

**MORBILIDAD Y MORTALIDAD DE PANCREATITIS EN LA  
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL RE-  
GIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA" I.S.S.T.E.  
1992-1997.**

**NATALIA LETICIA CHAVEZ VALENCIA  
RESIDENTE DEL SEGUNDO AÑO DE  
MEDICINA DEL ENFERMO EN ESTADO  
CRITICO ADULTO.**

**COORDINACION DE MEDICINA CRITICA  
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS**

277184

**HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA" I.S.S.T.E.  
Av. Ignacio Zaragoza 1711, México, D.F., CP. 09220**



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.

I. S. S. S. T. E.  
HOSPITAL REGIONAL  
LIC. ADOLFO LÓPEZ MATEOS  
☆ MAR. 27 2000 ☆  
COORDINACION DE CAPACITACION  
DESARROLLO E INVESTIGACION

~~C. DR. HERNAN NAVARRETE ALARCON  
Profr. Titular de Medicina del Enfermo en Estado Crítico~~

~~C. DR. HERNAN NAVARRETE ALARCON  
Asesor de Tesis~~

FACULTAD  
DE MEDICINA  
☆ MAR. 27 2000 ☆  
SECRETARIA DE SERVICIOS  
ESCOLARES  
DEPARTAMENTO DE POSGRADO  
REVR

C. DR. ALFONSO A. VAZQUEZ LOPEZ  
Coord. de Capac, Inv. y Des.



I. S. S. S. T. E.  
SUBDIRECCION GENERAL MEDICA  
**RECIBIDO**  
DIC. 10 1997  
JEFATURA DE LOS SERVICIOS DE ENSEÑANZA

~~C. DRA. IRMA DEL TORO GARCIA  
Jefe de Investigación~~

## RESUMEN

El objetivo de estudio fue para determinar la morbilidad y mortalidad en la Unidad de Cuidados Intensivos en el período de 1992 a 1997. La causa de la pancreatitis y el grupo de edad y sexo más afectados.

Se presentaron 86 casos de pancreatitis, en el total del período. La menor incidencia ocurre en 1992 con 10 casos (11.6%) y la mayor incidencia ocurre en 1993 con 19 casos (22%).

La mortalidad por pancreatitis anual fue  $5.371 \pm 2.43$  y la morbilidad total se mantiene  $4.5 \pm 1.4$ .

El grupo de edad más afectado se encuentra de 21 a 30 años para el sexo femenino (19%), para el sexo masculino el grupo más afectado fue de 41 a 50 años (19%).

El rango de días estancia en la Unidad de cuidados Intensivos fue de 1 a 70, en promedio 14 días.

La pancreatitis edematosa se presenta en 52%, la necrótica hemorrágica 35% y en un 13% de tipo necrótica.

La causa de pancreatitis en 62% de origen biliar; 22% alcohólica; 14% no se determinó la causa y en 2% traumática.

Se instituyó tratamiento médico exclusivamente en un 37%, además del tratamiento médico que requieren procedimientos quirúrgicos en el 63%; los procedimientos realizados son: lavado quirúrgico, colecistectomía, necrosectomía y pancreatectomía.

Las causas de egreso en el total del período fue de 47% por defunción para el grupo de pacientes con pancreatitis; la mortalidad anual se mantiene en un rango entre 32% y 53% para estos mismos pacientes.

Dentro de las 10 principales causas de mortalidad en la UCI, la pancreatitis ocupa el octavo lugar en este período.

La mortalidad así como las causas determinantes de pancreatitis son similares a las reportadas en la literatura.

**Palabras clave:** morbilidad y mortalidad.

### SUMMARY

The objective of this paper was determinate the morbidity and mortality on the Intensive Unity Care between 1992 to 1997.

The etiology of pancreatitis, gender and age group most affected.

86 Cases of Pancreatitis were found in the period above mentioned. The annual pancreatitis mortality was  $5.371 \pm 2.43$  and the total morbidity es sustain in  $4.5 \pm 1.4$ .

The age group most affected were between 21 to 30 years old ( 19%), the masculine was the most affected gender between 41 to 50 years old ( 19%).

The hospitalization range on the Intensive Unity Care was between 1 to 70, average on 14 days.

