



**UNIVERSIDAD DE CUENCA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
ESCUELA DE MEDICINA**

**“PREVALENCIA Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA PANCREATITIS  
AGUDA EN EL HOSPITAL “VICENTE CORRAL MOSCOSO”, DURANTE EL  
PERIODO 2007-2011. CUENCA”**

**TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL  
TÍTULO DE MÉDICO Y MÉDICA**

**AUTORES: GLADYS PATRICIA NIVelo VERA  
LUIS MIGUEL OJEDA GUERRERO  
TANIA KATHERINE ORELLANA ACURIO**

**DIRECTO: DR. JAIME RODRIGO MORALES SANMARTÍN**

**ASESOR: DR. JAIME RODRIGO MORALES SANMARTÍN**

**CUENCA – ECUADOR  
2013**



## RESUMEN

**Introducción:** la pancreatitis aguda (PA) es una enfermedad inflamatoria, originada por la activación, liberación intersticial y auto digestión de la glándula por sus propias enzimas. Caracterizada por náusea, vómito, dolor y distensión abdominal; siendo su causa más frecuente litiasis biliar, predominando en el sexo femenino.<sup>(1)</sup>

**Objetivo:** determinar la prevalencia y características clínicas de la pancreatitis aguda en pacientes que acudieron al Hospital “Vicente Corral Moscoso” durante el periodo 2007-2011.

**Metodología:** es un estudio descriptivo retrospectivo, llevado a cabo con la revisión de las historias clínicas de pacientes diagnosticados de pancreatitis aguda en los servicios de medicina interna, emergencia y cirugía del Hospital “Vicente Corral Moscoso” de la ciudad de Cuenca, durante el periodo 2007-2011.

**Resultados:** entre enero 2007 – diciembre 2011, se detectaron 407 pacientes diagnosticados de pancreatitis aguda, dando una tasa de prevalencia de 9,6 casos por cada 10000 egresos hospitalarios, con una media de edad de 43,58 años, una desviación estándar de 15,81 años; el grupo de edad de mayor frecuencia fue el de 25-34 años 24,8%; sexo más afectado fue el femenino 64,9%; etiología 55,8% fue la biliar; el dolor abdominal presentó el 96,8%; la principal complicación sistémica insuficiencia renal 2,9% y la local obstrucción de vía biliar 5,9%; el 44% de los afectados permaneció hospitalizada entre 4-6 días, la letalidad por esta patología fue de 0,5%.

**Conclusiones:** la prevalencia de pancreatitis aguda en los pacientes fue de 9,6 casos por cada 10000 egresos, con una letalidad del 0.5%

**PALABRAS CLAVE:** PANCREATITIS/ETIOLOGÍA, PREVALENCIA, SIGNOS Y SÍNTOMAS, LETALIDAD, REGISTROS MEDICOS/ESTADISTICA Y DATOS NUMERICOS, PANCREATITIS/COMPLICACIONES, HOSPITAL “VICENTE CORRAL MOSCOSO”.



## ABSTRACT

**Introduction:** acute pancreatitis (AP) is an inflammatory disease caused by the activation, release and self-interstitial gland digestion by its own enzymes. Characterized by nausea, vomiting, abdominal pain and bloating, being the most common cause gallstones, predominantly in females. (1)

**Objective:** To determine the prevalence and clinical features of acute pancreatitis in patients attending the Hospital "Vicente Corral Moscoso" during the period 2007-2011.

**Methodology:** A retrospective descriptive study, conducted by reviewing the medical records of patients diagnosed with acute pancreatitis in internal medicine, emergency surgery Hospital "Vicente Corral Moscoso" in the city of Cuenca, during the period 2007-2011.

