



Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Medicina



**INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO**

HOSPITAL REGIONAL 1° DE OCTUBRE

**TITULO
COMPLICACIONES DESARROLLADAS EN PACIENTES CON
PANCREATITIS AGUDA MANEJADOS CON ABORDAJE MÉDICO
O ABORDAJE MÉDICO-QUIRÚRGICO.**

**Tesis que, en cumplimiento parcial para obtener el Diploma como
Especialista en Cirugía General
Presenta**

Dr. ERICK DE LA ROSA GRANADOS.

Tutor:

Dr. ENRIQUE NÚÑEZ GONZÁLEZ

Asesor

Dr. ALEJANDRO TORT MARTÍNEZ

México, D. F. a 24 de Julio de 2014

181.2014_090_201



Lista de Firmas.

Dr. Ricardo Juárez Ocaña.
Coordinador Enseñanza e Investigación.

Dr. José Vicente Rosas Barrientos.
Jefe de investigación.

Dr. Alejandro Tort Martínez
Jefe del departamento Cirugía General

Dr. Enrique Núñez González
Tutor de tesis.

Dr. Erick de la Rosa Granados.
Autor de tesis.

AGRADECIMIENTOS.

A Dios por darme la vida, la lucidez y la paciencia necesarias para recorrer el largo y sinuoso camino de convertirme en especialista, en la rama más bella y apasionante de la medicina: la Cirugía.

A mi Madre y a mi Hermano por apoyarme incondicionalmente, en las buenas y en las malas, en los momentos de triunfo y en los de frustración, por ser mi apoyo emocional y muchas veces económico.

A mis suegros por haberme aceptado como uno más de sus hijos, cuidándome, alentándome y aconsejándome sobre la vida.

A todos mis maestros, todos ellos grandísimos Cirujanos, que me enseñaron lo bella que es nuestra especialidad y que ante todo, debemos ser éticos y profesionales, y que la prudencia puede ser una arma poderosa siempre que está respaldada por el conocimiento y la ciencia.

Al Dr. Enrique Núñez González, por ser uno de los mejores Cirujanos de México y el mundo, por ser el maestro más paciente, por ser un caballero en toda la extensión de la palabra, y sobre todo por ser un gran ser humano, además de un amigo incondicional.

Al Dr. Alejandro Tort Martínez, por ser el mejor Jefe, por entregar su vida al Servicio de Cirugía General del Hospital Regional 1º de Octubre, por saber imponer disciplina y al mismo tiempo convivir con todos los que alguna vez estuvimos a su cargo, con rostro adusto al principio pero siempre terminando con una gran y franca sonrisa.

Al Dr. Horacio Olvera Hernández, por mostrarme que la enseñanza es un proceso de retroalimentación que nunca termina, por dejarme dar mis primeros pasos en la maravillosa práctica quirúrgica, y por enseñarme que todos los días se puede ser mejor técnicamente, pero que si no se sustenta con la sabiduría de los libros, nunca se alcanzará realmente la excelencia.

Al Dr. Carlos Parra Torres por enseñarme que la Cirugía no es lo más importante de la Vida, es la Vida misma.

A los Drs. Eduardo Torices Escalante y José Manuel Echavarrí Arana por mostrarme que se puede ser el más hábil Cirujano, el más hábil endoscopista y el más hábil de los Jefes sin dejar de ser sencillo.

A los Drs. Fabián Cuevas Herrera y Fernando Ugalde Velásquez, por mostrarme que la Cirugía es divertida y entrañable, siempre siendo responsables y cuidadosos.

A la Dra. Leticia Domínguez Camacho, por enseñarme que la disciplina es importante en todos los aspectos de la vida y que en la formación de un especialista las cosas no se obtienen fácilmente y, justo por eso, se deben valorar todos y cada uno de nuestros logros.

Por último, quiero agradecer a mi hermosa Esposa y a mi Hijo, por ser el motor de mi existencia, el motivo para hacer todo lo que hago, las estrellas que iluminan mi camino, la fuente de inspiración para querer ser mejor cada día. Por que sin ellos, sin su aliento, sin su empuje, nunca hubiera podido terminar esta Tesis.

Resumen

Objetivos .-

General

Determinar el tipo y frecuencia de las complicaciones de pancreatitis aguda de los pacientes del Hospital Regional 1° de Octubre.

Específicos

Determinar las complicaciones de la pancreatitis aguda que más se presentan en nuestro Hospital.

Determinar los tipos de complicaciones de la pancreatitis aguda de acuerdo a su manejo.

Determinar el mejor abordaje para la pancreatitis aguda en los pacientes del hospital.

Material y Métodos .- Se realizará un estudio transversal, analítico, observacional, retrospectivo, descriptivo, por medio de la búsqueda de datos en los expedientes clínicos con diagnóstico de pancreatitis aguda.

Los criterios de selección, incluirán a los expedientes clínicos con diagnóstico de pancreatitis aguda que reporten únicamente manejo médico o que reporten manejo médico-quirúrgico en el hospital.

Los expedientes clínicos con diagnóstico de pancreatitis aguda estudiados serán divididos en dos grupos: los pacientes con manejo médico y los pacientes con manejo médico-quirúrgico. En cada uno de estos grupos se observará los casos que presenten complicaciones y posteriormente que tipo de complicaciones presentaron.

Las fuentes de información serán las carpetas de servicio de Urgencias, Terapia Intensiva, Medicina Interna y Cirugía así como los expedientes clínicos con diagnóstico de pancreatitis aguda. El análisis se hará de forma estratificada por tipo de tratamiento, e incluirá el cálculo de la razón de momios para la prevalencia con intervalo de confianza al 95%.

