

11224

23
201

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
 FACULTAD DE MEDICINA
 DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION
 I. S. S. S. T. E.
 HOSPITAL REGIONAL LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS

PANCREATITIS AGUDA GRAVE
EXPERIENCIA DE MANEJO EN LA U.C.I.

FACULTAD DE MEDICINA
 ABR. 26 1993
 SECRETARIA DE SERVICIOS ESCOLARES
 DEPARTAMENTO DE POSGRADO
 JES

TRAJABO DE INVESTIGACION QUE PRESENTA EL
DR. FRANCISCO JAVIER RIOS PULIDO
 PARA OBTENER EL DIPLOMA DE LA ESPECIALIDAD EN
MEDICINA DEL ENFERMO EN ESTADO CRITICO

DR. RICARDO LOPEZ FRANCO
 Coordinador de Capacitación,
 Desarrollo e Investigación

DR. JORGE ROBLES ALARCON
 Profesor titular de la
 Especialidad

1993

**TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN**



I.S.S.S.T.E.

DR. JORGE ROBLES ALARCON
 Coordinador de Urgencias
 y Terapia Intensiva

13 NOV. 1992

I. S. S. S. T. E.
 H. HOSPITAL REGIONAL
 LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS
 ★ NOV. 13 1992
 COORDINACION DE
 CAPACITACION Y DESARROLLO

Subdirección General Médica
 Jefatura de los Servicios de Enseñanza e Investigación
 Departamento de Investigación



Universidad Nacional
Autónoma de México



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 está 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.

PANCREATITIS AGUDA GRAVE

EXPERIENCIA DE MANEJO EN LA U.C.I.

AUTOR. DR. FRANCISCO JAVIER RIOS PULIDO

DOMICILIO: CALLE MARGARITA # 109

COLONIA LOMA BONITA

LEON, GUANAJUATO

CODIGO POSTAL 37420

ASESOR: DR. OTHON GAYOSSO CRUZ

MEDICO ATRIBUICION DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

DR. ENRIQUE HEZUEÑO PINEDA

JEFE DE INVESTIGACION

DR. RAFAEL MACEDO CUE

JEFE DE CAPACITACION

Y DESARROLLO.

TABLA DE CONTENIDO

	PAGINA
RESUMEN	1
INTRODUCCION	3
MATERIAL Y METODOS	5
RESULTADOS	7
DISCUSION	9
GRAFICAS Y TABLAS	13
BIBLIOGRAFIA	24

RESUMEN :

1

Se realizó un estudio clínico prospectivo de los pacientes que ingresaron a la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos del I.S.S.S.T.E. con el diagnóstico de pancreatitis aguda grave, con hallazgo transoperatorio de la forma "necrótico-hemorrágica" desde el primero de Marzo de 1991 hasta el 31 de Agosto de 1992.

La etiología más frecuente fue la biliar en el 58.3% de los casos seguido por el traumatismo abdominal en el 25%.

La indicación quirúrgica más frecuente a pesar de estar bajo tratamiento intensivo médico, fue el abdomen agudo en un 75%.

El manejo de la UCI incluyó apoyo por medio de N.P.T. en el 100% de los casos además de ventilación mecánica en el 91.6%.

Durante la evolución en la UCI se reintervinieron a seis pacientes siendo el grupo más frecuente el de origen biliar (33.3%).

La mortalidad en la UCI fue de un 75% debido a la falla orgánica múltiple y sepsis. La estancia hospitalaria promedio fue de 25.3 días.

En base a la alta mortalidad observada, el objetivo es disminuir la mortalidad por medio de un diagnóstico oportuno de la pancreatitis aguda grave y aplicar posteriormente los procedimientos médico-quirúrgicos en cada caso.

Palabras clave: Pancreatitis aguda grave, UCI, mortalidad.

SUMMARY :

We carried on a prospective clinical study on patients that entered to "Adolfo Lopez Mateos" Regional Hospital ISSSTE Intensive Care Unit with — diagnosis of severe acute pancreatitis observ^{ed} during the perioperative period the form of "Hemorrhagic-necrotizing" since March 1th,1991 to August 31th,1992. The most frequent etiolog^y observed was the biliar^y on 58.3% cases followed by abdominal trauma on 25.0%. The most frequent surgical indication in spite of being under great intensive treatment was acute abdomen on 75.0%. The I.C.U. management included support by means of Total Parenteral Nutrition on 100% cases, besides mechanical ventilation on 91.6%. During their evolution in I.C.U., six patients were reoperated, being the biliar^y group the most frequent in origin (33.3%). The morbidity rate in I.C.U. was 75% due to multiple system organ failure and sepsis. The hospital permanence average was 25.3 days. Considering the high mortality, by means of opportune diagnosis of severe acute pancreatitis allowing later the medical-surgical procedures in each case.