**Results:** Between January 2007 - December 2011, 407 patients were detected diagnosed with acute pancreatitis, giving a prevalence rate of 9.6 cases per 10,000 hospital discharges with a mean age of 43.58 years, standard deviation 15 , 81 years old, the age group most frequently aged 25-34 was 24.8%, sex affected was 64.9% female, 55.8% aetiology was biliary presented abdominal pain 96.8%, the major systemic complication renal failure 2.9% and Local biliary obstruction 5.9%, 44% of patients remained hospitalized between 4-6 days, the mortality from this disease was 0.5% .

**Conclusions:** The prevalence of acute pancreatitis in patients was 9.6 cases per 10,000 discharges, with a fatality rate of 0.5%.

**KEYWORDS:** PANCREATITIS / ETIOLOGY, PREVALENCE, SIGNS AND SYMPTOMS, FATALITY, MEDICAL RECORDS / STATISTICS & NUMERICAL DATA, PANCREATITIS / COMPLICATIONS, HOSPITAL "VICENTE CORRAL MOSCOSO".

**ÍNDICE DE CONTENIDOS**

<b>Contenido</b>	<b>Página</b>
RESUMEN .....	2
ABSTRACT .....	3
1. INTRODUCCIÓN .....	18
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	20
3. JUSTIFICACIÓN .....	22
4. MARCO TEÓRICO.....	24
4.1 Definición .....	24
4.3 Etiología .....	25
4.4 Evaluación diagnóstica .....	27
4.4.1 Signos y síntomas.....	27
4.4.2 Pruebas complementarias .....	30
4.5 Pronóstico .....	33
4.6 Factores asociados .....	35
4.7 Complicaciones.....	37
4.8 Tratamiento.....	38
5. OBJETIVOS .....	41
5.1 Objetivo general.....	41
5.2 Objetivos específicos .....	41
6. METODOLOGÍA.....	42
6.1 Tipo de estudio.....	42
6.2 Universo.....	42
6.3 Criterios de inclusión.....	42
6.4 Criterios de exclusión.....	42
6.5 Operacionalización de variables .....	42
6.6 Métodos, técnicas e instrumentos.....	43
6.7 Implicaciones éticas .....	43
7. PLAN DE ANÁLISIS.....	43
8. RESULTADOS .....	44
9. DISCUSIÓN .....	58
10. CONCLUSIONES.....	64



11. RECOMENDACIONES .....	65
12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	66
13. ANEXOS .....	71



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Fundada en 1867

Yo, GLADYS PATRICIA NIVEL VERA, autor de la tesis "PREVALENCIA Y CARACTERISTICAS CLINICAS DE LA PANCREATITIS AGUDA EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO DURANTE EL PERIODO 2007-2011 CUENCA", reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Médico y Médica. El uso que la Universidad de Cuenca hiciera de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autor.

Cuenca, 24 julio de 2013

GLADYS PATRICIA NIVEL VERA  
1400467369

*Cuenca Patrimonio Cultural de la Humanidad. Resolución de la UNESCO del 1 de diciembre de 1999*

Av. 12 de Abril, Ciudadela Universitaria, Teléfono: 405 1000, Ext.: 1311, 1312, 1316

e-mail cdjv@ucuenca.edu.ec casilla No. 1103

Cuenca - Ecuador



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Fundada en 1867

Yo, TANIA KATHERINE ORELLANA ACURIO, autor de la tesis "**PREVALENCIA Y CARACTERISTICAS CLINICAS DE LA PANCREATITIS AGUDA EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO DURANTE EL PERIODO 2007-2011 CUENCA**", reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Médico y Médica. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autor.

Cuenca, 24 julio de 2013

TANIA KATHERINE ORELLANA ACURIO  
1103021695

---

*Cuenca Patrimonio Cultural de la Humanidad. Resolución de la UNESCO del 1 de diciembre de 1999*

Av. 12 de Abril, Ciudadela Universitaria, Teléfono: 405 1000, Ext.: 1311, 1312, 1316

e-mail [cdjbv@ucuenca.edu.ec](mailto:cdjbv@ucuenca.edu.ec) casilla No. 1103

Cuenca - Ecuador



UNIVERSIDAD DE CUENCA  
Fundada en 1867

Yo, LUIS MIGUEL OJEDA GUERRERO, autor de la tesis "PREVALENCIA Y CARACTERISTICAS CLINICAS DE LA PANCREATITIS AGUDA EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO DURANTE EL PERIODO 2007-2011 CUENCA", reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Médico y Médica. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autor.

