

CENTRAL 21
11224
24

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

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

HOSPITAL REGIONAL "LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS"

TIEMPO QUIRURGICO: FACTOR PRONOSTICO
EN PANCREATITIS AGUDA

Peralta Ramirez Lidia
T E S I S

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIDAD DE
MEDICINA DEL ENFERMO EN ESTADO CRITICO ADULTO

DR. OSCAR TREJO SOLORZANO
Coordinador de Capacitación
Desarrollo e Investigación

[Signature]
DR. OTHON GAYOSSO CRUZ
Profesor Titular

I. S. S. S. T. E.
SUBDIRECCION GENERAL MEDICA
RECIBIDO
NOV. 5 1998
JEFATURA DE LOS SERVICIO DE ENSEÑANZA

I. S. S. S. T. E.
LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS
★ NOV. 3 1998 ★
CO. DE CAPACITACION
DE INVESTIGACION

[Signature]
DR. ENRIQUE ELGUERO PINEDA
Coordinador de Urgencias y Terapia Intensiva

1998

26-8972



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 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.

11224 21
24

**TIEMPO QUIRURGICO: FACTOR PRONOSTICO
EN PANCREATITIS AGUDA**

DRA. LIDIA PERALTA RAMIREZ
INVESTIGADOR

DOMICILIO PARTICULAR:

PAMPAS No. 137-2 Col. Moderna

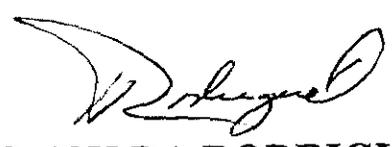
Del. Benito Juárez , México, D.F.



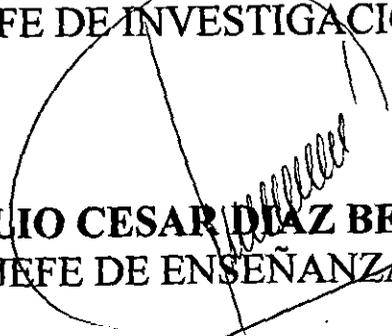
DR. JESUS FRANCO ENRIQUEZ
ASESOR



DR. ENRIQUE ELGUERO PINEDA
VOCAL DE INVESTIGACION



M. EN C. HILDA RODRIGUEZ ORTIZ
JEFE DE INVESTIGACION



DR. JULIO CESAR DIAZ BECERRA
JEFE DE ENSEÑANZA

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

INDICE	PAGINA
1.- Resumen (Summary)	1
2.- Introducción	2 - 6
3.- Material y método	7
4.- Resultados	8
5.- Discusión	11
6.- Conclusiones	12 - 13
7.- Bibliografía	14

RESUMEN

Una cirugía tardía tiene valor pronóstico para modificar la morbimortalidad de los pacientes con pancreatitis aguda severa. Se incluyen en el estudio 15 pacientes que ingresan a UCI. Evaluándose severidad y clasificación tomográfica. Reportándose una mortalidad del 60% en los pacientes operados después de 10 días del evento agudo. El tiempo de estancia hospitalaria fue en promedio 20 días.

La canalización oportuna y adecuada de los pacientes a la UCI permite optimizar las condiciones generales del paciente; que puede en algún momento ser tratado quirúrgicamente. Con lo anterior se disminuirá complicaciones postoperatorias, por ende tiempo de estancia hospitalaria y costos.

PALABRAS CLAVE: Pancreatitis aguda severa
Cirugía temprana en pancreatitis severa

SUMMARY

Surgery can have a prognostic value to complications of patients that have modified pancreatic acute. Fifteen patients were included in this study that were admitted in UCI. APACHE II, Ranson classification, TAC for Baltazar.

Mortality was of a 60% in patients treated surgically, after ten days, time in the hospital was average of 20 compared with patients that when not operated. Where there was a higher number of mortality and smaller length of time.

The prompt treatment for patients in UCI gives the patients a better opportunity of getting a better preparation for a surgery, with all this said above, complications are at a lower rate, and a shorter time in the hospital and cost of surgery.

KEY WORD: several acute pancreatitis
Surgery in several pancreatitis.

