

11224



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

23

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
CENTRO MEDICO NACIONAL "LA RAZA"
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
TERAPIA INTENSIVA

VALOR PRONOSTICO DE LAS ESCALAS DE
BALTHAZAR, APACHE II Y DE DISFUNCION
ORGANICA MULTIPLE EN LA PANCREATITIS
AGUDA GRAVE

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA CRITICA

P R E S E N T A :

DR. ENRIQUE ^{Jesus} MENDOZA LUNA

296200



IMSS

MEXICO, D. F.

2001



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.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES

CENTRO MEDICO NACIONAL " LA RAZA "

**VALOR PRONOSTICO DE LAS ESCALAS DE BALTHAZAR, APACHE II Y DE
DISEUNCION ORGANICA MULTIPLE EN LA PANCREATITIS AGUDA GRAVE.**

**TESIS QUE PARA OBTENCIÓN DEL DIPLOMA EN LA ESPECIALIDAD DE
MEDICINA DEL ENFERMO ADULTO EN ESTADO CRITICO**

PRESENTA:

ENRIQUE J. MENDOZA LUNA

FOLIO No. 97-690-0110

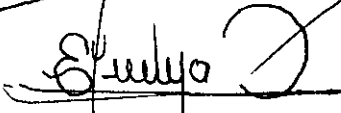
VALOR PRONOSTICO DE LAS ESCALAS DE BALTHAZAR, APACHE II Y DE DISFUNCIÓN ORGÁNICA MÚLTIPLE EN LA PANCREATITIS AGUDA GRAVE.

No. De Registro: 97-690-0110



DR. ARTURO ROBLES PARAMO
JEFE DE DIVISION DE EDUCACION E INVESTIGACION MEDICA

DR. FERNANDO MOLINAR RAMOS
TITULAR DEL CURSO UNIVERSITARIO DE MEDICINA DEL ENFERMO ADULTO EN ESTADO CRITICO



ENRIQUE J. MENDOZA LUNA
RESIDENTE DE TERCER AÑO DE MEDICINA CRITICA



SUBDIVISION DE ESPECIALIZACION
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U. N. A. M. I.

hospital de especialidades
DIVISION DE EDUCACION E INVESTIGACION MEDICA

ASESORES

DR.FERNANDO MOLINAR RAMOS*

DR.JOSE ANGEL BALTAZAR TORRES.**

DRA.MARIA DE JESÚS SANTILLAN BORJAS.***

DR. ARTURO ROBLES PARAMO.****

*Tutor del curso universitario de Medicina del Enfermo Adulto en Estado Crítico.

Médico Jefe de Servicio de la Unidad de Terapia Intensiva, Centro Médico Nacional "La Raza"

Médico adscrito a la Unidad de Terapia Intensiva, Centro Médico Nacional "La Raza"

***Médica adscrita al Servicio de Radiodiagnóstico, Centro Médico Nacional "La Raza"

****Jefe de Investigación y Educación Médica, Centro Médico Nacional "La Raza"

**VALOR PRONÓSTICO DE LAS ESCALAS DE BALTHAZAR, APACHE II Y DE DISFUNCIÓN
ORGÁNICA MÚLTIPLE EN LA PANCREATITIS AGUDA GRAVE.***OBJETIVO.*

Comparar el valor pronóstico de la escala de Disfunción Orgánica Múltiple con las escalas de Balthazar y APACHE II en pacientes con pancreatitis aguda grave.

MATERIAL Y MÉTODOS.

Se realizó un estudio transversal en Terapia Intensiva del CMN "La Raza" de Septiembre a Diciembre de 1997. Captándose pacientes con pancreatitis aguda grave, determinándoseles las escalas de Marshall, Balthazar y APACHE II. Se comparó el valor predictivo de las escalas, con las pruebas de chi cuadrada y "t" emparejada.

RESULTADOS.

Se estudiaron 12 mujeres y 9 hombres con edad media de 47.8 años. El puntaje promedio y la mortalidad predicha con las escalas de APACHE II fue de 10.85 y 8%; Balthazar 3.52 y 6% y Marshall 8.0 y 20%.

Se comparó con chi cuadrada el porcentaje de mortalidad entre la escala de Marshall y APACHE II obteniéndose 5.914. Lo mismo entre la escala de Marshall y Balthazar resultando 8.677, ambas con una $p < 0.05$.

Se compararon las edades entre fallecidos y sobrevivientes con una "t" emparejada resultando 5.014 con una $p < 0.05$. La mortalidad real fue de 52.4%.