Cuenca, 24 julio de 2013

  
LUIS MIGUEL OJEDA GUERRERO  
0704250976





UNIVERSIDAD DE CUENCA

Fundada en 1867

Yo, GLADYS PATRICIA NIVEL VERA, autor de la tesis "PREVALENCIA Y CARACTERISTICAS CLINICAS DE LA PANCREATITIS AGUDA EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO DURANTE EL PERIODO 2007-2011 CUENCA", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor/a.

Cuenca, 24 julio de 2013

GLADYS PATRICIA NIVEL VERA  
1400467369

---

*Cuenca Patrimonio Cultural de la Humanidad. Resolución de la UNESCO del 1 de diciembre de 1999*

Av. 12 de Abril, Ciudadela Universitaria, Teléfono: 405 1000, Ext.: 1311, 1312, 1316

e-mail cdjbv@ucuenca.edu.ec casilla No. 1103

Cuenca - Ecuador



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Fundada en 1867

Yo, LUIS MIGUEL OJEDA GUERRERO, autor de la tesis "PREVALENCIA Y CARACTERISTICAS CLINICAS DE LA PANCREATITIS AGUDA EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO DURANTE EL PERIODO 2007-2011 CUENCA", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor/a.

Cuenca, 24 julio de 2013

LUIS MIGUEL OJEDA GUERRERO  
0704250976

---

*Cuenca Patrimonio Cultural de la Humanidad. Resolución de la UNESCO del 1 de diciembre de 1999*

Av. 12 de Abril, Ciudadela Universitaria, Teléfono: 405 1000, Ext.: 1311, 1312, 1316

e-mail cdjbv@ucuenca.edu.ec casilla No. 1103

Cuenca - Ecuador



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Fundada en 1867

Yo, TANIA KATHERINE ORELLANA ACURIO, autor de la tesis "**PREVALENCIA Y CARACTERISTICAS CLINICAS DE LA PANCREATITIS AGUDA EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO DURANTE EL PERIODO 2007-2011 CUENCA**", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor/a.

Cuenca, 24 julio de 2013

TANIA KATHERINE ORELLANA ACURIO  
1103021695

*Cuenca Patrimonio Cultural de la Humanidad. Resolución de la UNESCO del 1 de diciembre de 1999*

Av. 12 de Abril, Ciudadela Universitaria, Teléfono: 405 1000, Ext.: 1311, 1312, 1316  
e-mail [cdjbv@ucuenca.edu.ec](mailto:cdjbv@ucuenca.edu.ec) casilla No. 1103

Cuenca - Ecuador



## DEDICATORIA

Este proyecto está dedicada a mis padres, pilares fundamentales en mi vida, ya que siempre estuvieron impulsándome en los momentos más difíciles de mi carrera, y porque el orgullo que sienten por mí, fue lo que me hizo ir hasta el final. Su tenacidad y lucha insaciable, han hecho de ellos el gran ejemplo a seguir y destacar, no solo para mí, sino para mis hermanos y familia.

Patricia



## DEDICATORIA

Esta tesis, dedico a mis padres, quienes con su amor, apoyo, comprensión y sacrificio, han fomentado en mí el deseo de superación y el anhelo de triunfo en la vida. A mis hermanos, quienes siempre han sabido levantarme, darme palabras de aliento para salir adelante y no sentirme derrotado; a mi hermanita, quién aunque no esté conmigo, sé que desde el cielo me cuidada y guía cada paso que doy.

