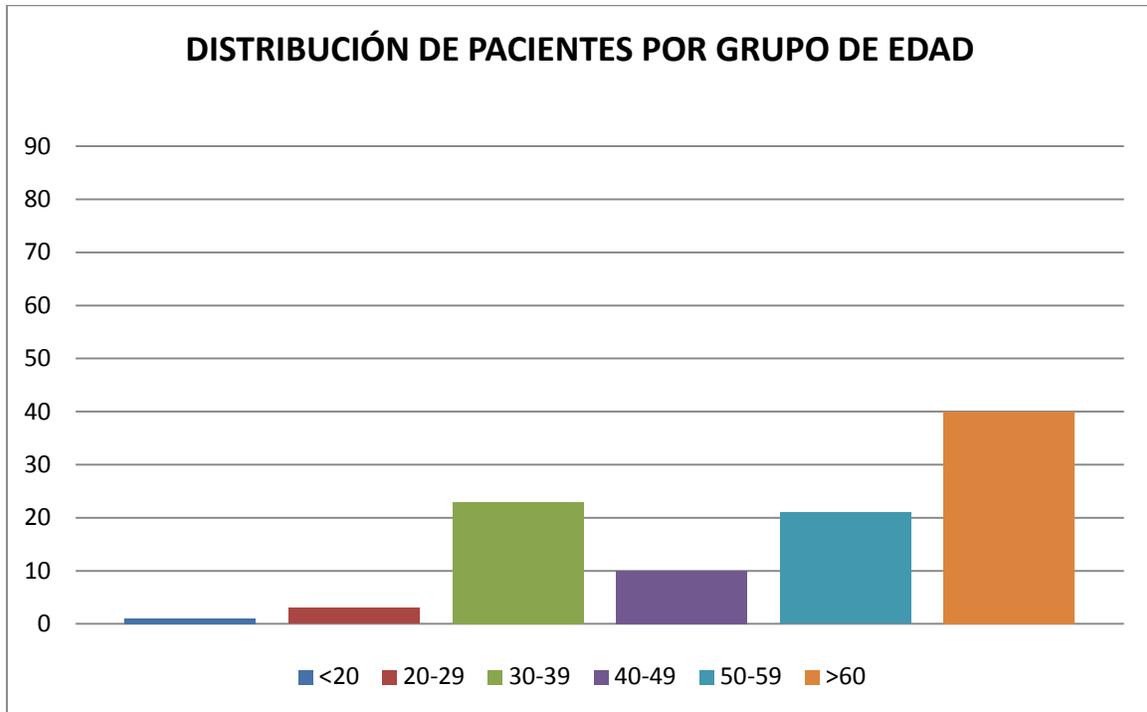


Tabla 4.- Paciente en los que se determinó el peso y talla del paciente con cálculo de índice de masa corporal se vio que el 40% presenta un índice de masa corporal dentro normal y sobrepeso. De total de pacientes en 47 no se determinó peso ni talla

IMC	<18	18.5 a 24.9	25 a 29.9	30 a 34.9	35 a 39.9	>40	Sin registro	Total
Número de pacientes	0	24	23	3	0	0	47	98
Porcentaje de pacientes	0	25	24	3	0	0	48	100

Figura 4.- Distribución de paciente según índice de masa corporal.

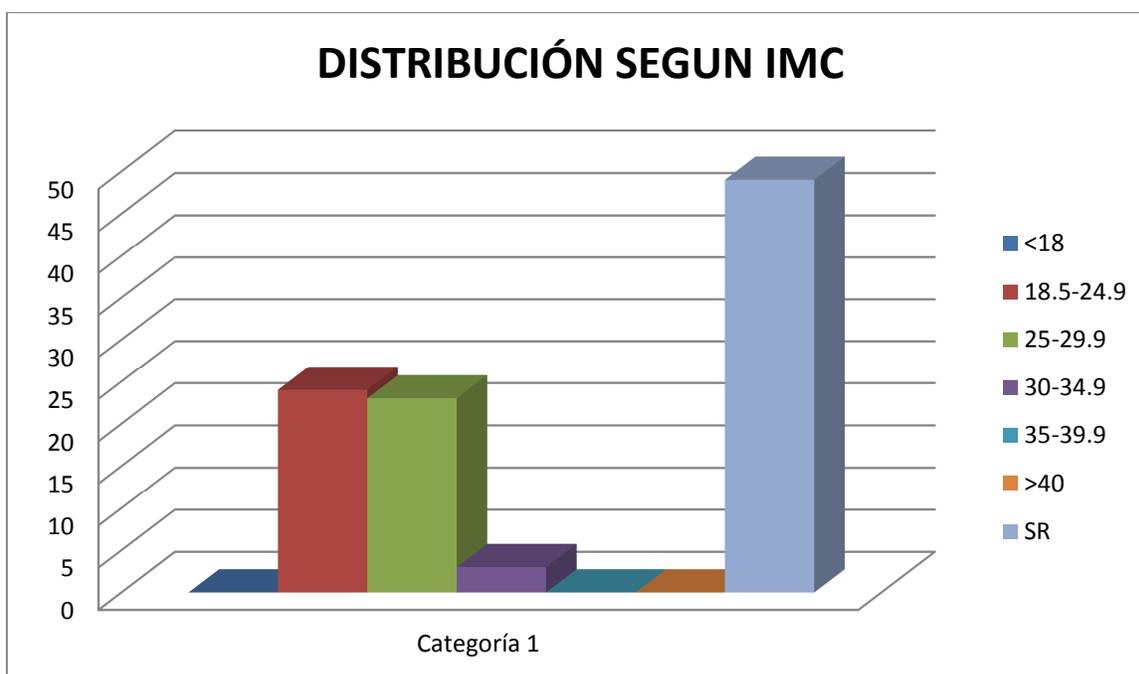


Tabla 5.- Comorbilidades asociadas fueron determinadas, observando en un 50% de los pacientes era portadores de diabetes mellitus e hipertensión arterial.