INTRODUCCION

La pancreatitis es una entidad bien reconocida y estudiada hasta la fecha y que a pesar de los avances logrados en tecnología de imagen para diagnóstico, los adelantos terapéuticos y de las medidas de apoyo vital avanzado es muy distante el día en que pueda mejorar notablemente su morbimortalidad. En nuestro medio factores socioculturales, en especial hábitos dietéticos, estrés, sedentarismo, obesidad y alcoholismo han favorecido la incidencia de pancreatitis que por sí misma es una patología con alta tasa de mortalidad. Requiriendo manejo intensivo y vigilancia estrecha en la unidad de Cuidados Intensivos para poder modificar su pronóstico.

Si nos remontamos a la literatura con respecto al manejo terapéutico, hasta hoy no hay criterios bien establecidos (SAPS, APACHE II y Glasgow modificada (3) y aceptados sobre el momento, tipo y número de intervenciones quirúrgicas. Dada la gran lesión tisular que tiene lugar en la pancreatitis grave, se ha postulado una corriente de tratamiento menos invasivo y agresivo, con la finalidad de lesionar menos tejido, implicando menor liberación de mediadores endógenos responsables del inicio y perpetuación del fenómeno de Respuesta Inflamatoria Sistémica.

La colecistectomía juega un papel muy importante en la prevención de nuevos ataques de pancreatitis, por lo que realizarla por medio endoscópico

con o sin coledocolitotomía ha mostrado beneficios en los pacientes con pancreatitis aguda de origen biliar. Observando que en un periodo temprano (6-48hrs) tiene mejores resultados, evitando se presenten nuevos periodos de agudización pancreática así como complicaciones.

La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (ERCP) es una opción para determinar la existencia y localización de litos y si es necesario realizar la esfinterotomía para liberarlo del ducto biliar.

La otra opción cuando no es posible realizar la ERCP en forma temprana, y no hay obvios signos de obstrucción biliar, la colecistectomía laparoscópica, será probablemente realizada justo antes de ser egresado el paciente. Tan pronto como los síntomas hayan cedido. Por otra parte la exploración de vías biliares durante la colecistectomía laparoscópica no es fácil y generalmente esta acompañando a un procedimiento abierto. Schwesinger encontró la necesidad en un 70% de los casos de realizar exploración de vías biliares en pacientes tratados quirúrgicamente inmediatamente después de su admisión hospitalaria, 20% al final del cuarto día, y 14% por el final de la primera semana. Por tanto, si se está listo para operar entre los primeros días vía laparoscopia, se preparará para explorar el conducto biliar común por vía laparoscópica o vía ERCP entre las primeras 48 hrs. del inicio del ataque. No es claro aun los efectos reales de la esfinterotomía, el tratamiento de colangitis asociada, o el efecto de la esfinterotomía misma

sobre la presión ductal pancreática, pero esto parece que disminuye la posibilidad de complicaciones, modificando el dolor y disminuyendo los días de estancia hospitalaria (4).

Un procedimiento aun mas controversial es el uso de lavados retroperitoneales y drenajes peritoneales con lavado para pancreatitis necrotizante severa (1h) en donde el principio es el de movilización de tóxicas o enzimas de cavidad peritoneal en periodos variables de tiempo; 60-112 días. Perfusión a través de drenajes de solución hipertónica (6-8 L) más aprotinina (1000,000 U. Inhibidor Kalicreina por 500 ml) por 24 hrs. El volumen es progresivamente reducido de acuerdo a la clínica, datos radiológicos por 8 días continuamente y 10 días intermitentemente (rango de 4-95 días). El lavado induce necrosectomía, la cual es un resultado de la acción mecánica de los líquidos y la inhibición local de enzimas activas a través de acción antiproteolítica de la droga. Lo importante de ésta tecnica, es la colocación de los drenajes retroperitoneales por maniobra de Kocker. De acuerdo al estudio realizado, mostró que los pacientes se ven beneficiados cuando ésta se realiza entre las 24-48 hrs. Posteriores a un manejo médico intensivo infructuoso. Se reporta un número mayor de reoperaciones si la técnica se realiza después de las 96 hrs. de inicio de la sintomatología, aunado a una mayor mortalidad.

El drenaje percutáneo dirigido por TAC, es muy bien descrito por Emil Baltazar (5) las colecciones líquidas (agua o cercana a ésta) , si esta encapsulado o no, son candidatos a drenaje por catéter percutáneo, si el estado clínico del paciente lo permite. Se dice que el 50% de las colecciones líquidas se resuelven espontáneamente salvo que estas se infecten. Un Pseudoquiste mayor de 5 cm con incremento gradual de tamaño, son buenos candidatos a drenaje percutáneo. Severo dolor, obstrucción del tracto biliar y/ o obstrucción gastrointestinal, son las otras indicaciones para drenaje percutáneo o pseudoquiste no infectado.