Luis



## DEDICATORIA

Quizás no resulte la parte más leída de este trabajo, pero sin duda resultará ser el rincón donde hable mi corazón. A mis papis, por su amor su paciencia y su apoyo incondicional. Por enseñarme que la vida no concierne cuanto perdura esta, sino lo trascendental que podemos hacer de ella. A mi hermanito por haber sido padre y madre durante mis años universitarios. Les amo familia.

Katherine



## AGRADECIMIENTO

A Dios por ser mi creador, el amigo que nunca falla y la luz que guía mi camino. A mis padres, quienes a lo largo de mi vida, han velado por mi bienestar y educación, siendo mi apoyo en todo momento. Depositando su entera confianza en cada reto que se me presentaba, sin dudar ni un solo momento, en mi inteligencia y capacidad. Es por ellos que soy, lo que soy ahora.

Patricia



## **AGRADECIMIENTO**

A Dios por ser mi padre, confidente y regalarme cada maravilloso día para cumplir todas mis metas. A todas aquellas personas, en especial mi familia, que ha sido parte de mi historia y que disfrutan cada logro alcanzado. Y los catedráticos de nuestra prestigiosa universidad, por quienes he llegado a obtener los conocimientos necesarios para desarrollar la tesis de manera adecuada.

Luis





## AGRADECIMIENTO

A cada una de las personas que han sido partícipes de esta larga travesía, por miedo a que mi memoria me falle no citarse nombres; más sin embargo, saben que cada uno de ustedes está en mi corazón y en mis mejores recuerdos. Gracias por haber sido, ser y seguir siendo parte de esta historia. Gracias infinitas

Katherine



## 1. INTRODUCCIÓN

La pancreatitis aguda (PA) es una enfermedad inflamatoria, originada por la activación, liberación intersticial y autodigestión de la glándula por sus propias enzimas <sup>(1)</sup>. Es una enfermedad potencialmente mortal frecuente que no cuenta con un tratamiento conocido <sup>(2)</sup>

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. <sup>(3)</sup>

Las causas de pancreatitis aguda son variables, sin embargo se han identificado las más importantes: la litiasis biliar y el alcoholismo.

Las manifestaciones clínicas de la pancreatitis son variadas, sin embargo debe pensarse en el diagnóstico de PA en todo adulto con antecedentes de: alcoholismo, litiasis biliar, trasgresión dietética, hipertrigliceridemia, trauma cerrado de abdomen, tratamiento con: ácido valproico, azatioprina, tiacidas, sulfas, rofecoxib, entre otros tumor pancreático, parotiditis. <sup>(4)</sup>

Habitualmente el paciente se presenta con dolor abdominal intenso, prolongado, localizado en el hemiabdomen superior, con náuseas y vómitos. La existencia de signos como el estado de choque, íleo, dolor dorsal, etc. cuando están presentes, ayudan al planteamiento diagnóstico, pero su baja sensibilidad hace que no deban ser exigidos para sospechar la presencia de PA. Debe señalarse que sólo un 3 a 7 % de los casos con litiasis biliar, aproximadamente el 10 % de los alcohólicos y unos pocos casos con hipocalcemia desarrollan la enfermedad. <sup>(4)</sup>

Por lo tanto determinar las características que la pancreatitis aguda ha presentado en el Hospital Vicente Corral Moscoso durante los últimos 4 años



es de vital importancia, eso proveerá de datos actualizados sobre la temática y se obtendrán datos de nuestra población.



## 2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La incidencia de esta enfermedad es difícil de determinar, ya que gran cantidad de pacientes con pancreatitis no consultan y, además, porque los criterios diagnósticos y los reportes varían de un país a otro, así como de una institución a otra. <sup>(5)</sup>

En un estudio realizado en México, por Sánchez-Lozada y colaboradores en un periodo de 5 años, en 104 pacientes se encontró que la prevalencia de pancreatitis aguda entre la población hospitalaria es de 3%, siendo 62% hombres, con edad promedio de 37 años. <sup>(6)</sup>