Key words: Severe acute pancreatitis, Intensive Care Unit, mortality.

INTRODUCCION :

Desde 1856 Claudio Bernard describió el desarrollo experi-
mental de la pancreatitis aguda en perros, sin embargo fué hasta 1889
cuando Reinal Fitz describió este proceso como una entidad nosológ-
ica en el hombre. (1).

Jaques Aubert hace 408 años hizo una de las primeras comunicaciones -
sobre un paciente que tuvo un curso clínico fulminante y cuyo estudio
postmortem mostró un páncreas en estado de putrefacción, lo que segura-
mente correspondió a una pancreatitis necrotizante.(2).

Desde 1925 Merriham señaló que la pancreatitis aguda contituye la más
terrible de las catástrofes abdominales. Estas observaciones sobre el
curso fulminante de la enfermedad persiste en la actualidad a pesar de
los progresos que se han hecho en el entendimiento de su fisiopatolo-
gía, así como el avance del cuidado de pacientes críticamente enfer-
mos. (2,3,4.).

La pancreatitis aguda grave es una inflamación del tejido pancreático
y/o peripancreático con áreas locales o difusas y con pérdida de la -
integridad del conducto pancreático o trombosis de la vena esplénica
(5),representando el 5-20% de las admisiones hospitalarias por año y
con una mortalidad entre un 48 y un 100% (6,7). Las causas más frecuen-
teson la patología de la vesícula y vías biliares (52%), alcohol o
alimentos en exceso (30%),postraumáticas (4 %) ,postoperatorias
(2%), y por hiperlipidemias (1%) y otras causa menos frecuentes. (6).

La obstrucción del conducto común por un lito y el espasmo o fibrosis
del conducto de Oddi, favorecen el reflujo de la bilis hacia el con-
ducto pancreático,aumentando la presión de los canalículos intrapan-
creáticos y se produce la lesión por la transformación de la fosfoli-
pasa en lisolecitina. (5).

La combinación de las enzimas pancreáticas con la xantina deshidrogenasa transforma ésta en xantina oxidasa con la consecuente liberación de los radicales libres derivados del oxígeno (superóxido libre de oxígeno, peróxido de oxígeno y radical hidroxilo), que lesionan el endotelio vascular y aumentan la permeabilidad capilar, degradan el ácido hialurónico y la colágena y la peroxidación de membrana y organelos intracelulares (8).

Inicialmente hay liberación de enzimas en el tejido intersticial de la glándula, posteriormente hacia el área peripancreática retroperitoneal y la cavidad peritoneal; la absorción de estas enzimas junto con el tejido necrótico y productos de degradación proteicas son alteraciones a distancia. (6).

Las complicaciones encontradas más frecuentes son:

- a) Hipocalcemia, b) hiperlipidemia, c) hiperglicemia, d) anomalías en la coagulación, e) síndrome de insuficiencia respiratoria en el adulto, f) depresión del miocardio, g) Insuficiencia renal aguda, h) necrosis de la vena periférica, i) retinopatía angiopática de Purtscher y encefalopatía pancreática. (9).

La severidad de la lesión se establece de acuerdo a los criterios siguientes:

- a).- Estado de choque, hipovolemia o anemia en la fase inicial.
- b).- Insuficiencia renal aguda manifestada por la disminución de la diuresis o por retención de azoados.
- c).- Datos clínicos gasométricos o radiológicos de insuficiencia respiratoria progresiva.
- d).- Alteraciones de la coagulación.
- e).- Hipocalcemia menor de 8mg.
- f).- Hiperlipidemia persistente en ausencia de diabetes mellitus.
- g).- Aumento de los valores normales de TGO y DHL cinco veces.
- h).- Acidosis metabólica con exceso de base de menos de 10.
- i).- Signos de irritación peritoneal y persistencia de íleo metabólico.
- j).- Punción abdominal positiva con extracción de líquido hemorrágico en el que exista vena y cifras elevadas.

das de enzimas pancreáticas. (6). La presencia de tres o más de los criterios mayores hace el diagnóstico, aunque basta la presencia de 3 o más signos menores como: masa abdominal palpable, ictericia, oliguria, desequilibrio hidroelectrolítico, hipotensión, taquicardia, taquipnea, hiperglicemia moderada y metahemalbúmina superior a 1m% para indicar gravedad (6).