The edematous pancreatitis is present en 52 %, the necrotic hemorrhagic pancreatitis 35% and the necrotic pancreatitis 13 %.

The etiology of pancreatitis was biliary origen (62%); alcoholic (22%); unknown cause (14%) and traumatic cause (2%).

We used medical treatment exclusively in 37%, medical treatment with surgical procedures 63 %, the surgical procedures used are. surgical wash, cholecystectomy, necrosectomy and pancreatectomy.

In this period the patients with pancreatitis leaved the hospital for demise (47%), the annual mortality is sustain in a range between 32% and 53%.

Within the ten most important causes of mortality on the IUC, the pancreatitis hold the eighth range in this period.

The mortality reported on the word literature is similiary to this paper.

**Key Words:** Mortality \* Morbidity

## INTRODUCCION

El aspecto clínico, clasifica a la pancreatitis aguda desde la enfermedad leve, autolimitada de la fulminante, que puede llevar rápidamente a una falla multiorgánica. En los pacientes con ataques recurrentes de pancreatitis aguda, el primer ataque suele ser el más severo. La tasa de mortalidad más alta se produce en los ataques iniciales. <sup>(1)</sup>

El porcentaje de la mortalidad global de la pancreatitis aguda en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), se reporta del 9%, siendo las causas principales las de origen biliar y por ingesta de alcohol. La admisión a la UCI permite la monitorización de los parámetros fisiológicos y la valoración predictiva continua a través de criterios de RAMSON y la valoración de Apache III, para identificar de manera temprana las complicaciones y iniciar el manejo clínico. <sup>(2,3)</sup>

En 1988, hubo 108.000 ingresos con mortalidad por pancreatitis aguda de 2.251 en hospitales no federales de Estados Unidos. <sup>(1)</sup>

En 1980-1994 en Göttingen y Luneburg en 602 pacientes se reporta, la mortalidad de 6.2%, la etiología más frecuente fue biliar 37% , abuso de alcohol 29.4%, desconocida 22%; el promedio de estancia hospitalaria de 23 días. Las complicaciones más frecuentes que se presentaron: Insuficiencia respiratoria, insuficiencia renal y pseudoquistes. <sup>(4,5)</sup>

La incidencia reportada en Noruega de pancreatitis aguda es de 41.5% por 100.000, la mortalidad se presenta en un 6.5%, la etiología biliar es 51%, por abuso de alcohol 15% y la idiopática en 10%. <sup>(6)</sup>

La prevalencia de cálculos biliares en la etiología de la pancreatitis aguda representa más de dos terceras partes en el mundo y del 25 al 45% de los casos en Estados Unidos. Las tres formas por las que más frecuentemente se presenta son: cálculos biliares impactados, cálculos no impactados y como pancreatitis residual.

La pancreatitis crónica obstructiva puede ser secundaria a: Pancreatitis aguda, oditis, tumores malignos e hipertrofia del esfínter de Oddi. La formación de cálculos ductales no es raro en la pancreatitis crónica. <sup>(6,7,8)</sup>

Otras causas de pancreatitis es la ingesta de alcohol y puede ser causa de pancreatitis hemorrágica severa. La pancreatitis aguda severa inducida por traumatismo, esta determinado por el daño celular e influenciado por la respuesta al estrés. <sup>(9,10)</sup>

## MATERIAL Y METODO

Se realizó la revisión retrospectiva de los expedientes clínicos del total de pacientes que ingresaron a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital Regional "General Ignacio Zaragoza" en el período comprendido de 1992 a 1997; se determina el total de pacientes que ingresaron y la mortalidad total.

Posteriormente se selecciona a todos los pacientes que como motivo de ingreso, o durante su estancia, hasta su egreso se documenta el diagnóstico de pancreatitis de los cuales se determina, morbilidad, y mortalidad, el tiempo de estancia, los métodos diagnósticos utilizados, antecedentes de importancia, etiología, tipo de pancreatitis y tratamiento que se les proporcionó.

El registro es anual de enero a diciembre, solo en 1997 se registra del mes de enero a octubre. Se tabularon los datos, obteniéndose los siguientes resultados.