La causa más común es por alcoholismo en hombres, y por litiasis vesicular en mujeres. En un paciente joven se deben sospechar causas hereditarias, infecciones o traumatismo. Sólo 10 a 20% de los casos es idiopática. En México 49% de las pancreatitis agudas son de etiología biliar y 37% son alcohólicas. La pancreatitis por medicamentos es rara (1.4-2%); los medicamentos clase I tienen más de 20 reportes de casos publicados, los medicamentos de clase II tienen menos de 20 reportes publicados. <sup>(7)</sup> En nuestro país, como en los otros países latinoamericanos y Europa, la pancreatitis está asociada, en la mayoría de los casos, a enfermedad biliar con cálculos. <sup>(8)</sup>

El diagnóstico de la PA debe mantener el arte y precisión que todo médico debe poseer al momento de analizar un cuadro de abdomen agudo; es verdad que los síntomas y signos en los pacientes con cuadros de PA son, en la mayoría de los casos, similares en todos los pacientes; sin embargo, hay que recordar que la variabilidad de las presentaciones clínicas de esta patología pueden variar de paciente a paciente. Analizar estas presentaciones clínicas en nuestra población local es importante.

En el estudio de Sánchez-Lozada; en relación al diagnóstico de pancreatitis se encontró que en 74% de los pacientes, el diagnóstico se realizó correctamente



al ingreso; en base al interrogatorio y exploración física. Esta certeza diagnóstica fue igual en sensibilidad a la determinación de lipasa sérica y superó a la cuantificación de amilasa. La confiabilidad de los datos clínicos para diagnosticar la pancreatitis aguda, ya había sido reportada previamente e incluso mencionada como útil en la evaluación de la severidad de la enfermedad.<sup>(6)</sup> Esto nos lleva a proponer que se revalúe el papel de los datos clínicos para diagnosticar la pancreatitis aguda; como también se encontró que los síntomas más comunes son: dolor abdominal, náusea, vómito y distensión abdominal, que han sido mencionados como parte del cuadro clínico clásico de la pancreatitis. Manifestaciones atípicas como fiebre o ictericia fueron raras.

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%). 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%.<sup>(7)</sup>

En nuestro país los estudios sobre seguimiento de la pancreatitis aguda son limitados, por lo que es imperioso determinar la prevalencia de pancreatitis aguda, su presentación clínica más frecuente y la evolución en el Hospital “Vicente Corral Moscoso” de la ciudad de Cuenca, durante el periodo 2007-2011



### 3. JUSTIFICACIÓN

La mayor parte de los datos sobre la epidemiología y características de los pacientes con pancreatitis aguda provienen de otros países. Por lo tanto resultaría de utilidad disponer de información descriptiva sobre la pancreatitis en nuestra ciudad.

La pancreatitis aguda es una enfermedad decreciente, su diagnóstico depende en la mayoría de los casos de la pericia del médico para colocar dentro de las posibilidades diagnósticas esta enfermedad; además, esta enfermedad presenta gran variabilidad en cuanto a las distribuciones por edad, sexo y etiología; es así como De las Torre y colaboradores, en su estudio realizado en España, exponen que la incidencia de pancreatitis es de 25 a 50 casos por 100.000 habitantes. La diferente prevalencia de las principales causas de PA, explicaría la gran variación constatada en la distribución por sexos, cuya relación hombres /mujeres es de 5:3; en función de su etiología.<sup>(10)</sup>

Mayor uniformidad existe en la edad de presentación cuya media se sitúa alrededor de los 60 años, encontrándose la mayoría de los casos entre los 30 y 70 años.<sup>(10)</sup>

Las diversas manifestaciones clínicas de la pancreatitis, así como un curso insidioso de evolución, es un tema que debe ser abordado, ante la falta de estudios en nuestra población; existen diversos estudios que exponen las características clínicas de esta enfermedad en cada población estudiada, con variaciones incluso en poblaciones de un mismo país; Pellegrini y colaboradores<sup>(11)</sup> en un estudio realizado en Argentina, exponen que la pancreatitis es una patología con múltiples etiologías y de curso clínico diverso; además comunica una incidencia de esta enfermedad alrededor del 4.8 a 42 pacientes por 100000; y determina que es de mayor prevalencia en el sexo masculino y de etiología biliar. Además, recalca la heterogeneidad de las características clínicas de esta patología.