	Diabetes mellitus	Hipertensión arterial	Dislipidemia	Sin comorbilidades
Número de pacientes	45	46	22	18
Porcentaje de pacientes	34	35	17	14

El número total de paciente excede el total de pacientes estudiados ya que la momento de recabar los datos se tomaron comorbilidades por separado presentado uno o todas las comorbilidades un solo paciente.

Figura 5.- Porcentaje de comorbilidades asociadas

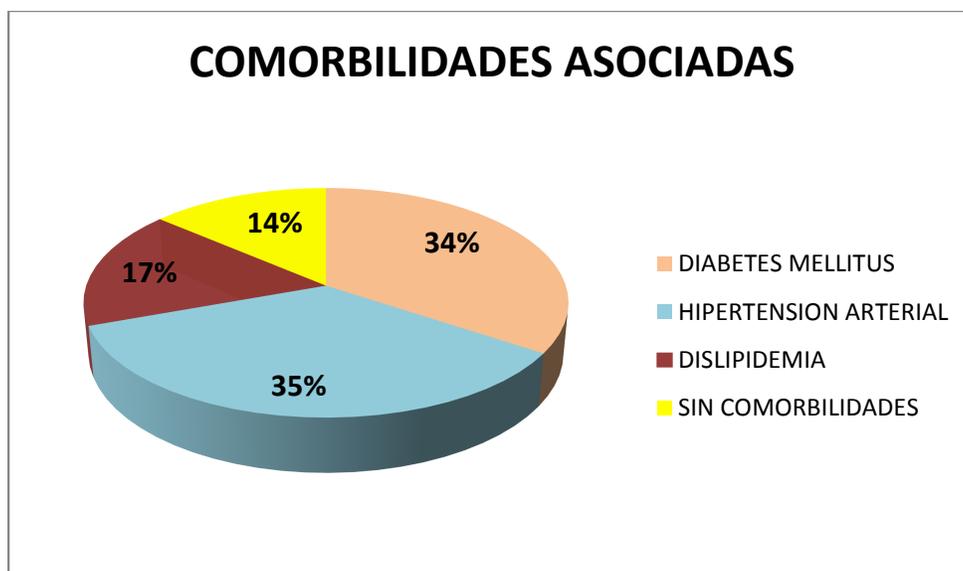


Tabla 6.- Se determinaron los sistemas de puntajes de pronóstico de Ranson al momento de ingreso y a las 48 horas.

Ranson		Ingreso	48 horas
Número de pacientes	de	98	12

Figura 6.- Número de pacientes y distribución según el cálculo de puntaje de Ranson

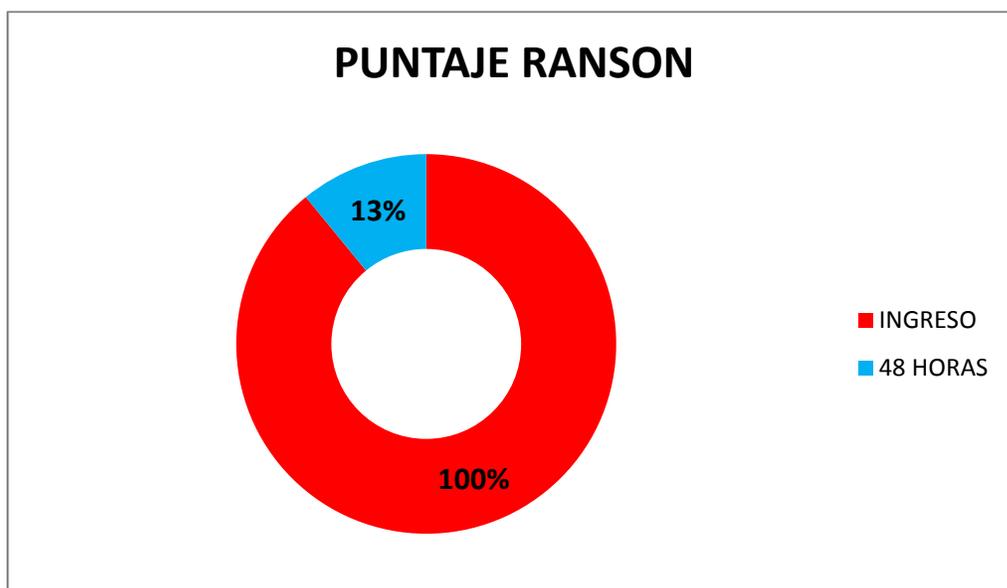


Tabla 7.- Siendo que el 50% de lo paciente al ingreso obtuvieron un puntaje de 3 a 4 puntos con un pronóstico de morbimortalidad que va desde 1 a 15%. Y solo se obtuvo puntaje Ranson a las 48 hrs en 12 pacientes siendo este de 5-6 puntos, incluso de pacientes de ingreso en la terapia intensiva.