CONCLUSIONES.

Las tres escalas subestiman la mortalidad real. El valor predictivo de la escala de Marshall resultó mayor. A mayor edad y mayor puntaje mayor el porcentaje de mortalidad..

• *Palabras clave.*

PANCREATITIS aguda grave

APACHE II

Escala de Balthazar

Escala de Disfunción Orgánica Múltiple

PREDICTION THE SCORE OF BALTHAZAR, APACHE II AND MARSHALL IN ACUTE PANCREATITIS.

OBJECTIVE.

Comparison prognostic value of score Marshall and score Balthazar and APACHE II in acute pancreatitis.

MATERIALS AND METHODS.

Prospective study in Intensive Care Unit (ICU) of CMN "La Raza" between Septiembre and December 1997. All patients admitted with acute severe pancreatitis measurements scoring Multiple Organ Dysfunction (Marshall), Balthazar and APACHE II. Comparison prognostic of scorin with X^2

RESULTS

Study 12 woman and 9 man, age average 47.8. Score average and mortality With APACHE II 10.85 and 8%; Balthazar 3.52 and 6% and Marshall 5.80 and 20%. Comparison X^2 mortality between score Marshall and APACHE II 5.914. Score Marshall and Balthazar 8.677 both with $p < 0.05$. Comparison age between dead and survive results 3.014 with $p < 0.05$

CONCLUSION.

Scoring systems not correlated with mortality rate. Prignostic value Marshall upper . A larger age and score larger upper mortality.

KEY WORDS.

Acute severe pancreatitis.
APACHE II
Score Balthazar
Score Multiple Organ Dysfunction

ANTECEDENTES CIENTIFICOS.

El páncreas humano se considera como uno de los órganos más importantes por secretar más de veinte proteínas indispensables para la digestión. Durante la pancreatitis aguda (PA) existe un mecanismo patogénico de autodigestión que hasta la fecha es poco claro.(1)

Este es un padecimiento cuyo curso clínico puede variar desde sintomatología de baja intensidad hasta síntomas graves que progresan rápidamente hacia falla orgánica múltiple de consecuencias fatales para el paciente. (2)

Resulta difícil comparar la incidencia y prevalencia de la PA en diferentes regiones geográficas e incluso en diferentes Institutos de Salud de una misma región; más aún cuando las estadísticas son insuficientes o no existen como en el caso de nuestro país.

Wilson e Imrie analizaron la incidencia de PA durante un periodo de dos décadas comprendidas entre 1960 y 1980, observando un incremento en hombres de 69 a 750 por millón y en mujeres de 112 a 484 por millón. (2,3)

La pancreatitis aguda grave (PAG) se observa aproximadamente en el 20% de los casos , asociándose con un incremento de la morbimortalidad. (4)

A lo largo de los años se han realizado consensos para definir diversos síndromes o patologías con el fin de uniformar criterios , evitando confusiones en los términos, errores diagnósticos y una mayor veracidad estadística. Siendo un ejemplo de lo anterior el

consenso realizado por el Colegio Americano de Fisiología Pulmonar y la Sociedad de Medicina Crítica en la Ciudad de Chicago , E.U., en Agosto de 1991 para definir sepsis y falla orgánica múltiple. (5)

En el caso de la Pancreatitis existe el antecedente del consenso celebrado en Marsella en 1965 y la revisión de este en 1984. (6)

Recientemente, en 1992 se llevo a cabo el Simposium Internacional respecto a PA, celebrado en Atlanta, EE.UU., se definió la PA como un proceso inflamatorio agudo que puede involucrar otros tejidos regionales e incluso a otros sistemas. La PAG se definió como el proceso inflamatorio asociado a falla orgánica y/o complicaciones locales tales como necrosis, abscesos y pseudoquistes; caracterizándose por más de 3 criterios de Ranson o más de 8 puntos para la clasificación de APACHE II. (7)

El mayor conocimiento de la fisiopatología de la PA ha permitido una terapéutica que paulatinamente ha favorecido mejores resultados, así mismo se ha avanzado en el conocimiento de los posibles efectos colaterales de esta ultima y de los procedimientos invasivos para el diagnostico, como es el caso de la colangiopancreatografía por endoscopia retrograda. (8)

Los apoyos diagnósticos actuales han sido de gran importancia en el conocimiento de la enfermedad, siendo un ejemplo de esto la observación de una mayor frecuencia de calcificaciones aórticas en pancreatitis, que podría sugerir aterosclerosis temprana en estos casos.(9)

