



REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA  
UNIVERSIDAD DE CARABOBO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
AREA DE ESTUDIO DE POSTGRADO  
PROGRAMA DE ESPECIALIZACION CIRUGIA GENERAL

**FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS DE PANCREATITIS AGUDA EN PACIENTES  
INGRESADOS POR EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL. HOSPITAL CENTRAL  
DE MARACAY. JULIO 2009 – JULIO 2010**

**Tutor:**  
Uber Vera

**Autor:**  
José Armando Echeverría

Maracay, Noviembre 2010

UNIVERSIDAD DE CARABOBO



"honoramos el pasado, hacemos el presente, construimos el futuro"

Postgrado de Cirugía General



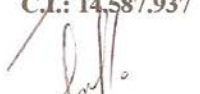
### VEREDICTO

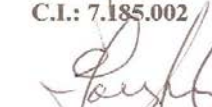
Nosotros, miembros del Jurado designado para la evaluación del trabajo de grado  
**Titulado: "FACTORES EPIDEMIOLOGICOS DE PANCREATITIS AGUDA EN  
 PACIENTES INGRESADOS POR EL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL  
 HOSPITAL CENTRAL DE MARACAY. JULIO 2009-JULIO 2010"**.

Presentado por el (a): **Echeverría Brito, José Armando**, para optar al Título de  
**ESPECIALISTA en CIRUGÍA GENERAL**, estimamos que el mismo reúne los requisitos  
 para ser considerado como: **APROBADO**.

**NOMBRE, APELLIDO, CEDULA DE IDENTIDAD y FIRMA DEL JURADO.**

  
**Dra. Ana Casilli**  
**C.I.: 14.587.937**

  
**Dra. Paulet Lupo**  
**C.I.: 7.185.002**

  
**Dr. Julio González**  
**C.I.: 4.278.269**



..... *Luz de una tierra inmortal*

*Final Av. Leonardo Ruíz Pineda, La Morita II/Sede Aragua  
 (0243) 2412011 - Telefax (0243) 2424813*

## FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS DE PANCREATITIS AGUDA EN PACIENTES INGRESADOS POR EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL. HOSPITAL CENTRAL DE MARACAY. JULIO 2009 – JULIO 2010

Autor: Armando Echeverría

Tutor: Uber vera

Asesor: Eliel Guevara

### RESUMEN

La pancreatitis aguda es una de las enfermedades gastrointestinales más comunes, definida como la inflamación aguda del páncreas de naturaleza no bacteriana, causada por la activación, liberación intersticial y autodigestión del páncreas por sus propias enzimas, pudiendo verse implicados tejidos circundantes y órganos a distancia. El presente estudio pretendió describir las características epidemiológicas, clínicas, terapéuticas, de los pacientes con pancreatitis aguda, hospitalizados en el Servicio de Cirugía General del Hospital Central de Maracay en un año. **Objetivo:** Determinar las características clínico epidemiológicas de los pacientes hospitalizados en el Servicio de Cirugía General del Hospital Central de Maracay con diagnóstico de Pancreatitis aguda durante el periodo comprendido entre Julio de 2009 – Julio 2010. **Metodología:** estudio de tipo observacional, prospectivo y transversal, donde se incluyen a todos los pacientes con diagnóstico de ingreso de pancreatitis aguda. **Resultados:** Se presentó mayormente en el sexo femenino, en el grupo de edad de 30 a 50 años, con promedio de 44 años. La etiología más frecuente de la pancreatitis aguda fue biliar. El 100% de los pacientes presentaron dolor abdominal como síntoma inicial. El antecedente litiasis vesicular se presentó en casi la totalidad de los pacientes. La antibioticoterapia empírica fue indicada en la totalidad de los casos de pancreatitis severa, y en algunos de pancreatitis leve, indicándose los antibióticos imipenem, cefoperazonasulbactam mayormente. Más del 80% de los pacientes tuvieron una evolución clínica favorable y fueron dados de alta. **Conclusión:** Las características epidemiológicas, clínicas, terapéuticas y evolución de los pacientes con pancreatitis aguda son similares a los descritos en la mayoría de los trabajos.

**Palabras Claves:** Pancreatitis aguda, epidemiología, clínica.

**EPIDEMIOLOGICAL FACTORS IN PATIENTS WITH ACUTE PANCREATITIS.  
GENERAL SURGERY SERVICE. MARACAY CENTRAL HOSPITAL.  
JULY 2009 - JULY 2010**

Author: Armando Echeverria

Tutor: Uber Vera

Advisor: Eliel Guevara

**ABSTRACT**

Acute pancreatitis is a common gastrointestinal illness, defined as acute inflammation of the pancreas of non-bacterial nature, caused by activation, interstitial liberation, and autodigestión of the pancreas by its own enzymes, which may be involved surrounding tissues and distant organs. This study aimed to describe the epidemiological, clinical, therapeutic in acute pancreatitis patients, hospitalized in the General Surgery Service of the Maracay Central Hospital in a year. **Objective:** Determine the clinical and epidemiological characteristics of hospitalized patients in the General Surgery Service of the Maracay Central Hospital diagnosed with acute pancreatitis during the period July 2009 - July 2010. **Methodology:** An observational, prospective, transversal, which includes all patients with admission diagnosis of acute pancreatitis. **Results:** There were mostly females in the age group 30-50 years, with an average age of 44 years. The most common cause of acute pancreatitis was biliary. 100% of the patients had abdominal pain as initial symptom. The gallstone history was made in almost all patients. The empirical antibiotic therapy was indicated in all cases of severe pancreatitis and in some cases of mild pancreatitis; the antibiotics were mostly imipenem, and cefoperazonesulbactam. Over 80% of patients had a favorable clinical course and were discharged. **Conclusion:** The epidemiological, clinical, therapeutic and outcome of patients with acute pancreatitis are similar to those described in most studies.