Las principales complicaciones son superinfección de un colección líquida estéril o necrosis licuada estéril reportándose en un 8% de los casos, mencionándose también una adecuada respuesta con tratamiento antimicrobiano. Llama la atención que la mejor respuesta reportada hasta el momento es de 79% por Adams y cols en 1990. El drenaje percutáneo de colecciones líquidas pancreáticas puede algunas veces ser curativa o de valor complementario a otras técnicas terapéuticas como cirugía, terapia médica o maniobras endoscópicas. El uso de más de un catéter esta indicado, y realizarlo seguido de estudios clínicos y de imagen con ajuste del tubo cuando sea necesario, permitiendo una alta probabilidad de beneficios temporales. Obviamente esto solo se toma como una de las varias formas de tratamiento.

Las complicaciones, severidad y mortalidad de la pancreatitis grave depende en gran medida de la magnitud de tejido pancreático y peripancreático lesionado, así como las complicaciones sépticas asociadas (59%). Tal vez actualmente se siga el criterio de la reintervención quirúrgica múltiple e incluso el manejo con cavidad abierta y lavado quirúrgico cada vez que lo necesite.

Las principales complicaciones encontradas (7) en pacientes con necrosis infectada fue fistula gastrointestinal en un 64%, fistula pancreatica 29%, Pseudoquiste pancreatico en un 45%.

MATERIAL Y METODOS

Se realiza estudio retrospectivo, observacional, abierto en un Hospital de tercer nivel. Incluyéndose todos aquellos pacientes que ingresan a la Unidad de Cuidados Intensivos con diagnóstico clínico-tomográfico y químico de Pancreatitis aguda severa de acuerdo a criterios de Ranson y APACHE II ya establecidos. En el periodo comprendido de enero a septiembre de 1998 (nueve meses). Excluyendo del estudio aquellos con patología previa, hepática, cardíaca, renal o neurológica. Así como pancreatitis crónica o Pseudoquiste. Nuestras variables en estudio son edad, sexo, días de estancia en UCI, días de estancia Hospitalaria, intervalo de tiempo desde su ingreso hasta la realización de la primera cirugía, y número de cirugías realizadas durante su estancia en UCI, estadio tomográfico de acuerdo a clasificación de Baltazar, APACHE II, Ranson, origen de la Pancreatitis.

RESULTADOS

Se realizó estudio retrospectivo observacional, abierto que abarco un periodo de nueve meses (1998enero-septiembre). Se recolectaron 15 pacientes en edad de 20-61 años con un promedio de 41 años.Predominando el sexo femenino en un 66% de los casos (n=10), masculino 33% (n=5). Con diagnóstico de Pancreatitis Baltazar B (n=2), C(n=7), D(n=2), E(n=4) Tab.1

Del total de ingresos hospitalarios la pancreatitis representa un 0.20% (n=30), de los cuales solo un 46% ingresan a UCI. Con un tiempo de estancia hospitalaria en promedio de 16.9 días con rango de 4-41 días.Y con promedio de 7.4 días con rango de 3-24 días en UCI.Fueron intervenidos quirúrgicamente 10 pacientes en un lapso de 10.8 días con un rango de 22hrs.a 26 días posteriores al inicio de su manejo. El tratamiento quirúrgico fue: drenaje por punción, colecistectomía, lavado abdominal. El número de intervenciones en la fase aguda hasta la estabilización del paciente fueron de 2-3. De los que no fueron intervenidos quirúrgicamente (n=5) solo uno falleció.Nueve casos fueron de origen biliar, 3 asociados con elevación de trigliceridos, 2 con alcoholismo, 1 hipercolesterolemia.