Resultados .-. El estudio fue integrado por los expedientes de 107 pacientes con ingreso por diagnóstico de pancreatitis y diferentes tipos de manejo. La determinación del manejo clínico fue obtenido del expediente del paciente. Todos los pacientes fueron manejados de forma clínica (manejo médico), pero en una proporción de casos los pacientes fueron sometidos a procedimiento quirúrgico.

Las complicaciones de los pacientes fueron consideradas como complicaciones clínicas cuando se presentaron y como complicaciones "en pacientes con manejo quirúrgico incluido" cuando los pacientes presentaron también alguna complicación médica o inherente al proceso quirúrgico.

La muestra fue integrada por 62 mujeres y 43 varones, con un promedio de edad de 58.9 ±12.2 años, siendo el paciente más joven de 28 años y el mayor un paciente de 86.

Entre los expedientes revisados 58 pacientes fueron atendidos con manejo médico exclusivo y 49 pacientes también fueron manejados de forma quirúrgica

Se presentaron un total de 35 complicaciones entre los pacientes (32.5%) y cinco defunciones (4.5%).

Conjuntamente con la atención de la pancreatitis, en algunos casos los pacientes presentaron distintas comorbilidades principalmente Hipertensión arterial y Diabetes mellitus.

Dentro de las complicaciones, 35 pacientes presentaron algún tipo de complicación. El absceso fue la principal complicación presentada en los pacientes, seguida la necrosis y las complicaciones metabólicas.

Respecto a las complicaciones encontramos que 8 pacientes con manejo médico presentaron complicación versus 27 pacientes con manejo quirúrgico.

Respecto a la mortalidad en los pacientes, dos pacientes con manejo médico fallecieron mientras que tres pacientes quirúrgicos fallecieron

En cuanto al riesgo que presentaron los pacientes observamos que el de complicación fue mayor en aquellos pacientes con manejo quirúrgico respecto del riesgo de los pacientes con manejo médico, así como para la defunción, aunque esta última no fue significativa.

Conclusiones .- La primera conclusión sería que el manejo médico y el manejo quirúrgico en los pacientes con pancreatitis difícilmente se dan de forma independiente, ya que en muchos de los casos el manejo quirúrgico es parte del manejo médico. Esto explicaría en parte, el hecho de la mayor cantidad de complicaciones en pacientes con manejo quirúrgico. Esta idea es reforzada en el hecho de que dada la severidad de un padecimiento como la pancreatitis, esperaríamos contar con una mayor proporción de defunciones en aquellos manejos con mayor proporción de complicaciones, es decir, hubieramos esperado que al presentarse una mayor frecuencia de complicaciones en el manejo quirurgico se presentaran tambien una mayor cantidad, estadísticamente significativa, de defunciones, situación que no sucedió.

Podríamos decir tambien que mas que diferentes tipos de manejo, el manejo quirúrgico sería una de los manejos que el paciente con pancreatitis puede tener, lo cual daría un sentido integral de atención; no de un manejo versus otro, si no del beneficio de poder usar los dos cuando el caso así lo requiera.

ÍNDICE

| | |
|---|-----------|
| ANTECEDENTES | 1 |
| DEFINICIÓN DEL PROBLEMA..... | 12 |
| JUSTIFICACIÓN..... | 13 |
| OBJETIVOS..... | 14 |
| HIPÓTESIS | 15 |
| METODOLOGÍA | 16 |
| Diseño de estudio | 16 |
| Criterios de selección..... | 16 |
| Variables..... | 17 |
| DEFINICIÓN DE VARIABLES..... | 18 |
| Fuentes de información | 19 |
| Plan de análisis..... | 19 |
| ÉTICA..... | 20 |
| RESULTADOS..... | 21 |
| Descripción de la muestra..... | 21 |
| DISCUSIÓN | 24 |
| CONCLUSIONES | 26 |
| LIMITANTES Y RECOMENDACIONES | 27 |
| BIBLIOGRAFÍA | 28 |

Antecedentes

La pancreatitis aguda es un padecimiento que es responsable de una morbi-mortalidad significativa, es una enfermedad inflamatoria, originada por la activación, liberación intersticial y autodigestión de la glándula por sus propias enzimas (1). Es una enfermedad potencialmente mortal, frecuente, que no cuenta con un protocolo de atención rígido, y que es manejado mediante varios abordajes para su tratamiento, así como para sus complicaciones (2).

La pancreatitis puede dividirse en aguda (PA), como lo son la pancreatitis aguda leve, grave, necrosis pancreática, pseudoquiste agudo y absceso pancreático; definiendo a la pancreatitis aguda severa como la asociación de complicaciones locales o sistémicas y considerando una enfermedad severa temprana al desarrollo de disfunción orgánica dentro de las 72 horas de inicio de los síntomas, la misma que se caracteriza por ser de curso corto, fallo multiorgánico progresivo, hipoxemia temprana. (3)

La incidencia del padecimiento varía de 0.5 a 1 a 1 – 4 por cada 1,000 habitantes en países de habla hispana.

La mortalidad global del padecimiento es del 5 al 20%. (4)

Etiología

Las causas de pancreatitis aguda de forma general se agrupan de la siguiente manera:

Litiasis biliar: 40-50% de los casos. Sólo en el 20-30% de los casos se encuentra el cálculo enclavado en la papila. El barro biliar y la microlitiasis son factores de riesgo para el desarrollo de PA y probablemente son la causa de la mayoría de las PA idiopáticas.