El lavado peritoneal se recomienda en aquellos pacientes que no se someten a cirugía temprana, en pancreatitis hemorrágica o con tres o más signos positivos. Su eficiencia se ha atribuido a la eliminación de factores tóxicos y vasoactivos del exudado peritoneal: sus inconvenientes han sido lesiones viscerales por el cateter, aumento de la insuficiencia respiratoria por distensión abdominal, hiperglicemia, sobrecarga de líquidos en cavidad abdominal y pérdida de proteínas del exudado peritoneal. (6,10).

En términos generales las indicaciones para el manejo quirúrgico son:

A).- Deterioro progresivo del paciente a pesar del manejo médico intensivo. B).- Presencia de las complicaciones locales o sistémicas. C).- Duda en el diagnóstico. (6,7,11,12,13)

El enfoque general de la terapia para la pancreatitis aguda grave incluye colocar al páncreas en "reposo", tratamiento de apoyo nutricional y metabólico, corregir las causas agudas de mortalidad: colapso cardiovascular, insuficiencia respiratoria, falla renal aguda y detección de las complicaciones de la enfermedad que requieren manejo quirúrgico, además de tratamiento y prevención de las causas tardías de muerte, como la sepsis (14).

MATERIAL Y METODOS.

Para valorar la prevalencia e incidencia de la pancreatitis aguda grave se efectuó un estudio prospectivo exploratorio en la UCI en un periodo comprendido entre el primero de Marzo de 1991 hasta el 31 de Agosto de 1992 ; se incluyeron pacientes con el diagnóstico de pancreatitis aguda grave, mayores de 16 años de ambos sexos y derechohabientes del I.S.S.S.T.E..

Se excluyeron expedientes incompletos y se eliminaron expedientes microfilmados.

Se analizó:

Edad, sexo, etiología, síntomas de ingreso, motivo de ingreso a la UCI, procedimientos realizados en la UCI, indicación quirúrgica inicial y de reintervención, morbimortalidad y estancia hospitalaria.

Se presentan resultados, tablas y graficas.

RESULTADOS:

7

Se realizó una revisión de 12 pacientes con el diagnóstico de pancreatitis aguda grave, los cuales ingresaron a la UCI. La edad promedio fue de 44 años, el paciente de menor edad tenía 28 años y el de mayor edad tenía 77 años. La edad más frecuente fue entre los 40 y 50 años. (Gráfica #1)

El sexo masculino predominó entre los pacientes solamente se encontró una mujer. La etiología de la pancreatitis aguda grave más frecuente fue la biliar en un 58.3% de los casos seguidos por el traumatismo abdominal abierto o cerrado. (Tabla #1). Entre los síntomas de inicio el más frecuente fue el dolor abdominal localizado en epigastrio. (Tabla #2).

El motivo de ingreso a la UCI fue por posoperatorio inmediato de laparotomía exploradora en el 83.3% de los casos, combinado con inestabilidad hemodinámica o insuficiencia respiratoria. (Tabla #3).

Los hallazgos del posoperatorio más frecuentes fueron pancreatitis aguda necrótico-hemorrágica en todos los casos seguidos por patología vesicular. Cabe comentar que un paciente traumatizado por herida penetrante por arma de fuego pasó inadvertida la lesión pancreática, encontrándose pancreatitis aguda en la reintervención. (Tabla #4).

El manejo realizado en la UCI incluyó apoyo por medio de nutrición parenteral total en todos los casos, en base a las pérdidas de nitrógeno, el 91.6% de los pacientes recibieron apoyo ventilatorio mecánico y de ellos, el 72.2% recibió presión positiva al final de la espiración (PEEP). Además se realizó monitoreo hemodinámico con catéter de Swan-Ganz en el 83.3%. Debido al curso posoperatorio tórpido de 9 pacientes hubo la necesidad de mantenerlos bajo sedación en infusión, y 6 de ellos se les colocó bloqueo peridural.

El apoyo por medio de nutrición enteral solo se realizó en 41.6% de los pacientes. (Tabla #5).