## R E S U L T A D O S

La morbilidad por pancreatitis en el total del período fue 4.67 anualmente con un rango de  $4.5 \pm 1.4$ . La mortalidad en el total del período fue 5.74 y el rango anual de  $5.37 \pm 2.43$ . (cuadro 1).

Se obtiene el registro de 86 casos con diagnóstico de pancreatitis de 1992 a 1997. La menor incidencia ocurre en 1992 con 10 casos (11.6%), la mayor incidencia se presenta al año siguiente con 19 casos (22%), en los dos años siguientes 17% (15 casos), en 1996 se presentan 14 casos (16%) y en 1997 se reportan solo 13 casos (15%).

Los servicios de los que provienen los pacientes en su mayoría son de urgencia y quirófano.

De acuerdo al grupo de edad más afectado en el sexo femenino fue el de 21 a 30 años con 19%, coincidentemente con el mismo porcentaje en el sexo masculino el grupo de edad más frecuente fue el de 41 a 50 años, solo tomando en cuenta la edad la mayor incidencia se presenta entre 21 a 50 años de edad 68.6%.

Dentro de los antecedentes patológicos referidos a su ingreso se encontró: 28% etilismo positivo; 19% colecistitis y coledocolitiasis; 19% intolerancia a colecistoquinéticos; 14% diabetes de larga evolución; 11.6% hipertensión arterial y 15% no refirió antecedentes.

Los días de estancia en la Unidad fueron en promedio de 14 días. El 32.5% de 1 a 5 días, 19% de 6 a 10 días y 35% de 16 a 20 días.

El diagnóstico se realizó o se confirmó en un 30% con la Tomografía axial computarizada (TAC) y Ultrasonografía abdominal (USG), en el 31% solo se realiza USG, en 16% se realiza TAC solamente y en 14% se basa en el cuadro clínico y exámenes de laboratorio.

La clasificación del tipo de pancreatitis se efectuó de la siguiente manera: 52% pancreatitis edematosa, 35% necrótica hemorrágica y el 13% necrótica. (cuadro 2)

La etiología más frecuente reportada fue; 62% biliar, 22% alcohólica 2% traumática, 14% no se determina la causa que desencadena la pancreatitis. (Cuadro 3).

El tratamiento recibido en un 37% fue exclusivamente médico y en un 63% además del tratamiento médico requirió de procedimientos quirúrgicos de los cuales 24% se le realiza lavado y colocación de drenajes, 37% colecistectomía, 37% necrosectomía y 2% pancreatectomía.

El apoyo con nutrición parenteral se proporciona al 70% de los pacientes durante su estancia, esta se inicia al 25% del total del gasto calórico calculado incrementándose o suspendiéndose de acuerdo a las condiciones metabólicas y hemodinámicas de cada paciente. Al 30% no se le administra alimentación parenteral, por las condiciones del paciente y el tiempo breve que permanece en el servicio.

Las causas de egreso en el 53% fue por mejoría y en el 47% por defunción. (cuadro 4).

ESTA TESTS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

Cuadro: 1 MORBIMORTALIDAD DE PANCREATITIS EN LA U.C.I.

AÑO	TOTAL DE INGRESOS	PANCREATITIS		TOTAL DE DEFUNCIONES	PANCREATITIS	
		INGRESOS	MORBILIDAD		DEFUNCIONES	MORTALIDAD
92	318	10	3.1	169	5	2.95
93	320	19	5.9	128	10	7.8
94	307	15	4.9	113	5	4.42
95	301	15	4.98	102	8	7.8
96	313	14	4.74	99	6	6.06
97	279	13	4.65	85	6	7.05
TOTAL	1838	86	4.67	696	40	5.74

Cuadro: 2 TIPO DE PANCREATITIS

AÑO	EDEMATOSA	NECROTICA	NECROTICA HEMORRAGICA
92	6	-	4
93	10	1	8
94	10	1	4
95	6	4	5
96	8	2	4
97	5	3	5
PORCENTAJE	52	13	35

\*Fuente archivo de la UCI del Hospital Regional General Ignacio Zaragoza, ISSSTE.