Alcohol: 35% de las PA. Es infrecuente en bebedores ocasionales o sociales.

Post-CPRE: hay hiperamilasemia en el 50% de las CPRE y síntomas en el 1-10%.

Postquirúrgica: en cirugía mayor cardiaca y abdominal. Alta mortalidad (10-45%).

Hipertrigliceridemia: con trigliceridemia >1000 mg/dl. Mecanismo desconocido.

Idiopática: representa el 10% de los casos.

Fármacos: azatioprina, valproato, estrógenos, metronidazol, pentamidina, sulfonamidas, tetraciclinas, eritromicina, trimetropin, nitrofurantoina, diuréticos de asa, tiazidas, metildopa, mesalamina, sulindac, paracetamol, salicilatos, cimetidina, ranitidina, corticoides, ddl, Lasparginasa, 6-mercaptopurina, procainamida, cocaína, IECA.

Infecciones:

-Virus: VIH, citomegalovirus, parotiditis, coxackie, rubeola, varicela, adenovirus.

-Bacterias: mycoplasma pneumoniae, salmonella typhi, campylobacter jejuni, legionella, leptospira, bacilo de koch.

-Parásitos: áscaris lumbricoides, fasciola hepática.

Traumatismo.

Metabólica: hipercalcemia, insuficiencia renal.

Obstructiva: obstrucción de la papila de Vater (tumores periampulares, divertículo yuxtacapilar, síndrome del asa aferente, enfermedad de Crohn duodenal), coledococoele, páncreas divisum, páncreas anular, tumor pancreático, hipertonia del esfínter de oddi.

Tóxicos: organofosforados, veneno de escorpión.

Vascular: vasculitis, hipotensión, HTA maligna, émbolos de colesterol.

Miscelánea: pancreatitis hereditaria, úlcera duodenal penetrada (3).

Factores de riesgo

La edad, es un factor que se ha relacionado con la presentación de pancreatitis aguda, la incidencia de pancreatitis es más elevada en los pacientes comprendidos entre los 60-70 años.(5) La pancreatitis aguda se presenta con mayor frecuencia en las edades avanzadas, con la variabilidad expuesta, las diversas poblaciones estudiadas ponen en manifiesto esta variabilidad de presentación, la edad avanzada aumenta el riesgo de pancreatitis, pero hay que añadir que la comorbilidad también colabora y ésta última también se asocia a la edad.

Sexo

La PA es más prevalente en el sexo masculino con 62.16% que en el femenino con 37.84%, con una relación hombre/mujer de 5:3 para pancreatitis.(5)

Algunos autores asumen que la mayor prevalencia de pancreatitis aguda se debe a otros factores intervinientes como el alcoholismo.

Cuadro clínico

El dolor abdominal es el síntoma fundamental y está presente desde el comienzo en la mayor parte de los ataques de PA. Aunque puede faltar en un 5-10% de los casos, su ausencia puede acompañar a una PA grave. Puede estar precedido por un cólico biliar o consumo de alcohol dentro de las 72 horas previas. Habitualmente se localiza en todo el hemiabdomen superior, pero puede limitarse únicamente al mesoepigastrio, al hipocondrio derecho, y más raramente, al lado izquierdo. El dolor empeora en decúbito y en el 50% de los casos se irradia a espalda "en cinturón". Suele ser de intensidad creciente, alcanzando un máximo en 30-60 minutos, y pudiendo permanecer constante durante horas o días, con una intensidad que puede variar de moderada a muy intensa. Las náuseas y los

vómitos están presentes en el 80%. Puede aparecer febrícula o fiebre. En caso de existir un tercer espacio intraabdominal e importante depleción de volumen el paciente puede presentar hipotensión y shock. Ocasionalmente existe diarrea, hematemesis, síndrome confusional o disnea por derrame pleural, atelectasia, insuficiencia cardiaca congestiva (ICC) o SDRA (6).

En la exploración física puede existir poca correlación entre la intensidad del dolor y los hallazgos de la exploración abdominal. A la palpación se puede percibir una sensación de empastamiento en la región epigástrica-abdomen superior, con importante dolor en dicha zona, pero los signos de irritación peritoneal rara vez están presentes. Los pacientes con pancreatitis leve pueden tener únicamente una leve sensibilidad a la palpación abdominal. Con frecuencia existe distensión abdominal y ausencia de peristaltismo por íleo paralítico asociado. A nivel cutáneo podemos encontrar ictericia secundaria a coledocolitiasis u otra causa de obstrucción de la vía biliar, o incluso por enfermedad hepática coexistente. (6).

La equimosis periumbilical (signo de Cullen) o en flancos (signo de Gray- Turner) son raros e indican mal pronóstico. La necrosis grasa subcutánea, que se manifiesta en forma de nódulos subcutáneos y paniculitis, habitualmente en las extremidades inferiores, es característica pero infrecuente. Puede existir hipoventilación en la auscultación pulmonar secundaria a derrame pleural y atelectasia, y en los casos más graves el enfermo puede estar hipotenso, sudoroso, taquicárdico y con signos de mala perfusión periférica. Aunque la hipocalcemia es frecuente es rara la presencia de tetania (6).