En el área de la terapéutica también han sido considerable los avances, no siendo poco los estudios que remarcan la importancia de la nutrición enteral y/o parenteral en el pronostico

de esta patología. (10)

En el área quirúrgica el consenso actual para intervenir refiere la duda diagnóstica, el deterioro progresivo pese a los cuidados intensivos, la sospecha de complicaciones agudas de resolución quirúrgica y la enfermedad biliar, la presencia de complicaciones propias de la enfermedad. (2,11,12)

La pancreatometomía temprana, considerada como la que se realiza en las primeras 48 horas, se recomienda en las lesiones necróticas centrales o masivas distales del páncreas, en lesiones necróticas de la cabeza complicadas con necrosis del duodeno o del colédoco. En la mayoría de los casos de necrosis pancreática es preferible realizar una secuestrectomía o necrosectomía con conservación del tejido viable para evitar la insuficiencia endocrina y exócrina del páncreas. En los enfermos con necrosis no infectada, la cirugía temprana no está indicada.(2,13)

Finalmente se han buscado índices pronósticos que permitan clarificar la gravedad de la enfermedad. Estos se han basado en la determinación de algunos marcadores como la proteína C reactiva, la amilasa y la lipasa séricas y urinarias y la proteína asociada a pancreatitis.(14,15,16)

Se han realizado escalas basadas en los estudios de gabinete con la misma finalidad. Destacando el uso de la Tomografía Axial Computada (TAC).En 1985, Balthazar, Ranson y colaboradores publicaron un estudio en el cual determinan el valor pronóstico de la TAC temprana en los pacientes con PA, realizando una escala dividida en 5 estadios que incluían A) Páncreas normal, B)Crecimiento focal o difuso del páncreas (incluye contornos irregulares, dilatación del conducto pancreático o una pequeña colección sin evidencia de

afección pancreática),C)Anormalidades intrínsecas pancreáticas asociadas a cambios inflamatorios)Presencia de una colección (Pseudoquiste) y E)Dos o más colecciones o gas peripancreático. Observándose una mayor mortalidad en los últimos tres estadios.(17)

En 1990 los mismos autores realizaron un estudio similar, teniendo como base la pancreatografía dinámica.(18)

Otros autores como Condón y Levaré han comparado la TAC con criterios clínicos y bioquímicos como la escala de Glasgow modificada, no encontrando diferencias significativas. En 1990 Wilson y Heath evaluaron la utilidad del APACHE II en pacientes con PA, destacando la posibilidad de un seguimiento longitudinal de la enfermedad.(19,20)

En base a la valoración de estos índices pronósticos, se ha observado que la presencia de inflamación o colecciones peripancreáticas son dos de los principales indicadores de gravedad en la PA, asociados con una mayor morbimortalidad. Es conocida la asociación entre falla orgánica múltiple (FOM) y PAG.En 1995, Marshall y colaboradores diseñaron una escala para evaluar la FOM tomando en cuenta parámetros respiratorios, renales, hepáticos, hematológicos, neurológicos y cardiovasculares.(21)

Se han comparado las diferentes escalas e índices pronósticos encontrando en ocasiones correlación entre los mismos y en otras resultados dispares.(22)

Resumiendo, se han hecho grandes esfuerzos para encontrar índices pronósticos que nos permitan tener una valoración veraz de la PA, de lo anterior resulta importante evaluar dichos índices para determinar su sensibilidad en las diferentes etapas de la enfermedad.

MATERIAL Y METODOS

Se realizó un estudio prospectivo, transversal en el periodo comprendido entre el primero de Septiembre y el 31 de Diciembre de 1997, en la Unidad de Terapia Intensiva del Centro Médico Nacional "La Raza".

El objetivo del estudio fue comparar el valor pronóstico de la escala de Disfunción Orgánica Múltiple con las escalas de Balthazar y APACHE II en pacientes con pancreatitis aguda grave. Escala, la primera recientemente propuesta por Marshall, en 1995 y publicada en el mismo año en el Critical Care Medicine.

Se capturaron los pacientes con pancreatitis aguda grave (Consenso de Atlanta 1992) y en sus primeras 48 horas de estancia se les determinaron las escalas de Balthazar (Pancreatografía dinámica), APACHE II y de Disfunción Orgánica Múltiple.