Los directos beneficiarios de este estudio serán los pacientes del Hospital “Vicente Corral Moscoso”, pues un diagnóstico adecuado en base a estadísticas locales aumentará las probabilidades de disminuir la mortalidad de los mismos; por lo tanto el equipo médico pues dispondrá de otra herramienta para la toma de decisiones, en base a resultados extraídos de la población local, y La comunidad en general se beneficiará pues al disponer de estadísticas sobre la patología en el Hospital “Vicente Corral Moscoso” su atención mejorará en cuanto a la enfermedad.

Los resultados serán difundidos a través de medios científicos locales, Revista Médica de la Facultad de Medicina, así como a través de la inclusión de los mismos en los protocolos del Hospital a estudiarse.

## 4. MARCO TEÓRICO

### 4.1 Definición

La Universidad Católica de Chile, en su “Manual de Patología Quirúrgica” define la PA como una enfermedad del páncreas que compromete diversos grados de inflamación aguda hasta la necrosis glandular y periglandular de magnitud variable, que se asocia a diferentes etiologías. <sup>(12)</sup>

Etxeberria y colaboradores definen la pancreatitis aguda (PA) como un proceso inflamatorio agudo del páncreas, desencadenado por la activación inapropiada de las enzimas pancreáticas, con lesión tisular y respuesta inflamatoria local, y respuesta inflamatoria y compromiso variable de otros tejidos o sistemas orgánicos distantes. <sup>(13)</sup>

El Consenso de Atlanta, reunido en 1992 aclararon ciertos conceptos claves para definir la pancreatitis aguda, 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. <sup>(14)</sup>

### 4.2 Frecuencia

Los valores de prevalencia e incidencia de esta patología varían según países; Sánchez <sup>(15)</sup> en Venezuela, ubica la incidencia de la pancreatitis en 25-50 por 100.000 hab/año y la prevalencia en 0.5 a 1 caso/1000 hab/ año. Además proporciona datos de asociación, donde concluye que no se relaciona con el sexo ni raza.



Scelza y Balboa en Uruguay, presentan en su trabajo una incidencia de 2,7 cada 100.000 en pacientes menores de 15 años, aumentando en 100 veces para el rango 15-44 años y de 200 veces en mayores de 65 años. En series de autopsias no seleccionadas varía de 0,14 a 1,3 % (promedio 0,31 %). No hay cifras actuales en Uruguay. <sup>(5)</sup>

Vergara, Buforn y Rodríguez en una revisión realizado en España sobre la letalidad de pancreatitis aguda encontró una letalidad de 5.1 al 17.3%. <sup>(16)</sup>

Martínez y colaboradores en Argentina, encontraron una incidencia de pancreatitis aguda en el servicio de cirugía del Hospital “Dr. Julio C. Perrando”, en el período de julio de 2006 a julio de 2007, fue de 20 casos (1.58%) en el sexo masculino y 52 casos (3.96%) en el sexo femenino, sobre un total de 1.265 y 1.311 pacientes analizados, respectivamente. <sup>(17)</sup>

En España, según Súbtil la incidencia de pancreatitis aguda va de 100 a 400 nuevos casos al año por cada 100.000 habitantes y la mortalidad global de la enfermedad va del 5 al 20%. <sup>(18)</sup>

### 4.3 Etiología

Etxeberria y colaboradores <sup>(13)</sup> numera las causas de pancreatitis de la siguiente manera:

1. 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.
2. Alcohol: 35% de las PA. Es infrecuente en bebedores ocasionales.
3. Post-CPRE: hay hiperamilasemia en el 50% de las CPRE y síntomas en el 1-10%.