Ranson	0-2	3-4	5-6	No
Ingreso	49	50	8	0
48 hrs			12	86

Figura 7.- Distribución de pacientes según el puntaje de Ranson al ingreso y a las 48 hrs.

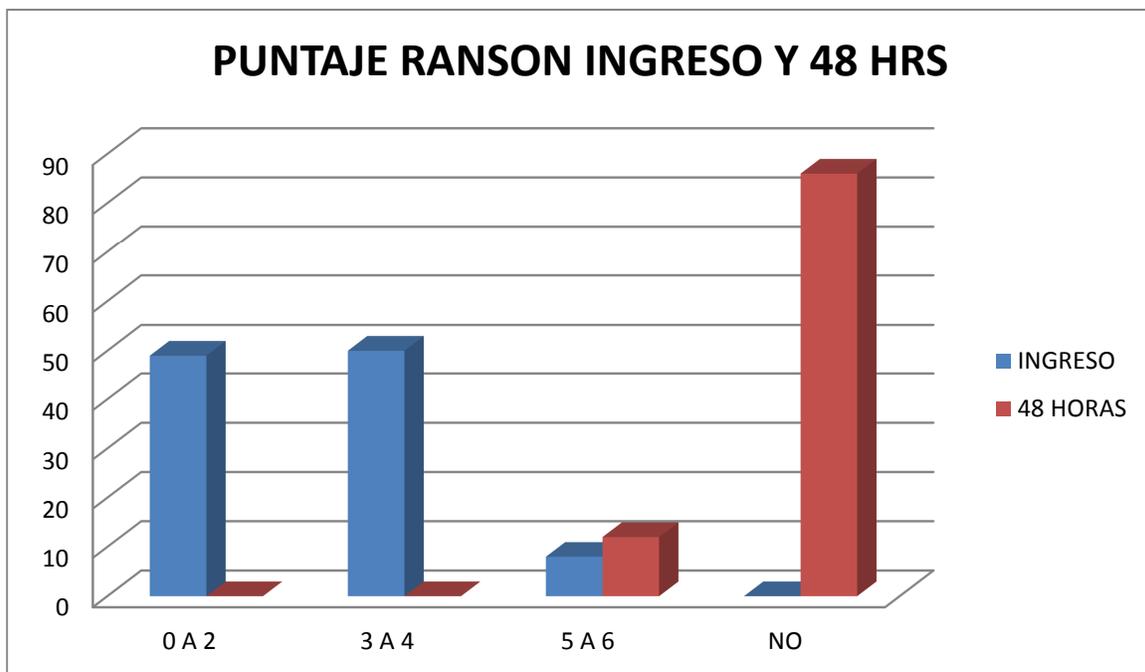


Tabla 8.- Puntaje pronósticos usadas al momento de diagnóstico de la pancreatitis.

Sistema	Glasgow	BISAPS	Marshall	FOM	Apache II	No	Total
Número de pacientes	0	0	25	0	10	63	98
Porcentaje de pacientes	0	0	26	0	10	64	100

Figura 8.- Sistemas de puntaje pronósticos.

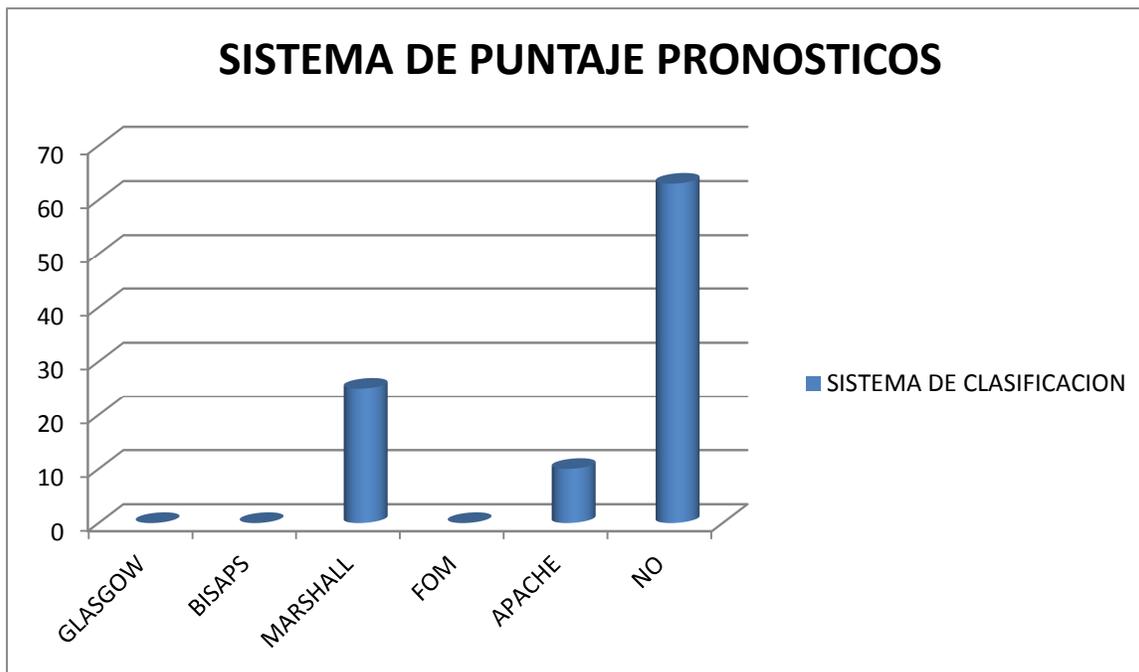


Tabla 9.- Se determinó que estudio de imagen se usaron al momento del diagnóstico.