Posterior a la determinación de las tres escalas, se comparó el valor predictivo de las mismas en base a la mortalidad estimada y la mortalidad real.

Las escalas fueron aplicadas por los médicos residentes de Terapia Intensiva, los cuales desconocían los objetivos del estudio.

El análisis estadístico se llevó al cabo con las pruebas de chi cuadrada y "t" emparejada.

El estudio se realizó de acuerdo a la declaración de Helsinki, formulada en 1962 y aceptada por la Asociación Médica Mundial en 1964.

RESULTADOS

Se estudiaron 21 pacientes, 12 del sexo femenino y 9 del sexo masculino, en el período comprendido entre el primero de Septiembre al 31 de Diciembre de 1997; con edad promedio de 47.8 +- 14 años, los cuales fueron captados en la Unidad de Terapia Intensiva del Centro Médico Nacional "La Raza".

A todos ellos se les determinaron las escalas de Balthazar, APACHE II, y de Disfunción Orgánica Múltiple en las primeras 48 horas de estancia en la Unidad de Terapia Intensiva; excepto en los casos que presentaban inestabilidad hemodinámica, determinándose dichas escalas posterior a la compensación de su cuadro clínico.

El puntaje en el grupo de APACHE II promedio fue de 10.85+- 6.06, lo que implicaba una mortalidad predicha del 8%. Con la escala de Balthazar se obtuvo un puntaje promedio de 3.52+- 1.20, con mortalidad predicha del 6%. Al determinarse la escala de Disfunción Orgánica Múltiple el puntaje promedio fue de 5.80+- 2.04 con mortalidad predicha del 20%.

Se realizó análisis estadístico con la prueba X^2 para comparar el porcentaje de mortalidad entre la escala de Disfunción Orgánica Múltiple y la escala de APACHE II obteniéndose como resultado 5.914 con una $p < 0.05$. Se comparó también el porcentaje de mortalidad entre la escala de Disfunción Orgánica Múltiple y la escala de Balthazar siendo el resultado 8.667 con una $p < 0.05$.

Finalmente se compararon los porcentajes de la escala de APACHE II y la escala de Balthazar obteniéndose una Chi cuadrada de 0.083 con una p de .774 .

Se compararon las edades entre los pacientes fallecidos (55.36+-12.75) y los pacientes que sobrevivieron (36.5+-11.22) por medio de una "t" emparejada resultando de 3.014 con una $p < 0.05$.

La estancia promedio de los pacientes fue de 9.85+-10.33 días y la mortalidad real fue de 52.4%.

DISCUSION

En la practica médica se han hecho importantes esfuerzos para obtener pruebas diagnosticas y pruebas pronosticas lo más cercanas a la realidad, siendo esto de mayor relevancia en los pacientes en estado critico con el fin de obtener un diagnostico temprano y hasta cierto punto predecir la evolución.

En este estudio piloto el objetivo primordial fue comparar el valor predictivo de tres escalas, dos de ellas (APACHE II y Balthazar) avaladas con estudios previos y una tercera, la escala de Disfunción Orgánica Múltiple propuesta por Marshall y Cols., publicada en 1995 en el Critical Care Medicine.

Posterior al análisis estadístico se encontró una diferencia significativa en el valor predictivo de la escala de Disfunción Orgánica Múltiple con respecto a las dos escalas previamente citadas, con una $p < 0.05$, no encontrándose dicha diferencia al comparar las escalas APACHE II y Balthazar. De lo anterior podemos inferir un mayor valor predictivo de la escala de Disfunción Orgánica Múltiple, siendo la mortalidad predicha en ésta ultima la más cercana a la real.

Sin embargo las tres escalas subestiman la mortalidad real. Lo anterior puede atribuirse a que se trata de un estudio transversal , y a que la muestra al tratarse de un estudio piloto es pequeña lo que implicaría la necesidad de estudios posteriores con un mayor numero de pacientes.

Es importante hacer mención que dados los dos puntos anteriores se podría estar incurriendo en un error aleatorio tipo I.

Es también significativa la diferencia de edad entre los pacientes que fallecieron y sobrevivieron, siendo de mayor edad los primeros, así mismo se observó en estos un mayor puntaje en las tres escalas con respecto a los que sobrevivieron.

La escala de Disfunción Orgánica Múltiple resulta una propuesta interesante para predecir la evolución en los pacientes críticos, con un valor predictivo en este estudio preeliminar mayor al de otras escalas de uso frecuente en las Unidades de Terapia Intensiva.