**Keywords:** acute pancreatitis, epidemiology, clinical.

## INTRODUCCIÓN

La pancreatitis aguda está definida como la inflamación aguda del páncreas de naturaleza no bacteriana, causada por la activación, liberación intersticial y autodigestión del páncreas por sus propias enzimas, pudiendo verse implicados tejidos circundantes y órganos a distancia(1). Del mismo modo se ha caracterizado que la misma Representa un reto diagnóstico en pacientes con dolor abdominal y, en caso de complicaciones eleva la morbilidad, mortalidad y costos hospitalarios. La incidencia varía según la población, con diferencias desde 10 a 20, hasta 150-420 casos por cada millón de habitantes.

En las últimas dos décadas su incidencia ha aumentado considerablemente, incluso en algunos países en más de 30%. Aunque en los últimos años han aumentado los casos de pancreatitis aguda, su mortalidad y duración de días-hospital han disminuido.....La pancreatitis aguda leve se presenta en 80% de los casos y la pancreatitis aguda severa en el 20% restante. La mortalidad por pancreatitis aguda leve es menor de 5-15%, y por pancreatitis aguda severa es hasta 25-30%. La mortalidad asociada con necrosis pancreática varía cuando es estéril (10%) o está infectada (25%).9, 10 Puede ocurrir pancreatitis, principalmente biliar, en 1:1,000 a 1:12,000 embarazos; la mortalidad materna es de 0%, y la perinatal de 0-18% (2).

Esta patología es un padecimiento relativamente común, pero con un gran potencial de consecuencias devastadoras. Aun cuando la mayoría de sus presentaciones son de naturaleza benigna y autolimitada, una quinta parte de ellas desarrolla una forma severa que cursa con complicaciones órgano-sistémicas serias y, loco-regionales graves que frecuentemente llegan a ser fatales, ya que "su mortalidad global es de un 5-10%, pero puede aumentar a 35% o más, en ese grupo de formas severas con complicaciones" (3).

Es una entidad con amplio espectro de severidad y complicaciones, por ello todo paciente con éste diagnóstico debe ser hospitalizado. La mayoría de los pacientes (80%) presentan una evolución clínica autolimitada y relativamente libre de complicaciones mayores. Del 10% al 15% desarrollan pancreatitis aguda hemorrágica descendiendo del 25 al 5%. probablemente esto refleja la mejoría del tratamiento, mejor o necrotizante. En los últimos 25 años la mortalidad de la pancreatitis aguda ha reconocido y detección más precoz de las complicaciones (4).

La incidencia de pancreatitis aguda parece haberse incrementado notablemente en los últimos años. En las mayorías de series comunicadas en diversas partes de mundo occidental, se encuentra entre 5 y 11 casos por 100000 habitantes al año. Esta incidencia muestra variaciones amplias de unos países a otros, e incluso dentro de un mismo país, según el área considerada. (4).

La enfermedad es 2 a 4 veces más frecuente en hombres, se presenta en la cuarta a quinta década de la vida y su inicio es después de más de 10 años de consumo de alcohol. Sin embargo, se observa pancreatitis crónica sólo en una minoría de alcohólicos y, por otra parte, no existe un umbral de toxicidad conocido. Entre los factores, que aumentan la sensibilidad del páncreas al alcohol, está la dieta rica en proteínas y grasas. Por otro lado, la dieta extremadamente pobre en proteínas y la mala nutrición, también son factores de riesgo de una forma especial de la pancreatitis. Más discutido es el rol de una proteína pancreática, la PSP (Pancreatic Stone Protein) o litostatina, cuya ausencia genética o disminución adquirida sería un factor etiológico de la PC. Es importante destacar, que la coleditiasis y las anomalías congénitas del páncreas son causa frecuente de una pancreatitis aguda, eventualmente de pancreatitis obstructiva pero no de pancreatitis crónica (5).

La mortalidad ha disminuido en las últimas décadas, no debido al descubrimiento de nuevos manejos, sino a la mejoría en los cuidados críticos de estos pacientes. La fisiopatología de la PA es poco conocida debido probablemente a la inaccesibilidad del tejido pancreático, particularmente en los estadios tempranos de la enfermedad, la falta de un modelo animal, inducido por las condiciones etiológicas más comunes como son La litiasis y el consumo excesivo de alcohol. El diagnóstico de la PA se fundamenta en la anamnesis, examen físico y pruebas bioquímicas que evidencian el perfil sérico alterado de estas, también se apoya en la ayuda de algunas pruebas diagnósticas de Imagenología, de allí la importancia de conocer la clínica fisiopatología y las alteraciones que se presentan para dar un diagnóstico efectivo y preciso sobre esta patología. (6)

El diagnóstico de pancreatitis aguda leve o grave tiene gran implicación pronóstica y terapéutica, pero hasta la fecha ningún método aislado ha demostrado suficiente eficacia con éste fin. La combinación de criterios objetivos, clínicos y de laboratorio conjuntamente con la estratificación por tomografía axial computarizada de abdomen, constituyen la mejor aproximación.

La pancreatitis aguda es una enfermedad con aumento en su incidencia, que se asocia con mortalidad elevada de los casos graves, y que implica elevación de los costos hospitalarios, incluso tratándose de casos leves. El desarrollo de múltiples sistemas de predicción de su gravedad ha permitido identificar tempranamente sus complicaciones y esto ha reducido la mortalidad asociada. Sin embargo, su tratamiento poco se ha modificado en las últimas décadas, a pesar de la enorme investigación en el área y el desarrollo de medicamentos para disminuir la respuesta inflamatoria asociada. En la actualidad no existe consenso en varios aspectos del tratamiento, como la profilaxis antibiótica. En este artículo se revisan las generalidades de la pancreatitis aguda, se incluyen los sistemas de valoración y predicción de su severidad, y se hace una revisión imparcial del tratamiento médico y quirúrgico. (2)