4. Postquirúrgica: en cirugía mayor cardiaca y abdominal. Alta mortalidad (10-45%).
5. Hipertrigliceridemia: con trigliceridemia >1000 mg/dl. Mecanismo desconocido.
6. Idiopática: representa el 10% de los casos.
7. 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.
8. 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.
9. Traumatismo.
10. Metabólica: hipercalcemia, insuficiencia renal.
11. Obstrucciona: obstrucción de la papila de Vater (tumores periampulares, divertículo yuxtacapilar, síndrome del asa aferente, enfermedad de Crohn duodenal), coledococelo, páncreas divisum, páncreas anular, tumor pancreático, hipertonia del esfínter de oddi.
12. Tóxicos: organofosforados, veneno de escorpión.
13. Vascular: vasculitis, hipotension, HTA maligna, émbolos de colesterol.
14. Miscelánea: pancreatitis hereditaria, úlcera duodenal penetrada.

Otros autores consultados reflejan las mismas causas aunque en diferente porcentaje con excepción las 2 primeras, Vergara, Buforn y Rodríguez

encontraron que la etiología de alcohol y litiasis biliar se encuentra entre el 60-85 %.<sup>(14)</sup>

#### **4.4 Evaluación diagnóstica**

##### **4.4.1 Signos y síntomas**

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<sup>(13)</sup>.

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.<sup>(13)</sup>

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 <sup>(13)</sup>.

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 /m<sup>2</sup> se asocia a mal pronóstico. <sup>(13)</sup>

Vizcaino y colaboradores encontró en su estudio que los síntomas más importantes fueron epigastralgia, náuseas y vómitos. <sup>(19)</sup>

De la Vega, Catán, Gerard y Gonzáles realizaron una revisión en estudios publicados en 5 años (2000-2005); en Pub Med y realizan una síntesis sobre la clínica de la pancreatitis aguda de la siguiente manera <sup>(20)</sup>:

- **Dolor abdominal:** es el síntoma principal de la pancreatitis aguda. El dolor puede variar desde una leve molestia tolerable hasta un sufrimiento intenso, constante e incapacitante. En ocasiones su comienzo es brusco pero en otras oportunidades está precedido por crisis dolorosas reiterativas de intensidad moderada. De forma característica el dolor, que es constante y sordo, se localiza en el epigastrio y la región periumbilical, y a menudo se irradia hacia la espalda, el tórax, los flancos y la región inferior de abdomen.
- **Nauseas, vómitos:** son frecuentes y se deben a la hipomotilidad gástrica y a la peritonitis química. Si bien por lo general son biliosos, el vómito abundante de tipo gástrico denota obstrucción litíásica completa de la papila.

- **Distensión abdominal.**
- **Taquicardia.**
- **Hipotensión.**
- **Fiebre:** en la fase inicial de la enfermedad suele ser de origen tóxico-inflamatorio, no infeccioso, salvo en los casos de colangitis asociada.<sup>(5)</sup>
- Hipersensibilidad y rigidez muscular en el abdomen, ruidos hidroaéreos disminuidos o ausentes.
- **Signos pulmonares:** estertores basales, atelectasia y derrame pleural; este último es más frecuente en el lado izquierdo.

- **Shock:** puede obedecer a las siguientes causas:

Hipovolemia secundaria a la exudación de proteínas plasmáticas hacia el espacio retroperitoneal (quemadura retroperitoneal). Mayor formación y liberación de péptidos de cininas que producen aumento de la permeabilidad vascular. Efectos sistémicos de las enzimas proteolíticas y lipolíticas liberadas en la circulación.