**Cuadro: 3 ETIOLOGIA DE LA PANCREATITIS**

AÑO	BILIAR	ALCOHOLICA	TRAUMATICA	DESCONOCIDA
92	3	5	-	2
93	9	6	-	4
94	13	-	-	2
95	10	3	1	1
96	9	2	1	2
97	9	3	-	1
PORCENTAJE	62	22	2	14

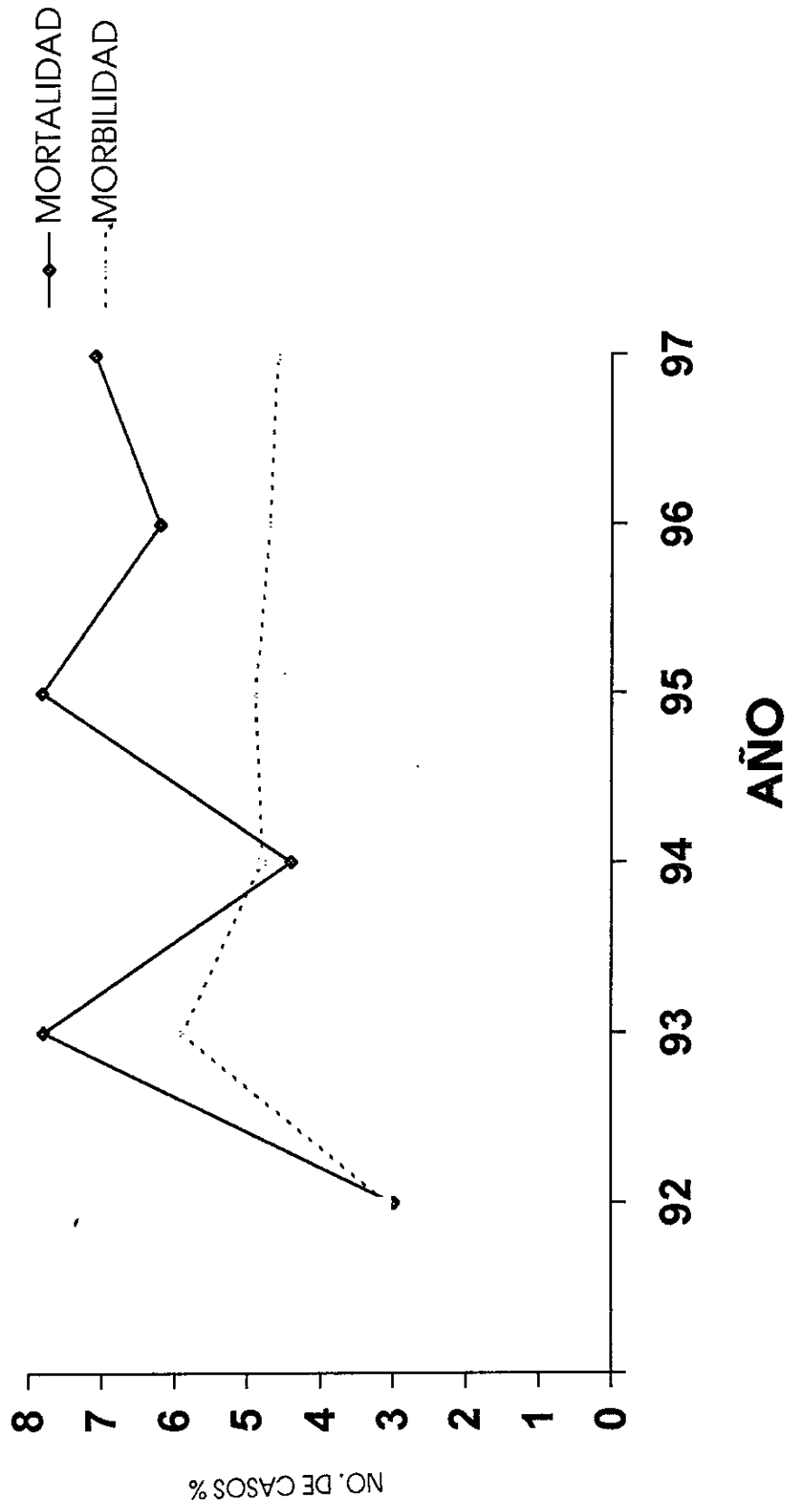
**Cuadro: 4 CAUSAS DE EGRESO DE UCI.**

AÑO	MEJORIA	DEFUNCION
92	5	5
93	4	10
94	10	5
95	7	8
96	8	6
97	7	6
TOTAL	46 53%	40 47%

\*Fuente: Archivo de la UCI del Hospital Regional General Ignacio Zaragoza, ISSSTE.