La indicación para someter a intervención quirúrgica a los pacientes estuvo dada en primer lugar por datos de abdomen agudo en un 75%, la segunda causa más frecuente fué por traumatismo abdominal. Se encontró a una paciente con posoperatorio de operación de Whipple la cual desarrollo pancreatitis aguda grave durante su estancia en la UCI. (Tabla #6).

Durante su evolución en la UCI, se decidió reintervenir a 6 pacientes, el grupo de etiología biliar con 4 pacientes fué el más frecuente. (Tabla #7).

La morbilidad en la UCI correspondió en su mayoría a la falla orgánica múltiple combinada con sepsis con un porcentaje de 75%. Se encontró falla respiratoria, renal o hematológica y digestiva manifestada por sangrado de tubo digestivo alto. (Tabla #8).

La estancia hospitalaria en la UCI fué de 25.3 días, con un rango de 15 a 40 días. (Gráfica #2).

La principal falla de muerte fué la falla orgánica múltiple con sepsis en el 75% de los pacientes. (Gráfica #3)

Se cesaron a hospitalización a 2 pacientes por no ser recuperables. Al momento actual sobrevive un solo paciente.

DISCUSION:

La patología inflamatoria del páncreas durante muchos años ha preocupado a los médicos, y ha sido motivo de numerosos estudios e investigaciones. El curso clínico de la pancreatitis aguda grave en realidad no ha cambiado, sin embargo en la actualidad el desarrollo de mejores métodos de diagnóstico y tratamiento han traído como consecuencia el aumento en la sobrevida en las etapas tempranas, de tal forma que es posible apreciar las complicaciones tardías de la enfermedad entre las cuales las de origen infeccioso son las que en la actualidad se han podido superar y generalmente a la elevada mortalidad del padecimiento. (15.16).

En general esta patología afecta a pacientes que se encuentran en etapas reproductivas de la vida, como en nuestro estudio se demuestra. Previamente se ha mencionado que la edad de los pacientes juega un papel importante en la sobrevida de los mismos, ya que el padecimiento afecta a pacientes mayores de 75 años de edad y la mortalidad se incrementa considerablemente. (17).

En nuestra serie de estudio se encuentra que la etiología más frecuente fué la biliar observada en el 58.3% de nuestros pacientes conocida por la alta incidencia de colelitiasis en nuestro país y los resultados coinciden con la literatura mundial. (1.15.18.) .

Sabemos de la importancia de la clínica para interrutar el diagnóstico de pancreatitis aguda grave, sin embargo desde el punto de vista práctico y clínico se puede valorar mediante el funcionamiento de los diferentes órganos y sistemas. (19.20.21)

Debemos conocer perfectamente bien el funcionamiento de cada uno de los diferentes órganos y sistemas de tal forma que se pueda determinar cuando existen fallas. En la actualidad existen parámetros bien definidos para detectar el funcionamiento orgánico des-

de el punto de vista bionómico y clínico, lo cual permite tener un criterio uniforme en cuanto a su diagnóstico y evolución (22).

A pesar del progreso en el manejo de los pacientes críticamente enfermos con el apoyo de cuidados intensivos la mortalidad producida por el padecimiento no ha cambiado durante la última década y continua fluctuando entre el 40 y 60% de los casos, otros grupos han sido más optimistas y publican frecuencias de mortalidad entre el 20 y 32% dependiendo del manejo quirúrgico efectuado. (22).

Warshaw y colaboradores informan cifras de mortalidad del 5%. Sin embargo estos resultados no han podido ser reproducidos en otros medios. (23).

La terapia de soporte en la unidad de cuidados intensivos incluye - hidratación vigorosa, control del desequilibrio hidroelectrolítico. -- mantener adecuado gasto urinario, perfusión tisular, asistencia ventilatoria para evitar el daño por hipoxia. Todo esto en conjunto tiene - la finalidad de evitar la mortalidad temprana: colapso cardiovascular, falla renal e insuficiencia pulmonar. La hipovolemia se explica por la incrementada permeabilidad capilar, y la falla renales más probablemente debida a la incapacidad de mantenerse por la pérdida masiva de líquidos. Una vez presente la asociación de falla renal con pancreatitis incrementa notablemente la mortalidad de estos pacientes. Si se cree verdaderamente en le factor depresor del miocardio a asociado a pancreatitis aguda severa, el uso de agentes inotrópicos debe recuierirse para mejorar la función cardiaca.