El presente trabajo de investigación describió las características epidemiológicas, clínicas, terapéuticas, y complicaciones de los pacientes con pancreatitis aguda, hospitalizados en el Servicio de Cirugía General del Hospital Central de Maracay, entre el período de Julio del 2009 a Julio de 2010, con el objeto de determinar las características clínico epidemiológicas de los pacientes hospitalizados con diagnóstico de Pancreatitis aguda , Se determinó la frecuencia de las mismas, Describiendo las características clínicas de presentación más frecuentes de la pancreatitis aguda. Además describiendo las características epidemiológicas más frecuente (sexo edad).Identificando los antecedentes patológicos más frecuencia presentan los pacientes con diagnóstico de pancreatitis aguda. Se preciso la terapia antimicrobiana más utilizada según la gravedad del cuadro clínico, con la finalidad de aportar información útil sobre nuestra realidad, ya que la mayor parte de datos sobre la epidemiología y características de los pacientes provienen de otros países. Aunque no hay razones para suponer que el comportamiento de la enfermedad sea diferente, sin duda resultó de gran utilidad disponer de información descriptiva sobre la pancreatitis aguda en nuestra población y con cuyos resultados se pueden apoyar investigaciones posteriores.

### **Materiales y Metodología**

Se realizó un estudio de tipo observacional, ya que no hay intervención por parte del investigador, y éste se limitó a medir las variables que define en el estudio; de campo, descriptivo y retrospectivo, en vista que fue un estudio en el tiempo que se diseñó y comenzó a realizarse en el pasado, pero los datos se analizaron transcurrido un determinado tiempo, en el futuro; transversal, ya que se desarrollaron en un "momento" concreto del tiempo, donde se incluyeron a todos los pacientes con diagnóstico de ingreso de hemorragia digestiva superior.



La muestra en estudio compendio a todos los pacientes con diagnóstico de pancreatitis aguda que ingresaron por cirugía general en el área de emergencias del Hospital Central de Maracay en el período comprendido de Julio 2009 a Julio 2010.

Cada paciente fue inicialmente evaluado en el área de emergencias del hospital, donde se confirmó desde el punto de vista clínico y paraclínico el diagnóstico de pancreatitis aguda.

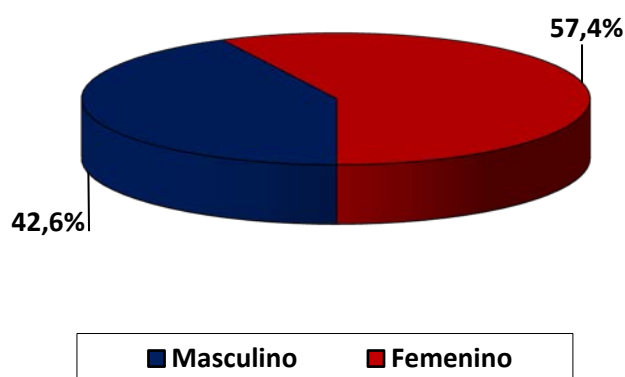
Con la información consignada en la ficha de recolección de datos de los pacientes considerados en el estudio se elaboró una base de datos, para lo cual se utilizó el paquete estadístico SPSS para Windows versión 18.0 en español. Los resultados se presentan mediante tablas y gráficos de barras y pastel según sea el caso, para lo cual se utilizó el paquete de Microsoft Excel 2010.

Se realizó el análisis descriptivo mediante medidas de tendencia central y dispersión para indicadores cuantitativos y distribución de frecuencias para los cualitativos. Con los datos estadísticos obtenidos en la tabulación y procesamiento de la información, se procedió al análisis de los mismos de acuerdo a los objetivos planteados y a partir de los cuales se realizó la interpretación, discusión y formulación de conclusiones y recomendaciones.

## Resultados

### Gráfico N° 1

**Distribución de pacientes con pancreatitis aguda de acuerdo a sexo, Servicio de Cirugía General. Hospital Central de Maracay Julio 2009 - Julio 2010.**



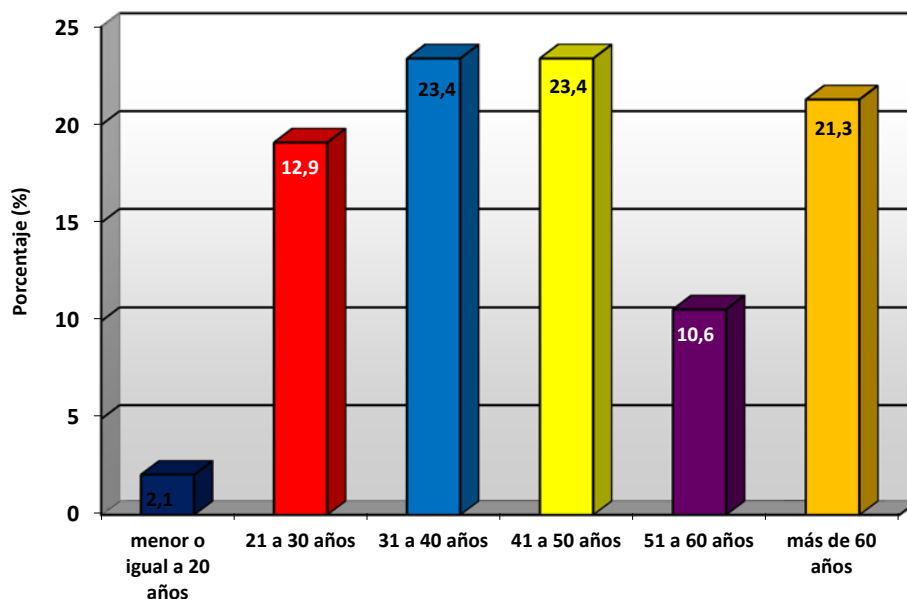
Fuente: Ficha recolectora. Hospital Central de Maracay (2010)

### Interpretación de gráfico N° 1

De un total de 47 pacientes ingresados con diagnóstico de pancreatitis aguda, se evidenció en este gráfico que el 57,4% de los pacientes fueron del sexo femenino, seguidos de un 42,6% del sexo masculino.