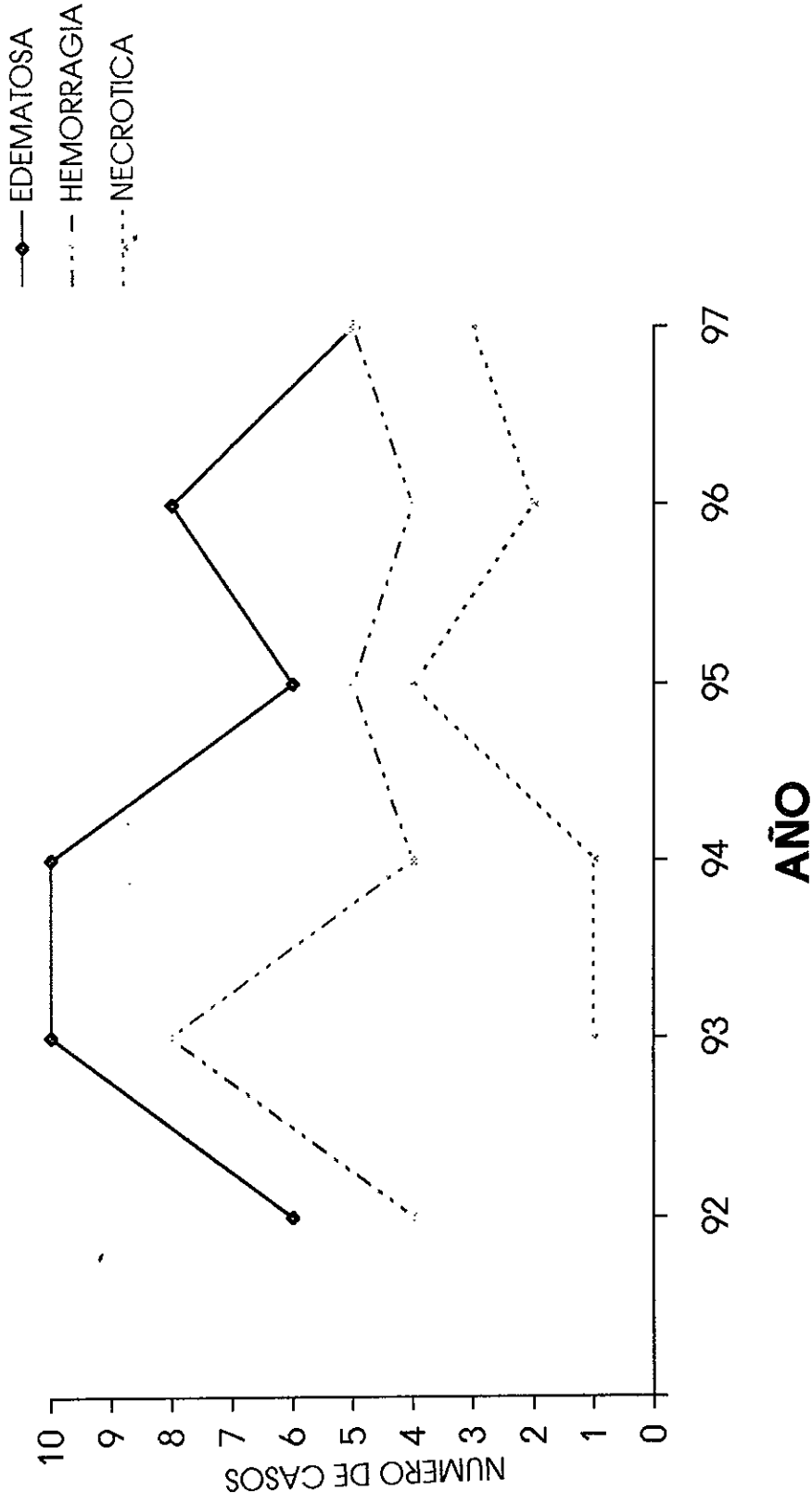
CHVN: Morbimortalidad de Pancreatitis: 10