La insuficiencia respiratoria asociada a la pancreatitis grave es más - compleja probablemente una combinación de la perdida de la capacidad - ventilatoria y shunts relacionada con la parálisis de los hemidiafragmas, atelectasias basales, derrame pleural, empiema, neumonia, microem--

lías pulmonares y colapso alveolar secundario a disminución del surfactante pulmonar debido a la deградación de enzimas pancreáticas circulantes. La asistencia respiratoria con PEEP se requiere hasta que el proceso se resuelve. (14).

La mortalidad se encuentra directamente relacionada con la necrosis del parénquima pancreático, con la grasa retroperitoneal, y sobretodo el grado de contaminación bacteriana existente. Es por eso que en la última década se ha usado diferentes métodos diagnósticos como la tomografía computada con contraste de alta concentración con el objeto de demostrar tempranamente la necrosis glandular. (24,25,26).

Se considera la sépticemia seguida por falla orgánica múltiple, es responsable de la muerte de más del 80% de estos pacientes. (16,27,28) lo cual se demuestra en nuestro estudio.

Otro factor importante para determinar la mortalidad producida por pancreatitis es el número de insuficiencias orgánicas, ya que en nuestros pacientes los que tuvieron 3 o más fallecieron.

La suma de insuficiencia renal y respiratoria produce generalmente una mortalidad superior al 80%. (16,22,24,27,29,30).

Se recomienda efectuar una intervención quirúrgica en forma temprana en los pacientes en los que existe duda diagnóstica, en aquellos en los que se ha tenido deterioro progresivo y sostenido a pasar del tratamiento médico invasivo, cuando hay sospecha de necrosis pancreática o complicaciones del proceso, por ejemplo perforación cólica o de estómago (2) Cualquiera que haya sido el manejo quirúrgico efectuado es conveniente continuar con el postoperatorio con tratamiento médico intensivo de las insuficiencias orgánicas que normalmente tienden a ser progresivas. El apoyo nutricional es de suma importancia, teniendo en cuenta sus complicaciones. (30).

En estos pacientes las complicaciones postoperatorias son muy frecuen--

particularmente las de origen infeccioso, las cuales ameritan intervenciones quirúrgicas (31). como nuestro estudio.

Actualmente se menciona la literatura que la necrosis pancreática por sí misma aún acompañada de falla orgánica múltiple, no es una indicación absoluta para la cirugía. (32)

Frecuentemente se han aplicado las técnicas de manejo con abdomen abierto los cuales reportan un abatimiento de la mortalidad hasta de un 11% aproximadamente. (16,31).

La pancreatitis es una enfermedad grave por sí misma, evolutiva, en la cual aún existen muchas dudas de diagnóstico y tratamiento siendo además este último punto en donde existe mucha controversia .

A pesar del equipo multidisciplinario que maneja a estos pacientes, - el manejo de la pancreatitis grave continua siendo un gran reto.

particularmente las de origen infeccioso, las cuales ameritan intervenciones quirúrgicas (31), como nuestro estudio.

Actualmente se menciona la literatura que la necrosis pancreática por sí misma aún acompañada de falla orgánica múltiple, no es una indicación absoluta para la cirugía. (32)

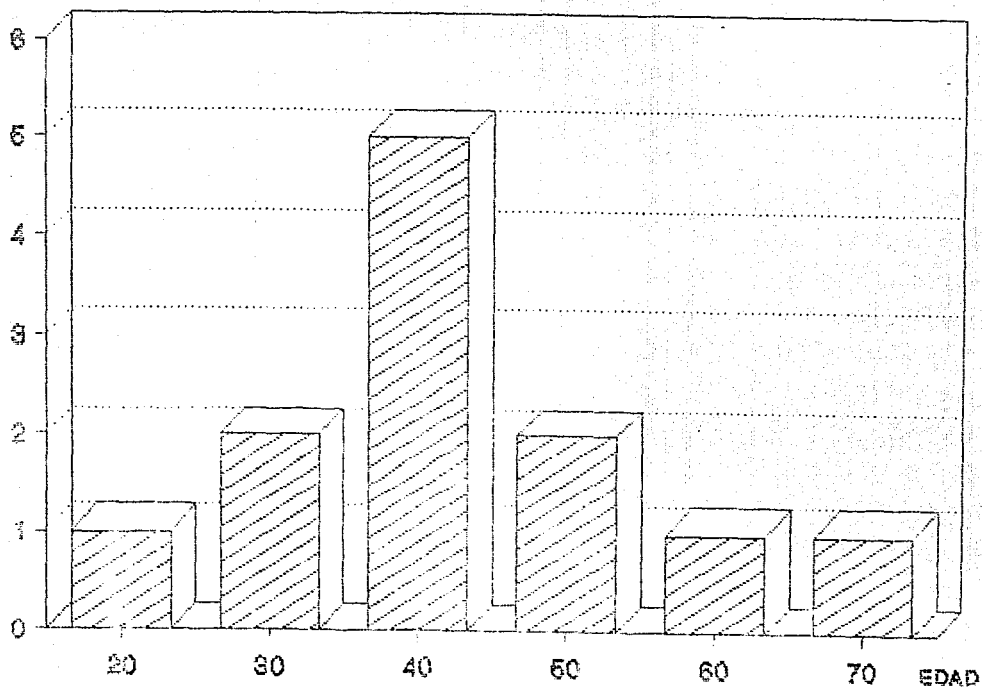
Frecuentemente se han aplicado las técnicas de manejo con abdomen abierto los cuales reportan un abatimiento de la mortalidad hasta de un 11% aproximadamente. (16,31).