CONCLUSION

- ◆ Las escala de Balthazar, APACHE II y de Disfunción Orgánica Múltiple subestiman la mortalidad real.
- ◆ El valor predictivo de la escala de Disfunción Orgánica Múltiple resulto significativamente mayor con respecto a las otras dos escalas
- ◆ En las tres escalas analizadas se relaciono una mayor edad con una mayor mortalidad y un puntaje superior siendo esto significativo estadísticamente.
- ◆ La escala de Disfunción Orgánica Múltiple podría ser una herramienta útil en la evaluación pronostica de los pacientes críticos.
- ◆ Es necesario realizar estudios posteriores con una muestra mayor de pacientes evitando así errores aleatorios y por lo tanto una mayor veracidad.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

Entrega de protocolo..... 23 de Febrero de 1998

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Geokas M, Baltaxe H, Banks P, et al. Acute Pacreatitis. Ann Intern Med 1985; 103:86-100.
- 2.- Salcedo D. Cuidados Intensivos en las Pancreatitis Agudas. Medicina y Cirugía del Aparato Digestivo 1996;51-4.
- 3.- Steinberg W, Tenner S. Acute Pancreatitis. N Engl J Med 1994;(330) 17:1198-1208.
- 4.- Marshall J.Acute Pancreatitis.Arch Intern Med 1993;153:1185-98.
- 5.-Bone R,Balk R,Cerra F,et al.Definitions for Sepsis and Organ Failure and Guidelines for the Use of Innovatie Therapies in Sepsis.Chest 1992;101:1644-55.
- 6.-Singer M,Gyr K,Sarles H.Revised Classification of Pancreatitis.Gastroenterology 1985;89:683-90.
- 7.-Bradley E.A Clinically Based Classification System for Acute Pancreatitis.Arch Surg 1993;128:586-90.
- 8.-Chen Y,Abdulian J,Glorsky S,et al.Clinical Outcome of Post-ERCP Pancreatitis: Relationship to History of Previous Pancreatitis.AJG 1995;(90)12:2120-23. .

9.-Gullo L,Tassoni U,Mazzoni G,et al.Increased Prevalence of Aortic Calcification in Chronic Pancreatitis.AJG 1996;(91)4:759-61.

10-McClave S,Green L,Snider H,et al.Comparison of the Safety of Early Enteral vs Parenteral Nutrition in Mild Acute Pancreatitis.Journal of Parenteral and Enteral Nutrition 1997;21:14-20.

11.-Talamini G,Bassi C,Falconi M,et al.Pain Relapses in the First 10 Years of Chronic Pancreatitis.Am J Surg 1996;171:565-69.

12.-Behrman S,Melvin S,Ellison E,et al.Pancreatic Pseudocysts following Acute Pancreatitis.Am J Surg 1996;172:228-31.

13.-Mier J,De Leon L,Castillo A,et al.Early Versus Late Necrosectomy in Severe Necrotizing Pancreatitis.Am J Surg 1997;173:71-75.

14.-Vesentini S,Bassi C,Talamini G,et al.Prospective comparison of C-reactive protein level,Ranson score and contrast-enhanced computed tomography in the prediction of septic complications of acute pancreatitis.Br J Surg 1993;80:755-57.

15.-Stimac D,Rubinic M,Lenac T,et al.Biochemical Parameters in the Early Differentiation of the Etiology of Acute Pancreatitis.AJG 1996;(91)11:2355-59.

16.-Lucio G,Cavicchi L,Tomassetti P,et al.Effects of Ischemia on the Human Pancreas.Gastroenterology 1996;111:1033-38.

17.-Balthazar E,Ranson J,Naidich D,et al.Acute Pancreatitis:Prognostic Value of CT:Radiology 1985;156:767-72.

18.-Balthazar E,Robinson D,Ranson J,et al.Acute Pancreatitis:Value of CT in Establishing Prognosis.Radiology 1990;174:331-36.

19.-London N,Neoptolemos P,Lavelle J,et al.Contrast enhanced abdominal computed tomography scanning and prediction of severity of acute pancreatitis:a prospective study.Br J Surg 1989;76:268-272.

20.-Wilson C,Heath D,Imrie W.Prediction of outcome in acute pancreatitis:a comparative study of APACHE III,clinical assessment and multiple factor scoring systems.Br J Surg 1990;77:1260-64.