## Gráfico N° 2

**Distribución por grupos de edad de los pacientes con pancreatitis aguda. Hospital Central de Maracay, Julio 2009 - Julio 2010.**



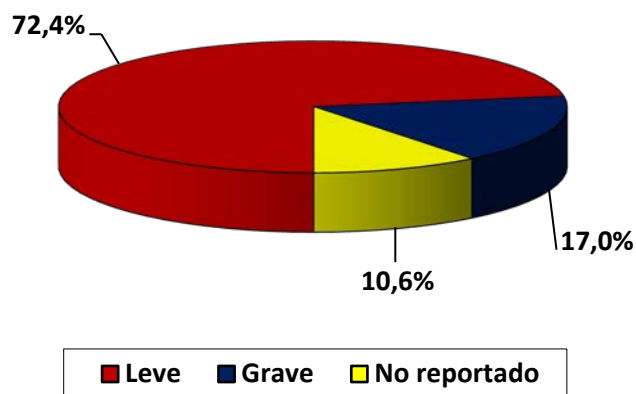
Fuente: Ficha recolectora. Hospital Central de Maracay (2010)

### Interpretación de gráfico N° 2

En este estudio se determinó como edad mínima fue 14 años, edad máxima 86 años y edad media de 44,06 años. Se apreció que el mayor número de pacientes se distribuían en el grupo de 31 a 40 años (23,4%), seguido de los grupos de 41 a 50 años (23,4%) cada uno, reportándose un total de 46,8%.

### Gráfico N° 3

**Distribución de los pacientes con pancreatitis aguda de acuerdo a la severidad de la pancreatitis. Servicio de Cirugía General del Hospital Central de Maracay, Julio 2009 - Julio de 2010.**



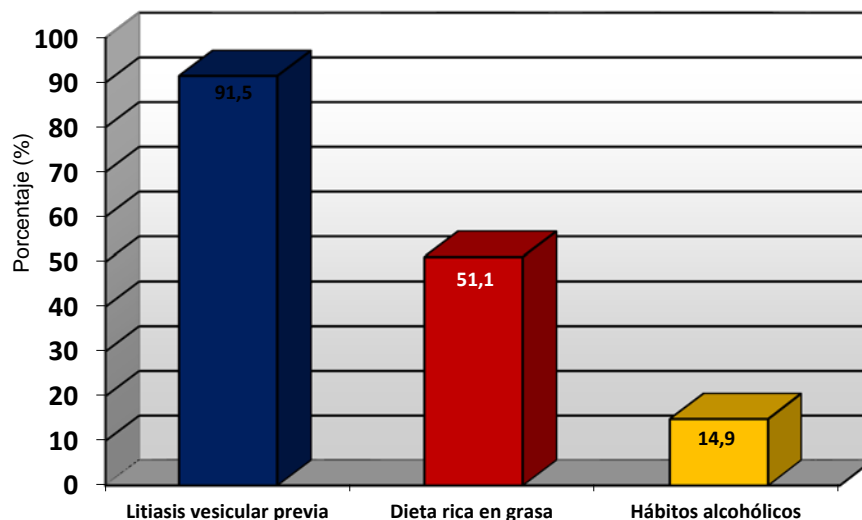
Fuente: Ficha recolectora. Hospital Central de Maracay (2010)

### Interpretación de gráfico N° 3

En este gráfico se pudo observar cómo se distribuyeron los casos de pancreatitis de acuerdo a su severidad en: pancreatitis leve (72,4%), pancreatitis grave (17%) y hubo un pequeño porcentaje (10,6%) de casos en donde se limitó a definir la posible etiología (biliar u alcohólica) y no estratificó al paciente en leve o grave.

### Gráfico N° 4

**Distribución de los pacientes con pancreatitis aguda de acuerdo a los antecedentes previos a ese episodio. Servicio de Cirugía General del Hospital Central de Maracay, Julio 2009 - Julio de 2010.**



Fuente: Ficha recolectora. Hospital Central de Maracay (2010)

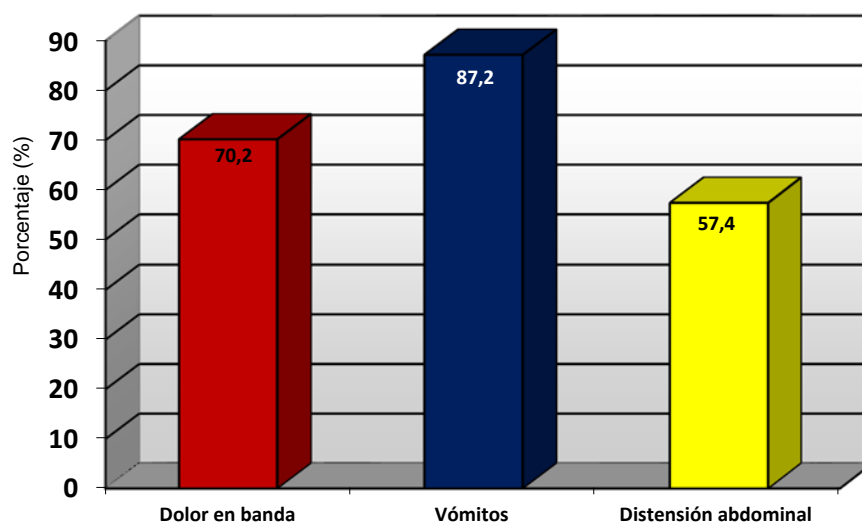
(\*) La sumatoria de los pacientes no fue igual a la muestra estudiada (N=47), en vista que algunos indicadores se presentaron 2 o más veces en un mismo paciente.