Otros hallazgos infrecuentes son: poliartritis, tromboflebitis. Un dato a tener en cuenta al valorar un paciente es la obesidad, un índice de masa corporal mayor a 30 Kg /m² se asocia a mal pronóstico. (6)

Algunos estudio mencionan a la epigastralgia, náuseas y vómitos como los datos más importantes mas importantes.(7)

Complicaciones

Las complicaciones de la PA. se pueden clasificar en sistémicas y locales y suelen presentarse en 3 fases: una fase temprana o precoz (hasta el 4° día), una fase intermedia (5° día hasta la segunda semana) y una fase tardía (desde la 3° semana). En general las complicaciones sistémicas ocurren en la primera fase de la enfermedad, en cambio las complicaciones locales se presentan en las fases intermedias y tardías de la enfermedad.(8)

Complicaciones sistémicas: La liberación de citoquinas, enzimas pancreáticas y radicales libres inician una respuesta inflamatoria sistémica, con una importante hipovolemia secundaria a los vómitos y particularmente al gran 3° espacio en el retro peritoneo y cavidad abdominal. Esto puede conducir a una falla cardiocirculatoria con hipotensión y shock, insuficiencia respiratoria, insuficiencia renal y falla multiorgánica (FMO). Otras complicaciones sistémicas son las hemorragias digestivas, las alteraciones de la coagulación y el íleo paralítico.(8)

Complicaciones locales: Estas corresponden a las complicaciones en el espacio retroperitoneal y cavidad abdominal. Ellas son: la obstrucción duodenal, la obstrucción de la vía biliar, y en particular las complicaciones de la necrosis pancreática. Una vez instalada la necrosis pancreática y peri pancreática ella puede evolucionar como una necrosis estéril (antiguo flemón pancreático), que se resolverá hacia el pseudoquiste de páncreas o a la resolución espontánea. Una grave complicación es la infección de la necrosis (necrosis infectada), que suele llevar al paciente a una sepsis y FMO o en ocasiones a un absceso pancreático que deberá ser drenado. Otras complicaciones locales son las hemorragias retro peritoneales, las colecciones peri pancreáticas agudas, la trombosis de la vena esplénica, la trombosis portal, la necrosis del colon transversal, la fístula pancreática, etc. (8)

Diagnóstico

Amilasa: Se eleva a las 2-12h de comienzo del dolor y puede normalizarse en 2-5 días. Cifras 3 veces superiores al valor normal sugieren el diagnóstico, pero hay que tener en cuenta que la amilasa se eleva en muchos procesos intra y extraabdominales. El grado de hiperamilasemia no se correlaciona con la gravedad del proceso, pero a medida que aumentan las cifras aumenta la sensibilidad y la especificidad. Cifras 5 veces por encima del valor normal son altamente indicativas de PA. (6)

Lipasa: Se usa para el diagnóstico de pancreatitis un valor de corte del triple del límite superior del valor normal. Existen aumentos por debajo de 3 veces el valor normal en la insuficiencia renal grave, roturas de aneurisma, nefrolitiasis, obstrucción intestinal, quimio o radioterapia.

Otros: hematocrito (Hto), leucocitosis, neutrofilia, hiperglucemia sin cetoacidosis, valores elevados de urea, acidosis, déficit de bases, hipocalcemia, hipoalbuminemia, y aumento de deshidrogenasa láctica, transaminasa, bilirrubina, fosfatasa alcalina (FA), triglicéridos, Proteína C Reactiva (PCR). (9)

Estudios de gabinete

Pruebas de Imagen

Estudios radiológicos: aunque hay una o más anomalías radiológicas en más del 50% de los pacientes, los hallazgos son inconstantes e inespecíficos. Entre ellos se destacan en la Rx simple de abdomen (10)

Íleo localizado que suele afectar el yeyuno (asa centinela).

Íleo generalizado con niveles hidroaéreos.

Signo del colon interrumpido, que se debe a la dilatación aislada del colon transverso.

Distensión duodenal con niveles hidroaéreos.

La presencia de calcificaciones en el área pancreática en ocasiones puede sugerir una pancreatitis crónica de base.

Masa que con frecuencia es un pseudoquistes. El principal valor de las radiografías convencionales en la pancreatitis aguda consiste en ayudar a excluir otros diagnósticos, sobre todo una víscera perforada.

Ecografía: suele ser el procedimiento inicial en la mayoría de los pacientes en los que se sospecha enfermedad pancreática. Su principal utilidad en la pancreatitis aguda, es en el diagnóstico etiológico mediante la evaluación de la vesícula y la vía biliar. En cuanto al diagnóstico ecográfico de pancreatitis aguda, se basa en la presencia de signos pancreáticos y peripancreáticos. El agrandamiento de la glándula y los cambios en su forma y ecogenicidad son signos frecuentes pero de valor relativo por su gran variabilidad en sujetos normales.

Tomografía Axial Computarizada (TAC): el papel fundamental es la clasificación local de gravedad más que el diagnóstico primario de pancreatitis aguda. No obstante, en casos de diagnóstico dudoso, por ligera o nula elevación enzimática en suero, o en los casos de gravedad clínica en ausencia de dolor abdominal, es fundamental en el diagnóstico. En estos casos se observa una glándula aumentada de tamaño, de bordes mal definidos, heterogeneidad del parénquima, presencia de colecciones líquidas. Es más sensible que la ecografía, a pesar de esto por razones de costo, empleo de radiaciones ionizantes y reducida capacidad para evaluar el sistema biliar, la tomografía con propósito diagnóstico, solo está indicada ante el fracaso de la ecografía para reconocer el páncreas. La realización de una tomografía axial computarizada antes de las 48 horas de evolución desde el inicio de la enfermedad, tiende a infravalorar la gravedad del cuadro local de pancreatitis y por tanto, el momento idóneo de su realización es entre las 48 y 72 horas. (10)

Tratamiento

El tratamiento de la P.A. es fundamentalmente médico y expectante en aquellos pacientes con formas leves de la enfermedad y que no presenten complicaciones graves. No se dispone de medicamentos específicos para esta enfermedad. La cirugía se reserva para el tratamiento de algunas de sus complicaciones y eventualmente para intentar cambiar el curso de la enfermedad en aquellas formas más graves de la P.A. (8)

Médico

Alivio del dolor: usar demerol u otro analgésico, no usar morfina.