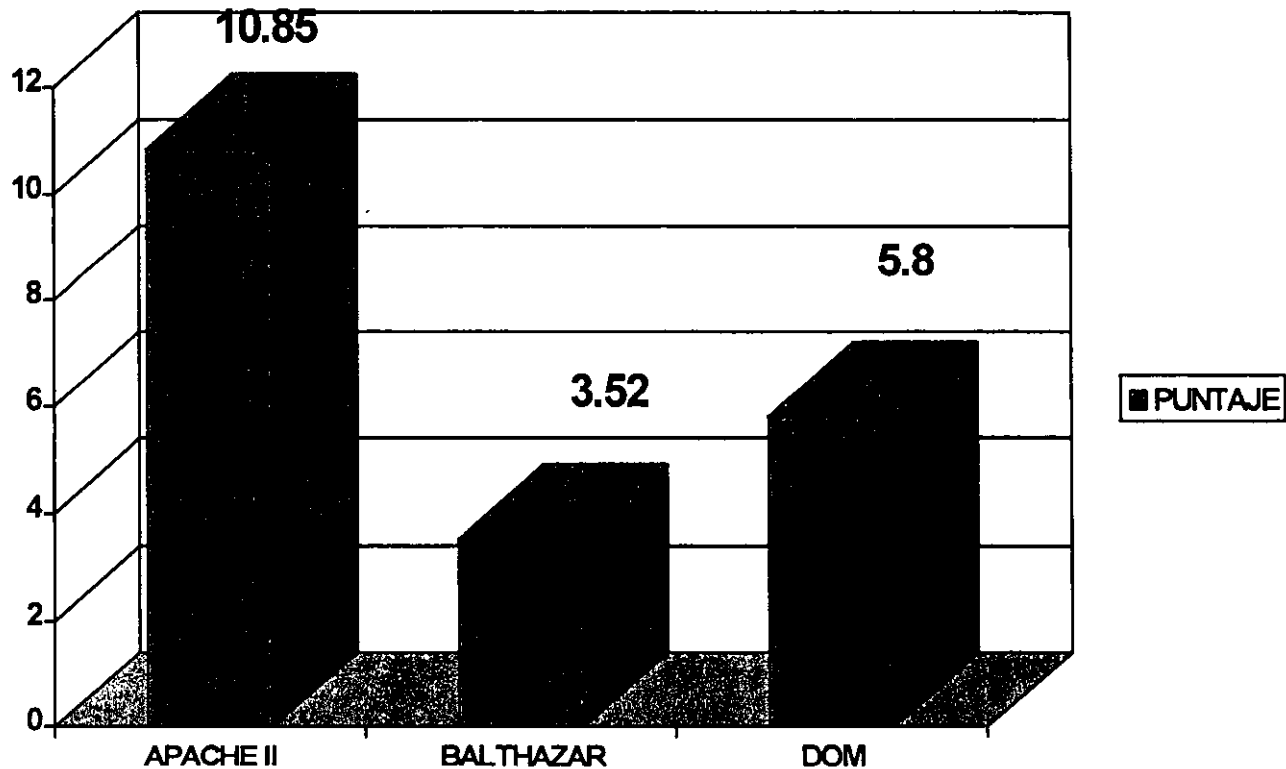
21.-Marshall J,Cook D,Christou N,et al.Multiple Organ Dysfunction Score:A reliable descriptor of a complex clinical outcome.Cit Care Med 1995; 23:1638-52.

22.-Banks P.Acute Pancreatitis:Medical and Surgical Management.AJG 1994;(89)8:578-85.