Estudio	Radiografía	%	Ultrasonido	%	Tomografía	%
Ingreso	88	90	22	22	50	51
24-48 horas	10	10	0	0	35	36
>48 horas	0	0	0	0	13	13
1 semana	0	0	0	0	0	0
Ninguno	0	0	76	78	0	0
Total	98	100	98	100	98	100

Figura 9.- Estudios de imagen para el diagnóstico de pancreatitis. Incluyendo el tiempo de solicitud.

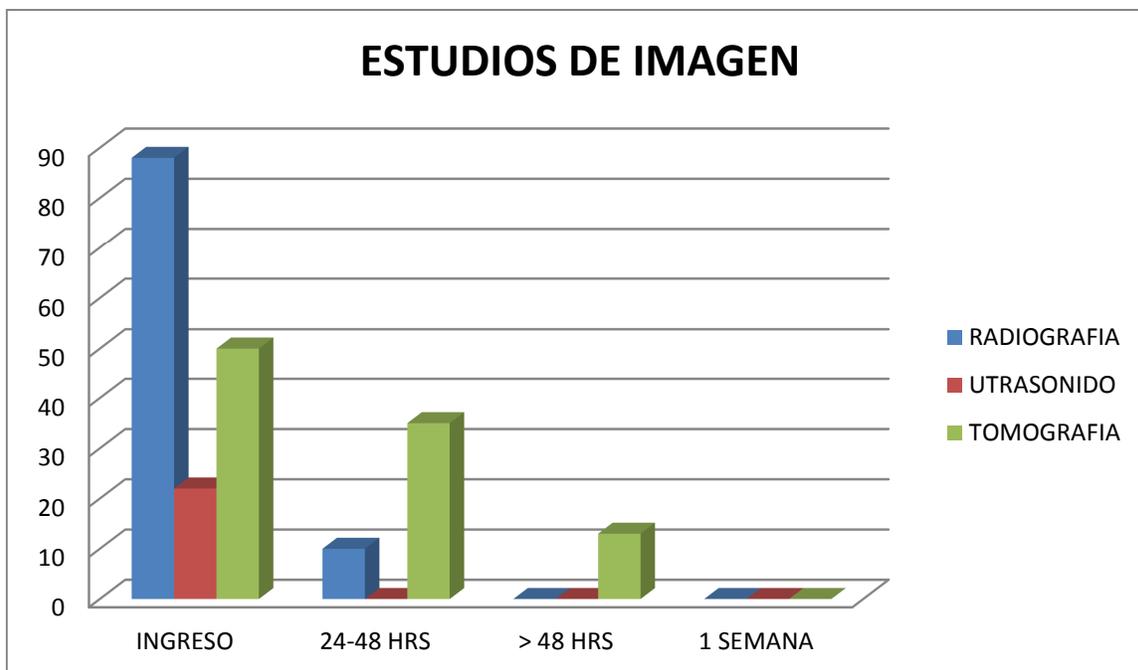


Tabla 10.- Se determinó puntaje de clasificación tomográfico Balthazar en cuanto a diagnóstico. Siendo de mayor proporción el grado C.

Balthazar	A	B	C	D	E	no	total
Número de pacientes	6	18	34	15	8	17	98
Porcentaje de pacientes	6	19	35	15	8	17	100

Figura 10.- Número de pacientes según clasificación de Balthazar.