## GRAFICA: 1 MORBIMORTALIDAD DE PANCREATITIS EN LA UCI 1992-1997



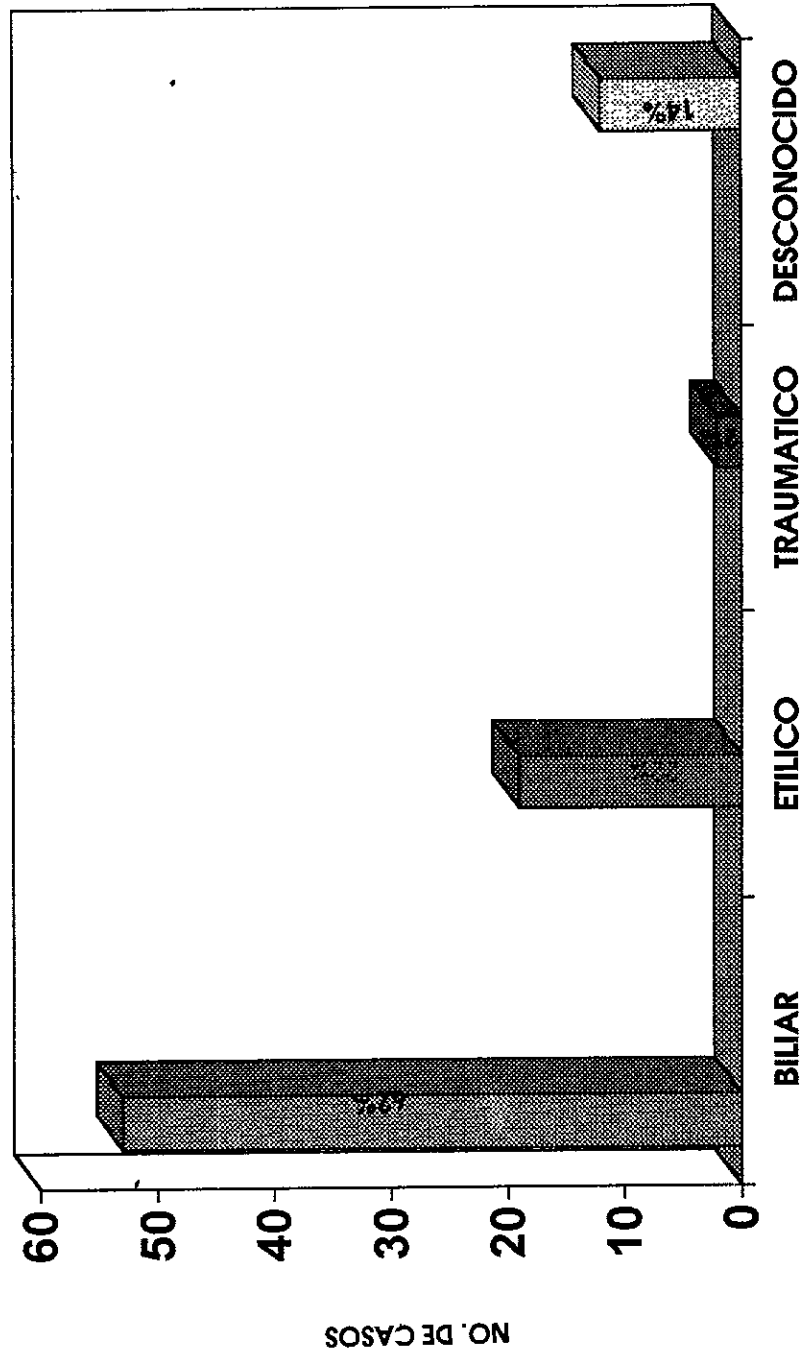
Fuente: Cuadro No.1

## GRAFICA 2: TIPO DE