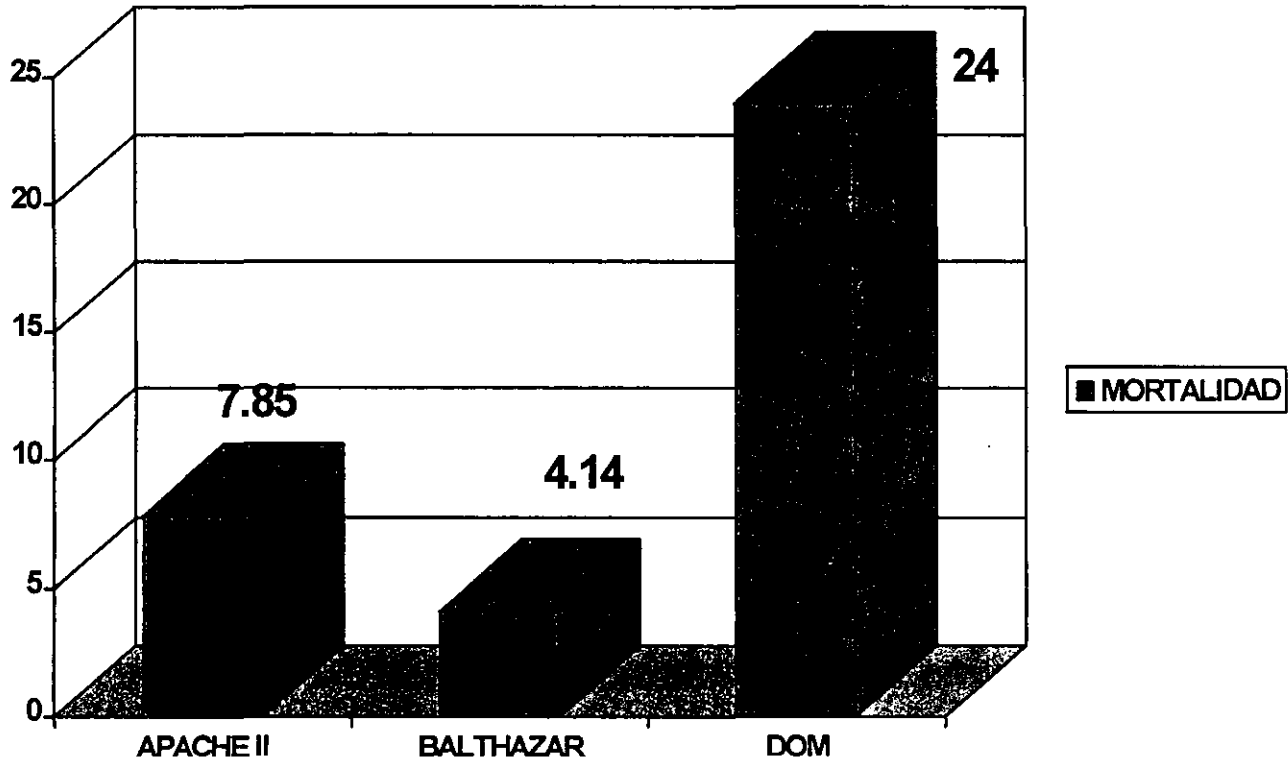
BASE DE DATOS

	EDAD	ESTANCIA	V/F	PUNTAJE			% MORTALIDAD		
				A	B	D	A%	B%	D%
	65	3	f	15	3	6	12	3	24
	37	4	f	14	4	7	8	3	24
	48	14	v	10	2	4	8	3	24
	33	5	v	4	2	5	2	3	24
	48	3	v	5	3	5	4	3	24
	58	12	v	7	3	7	8	6	24
	35	43	f	14	4	4	4	3	24
	42	7	f	8	3	4	4	3	24
	26	4	v	3	2	4	2	3	24
	68	2	f	15	5	8	12	6	24
	25	15	v	3	2	3	2	3	24
	48	4	v	5	3	5	4	3	24
	66	2	f	18	5	7	12	6	24
	39	18	v	9	3	6	4	3	24
	28	1	v	3	2	2	2	3	24
	60	3	f	19	5	8	12	6	24
	55	29	f	15	5	7	12	6	24
	65	11	f	23	5	8	29	6	24
	48	16	f	13	5	10	8	6	25
	42	6	v	7	3	4	4	3	24
	68	5	f	18	5	8	12	6	24
PROMEDIO	47.809524	9.8571429	F=52.4 %	10.8571	3.52381	5.80952	7.85714	4.142857	24.0476
D.E.	14.274519	10.330952	V=47.6 %	6.06041	1.20909	2.04007	6.23126	1.49284	0.21822
A= APACHE II									
B= BALTHAZAR									
D= ESCALA DE DISFUNCION ORGANICA MULTIPLE									
V/F= VIVOS VS FALLECIDOS									