Reposición adecuada del volumen.

Reposo pancreático: inhibir secreción gástrica con bloqueadores H2 o inhibidores de la bomba de protones. Uso eventual de sonda nasogástrica y ayuno.

Nutrición parenteral y/o eventualmente enteral.

Monitorización de la volemia (débito urinario, PVC), de la función cardiovascular, respiratoria y renal. Vigilar criterios pronósticos y signos de complicaciones e infección.

Hospitalización en unidades de cuidados especiales: Intermedio, UCI.

El uso de antibióticos profilácticos es aún discutido. Pueden ser indicados específicamente en las P.A. biliares, ante la hipótesis de infección de la necrosis pancreática, tomar hemocultivos, eventual punción bajo TAC de la necrosis e iniciar tratamiento antibiótico (Infección por traslocación bacteriana).

Manejo quirúrgico

Sus dos indicaciones son básicamente:

Corrección de la patología biliar asociada. En este punto actualmente la CPRE ha ganado indiscutiblemente su indicación. Cuando se trata de resolver la litiasis o microlitiasis vesicular se prefiere una cirugía diferida luego del episodio de P.A.

Tratamiento de complicaciones locales:

Necrosis infectada: Necrosectomías y drenajes asociados o no a lavado retro peritoneal o laparotomías.

Absceso pancreático: drenaje quirúrgico o, cada vez más frecuente, drenaje percutáneo con técnicas de radiología intervencionista.

Pseudoquiste pancreático: Representa la evolución de una P.A. tipo necro hemorrágica sin infección de la necrosis. Muchos se resuelven espontáneamente.

Aquellos llamados pseudoquistes verdaderos (con alguna comunicación al sistema excretor pancreático) deben ser drenados ya sea percutáneamente, vía endoscópica o por vía quirúrgica realizándose un drenaje interno al estómago o al yeyuno por medio de un asa desfuncionalizada en "Y de Roux". (8) Existen algunos procedimientos quirúrgicos que tienen indicaciones limitadas y cuya efectividad ha sido discutida. Sin embargo, en grupos de pacientes estos procedimientos han sido de beneficio. Entre estos se cuentan:

El lavado peritoneal precoz:

Su utilidad se mostró en la fase precoz de la P.A. de curso grave, disminuyendo las complicaciones cardiovasculares y respiratorias (Distress), sin embargo la mortalidad no cambió.(8)

El drenaje del conducto torácico:

Misma indicación que el lavado peritoneal, también útil en la fase precoz de la PA.

La cirugía resectiva precoz (pancreatectomía subtotal y necrosectomía):

Preconizada por algunos autores para modificar la evolución de la P.A. de curso grave, que debe estar reservada para centros de referencia dada su potencial alta morbilidad. Su indicación ha sido polémica, sin embargo en aquellos pacientes con las formas más graves de la enfermedad (7 o más criterios de Ranson), pudieran beneficiarse de esta conducta dada su alta mortalidad aun actualmente pese a los avances en el apoyo de UCI, nutricional, etc.(8)

Complicaciones

Las complicaciones están relacionadas ampliamente con el momento de diagnóstico e intervención en los pacientes sin embargo, podemos dividir las complicaciones respecto del momento en que estas se presentan, de inicio podemos decir que las complicaciones agudas de la pancreatitis son:

- Shock
- Hipocalcemia
- Hipoglicemia
- Deshidratación
- Falla renal
- Complicaciones respiratorias
- Derrame pleural
- Atelectasia
- Neumonitis
- Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica
- Hemorragia

Las complicaciones tardías tienen que ver con el tipo de atención prestada a los pacientes de acuerdo principalmente a la presentación de complicaciones tempranas, entonces las complicaciones tardías son:

- Pancreatitis recurrente
- Pseudoquiste pancreático
- Bloqueo biliar
- Infecciones recurrentes
- Diabetes
- Fístulas

Definición del problema

La pancreatitis aguda es uno de los padecimientos con mayor letalidad que es atendido en nuestro Hospital. En este padecimiento, el manejo no es un protocolo claro del tipo de atención que debe seguirse, sino que se basa en el expertis del médico tratante. Su abordaje tiene que ver en definitiva con el pronóstico del paciente, más allá de aquellos factores conocidos para el desenlace de este padecimiento. Lo anterior nos permite pensar que el manejo que incluye el abordaje quirúrgico, si bien por necesidad del paciente, también en correspondencia con el criterio médico, debe definir una condición o escenario claramente diferente en la presentación de complicaciones así como en el pronóstico del paciente.

Justificación

La pancreatitis aguda como uno de los padecimientos más letales, requiere de la constante investigación que permita determinar, de acuerdo a las condiciones de nuestro tipo de población, cuales son las mejores condiciones de atención, así como los efectos no deseados de su manejo. El presente proyecto nos permitirá conocer, en nuestra población, cuales son las complicaciones más frecuentes y también nos permitirá identificar cuales son las complicaciones de acuerdo al tipo de manejo de la pancreatitis, permitiendo al personal médico de nuestro hospital ofrecer a los pacientes una mejor atención.