La pancreatitis es una enfermedad grave por sí misma, evolutiva, en la cual aún existen muchas dudas de diagnóstico y tratamiento siendo además este último punto en donde existe mucha controversia .

A pesar del equipo multidisciplinario que maneja a estos pacientes, - el manejo de la pancreatitis grave continua siendo un gran reto.

FRECUENCIA

GRAFICA (1)



FUENTE: ARCHIVOS DEL HRLALM DISTRIBUCION DE PACIENTES POR EDADES

ETIOLOGIA DE LA PANCREATITIS AGUDA

TABLA (1)

CAUSA	NUMERO	%
BILIAR	7	58.3
TRAUMA ABDOMINAL	3	25.0
ALCOHOLICA	1	8.3
POSTOPERATORIA	1	8.3
TOTAL	12	100 ¹

SINTOMATOLOGIA DE INICIO

TABLA (2)

SINTOMAS Y SIGNOS	NUMERO	%
DOLOR ABDOMINAL	12	100
VOMITO	10	83.3
NAUSEA	9	66.6
IRRITACION PERITONEAL	8	50
DISTENSION ABDOMINAL	6	25
FIEBRE	3	25
MASA PALPABLE	3	25
ICTERICIA	2	16.6

MOTIVO DE INGRESO A LA UCI

TABLA (3)

CAUSA	NUMERO	%
LAPAROTOMIA EXPLORADORTA	10	83.3
INESTABILIDAD HEMODINAMICA	5	41.6
INSUFICIENCIA RESPIRATORIA	3	25.0
INSUFICIENCIA RENAL AGUDA	1	8.3
POSTOPERADO DE WHIPPLE	1	8.3

HALLAZGOS TRANSOPERATORIOS

TABLA (4)

	NUMERO	%
PANCREATITIS AGUDA NECROTICOHEMORRAGICA	12	100
COLECISTITIS CRONICA LITIASICA	7	58.3
LESIONES ASOCIADAS	3	25.0
COLEDOCOLITIASIS	2	16.6
OPERACION DE WHIPPLE	1	8.3
LESION INADVERTIDA DE PANCREAS	1	8.3

MANEJO EN LA UCI

TABLA (5)

	NUMERO	%
N.P.T	12	100
VENTILACION MECANICA	11	91.6
- P.E.E.P.	8	72.7
MONITOREO HEMODINAMICO	10	83.3
SEDACION	9	75.0
ANALGESIA (B.P.D.)	6	50.0
NUTRICION ENTERAL	5	41.6

INDICACION QUIRURGICA

TABLA (6)