### Interpretación de gráfico N° 4

En este cuadro se evidenció dentro de los antecedentes previos al episodio de pancreatitis a la litiasis vesicular previa (91,5%), seguida de la dieta rica en grasa (51,1%) y los hábitos alcohólicos se evidenciaron en un 14,9%.

### Gráfico N° 5

**Distribución de los pacientes con pancreatitis aguda por los síntomas referidos al ingreso. Hospital Central de Maracay, Julio 2009 - Julio 2010.**



Fuente: Ficha recolectora. Hospital Central de Maracay (2010)

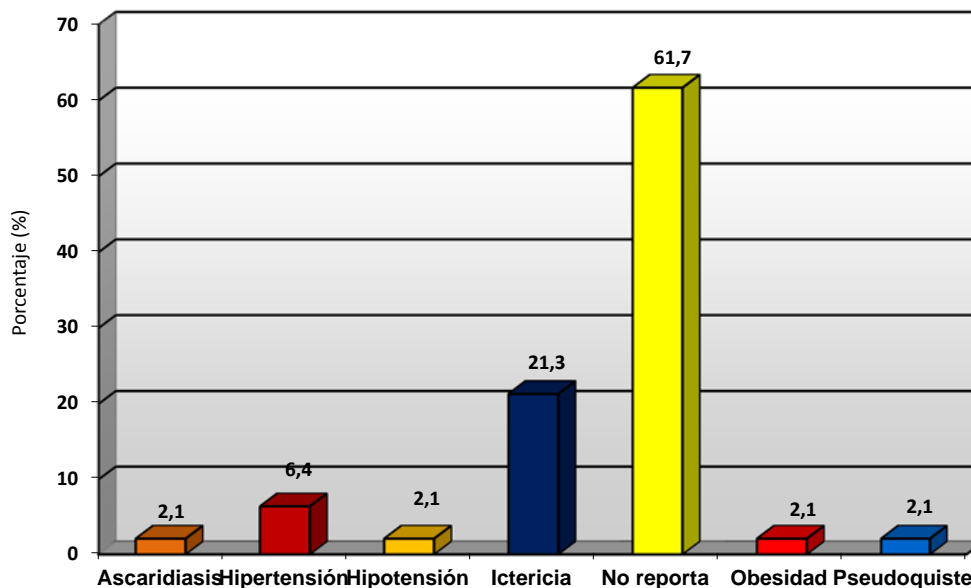
(\*) La sumatoria de los pacientes no fue igual a la muestra estudiada (N=47), en vista que algunos indicadores se presentaron 2 o más veces en un mismo paciente.

### Interpretación de gráfico N° 5

Dentro de los síntomas referidos más frecuentes se encontraron: dolor abdominal en el 100% de los casos evaluados; sin embargo, al evaluar el síntoma de dolor en banda (epigastrio y ambos hipocondrios) se pudo apreciar que este se presentaba en un 70,2%. Los vómitos se presentaron en un 87,2% y la distensión abdominal en un 57,4% de los pacientes.

### Gráfico N° 6

**Distribución de pacientes con pancreatitis aguda de acuerdo a otras condiciones o patologías asociadas. Cirugía General del Hospital Central de Maracay, Julio 2009 - Julio 2010.**



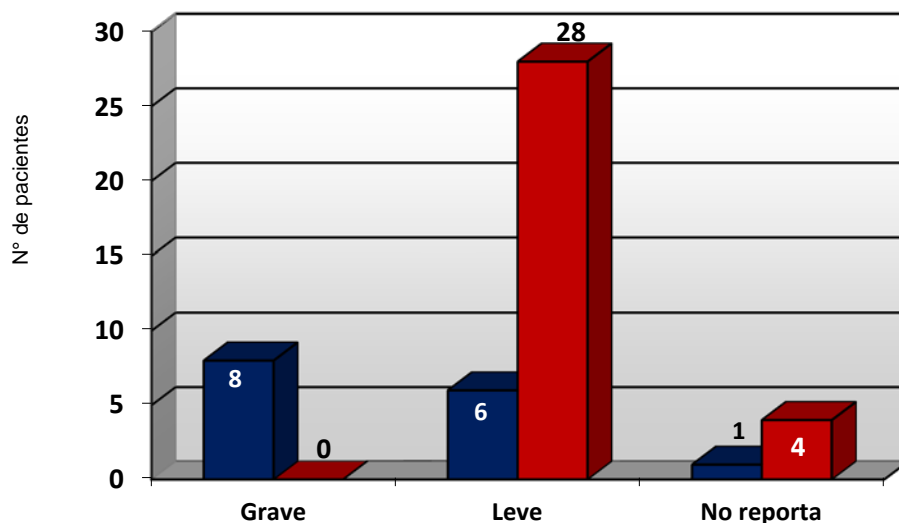
Fuente: Ficha recolectora. Hospital Central de Maracay (2010)

### Interpretación de gráfico N° 6

El 61,7% de los pacientes ingresados solo presentaron como diagnóstico inicial pancreatitis aguda. Dentro de las patologías o condiciones asociadas se pudo encontrar que la ictericia se evidenció en un 21,3% de los casos, seguida de la hipertensión (6,4%) y las otras condiciones como ascaridiasis, obesidad, fueron poco reportadas.

### Gráfico N° 7

**Relación de la severidad de la pancreatitis y uso de antibióticos. Servicio de Cirugía General del Hospital Central de Maracay, Julio 2009 - Julio 2010.**



Fuente: Ficha recolectora. Hospital Central de Maracay (2010)

### Interpretación de gráfico N° 7

En el presente estudio se pudo evidenciar que de los 34 pacientes con pancreatitis leve (72,3%) la mayoría (N=28) no recibieron antibióticos, los 6 restantes recibieron antibioticoterapia de manera no justificada. Todos los casos con diagnóstico de pancreatitis grave recibieron antibióticos en el siguiente orden: imipenem (N=4), cefoperazonasulbactam (N=3) y ciprofloxacina con metronidazol (N=1).