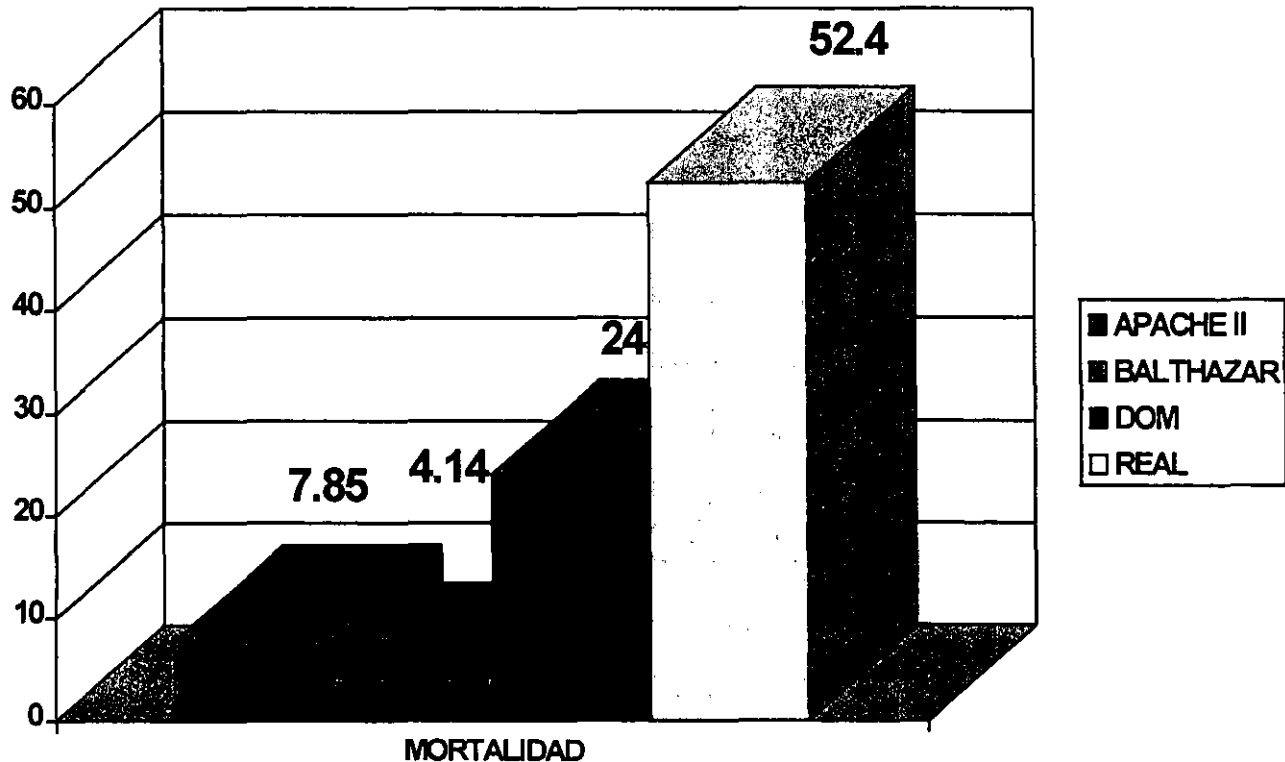
PUNTAJE PROMEDIO OBTENIDO MEDIANTE APACHE II, BALTHAZAR Y DOM EN PACIENTES CON PANCREATITIS AGUDA GRAVE



PORCENTAJE DE MORTALIDAD PROMEDIO OBTENIDO MEDIANTE APACHE II, BALTHAZAR Y DOM EN PACIENTES CON PANCREATITIS AGUDA GRAVE



PORCENTAJE DE MORTALIDAD PROMEDIO OBTENIDO MEDIANTE APACHE II, BALTHAZAR Y DOM EN PACIENTES CON PANCREATITIS AGUDA GRAVE EN RELACION AL REAL



AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios por su infinito amor, por la oportunidad de nacer y estar, por mantener en mí la voluntad y fuerza necesarias para aceptar los errores con el deseo de superarme y los logros con humildad.

Agradezco a mis Padres y Hermanos por su desvelo, amor, paciencia y apoyo incondicional y por ese beso tierno en los momentos de reflexión.

Agradezco a Rocío , la mujer que amo por la ternura en sus ojos, la alegría en sus labios y el calor de su corazón y por ese gran amor cuyo fruto ha permitido una nueva vida, la esperanza de un mañana.

Agradezco a mi pequeño hijo, Javier, por esa inmensa sonrisa que se ha acompañado de nuestras lágrimas al mirar en sus ojos el amor lleno de inocencia.

Agradezco a Lucio por ser un hermano, con el sentido real y noble de la amistad y por aquellas palabras fundamentales para lograr terminar el camino de esta difícil etapa.

Finalmente agradezco a mi hogar en los dos últimos años, la Terapia Intensiva y a todos aquellos que de alguna manera han sido como una segunda familia en este lapso, compartiendo en ocasiones desesperanza y en otras la ilusión por un mejor futuro.