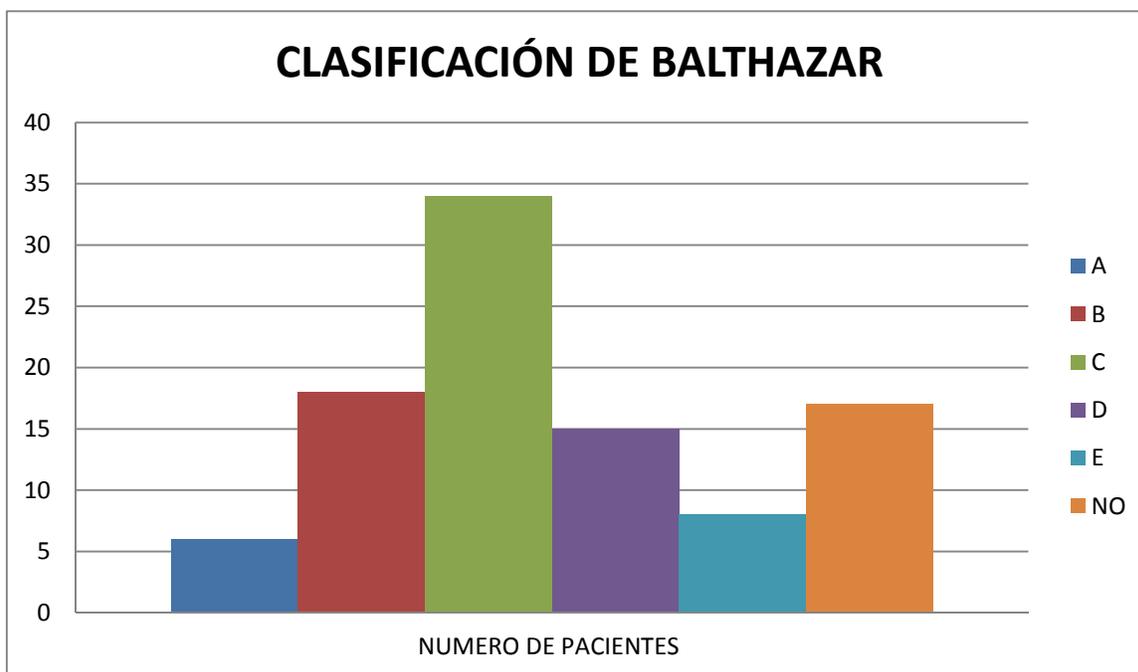


Tabla 11.- Determinar el tiempo en que se realizó la cirugía y el tipo de procedimiento tomando en cuenta que en determinado número de pacientes se realizaron dos procedimientos a la vez.

Cirugía	Ingreso	<1 semana	>1 semana	no	Total
Número de paciente	8	12	1	77	98
Porcentaje de pacientes	8	12	1	79	100
Procedimiento	Colecistectomía	Necrosectomía	CPRE	Abdomen Abierto	
Número de pacientes	15	2	20	1	

Figura 11-A.-

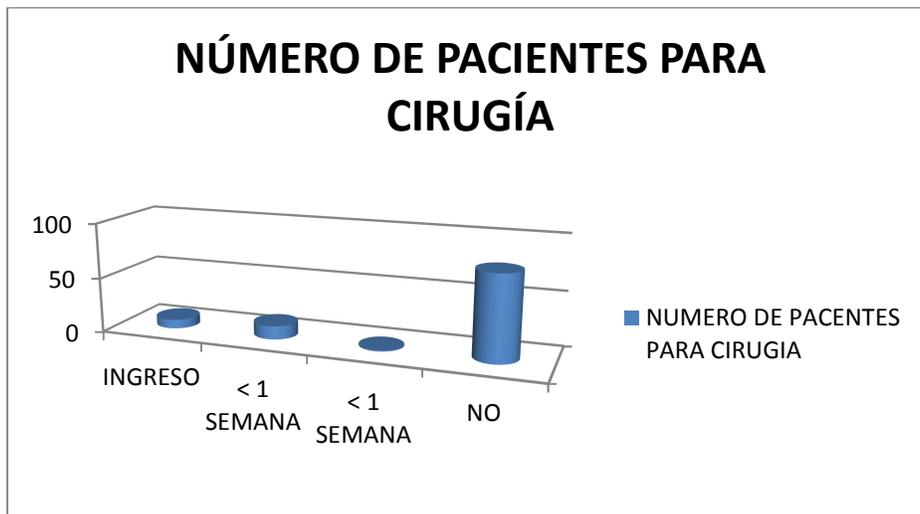


Figura 11 B.-

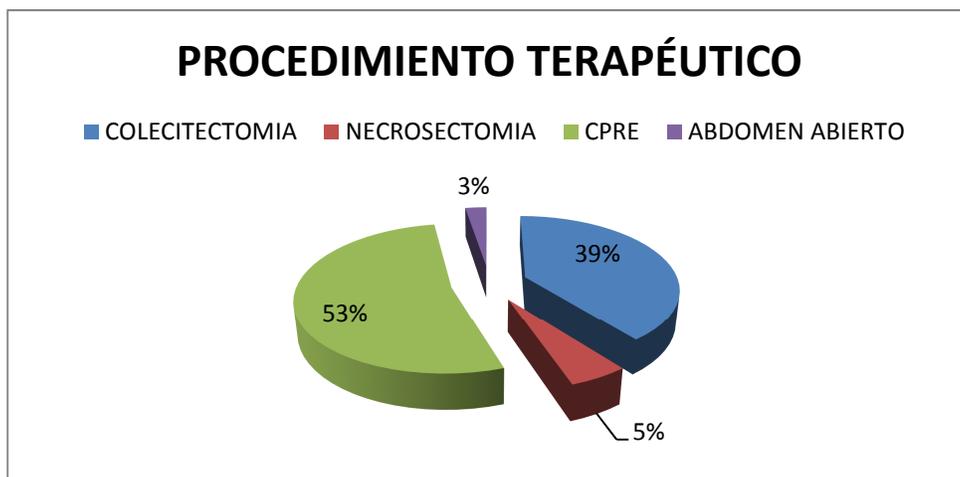


Tabla 12.- Determinar los días de estancia hospitalaria quedando internado la mayoría de los pacientes en un rango de 1 semana siendo estos los casos reportándose entre pancreatitis leve con Balthazar A y B.

Días de internamiento	< 1 semana	>1 semana	1 semana a 1 mes	>1 mes	total
Número de pacientes	4	45	34	14	98

Figura 12.- Distribución de pacientes de acuerdo a los días de internamiento.



Tabla 13.- Complicaciones de la patología siendo más frecuentes en aquellos paciente con pancreatitis severa y aquellos que ameritaron cirugía en algún momento, pero en baja presentación.

Complicaciones	Síndrome compartamental	Absceso pancreático	FOM	Hemoperitoneo	Pseudoquiste
Número de pacientes	1	2	10	1	0

FIGURA 13.- Complicaciones en pacientes no operados como en aquellos posoperados.