PANCREATITIS DE LOS PACIENTES EN LA UCI



Fuente: Cuadro No.2

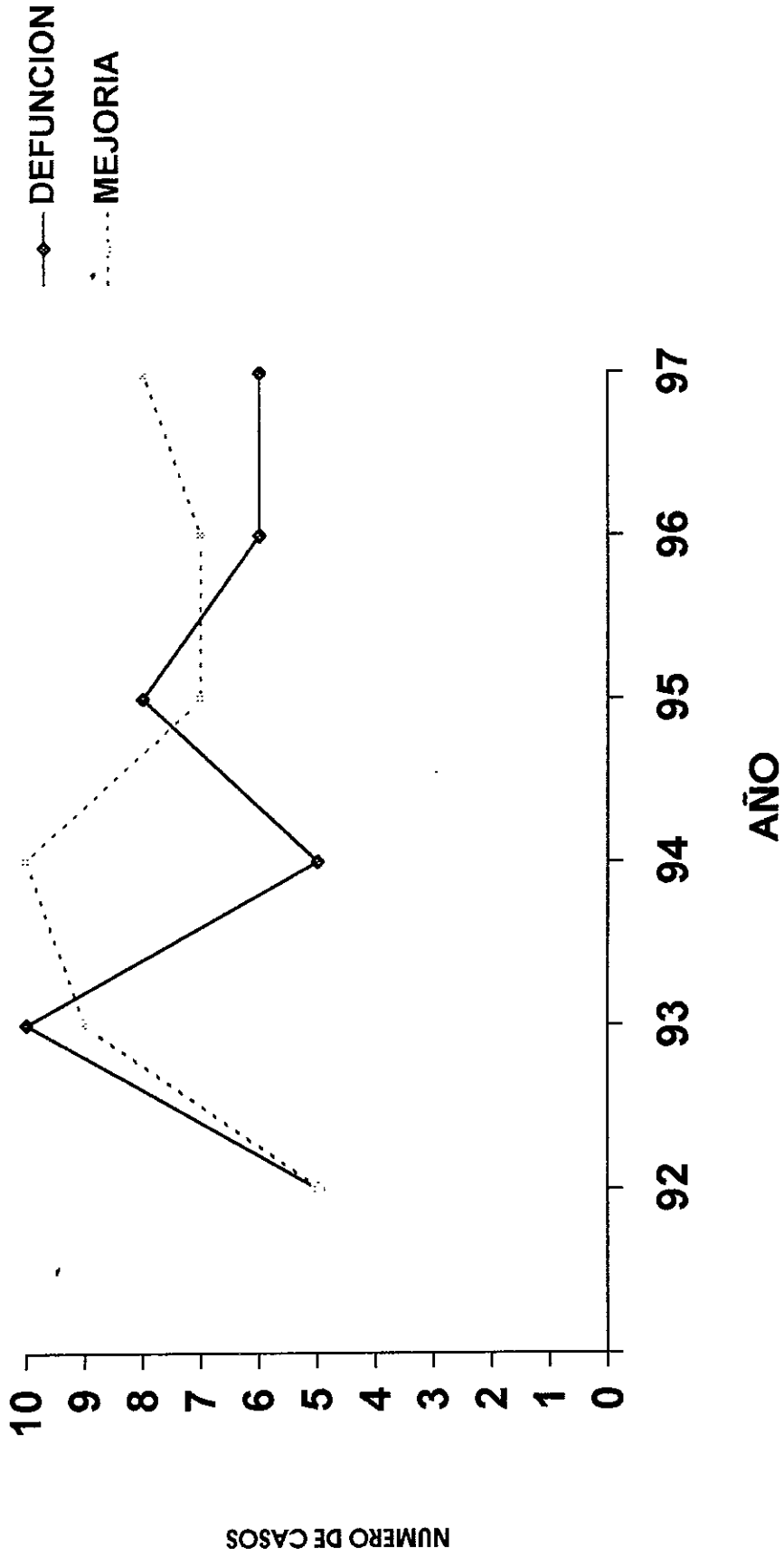
# GRAFICA 3: ETIOLOGIA DE LA PANCREATITIS EN LA UCI