TABLA 1.- PACIENTES DE ACUERDO BALTAZAR , RANSON, APACHE II Y DEFUNCION

	B (N=2)	C (N=7)	D (N=2)	E (N=4)
RANSON	3	2.7	3.5	2.6
APACHE II	8.5	4.5	11	8.25
DEFUNCION	1	0	1	4
PATOLOGIA ORIGEN	B.CPRE.	B.TGC.OB.DM ALC.	B.TGC	B.B.ALC
T.QX. (DIAS)	11	6.2	22	9

B= Biliar, TGC= Trigliceridemia, OB=Obesidad,
 CPRE= colangiopancretoretrograda endoscopica
 DM= Diabetes mellitus

TABLA 3.- RELACION BALTAZAR CON TIEMPO DE CIRUGIA Y TIEMPO QUIRURGICO

	B	C	D	E
COLECISTEC- TOMIA	11	5.6	0	0
LAVADO QUIRURGICO	0	0	0	9
DRENAJE PERCUTA- NEO	0	13	22	0

*Valores indicados como días promedio de estancia

ANALISIS DE DATOS

La frecuencia del padecimiento es de 0.2% en nuestro Hospital, y representa el 5.9% del total de ingresos a la UCI, de los 30 casos registrados, solo un 46% fueron manejados en UCI. El tiempo de estancia en la unidad fue de 4-41 días correspondiendo a los ya mencionados en la literatura de 53 días. Predominio del sexo femenino en edad promedio de 38.6 años y un 60% de los casos de origen biliar, requiriendo cirugía el 66.6% de los casos y registrándose una tasa de mortalidad del 60% . Correspondiendo la mayor mortalidad en pacientes que fueron intervenidos quirúrgicamente en un periodo para la primera cirugía, mayor a 10 días para pancreatitis severa y que no corresponde a lo descrito en la literatura, donde se establece que la mayor mortalidad se encuentra en la cirugía temprana (48hrs. de la admisión hospitalaria). La frecuencia de colecistectomía, drenaje percutáneo como primera maniobra terapéutica predominó en el estudio, sin embargo mucho de ellos requirieron cirugía abierta para drenaje de colecciones. Siendo frecuente que la mala evolución se debiera a necrosis séptica. Como lo describen estudios recientes.

CONCLUSIONES

En la revisión realizada en pacientes de la UCI encontramos que la eficacia de un procedimiento quirúrgico en forma tardía, no es favorable para los pacientes con Pancreatitis severa aguda Baltazar E, Ranson mayor de 3 puntos, APACHE II mayor de 6 puntos. Para quienes consideramos, de acuerdo a la revisión bibliográfica el manejo médico estricto en UCI y adecuado es lo primordial, ya que a pesar de los múltiples estudios enfocados a disminuir la tasa de mortalidad, ésta se mantiene alta. Así mismo es de vital importancia recalcar que la destreza, habilidad y criterio para la selección de los pacientes que requieren un manejo quirúrgico tardío, mayor de 72 hrs. pero menor a 10 días de tratamiento convencional, es determinante en la evolución clínica del paciente. Concluyendo que la realización de una cirugía en forma tardía influye el pronóstico de manera negativa para modificar la mortalidad en paciente con Pancreatitis aguda severa Baltazar E, Ranson mayor de 3 puntos y APACHE II mayor de 6 puntos.

En nuestro estudio encontramos algunas limitantes como son un grupo de paciente muy pequeño y en donde el manejo inicial se realizó fuera de la UCI. Siendo nuestro objetivo mejorar la calidad de atención al paciente considero el presente trabajo tenga relevancia para cumplir con algoritmos

de canalización y manejo de los pacientes de acuerdo a la severidad del padecimiento y previendo las posibles complicaciones.

BIBLIOGRAFIA**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

- 1.- Pederzoli C., Retroperitoneal and peritoneal drainage and lavage in the treatment of several necrotizing pancreatitis, Surg Gyn Obst 1990; 170: 197-203
- 2.- George K , The clinical significance of fluid collections in acute pancreatitis, Am Surg, 1990; 56: 796-799
- 3.- Nana Kram A, Assesment of severity in acute pancreatitis, Am J Gastroenterol 1991; 80 (10): 1385-90
- 4.- Pellegrini C, Surgery for gallstone pancreatitis, Am J Surg 1993; 165:515-518
- 5.- Balthazar E , Imaging and intervention in acute pancreatitis, Radiology 1994; 193: 297-306
- 6.- James A H , Closed drainage versus open packing of infected pancreatic necrosis, Am Surg 1995; 61: 612-618
- 7.- Hung S H, Gastrointestinal and pancreatic complications associated with severe pancreatitis, Arch Surg 1995; 130: 817-823
- 8.- R. Isenmann, Antibiotics in acute pancreatitis, Dig Surg 1996; 13: 365-369
- 9.- Phillip S Barie, A critical review of antibiotic prophylaxis in severe acute pancreatitis, Am J Surg 1996; 172 (suppl 6^a): 385-435