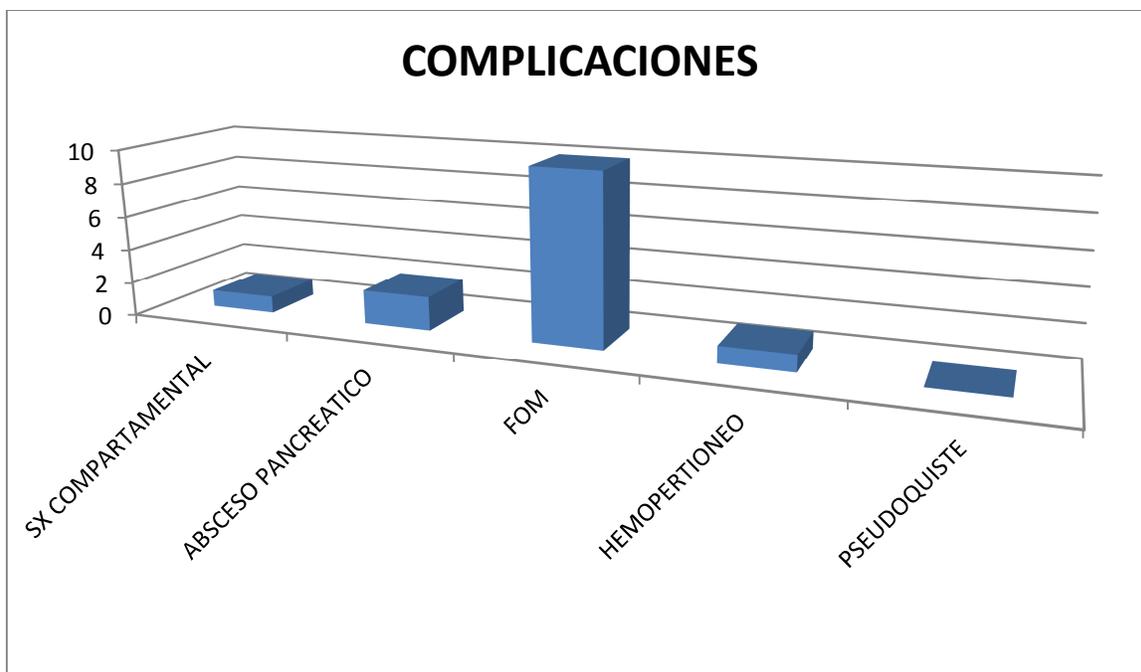


Tabla 14.- Se evaluó también la evolución tanto posoperatoria como clínica siendo favorable en su mayoría. Y egresándose hasta el 90% de los pacientes.

Evolución clínica	Mejoría-alta	Fallecimiento	Total
Número de pacientes	87	11	98
Porcentaje	89	11	100

FIGURA 14.- Porcentaje de pacientes de acuerdo a evolución clínica.

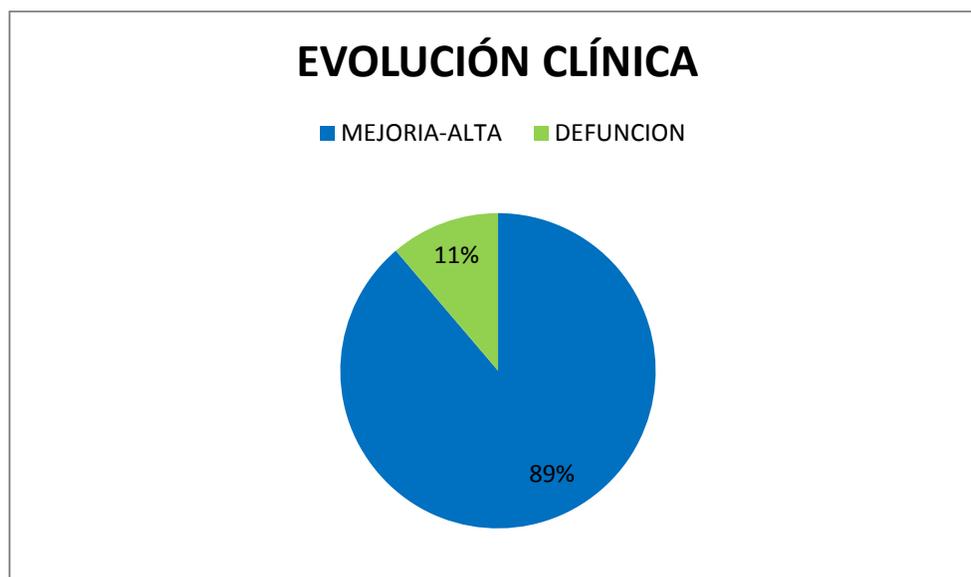


Tabla 15.- Apego o no las guías de diagnóstico y manejo de la pancreatitis aguda biliar, con todo lo anteriormente expuesto se puede decir que solo un 43% de los pacientes que ingresaron se manejó de acuerdo a las guías de manejo actuales, publicadas desde 2010 en que se tomó el intervalo de paciente con pancreatitis.