Causas Desencadenantes

CHVN: Morbimortalidad de Pancreatitis: 13

## GRAFICA 4: CAUSAS DE EGRESO DE LA UCI PACIENTES CON PANCREATITIS



Fuente: Cuadro No. 4



## COMENTARIOS:

- 1.- La morbilidad de la pancreatitis es concidente con los datos reportados en la literatura mundial. Así mismo el origen de la pancreatitis fue principalmente biliar y la secundaria a la ingesta por alcohol es mayor a la reportada en la literatura.
- 2.- La mortalidad reportada en este estudio fue elevada, ya que los pacientes ingresados a este servicio son los que manifestaron complicaciones, y no se incluyeron a los pacientes con diagnóstico de esta entidad, que cursan estables o sin evidencias de reclutamiento multisistémico por el daño pancreático no ingresan a Terapia Intensiva.
- 3.- En la relación de grupos etarios, llama la atención la edad de presentación de este padecimiento en las mujeres, por lo que este hecho per-sé abre un campo de investigación específico dentro de las líneas de investigación para próximos trabajos.
- 4.- Los costos que y involucran la atención de estos pacientes por los estudios, las intervenciones quirúrgicas y el tratamiento médico establecido, deben motivar al aspecto preventivo de estos padecimientos, detectando a los pacientes de riesgo en el primer nivel de atención.

## BIBLIOGRAFIA

- 1.- Arvery I. Rogers MD, Leslie H. Bernste MD, et al. Programa de Actualización en Gastroenterología y hepatología MKSAP 124-47, 1993.
- 2.- Kaufmann P. H.G., Smolle KH, et al. Intensive care management of acute pancreatitis: recognition of patients at high risk of developing severe o fatal complications. Wiener Klinische Wochenschrift. 108 (1): 9-15. 1996.
- 3.- Arnell TD. de Virgilio C. Chang L. Bongard T. Stabile BE. Admission factors can predict the need for ICU monitoring in gallstone pancreatitis. American Surgeon. 62 (10): 815-9, 1996 oct.
- 4.- Lankisch PG. Burchard-Reckert S. Petersen M. et al. Morbidity and mortality in 602 patients with acute pancreatitis seen between the years 1980-1994. [Review] [45 refs]. Zeitschrift fur Gastroenterologia. 34(6): 371-7, 1996 Jun.
- 5.- Halvorsen FA. Ritlands. Acute pancreatitis in buskerud Country, Norway. Incidence and etiology. Scandinavian Journal of Gastroenterology. 31(4): 411-4, 1996 Apr.
- 6.- Pitchumoni CS. Arguello P. Agorwal N. JY. Acute pancreatitis in chonic renal failure AM. J. Gastroenterol. 91: 2477-82, 1996.
- 7.- Wassef W. Zfass AM. Gallstone pancreatitis: an update [Review] [66 refs] Gastroenterologist. 4(1): 70-5, 1996 Mar.
- 8.- Cavallinig G. Bovop. Vaona B. et al. Chronic obstructive pancreatitis in humans is a lithiasic disease. Pancreas. 13(1): 66-70, 1996 Jul.

- 9.- Greenhouse L. Lardinois CK. Alcohol-Associated diabetes mellitus A review of the impact of alcohol consumption on carbohydrate metabolism. [Review] [29 refs]. Archives of family Medicine. 5(4): 229-33, 1996 Apr.
- 10.- Levy JF. De Martinis JE. Trauma-induced severe acute pancreatitis in adults: conceptual review of pathophysiological events. [Review] [31 refs] Gastroenterology Nursing. 19(1): 18-24, 1996 Jun-Feb.
- 11.- Mergener K. Gottfried MR. Feldman JM. Branch MS. Carcinoid of the ampulla of Vater presenting as acute pancreatitis. American Journal of Gastroenterology. 91(11): 2426-7, 1996 Nov.
- 12.- Stimac D. Rubinic. M. Lenac T. et al. Biochemical parameters in the early differentiation of the etiology of acute pancreatitis American Journal of Gastroenterology. 91(11): 2355-9, 1996 Nov.
- 13.- Vomo G. Visconti M. Manes G. et al. Nonsurgical Treatment of acute necrotizing pancreatitis. Pancreas. 12(2): 142-8, 1996. Mar.
- 14.- Malcynsk JT. Iwanaw IC. Burchard KW. Severe pancreatitis. Determinants of mortality in a tertiary referral center. Arch-Surg; 131(3): 242-6 1996 Mar.