### Discusión



Por su parte Sánchez, en su estudio realizado en el Hospital general de México, del 1 de enero de 1996 al 31 de diciembre del 2000, en una muestra de 104 casos, hallaron una prevalencia de pancreatitis aguda de 3% en pacientes hospitalizados en los servicios de cirugía general, medicina interna, gastroenterología y terapia intensiva.

Cabe mencionar también lo descrito por Rejas (39), en su trabajo realizado en el Hospital D.A.C. de Essalud - Tacna (1999 – 2000) en una muestra de 34 casos, acota que de cada mil personas que se hospitalizaron en dicho hospital, 4 corresponden a pancreatitis aguda.

Con respecto a las características epidemiológicas de nuestra población se encontró que existe predominancia del sexo femenino con el respecto al sexo masculino. Lo hallado coincide con lo que reporta Emmanuel (13) pero difiere a lo encontrado por Sánchez (15) quienes destacan que la pancreatitis se presenta principalmente en el sexo masculino con un 62% (65 casos) y en el sexo femenino con un 38% (39 casos). Así mismo Duran Parra y col(12) en su revisión realizada en el Hospital Docente Clínico Quirúrgico “10 de Octubre” (Cuba), desde enero del 2000 hasta enero del 2006, con una muestra de 78 pacientes, muestran también que la mayoría de pacientes pertenecen al sexo masculino con el 64% (50 casos) mientras que el resto pertenece al sexo femenino con el 36% (28 casos). Según estudio realizado en el hospital Jesús Yerena, Lidice, Caracas Venezuela, difiere de Hernández y colaboradores (20) donde el 78,30% correspondió a los hombres con un total de 83 casos, el 21,70% restante corresponde a mujeres con un total de 39 casos. La literatura revisada al respecto acota que la frecuencia de pancreatitis aguda en ambos sexos es aproximadamente similar, pero varía según la etiología, lo que explicaría en parte estos resultados. En relación a la distribución por edades, se evidencia que el grupo de edad en el que se presenta con mayor frecuencia es de 31 a 50 años, teniendo una media de 44 años; observándose que afecta a una población relativamente joven, lo que coincide con lo reportado por Sánchez (19) quienes acotan que afecta con mayor frecuencia en la 3ª década de la vida. Asimismo Duran (15) en la caracterización epidemiológica de su estudio muestran que afecta más los rangos de edad de 30 a 39 años y el de 40 a

49 años cada una con 18 pacientes que constituye el 23% en cada caso. Por otro lado según lo reportado por Rejas (15), el mayor número de casos se presentó entre la 4 a 6<sup>o</sup> década de la vida (50%). La literatura refleja que ésta es una entidad rara en niños y adultos muy jóvenes y cuando se presenta en éstas edades con mucha frecuencia obedece a la etiología infecciosa (parotiditis en primer lugar) (15).

Cabe mencionar también lo encontrado por Arroyo (5), en su estudio realizado en el Hospital Víctor Lazarte E. de Trujillo – Perú durante el periodo 1<sup>o</sup> de enero del 2004 al 30 de abril del 2007, contando con una muestra de 36 historias clínicas. Dichos autores presentan una media etárea de los pacientes con pancreatitis aguda de  $55 \pm 16,7$  años, lo cual es mayor a la descrita en éste y otro estudios, la razón puede ser que éste estudio se realizó en un área crítica (UCI –UCIN) y no en todo el hospital.

En cuanto al grado de severidad encontramos que 72.4% fue leve, por lo que se asemeja a lo reportado por Hans G. Berger,(20) el cual reportó que el 66% de los pacientes con pancreatitis agudas evolucionan a leve y se acompaña solo de disfunción orgánica mínima.

En cuanto a la etiología (Tabla N° 03), en nuestra revisión se muestra que la etiología predominante fue biliar, lo que coincide con lo reportado por la bibliografía revisada. El consumo de alcohol se presenta en el 14,9% (7 casos), responsabilizándose en forma conjunta con la patología biliar; dicha cifra es mucho menor a la reportada por la literatura (80%) y por Sánchez quienes destacan que el 86% de los casos corresponden a la asociación de las etiología biliar (49%) y alcohólica (37%), además reporta que el post CPRE se presenta en el 2%, hipertrigliceridemia en el 3% y de causa desconocida en el 9%. Así mismo, en nuestro estudio el dosaje de triglicéridos fue realizado sólo a 20 paciente, del cual, el 4,8% (3 casos) presenta hipertrigliceridemia siendo atributo exclusivo del sexo masculino. Pancreatitis aguda post CPRE se consigna como 0,0% debido a que éste procedimiento no se consigna en las historias clínicas revisadas.

En éste caso la microlitiasis biliar oculta, puede ser causa de las dos terceras partes de pancreatitis aguda idiopática y el resto se debería a otras causas funcionales o anatómicas (26).

Por otro lado Arroyo Sánchez y col. acota que la etiología predominante fue biliar en el 72,2%, causa desconocida en el 13,9%, asociada a hipertrigliceridemia en el 5,6% y alcohólica, post quirúrgico y post CPRE en 1 caso cada uno (2,8%). Con respecto al cuadro clínico, se observó que los pacientes presentaron como síntoma inicial, dolor abdominal en el 100% de los casos (n =47), seguido de náuseas y vómitos; seguido de distensión abdominal e ictericia. Nuestros hallazgos coincide con la bibliografía revisada ya que Arroyo Sánchez y col (5) informa que el 100% (36 casos) de los pacientes tuvo dolor abdominal, con 94,4%(34 casos) asociado a náuseas y vómitos, la ictericia en el 36,1% (13 casos), distensión abdominal en el 27,7% (10 casos) y resistencia peritoneal en el 11,1%(4 casos). Por su parte Duran Parra y col. (15) encontraron que el dolor abdominal estuvo presente en el 97% (76 casos) con predominio de los vómitos como síntoma subjetivo con el 64% (50 casos); en cuanto a síntomas generales predominan aquellos que denotan deshidratación en menor o mayor cuantía tales como oliguria, taquicardia y mucosas secas. No se suscitaron casos de pacientes con el signo de Cullen o Grey Turner en nuestra serie, algo que se reporta con menor frecuencia en otros estudios.