	Hay apego	No hay apego	Total
Número de pacientes	42	56	98
Porcentaje de apego	43	57	100

FIGURA 15.-



## DISCUSIÓN

Los resultados de nuestro estudio, nos muestran: que después de realizar la revisión de los expediente en cuanto a manejo inicial, tanto por parte del servicio de urgencias o medico de primer contacto, incluyendo casos en el servicio de cirugía general, no se realizó un manejo medico óptimo lo cual es un factor de riesgo para complicaciones del paciente. Por lo tanto, de acuerdo a guías clínicas de diagnóstico y manejo en solo 43% de los pacientes se siguieron de manera sistemática las recomendaciones para la pancreatitis aguda de etiología biliar. Haciendo hincapié en que se tomaron en cuenta varios aspectos no solamente en cuanto a indicaciones quirúrgicas sino en un aspecto global.

Tener en cuenta que todos los pacientes cumplían con 2 de los 3 criterios para diagnóstico de pancreatitis aguda, elevación de amilasa y lipasa, y de la clínica clásica de la patología en sí.

Específicamente a diagnóstico imagenológicos y manejo medico demostrando que solo el 50% del personal de atención se actualiza académicamente en dicha patología. Pese a ello la tasa de mortalidad de los pacientes presentados en el trabajo va de acuerdo a la literatura mundial de aquellos que presentan una pancreatitis severa, de los procedimientos que se realizaron específicamente para el páncreas se tomaron de acuerdo a la evolución del paciente sin seguir la recomendación de las guías pero por evidencia de la misma fueron válidas. Pese a que estamos en el siglo XXI, y contar con toda la tecnología, en nuestro hospital aún hay muchas carencias para el mismo.

Además se vio que hay una proporción del 50% en cuanto a sexo se refiere para presentar pancreatitis aguda y de estos la mitad ingresan a la unidad de cuidados intensivos (UCI) al momento de su llegada al servicio de urgencias. La edad de mayor

frecuencia de presentación está por encima de los 50 años, un 50% de todos los que padecieron la enfermedad tenían comorbilidades asociadas entre las más frecuentes, diabetes mellitus e hipertensión que tiene que ver con 90% de todos los pacientes ingresados a la terapia intensiva en contraste con los que ingresaron a piso de cirugía general. En cuanto a puntajes pronósticos solo se tomó en cuenta el Ranson de ingreso que por valores encontrados en el expediente de determino el mismo pero en realidad menos de la mitad lo tenían como nombrados en las notas de valoración y de evolución, misma situaciones con el Ranson a las 48 horas, que solo se vio calculado en <10% de los pacientes específicamente aquellos que ingresaron a la terapia intensiva. Siendo el puntaje APACHE II, el segundo puntaje usado en algunos pacientes de la UCI. Otro tipo de clasificaciones para la gravedad de la enfermedad como Marshall, también fueron tomados en cuenta pero solo en 10% de los pacientes admitidos en la UCI.

De los paciente que se cuentan con tomografía computada que es el estudio de elección para esta patología se tomó en un 100% de los paciente siendo el 80% tomado al ingreso y el resto entre 24 a 48 horas, lo anterior no corresponde con lo que viene estipulado en las guías clínicas. Que debe ser a las 72 horas en adelante incluyendo contraste endovenoso. Y el 90% de este estudio tiene estipulado en las notas la clasificación de Balthazar siendo la más frecuente un grado B y C incluso de aquellos que ingresaron a la UCI, para dirigir el manejo.

Solo dos pacientes recibieron manejo quirúrgico específico para la pancreatitis realizándose necrosectomía esto por la mala respuesta que tuvieron al manejo medico en la UCI no siguiendo la recomendación de demostrar foco infecciosos en el páncreas, o presentar hemorragia, el resto amerito manejo conservador. reportándose una evolución adecuada en el 90%, solo se reportó un caso de abdomen abierto por síndrome compartamental aunque haciendo revisión del expediente la presión medida en su momento no correspondía con la definición de síndrome compartamental abdominal, sino

con hipertensión abdominal grado I. en otros casos se realizó colecistectomía en 30% de los pacientes en la primera semana de internamiento según evolución del paciente, y CPRE en un 30% también en la primera semana y solo 5% al ingreso tal cual indica en las guías según el estado clínico del paciente y la causa subyacente de la patología. 80% de los pacientes se tiene de 1 semana a 1 mes de internamiento siendo entre la terapia intensiva e internamiento posterior a cirugía general. De ellos solo el 10% se complicó la más frecuente a falla orgánica múltiple y consecuentemente evolucionaron a defunción del paciente, como evolución de la enfermedad. Y el tiempo transcurrido para ser valorado por el servicio de cirugía general fue de 50% al ingreso y 50% entre el 1er y 2do día, que retrasa el manejo adecuado de la pancreatitis, optando por realizar estudios de extensión avanzados para tener un diagnóstico. No solicitando el ultrasonido como primera opción como lo marcan las guías clínicas. Y no así la tomografía abdominal simple. Datos que contrastan con la evidencia de la guía de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento de pancreatitis aguda CENETEC y las que se tomaron en cuenta para este estudio.

Viendo los resultados previamente descritos hacemos notar que el seguir las recomendaciones, de las guías de práctica de clínicas, es útil para dar manejo integral al paciente con pancreatitis, aunque los resultados de este estudio reflejan algo distinto, con menor porcentaje en cuanto a mortalidad reportada, debemos tomar en cuenta el número de pacientes. Y las circunstancias propias de cada paciente, para determinar si fue debido a recomendaciones. Tomando en cuenta que hay muchos sesgos en cuanto a clasificar la severidad de la enfermedad y determinar así si el porcentaje obtenido es válido.