	NUMERO	%
ABDOMEN ACUDO	9	75
TRAUMA ABDOMINAL	3	25
DUDA DIAGNOSTICA	2	16.6
OPERACION DE WHIPPLE	1	8.3
ICTERICIA	1	8.3

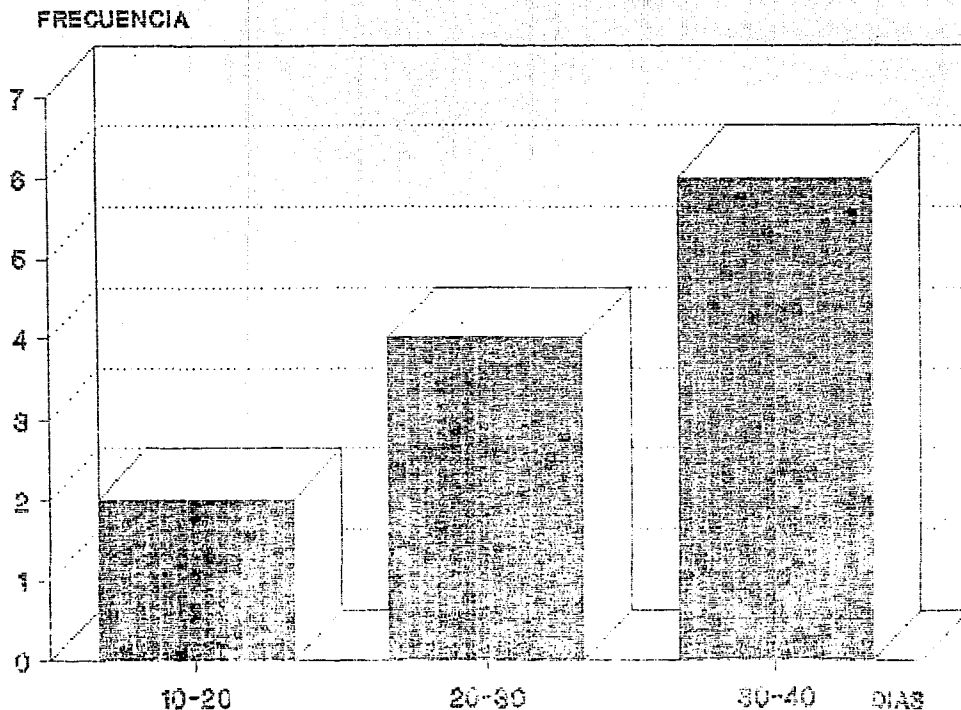
REINTERVENCION QUIRURGICA

TABLA (7)

	NUMERO	%
BILIAR	4	33.3
TRAUMA	2	16.6

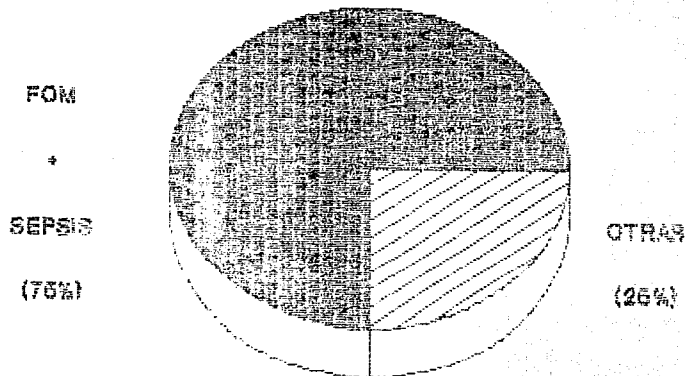
MORBILIDAD EN LA UCI
TABLA (8)

COMPLICACION	NUMERO	%
FOM + SEPSIS	9	75
SIRPA	8	66.6
INESTABILIDAD HD	6	50
SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO ALTO	5	41.6
INSUFICIENCIA RENAL AG	4	33.3
EVISGERACION	2	16.8



FUENTE: ARCHIVOS DEL HRLALM ESTANCIA HOSPITALARIA EN LA UCI

GRAFICA (2)



MORTALIDAD EN LA UCI

FUENTE: ARCHIVOS DEL HRLALM

GRAFICA (3)

BIBLIOGRAFIA:

- 1.- Cea F. Alvarez de la Marina J. Barreiro F. Diagnóstico clínico de la pancreatitis necroticohemorrágicas. Rev. Esp. Enferm Apar dig 1987; 721-724.
- 2.- Hurtado H, Manzano B. pancreatitis hemorrágica v necrótica. Estudio prospectivo de 32 pacientes . Rev. Gastroenterol Mex 1988; 53:73-84.
- 3.- Ohlsson K. Acute pancreatitis. Biochemical, pathophysiological and therapeutic aspects , Acta gastroenterol Belg,1988;51:3-12.
- 4.- Potts J. Acute pancreatitis. Surg Clin. North Am. 1988 :307-327.
- 5.- Frev CF, Bradley EL, Berhzer HG. progres in acute pancreatitis Surg Ginecol Obstet 1988: 167-202.
- 6.- Gutierrez S.C. Pancreatitis necrotivo hemorrágica. Rev. Gastroenterol Mex. 1985 ;50:187-190.
- 7.- Hurtado H, Guerra. Tratamiento quirurgico de la pancreatitis aguda v sus complicaciones. Rev. Gastroenrol. Mex. 1986 51:73-80.
- 8.- Sanfey H. Bulklev GB. Cameron JL. The pathogenesis of acute pancreatitis. The source and role of oxigen derived free radicals in - three diferen experimental model. Ann Surg 1985; 201:633-640.
- 9.- Pitchumoni CS, et Al Svsstemic complications of Acute pancreatitis Am. J. Gastroenterol. 1988;6:597-605.
- 10.-Ranson JH. Conservative surgical treatment of acute pancreatitis. World J Surg 1981;5:351-356.
- 11.-Hollender LF. Role of surgery in the management of acute pancreatitis. Wordl J. Surg 1981;5:361-366.
- 12.- Cretzfeldt W. Lanskish PG, Intensive Medical of severe acute -- pancreatitis. Wordl J. Surg 1981;5:341-346.
- 13.- Mercadier M. Surgical treatment of acute pancreatitis:tactics, techniques and results. World J surg 1981;5:393-400.
- 14.- Civetta JM, Taylor RW, Kirbv R.R; Critical care. JB Lippincott - company. Tomo II 1986, 1291-1298.
- 15.- Bradley E. Management of infected pancreatic necrosis by - open drainage. Ann Surg 1987; 206:542-550.
- 16.- Fan S. Choi T. ,La C, Wong J. Influence of age on mortality from acute pancreatitis . Br. J. Surg 1988: 75:463-466.

- 17.- Carter D. Pancreatitis and the biliary tree: The continuing Problem . Am. J. Surg 1988 155:10-17.
- 18.- Ranson J, Rifkind M, Turner JW. Prognostic sign and non operative peritoneal lavage in acute poancreatitis . Surg Ginecol Obstet .1976: 209-219.
- 19.- Knaus. WA, Zimmerman JE, Wagner DP et al. APACHE II. Acute physiology and chronic health evaluation. A physiologically based classification system. Crit Care Med 1985: 9:591-597.
- 20.- Knaus WA, Draper EA, Wagner DR et al. APACHE II A severity of disease classification system. Crit Care Med. 1985:13:818-829.
- 21.- Fry DE , Pearstein L. Multiple system organ failure . Arch Surg 1980;115:136-140.
- 22.- Mayer D, Mc Mahon J, Corfield A, Cooper M, Williamson et al. Controlled clinical trial of peritoneal lavage for the treatment of severe acute pancreatitis. N England J Med 1985:312:399-444.
- 23.- Warshaw AL, Jim G. Improved survival in 45 patients with pancreatic abscess. Ann Surg 1985:202:408-415.
- 24.- Berger H, Bittner R, Block S, et al. Necrosectomy and postoperative local lavage in necrotizing pancreatitis. Br J Surg 1988:75:202-212.
- 25.- Alain C, Hauser H, Meyer P, Rohner a. Value of contrast-enhanced computerized tomography in the early diagnosis and prognosis of acute pancreatitis. Am J Surg 1988:1988:457-466.
- 26.- Berner H, Bittner R, Block S, Buchler M. Bacterial contamination of pancreatic necrosis. Gastroenterology 1986:1:433-488.
- 27.- Wilson C, McArdle C, Carter D, Imrie W. Surgical treatment of acute necrotizing pancreatitis. Br. J Surg 1988:75:1119-1123.
- 28.- Bittner R, Block S, Buchler M, Berger H. Pancreatic abscess and infected pancreatic necrosis. Dig. Dis Sci 1987:32:1082-1087.
- 29.- Choi. T. Surgery during Pancreatitis. Am J Surg 1987:153:369-373.
- 30.- Gutierrez SC, Perez Cf, Gaviño J , Piza B. Problemas de la alimentación parenteral en cirugía . Cir Cir 1984:52:115-119.
- 31.- García-Sabrido J, Tallado J, Christou N, Polo J, Valdecantos E. Treatment of severe intra-abdominal sepsis and/or necrotic foci by an "open abdomen" Approach . Arch Surg 1988;123:152-156.

31.- Bradley EL, Allen K. A propective longitudinal study of ²⁶ -
observation versus surgical intervention in the managment of ne-
crotizing pancreatitis. Am J Surg 1991: 19-25.