Identificar el tipo de complicaciones y su frecuencia, dependiendo del manejo establecido en cada caso nos permitirá reconocer si son similares a los reportados en otras instituciones, en el contexto de una fuente de atención hospitalaria de Tercer Nivel.

Objetivos

General

Determinar el tipo y frecuencia de las complicaciones de pancreatitis aguda de los pacientes del Hospital Regional 1° de Octubre.

Específicos

Determinar las complicaciones de la pancreatitis aguda que más se presentan en nuestro Hospital.

Determinar los tipos de complicaciones de la pancreatitis aguda de acuerdo a su manejo.

Determinar el mejor abordaje para la pancreatitis aguda en los pacientes del hospital.

Hipótesis

El manejo médico versus el manejo médico-quirúrgico del paciente con pancreatitis aguda tiene diferentes tipos de complicaciones de acuerdo al tipo de abordaje, independientemente de la condición clínica del paciente.

Metodología

Los tamaños muestrales fueron calculados por proporciones para cada grupo, por lo que al ser descriptivo el estudio, podría no requerir hipótesis. El tamaño de la muestra será de 94 expedientes clínicos con el diagnóstico de pancreatitis aguda: 52 expedientes serán de manejo médico exclusivo y 42 expedientes con manejo médico-quirúrgico.

En cada uno de estos grupos se observarán los casos que presenten complicaciones y posteriormente que tipo de complicaciones se presentaron.

La información fue obtenida de los datos de los expedientes clínicos con diagnóstico de pancreatitis aguda.

Diseño de estudio

Transversal analítico.

Criterios de selección

Criterios de inclusión

1. Expedientes clínicos con diagnóstico de pancreatitis aguda.
2. Haber sido tratado del 01 de enero de 2008 al 31 de Diciembre de 2013.

Criterios de exclusión

1. Expedientes clínicos de pacientes enviados a otro centro de atención.
2. Alta voluntaria.

Criterios de eliminación

- Expediente clínico mal asentado.

Variables

Para realizar este estudio se tomo en cuenta las siguientes variables obtenidas de las libretas de la clínica de biología de la reproducción humana:

- Edad
- Genero
- Tiempo de hospitalización
- Infección
- Defunción
- Sangrado
- Necrosis
- Abceso hepatico
- Hemorragia por erosión de vasos
- Pseudoquistes pancreaticos
- Acidosis metabolica
- Insuficiencia renal
- Complicacion pulmonar
- Fistula
- Diabetes

DEFINICIÓN DE VARIABLES

| Variable | Definición | Escala |
|---------------------------------|---|------------------------|
| Edad | Periodo cronológico de vida en el individuo | Cuantitativa continua |
| Genero | Condición genética del sexo del individuo | Cualitativa dicotómica |
| Tiempo de hospitalización | Periodo de internamiento por causa de la atención de la pancreatitis y/o sus complicaciones | Cuantitativa discreta |
| Infección | Presentación de evento con desarrollo patológico de microorganismo en el paciente | Cualitativa dicotómica |
| Defunción | Fallecimiento del paciente por causa de la pancreatitis o alguna de sus complicaciones | Cualitativa dicotómica |
| Sangrado | Cantidad de sangre perdida durante algún procedimiento quirúrgico debido a la pancreatitis o alguna de sus complicaciones | Cuantitativa continua |
| Necrosis | Destrucción de tejido y muerte de este a causa de la pancreatitis o de sus complicaciones | Cualitativa dicotómica |
| Absceso hepático | Presentación de proceso inflamatorio patológico a nivel hepático como reacción a infección por causa de la pancreatitis o de sus complicaciones | Cualitativa dicotómica |
| Hemorragia por erosión de vasos | Sangrado de vasos peri pancreáticos por causa de la pancreatitis o de sus complicaciones | Cualitativa dicotómica |
| Pseudoquistes pancreáticos | Procesos inflamatorios inespecíficos en páncreas por causa de la pancreatitis o de sus complicaciones | Cualitativa dicotómica |
| Acidosis metabólica | Descompensación ácido base hacia la disminución del PH, por causa de la pancreatitis o de sus complicaciones | Cualitativa dicotómica |
| Insuficiencia renal | Perdida del funcionamiento renal normal por causa de la pancreatitis o de sus complicaciones | Cualitativa dicotómica |
| Complicación pulmonar | Acumulación de líquido en pulmón por causa de la pancreatitis o de sus complicaciones | Cualitativa dicotómica |
| Fistula | Comunicación patológica en las áreas peri pancreáticas por causa de la pancreatitis o de sus complicaciones | Cualitativa dicotómica |
| Diabetes | Alteración metabólica del proceso fisiológica de la glucosa por causa de la pancreatitis o de sus complicaciones | Cualitativa dicotómica |

Fuentes de información

Los datos para el análisis de obtuvieron de las siguiente fuentes.

- Libretas del Servicio de Urgencias Adultos, de la UCI y de los Servicios de Cirugía General y Medicina Interna.
- Expedientes clínicos de los pacientes

Plan de análisis

Se realizó la obtención de frecuencias disgregada de acuerdo al sexo y al padecimiento, así como a su diagnóstico. De la misma manera se realizó el recuento de las complicaciones.

Ética

De acuerdo con los artículos 96, 100 y 102 de la Ley General de Salud a los que se rige el ISSSTE, este estudio se puede catalogar como de riesgo nulo para los participantes, ya que no involucra procedimientos que pongan en peligro su salud. Los datos obtenidos serán de expedientes clínicos, y el manejo de los nombres será de manera agrupada, confidencial y dado que la información requerida no será recolectada directamente de algún paciente, a este estudio no aplican otro tipo de consideraciones.