En relación a los antecedentes patológicos, se encontró que la mayoría de la bibliografía revisada no hace referencia a éste aspecto, excepto Vizcaíno (52), en su revisión efectuada en el Hospital José Ramón Vidal de la ciudad de Corrientes – Argentina, desde el 31 de agosto de 1998 al 31 de enero del 2002, con 29 pacientes portadores de pancreatitis, reportan como antecedentes de importancia a la diabetes tipo II con un 13,79% (4 casos), historia de intolerancia a colecistoquinéticos con un

58,62% (17 casos), alcoholismo en un 37,93% (11 casos), litiasis vesicular en un 3,44% (1 caso), pancreatitis aguda previa con un 6,89% (2 casos), cirugía de vía biliar principal en un 3,44% (1 caso). Lo que difiere en algunos aspectos a lo hallado en nuestro estudio donde se aprecia una preponderancia de la litiasis vesicular documentada previo al episodio de pancreatitis.

La ecografía es un examen de gran utilidad en el diagnóstico de la pancreatitis aguda por las siguientes características: bajo costo, demuestran patologías asociadas como litiasis biliar. Sin embargo, tiene algunas desventajas como la mala visualización del páncreas en pacientes muy obesos, con gran distensión abdominal por íleo paralítico. La tomografía axial computarizada (TAC) dinámica actualmente constituye el "goldstandard" para evaluar las complicaciones locales de una pancreatitis aguda, fundamentalmente la necrosis glandular y su extensión. La sensibilidad y especificidad de la TAC dinámica para diagnosticar una pancreatitis aguda es del 80% y 98% respectivamente; detecta la necrosis pancreática y la infección con una sensibilidad del 50 al 100% y del 20 al 50% respectivamente.

En relación a la antibioticoterapia indicada en el servicio de cirugía de nuestro hospital, se observó que los antibióticos más utilizados en orden de frecuencia: imipenem, cefoperazonasulbactam y ciprofloxacina. Al contrario de lo reportado por la Dra. Bordón (9) en su estudio realizado en el Hospital Escuela "Gral. José Francisco de San Martín", ciudad de Corrientes – Argentina, desde enero de 1993 hasta diciembre del 2003, con una muestra de 61 casos. Del total de casos analizados, 22 recibieron antibióticoprofilaxis (36,6%) y el resto no (63,94%). Los antibióticos y sus combinaciones fueron: ampicilina – gentamicina- amikacina, cefalotina - gentamicina, ampicilina - gentamicina, ampicilina – sulbactam, cefalotina –gentamicina, cefalotina - amikacina – ciprofloxacino, ciprofloxacino –metronidazol.

Al respecto, existen corrientes en cuanto a la indicación de antibióticoprofilaxis en la pancreatitis aguda. Ensayos prospectivos aleatorizados han demostrado que su uso no resulta beneficioso en la pancreatitis leve o moderada. Así, la profilaxis antibiótica debe ser indicada solamente a los pacientes con PAG que presenten colecciones líquidas agudas o necrosis pancreática. Este se debe iniciar cuando tengamos evidencia ecográfica o tomográfica de colecciones o necrosis peri o intrapancreática, por un periodo de 7 a 14 días. Aún en éste aspecto existe controversias con respecto al porcentaje que debe existir para comenzar la profilaxis antibiótico, ya que el riesgo de necrosis infecta y de infección del tejido peripancreático es bajo cuando la necrosis es menor del 30%; entonces, la profilaxis antibiótica sólo debe prescribirse a pacientes con pruebas tomográficas de necrosis mayor al 30% del páncreas (12).

Por otro lado, en nuestro trabajo se observó que los esquemas de antibióticos que con mayor frecuencia se indican concuerdan con los antibióticos que tienen buena penetrancia en páncreas y tejidos necróticos (carbapenems, cefalosporinas de tercera generación, quinolonas, metronidazol). Así mismo se necesitan estudios adicionales para confirmar o descarta los beneficios de la profilaxis antibiótica, los criterios de administración, logrando de ésta forma racionalizar la utilización de antibióticos para evitar consecuencias desfavorables como la inducción de la resistencia bacteriana y sepsis fúngica.

Con respecto a las complicaciones encontradas en estos pacientes, se identificó a 7 pacientes que presentaron complicaciones, lo que constituye el 11,3% de total de casos. Estos estuvieron distribuidos como sigue: complicaciones pulmonares (efusión pleural, derrame pleural, atelectasia); además se presentó un caso de pseudoquiste pancreático. Así mismo no se reportó complicaciones de tipo cardiovascular, renal, ni absceso pancreático. Por su parte Rejas (39) encontró que el 29,41% de los pacientes presentó complicaciones entre los que se destacan: respiratorias en el 20,59%, necrosis pancreática en el 5,88% y complicaciones de tipo renal en el 2,94% (32).

Sánchez en su trabajo muestran que entre las complicaciones agudas, se presentan: necrosis pancreática en el 53% y falla orgánica en el 25% y como tardías: pseudoquiste en el 18% y absceso pancreático en el 21%.

## **Conclusiones y recomendaciones**

En el presente estudio se pudo concluir:

La frecuencia de la pancreatitis aguda en servicio de cirugía general es alta. Se presenta mayormente en el sexo femenino y más frecuentemente en el grupo de edad de 30 a 50 años. El promedio de edad de los pacientes con pancreatitis aguda es de 44 años. Siendo más frecuente de la pancreatitis aguda de origen biliar. El 100% de los pacientes presentaron dolor abdominal como síntoma inicial de la pancreatitis aguda. El antecedente litiasis vesicular o cólico biliar se presentó en casi la totalidad de los pacientes, además de casos que se les había practicado colecistectomía. La antibioticoterapia empírica fue indicada en la totalidad de los casos de pancreatitis grave, y en algunos de pancreatitis leve, no justificado en la historia médica, siendo los antibióticos imipenem, cefoperazonasulbactam y ciprofloxacina asociado a metronidazol. El 80% de los pacientes tuvieron una evolución clínica favorable y fueron dados de alta.