Eso aunado el poco uso de las escalas pronosticas, en este tipo de pacientes. Pero que no tuvo repercusión el haberlas calculado o no, y que no modifíco el pronóstico ni la morbimortalidad de los pacientes. Entonces no hace preguntar de que nos sirve calcularla al momento de la evaluación del paciente con pancreatitis. Si aun sin ellas la evolución

fue favorable. Ello reflejado en los resultados. Esta descrito que ser portador de comorbilidades son factores de riesgo descritos para varias patologías, pero no hay descripción de estas asociadas para determinar la severidad de la pancreatitis. O cuál sería su relación con la misma, ya que los pacientes que fallecieron en este estudio eran portadores de los mismos, sumada a que eran mayores de 50 años, siendo esto una coincidencia o realmente hay una asociación real para este tipo de paciente al presentar pancreatitis. Ello podría ser una pregunta a responder en estudios posteriores.

## CONCLUSIÓN:

En cuanto al seguimiento de la recomendación y evidencia de guías clínica de diagnóstico y tratamiento de la pancreatitis aguda podemos decir que solo un 43% del personal médico entre urgenciólogos, cirujanos, y personal de UCI siguen o se apegan a las recomendaciones de las guías de práctica clínica. Respondiendo al objetivo general de nuestro estudio: no se siguen las guías de práctica clínica.

A pesar de los avances médicos y tecnológicos, la pancreatitis aguda sigue siendo una patología con morbilidad y mortalidad alta. De acuerdo con las guías clínicas en la literatura se recomienda que el paciente deba ser manejado por un equipo multidisciplinario en una unidad de cuidados intensivos si así lo amerita, nutrición y antibióticos con indicaciones precisa. El papel del cirujano sigue siendo piedra fundamental sobre la cual debe estar basada el manejo con paciente con pancreatitis aguda.

## REFERENCIAS.

1. UK guidelines for the management of acute pancreatitis. *Gut* 54:1, 2005.
2. Van Santvoort HC, Besselink MG, Bakker OJ, et al: A step-up approach or open necrosectomy for necrotizing pancreatitis. *N Engl J Med* 362:1491, 2010
3. Cheatham ML, Malbrain ML, Kirkpatrick A, et al: Results from the International Conference of Experts on Intra-abdominal Hypertension and Abdominal Compartment Syndrome. II. Recommendations. *Intensive Care Med* 33:951, 2007.
4. Zerem E, Imamovic G, Omerovic S, et al: Randomized controlled trial on sterile fluid collections management in acute pancreatitis: Should they be removed? *Surgery Endoscopic*. May 2009.
5. Besselink MG, Verwer TJ, Schoenmaeckers EJ, et al: Timing of surgical intervention in necrotizing pancreatitis. *Arch Surg* 142:1194, 2007.
6. Besselink MG, De Bruijn MT, Rutten JP, et al: Surgical intervention in patients with necrotizing pancreatitis. *Br J Surg* 93:593, 2006.
7. Rau B, Bothe A, Beger HG. Surgical treatment of necrotizing pancreatitis by necrosectomy and closed lavage: Changing patient characteristics and outcome in a 19-year, single-center series. *Surgery* 138:28, 2005.
8. Rodriguez JR, Razo AO, Targarona J, et al: Debridement and closed lavage for sterile or infected necrotizing pancreatitis: Insights into indications and outcomes in 167 patients. *Ann Surg* 247:294, 2008.
9. CENETEC. Guía de referencia rápida, diagnóstico y tratamiento de pancreatitis Aguda. 2009
10. Salvador Francisco Campos Campos 2016. Clasificación de la pancreatitis en 2016, ¿Cuándo está indicada la cirugía?. Ecos internacionales de cirugía 2016

11. Amanda Castañeda Rodríguez Cabo, Rubén Alberto Reinoso Echavarría. Experiencia en el manejo quirúrgico de pacientes con pancreatitis aguda grave en el Hospital Regional General Ignacio Zaragoza, ISSSTE, 2008
12. Scott Tenner, MD, John Baillie , MB, et al. American College of Gastroenterology Guideline: Management of Acute Pancreatitis. 2013
13. Asociación mexicana de cirugía. Guía de práctica clínica. Pancreatitis aguda. 2014
14. A. W. Kirkpatrick. Intra-abdominal hypertension and the abdominal compartment syndrome: updated consensus definitions and clinical practice guidelines from the World Society of the Abdominal Compartment Syndrome. Intensive Care Med. 2013.
15. E. Torres. J. Velázquez. ET AL. Pancreatitis aguda grave, manejo quirúrgico en un hospital de tercer nivel. Centro Médico Nacional La Raza. Revista Cirugia y Cirujanos. Volumen 77, No 6, Noviembre –Diciembre 2009.
16. R. Sánchez. M.I. Camacho ET AL. Pancreatitis aguda. Experiencia de cinco años en el Hospital General de México. Gaceta Médica de México. Vol 141. No2, 2005.
17. M. Diaz, G. Méndez. Et Al. Diagnóstico y tratamiento de la pancreatitis aguda. Centro Médico Nacional Siglo XXI. Revista de Medicina Crítica y Terapia Intensiva. Vol XVII, Num 3, May-Jun 2003.
18. C. A. Arnaud-Carreño, V. Olvera-Sumano. Pancreatitis Aguda. Hospital de Alta Especialidad Oaxaca. Revista de Gastroenterología de México. 2012.