Al ser este un estudio observacional, ningún paciente se verá afectado por el mismo, ya que la conducción del manejo en cada caso será de acuerdo a los médicos tratantes y a su criterio.

En caso de encontrar algún evento centinela (que por definición es “un incidente o suceso inexplicado que produce la muerte o secuelas físicas o psicológicas, o el riesgo de éstas), al ser pacientes que son vistos en la consulta externa, se les dará el adecuado seguimiento en la misma. Con esto se podrá realizar el correcto análisis de los eslabones involucrados en el sistema, identificando los puntos susceptibles a modificar, consiguiendo una retroalimentación adecuada

Resultados

Descripción de la muestra

El estudio fue integrado por los expedientes de 107 pacientes con ingreso por diagnóstico de pancreatitis y diferentes tipos de manejo. La determinación del manejo clínico fue obtenido del expediente del paciente. Todos los pacientes fueron manejados de forma clínica (manejo médico), pero en una proporción de casos los pacientes fueron sometidos a procedimiento quirúrgico.

Las complicaciones de los pacientes fueron consideradas como complicaciones clínicas cuando se presentaron y como complicaciones “en pacientes con manejo quirúrgico incluido” cuando los pacientes presentaron también alguna complicación médica o inherente al proceso quirúrgico.

La muestra fue integrada por 62 mujeres y 43 varones, con un promedio de edad de 58.9 ± 12.2 años, siendo el paciente más joven de 28 años y el mayor un paciente de 86.

Entre los expedientes revisados 58 pacientes fueron atendidos con manejo médico exclusivo y 49 pacientes también fueron manejados de forma quirúrgica.

| Tipo de manejo | Frecuencia | Porcentaje |
|----------------|------------|------------|
| Médico | 58 | 54.2 |
| Quirúrgico | 49 | 45.8 |
| Total | 107 | 100 |

Figura No.1 Distribución del tipo de manejo otorgado a los pacientes con dx de pancreatitis.

Se presentaron un total de 35 complicaciones entre los pacientes (32.5%) y cinco defunciones (4.5%).

Conjuntamente con la atención de la pancreatitis, en algunos casos los pacientes presentaron distintas comorbilidades principalmente Hipertensión arterial y Diabetes mellitus.

| Comorbilidad | Frecuencia | Porcentaje |
|------------------|------------|------------|
| HAS | 15 | 14 |
| DM | 10 | 9.3 |
| Obesidad | 8 | 7.5 |
| Artritis | 3 | 2.8 |
| Otras | 5 | 4.6 |
| Sin comorbilidad | 62 | 57.9 |
| Total | 107 | 100 |

Figura No.2 Distribución de la morbilidad encontrada en los pacientes con dx de pancreatitis.

Dentro de las complicaciones, 35 pacientes presentaron algún tipo de complicación. El absceso fue la principal complicación presentada en los pacientes, seguida de la necrosis y las complicaciones metabólicas.

| Complicación | Frecuencia | Porcentaje |
|----------------------------|------------|------------|
| Absceso | 11 | 10.3 |
| Necrosis | 7 | 6.5 |
| Metabólicas | 7 | 6.5 |
| Insuficiencia respiratoria | 6 | 5.6 |
| Sin complicación | 72 | 67.3 |
| Total | 107 | 100 |

Figura No.3 Distribución de la morbilidad encontrada en los pacientes con dx de pancreatitis.

Respecto a las complicaciones encontramos que 8 pacientes con manejo medico presentaron complicación versus 27 pacientes con manejo quirúrgico.

| Tipo de manejo | Complicación | |
|----------------|--------------|----|
| | Si | No |
| Médico | 8 | 50 |
| Quirurgico | 27 | 22 |

Figura No.4 Distribución del las compliaciones y el manejo en los pacientes con dx de pancreatitis.

Respecto a la mortalidad en los pacientes, dos pacientes con manejo médico fallecieron mientras que tres pacientes quirúrgicos fallecieron.

| Tipo de manejo | Defunción | |
|----------------|-----------|----|
| | Si | No |
| Médico | 2 | 56 |
| Quirúrgico | 3 | 46 |

Figura No.5 Distribución del las defunciones y el manejo en los pacientes con dx de pancreatitis.

En cuanto al riesgo que presentaron los pacientes observamos que el de complicación fue mayor en aquellos pacientes con manejo quirúrgico respecto del riesgo de los pacientes con manejo médico, así como para la defunción, aunque esta última no fue significativa.

| Variable | OR | IC | | P |
|--------------|------|------|-------|--------------|
| | | Sup | Inf | |
| Complicación | 7.67 | 3.01 | 19.53 | 0.000 |
| Muerte | 1.82 | 0.29 | 11.39 | 0.420 |

Figura No.6 Distribución del riesgo del manejo, las complicaciones y las defunciones en los pacientes con dx de pancreatitis.

Discusión

Uno de los principales hallazgos al momento de la recolección de los datos se dio al observar que todos los pacientes fueron atendidos con manejo médico y, en algunas ocasiones, las complicaciones mismas fueron manejadas de forma quirúrgica, el manejo quirúrgico como manejo inicial solo se dio en algunos casos, pero habría que comentar que la revisión de expedientes también nos permitió observar que éstos no están llenos, completos o que es ilegible alguna serie de revisiones e indicaciones en estos casos.

Como la atención misma de la población del Instituto, la muestra fue integrada por una mayoría de mujeres y, la edad nos permitió observar a pacientes mayormente en edad media (productiva la mayoría de ellas).