Hay que diseñar un protocolo para el diagnóstico manejo y tratamiento de pacientes con pancreatitis aguda, así como de sistemas de evaluación de pronóstico que nos permita una estadificación precoz de los pacientes, que optimice el tratamiento y evolución de los mismos. Promover el trabajo en equipo que involucre a especialidades como, cirugía, gastroenterología, medicina interna y el servicio de nutrición, entre otros, para un manejo integral del paciente ya que es una patología multifactorial y potencialmente letal. Estando siempre el paciente a cargo de cirugía. Siendo nuestra institución un hospital de referencia, debería de disponer de exámenes de laboratorio y/o procedimientos (lipasa, CPRE, ecoendoscopia, coledoscopia y dos torres más de laparoscopia) para el

diagnóstico, tratamiento y manejo de los pacientes que a su vez pudieran mejorar la identificación de la etiología y severidad de la enfermedad.

Por ende se recomienda fomentar dentro del personal médico la responsabilidad de realizar las anotaciones pertinentes de la evolución del caso a fin de llevar un registro idóneo y preciso de la evolución del tratamiento indicado.

Reestructuración y sistematización activa del archivo central.

Orientar al personal de registros y estadísticas de salud, sobre la necesidad del ordenamiento de las historias clínicas para mejor manejo de la información contentiva en las mismas.

## Referencias bibliográficas

1. Álvarez M. Tesis Doctoral: Análisis del compromiso del sistema Inmune en la Pancreatitis Aguda, Universidad de Alcalá, España 2006.
2. Ledezma y Arias (2009). Pancreatitis aguda. *Med Int Mex* 2009; 25(4):285-94. Libro en Línea. Disponible en formato PDF.
3. Quintero y Cols (2008). Pancreatitis aguda manejo: ¿Cirugía o No?. Escuela de Medicina Universidad de Sonora Hermosillo, Sonora, Mexico. Disponible en Formato PDF
4. O. Relly.D.A. Kimgsnomh.A. Briel history of pancreatitis.J.R. *Soc.Med.* 2001;94.130-132.
5. Berger (2008). Pancreatitis Crónica. Universidad de Zaragoza. España. Disponible en Formato PDF
6. Salvador y Cols (2008).Pancreatitis aguda Guías Clínicas. Unidad de Medicina Interna. Unidad de Corta Estancia Médica. C.H.U."Juan Canalejo".SERGAS- A Coruña- España. Disponible en formato PDF
7. Berger y Isemamn (1990). Tratamiento quirúrgico de la pancreatitis necrosante. Departamento de cirugía. Hospital Universitario de Ulm. Universidad de Ulm Alemania.
8. Andoh A, Hata K, Shimada M, Fujino S, Tasaki K., Bamba S. y col. Inhibitory effects of somatostatin on tumor necrosis factor-alpha-induced interleukin-6 secretion in human pancreatic periacinar myofibroblasts. *International Journal of Molecular Medicine* 2002; 10: 89-93.
9. Sánchez, M. (2004). Pancreatitis Aguda. *Revista de Medicina Interna y Medicina Crítica.* volumen 1 número 1. Libro en Linea. Disponible en formato PDF.
10. Arroyo AS, García J, Aguirre R. Pancreatitis Aguda en la Unidad de Cuidados Intensivos e Intermedios: revisión y evolución de 36 casos. Trujillo, Perú, *Revista de Gastroenterología del Perú*; 2008; Vol. 28 N° 2 Pág. 133 - 139.



11. Hernández L, Benotto J, Peñaloza A, Palomino M, Sanchez R. Pancreatitis aguda. Experiencia en el hospital Jesús Yerena, Lidice. Rev Venezolana de cirugía, vzla. 2006 59(4): 154-161.
12. Barreda L, Targarona J., Rodriguez, C. Protocolo para el manejo de la pancreatitis aguda grave con necrosis. Revista de Gastroenterología del Perú. 2005; Vol. 25 Pág. 168 -175.
13. Wyncoll D.I. The management of severe acute necrotizing pancreatitis: an evidence-based review of the literature intensive care med. 1999;25:146-156.
14. Balthazar E.I.U. Acute pancreatitis assessment of severity with clinical and C.T. Evolution Radiology 2002;225.(3).603-13.
15. Gloor B, Uhl W, Muler C, A Buchler M.W. The role of surgery in the management of acute pancreatitis. Can J Gastroenterol 2000 Nov.14. Suppl D. 136-140.
16. Emanuel J, Timoniuk C, Vallejos L. Incidencia de Pancreatitis en el Servicio de Cirugía del Hospital "Dr. Julio C. Perrando", de Resistencia- Chaco Argentina. Revista de posgrado de la VI Cátedra de Medicina, N° 182; 2007.
17. Bordon, kB, Gomez M, Varisco P. Frecuencia de antibióticoprofilaxis en el tratamiento inicial de la pancreatitis aguda asociada a la enfermedad biliar. Revista de Posgrado de la VI Cátedra de Medicina. N° 181- 2008
18. Bassi C, Butturini G, Falconi M, Salia R, Frigerio I, Pederzoli P. Outcome of open necrosectomy in acute pancreatitis Pancreatology 2003; 3(2) 128-32
19. Benjamin R, Catan A, Gerard A, Gonzales W. Métodos Diagnósticos en la Pancreatitis Aguda, Revista de Posgrado de la VI Cátedra de Medicina N° 158 - 2006. Pág. 13 - 17.