El tipo de atención encontrado en la revisión primero de las libretas y posteriormente de los expedientes nos arrojó una mayoría de atenciones médicas de forma exclusiva.

Las complicaciones en general fueron frecuentes alcanzando a casi la tercera parte de los pacientes internados.

La principal comorbilidad en los pacientes coincide con las morbilidades de la población general por lo que no es posible encontrar en forma descriptiva alguna posible asociación con la comorbilidad.

Las principales complicaciones encontradas fueron el absceso, la necrosis y las complicaciones metabólicas (alteraciones de la glucosa principalmente), las complicaciones se encontraron principalmente en los pacientes con manejo quirúrgico y este fue respaldado por una significancia estadística menor del 0.05,

además, fue posible calcular un riesgo de 7.67, es decir, el riesgo de complicación en pacientes con manejo quirúrgico fue de 6.6 veces mayor que el riesgo de los pacientes con manejo médico exclusivamente.

En cuanto a las defunciones aquí también observamos un riesgo mayor en los pacientes con manejo quirúrgico, pero este riesgo no fue significativo (mayor de 0.05), por lo que podemos decir que el riesgo de muerte en los casos de los pacientes es el mismo independientemente de su manejo.

Conclusiones

La primera conclusión sería que el manejo médico y el manejo quirúrgico en los pacientes con pancreatitis difícilmente se dan de forma independiente, ya que en muchos de los casos el manejo quirúrgico es parte del manejo médico. Esto explicaría en parte, el hecho de la mayor cantidad de complicaciones en pacientes con manejo quirúrgico. Esta idea es reforzada en el hecho de que dada la severidad de un padecimiento como la pancreatitis, esperaríamos contar con una mayor proporción de defunciones en aquellos manejos con mayor proporción de complicaciones, es decir, hubieramos esperado que al presentarse una mayor frecuencia de complicaciones en el manejo quirurgico se presentaran tambien una mayor cantidad, estadísticamente significativa, de defunciones, situación que no sucedió.

Podríamos decir también que más que diferentes tipos de manejo, el manejo quirúrgico sería una de los manejos que el paciente con pancreatitis puede tener, lo cual daría un sentido integral de atención; no de un manejo versus otro, si no del beneficio de poder usar los dos cuando el caso así lo requiera.

Limitantes y Recomendaciones

Existen limitantes importantes para el desarrollo de este tipo investigaciones ya que el número de casos es limitado y no necesariamente se encuentran disponibles todos los expedientes de los cuales recoger información, así como el llenado correcto de estos últimos.

La recomendación más importante sería la de realizar un pronóstico en los pacientes a su ingreso y que este guie el proceso de atención, por lo cual una futura investigación debería de considerar esta como una de las variables a tomar en cuenta de forma estructural del proceso, es decir a la realización de un estudio longitudinal.

Bibliografía

- 1.- Alarcón O Claudia, Ávila B María Loreto, Tajmuchi V Virginia. Pancreatitis aguda. Rev. Chil.pediatr. 2008 Oct [citado 2013 Jul 19]; 79(5): 516-521. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062008000500010&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062008000500010>
- 2.- Villatoro E, Bassi C, Larvin M. Tratamiento antibiótico para la profilaxis de la infección de la necrosis pancreática en la pancreatitis aguda. La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford. Disponible en: <http://www.update-software.com>.
- 3.- Consenso Sobre Diagnóstico y Tratamiento de la Pancreatitis Aguda. Disponible en: <http://www.sochinf.cl/documentos/consensos/pancreatitis.pdf>
- 4.- Subtil C. Pancreatitis aguda. Clínica Universidad de Navarra. Departamento de Digestivo. España. 2012. Disponible en: <http://www.cun.es/area-salud/enfermedades/aparato-digestivo/pancreatitis-aguda>
- 5.- González N, Evelina F, Recalde R, et al. Edad, sexo y etiología más frecuentes en pancreatitis aguda. Experiencia del Hospital José Ramón Vidal". Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina - N° 141 – Enero 2005. Disponible en: http://med.unne.edu.ar/revista/revista141/8_141.htm
- 6.- Etxeberria D, Pueyo A, Arteché E, et al. Pancreatitis aguda. Servicio Navarro de Salud. Digestivas y Quirúrgicas. 2012. Disponible en: <http://www.cfnavarra.es/salud/PUBLICACIONES/Libro%20electronico%20de%20temas%20de%20Urgencia/5.Digestivas%20y%20Quirurgicas/Pancreatitis%20aguda.pdf>
- 7.- Vizcaino A, Doxastakis G, Vautier S, et al. Diagnóstico, pronóstico y tratamiento de las pancreatitis agudas en un Hospital de Mediana Complejidad. Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina - N° 115 – Mayo 2002. Disponible en: <http://med.unne.edu.ar/revista/revista115/pancreatitis.html>

- 8.- Universidad Pontificia Católica de Chile. Escuela de Medicina. Manual de Patología Quirúrgica. Pancreatitis Aguda. 2011. Disponible en: http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/patolquir/patolquir_015.html
- 9.- Sánchez Alejandra Consuelo, García Aranda José Alberto. Pancreatitis aguda. Bol. Med. Hosp. Infant. Mex. 2012 Feb [citado 2013 Jul 19] ; 69(1): 3-10. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462012000100002&lng=es
- 10.- De la Vega R, Catán A, Gerard A, et al. Métodos diagnósticos en la pancreatitis aguda. Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina - N° 158 – Junio 2006 Pág. 13-17. Disponible en: http://med.unne.edu.ar/revista/revista158/4_158.htm