- **Signo de Cullen y Turner:** es la aparición de una coloración azulada periumbilical o en los flancos respectivamente, es muy infrecuente (menor al 3%) pero es un indicador de gravedad; su origen es la infiltración hemorrágica del epiplón menor, ligamento redondo o retroperitoneo en las pancreatitis agudas necrotizantes.
- **Ictericia:** se da en el 20 al 30% de los casos. En los casos leves, su causa más frecuente es la obstrucción litiásica de la papila. En los ataques graves lo más habitual es que la ictericia sea el resultado de una falla hepática temprana, sobre todo cuando la etiología del ataque es el alcohol.
- **Falla multiorgánica:** luego de las 72hs de evolución, el dolor y los vómitos disminuyen, pero en los ataques graves los signos de falla multiorgánica dominan el cuadro.

- **Flemón pancreático:** signo tardío del examen físico, aparece en el 30 al 40% de los ataques graves y por lo general corresponde al páncreas y tejido peripancreático inflamado. Se lo reconoce como una masa supraumbilical dura, extendida transversalmente y de tamaño variable. En ocasiones, una colección líquida de gran tamaño puede exteriorizarse tempranamente por una masa palpable.

Vergara, Buforn y Rodríguez encontró los siguientes porcentajes de signos clínicos de PA: dolor abdominal (95-100%), ictericia (25-30%), vómitos y náuseas están presentes 70-90%, distensión abdominal (60-70%), distensión abdominal (60-70%), hematemesis (5%), hipotensión (20-40%), cuadros confusionales (20-35%).<sup>(16)</sup>

Por otro lado Scelza y Balboa en Uruguay, encontraron las siguientes prevalencias de signos clínicos de PA: dolor abdominal 85 al 100 %, náuseas y vómitos 54 al 92 %, anorexia 83 %, masa abdominal 6 al 20 %, íleo 50 al 80 % y fiebre 12 al 80 %.<sup>(5)</sup>

Es evidente que en todos los estudios revisados los síntomas se repiten aunque en diferente porcentaje según las series en estudio.

#### 4.4.2 Pruebas complementarias

##### 4.4.2.1 Datos de laboratorio

- **Amilasa:** Viteri realizó un estudio para validar la medición de amilasa sérica como herramienta diagnóstica inicial en pacientes que acudieron al Servicio de Emergencia por presentar dolor abdominal agudo. Este estudio realizado en la Ciudad de Quito, encontró que en el intervalo de amilasa sérica de 176 a 200 mg/dl (mejor punto de corte) se obtuvo una sensibilidad (S) de 96% (IC 95%: 86-99), especificidad (E) de 97% (IC 95%: 96-98), valor predictivo positivo de 68 % (IC 95% 56-78), valor predictivo negativo de 99% (IC 95%: 99-100).<sup>(21)</sup>

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. <sup>(13)</sup>

- **Lipasa:** presenta mayor sensibilidad (S: 94%) y especificidad (E: 96%) que la amilasa total sérica. Se eleva el primer día y los niveles plasmáticos persisten elevados un poco más de tiempo que los de amilasa. 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. La determinación simultánea de amilasa y lipasa tiene una S y E > 95%. <sup>(13)</sup> Hay que tener presente que la lipasa se puede alterar en otras patologías como: cáncer de páncreas, litiasis pancreática, afección de vías biliares, rotura de aneurisma / disección de aorta, nefrolitiasis, obstrucción intestinal, peritonitis.
- **Otros datos analíticos:** 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). <sup>(11)</sup>

#### 4.4.2.2 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 directa de abdomen <sup>(20)</sup>:
  - 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 hidroaereos
- 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. Sin embargo, en la situación clínica apropiada un páncreas aumentado de tamaño y deformado, es suficiente para confirmar el diagnóstico. Un signo muy específico es la separación neta del páncreas con respecto a los tejidos circundantes. En los ataques graves, es común la presencia de colecciones líquidas bien definidas, que asientan en los espacios retrogástricos y pararenal anterior izquierdo, que tienen gran valor diagnóstico. Sin embargo es de baja sensibilidad para el diagnóstico, por la interposición de gas que impide la visualización de la glándula en más de la mitad de los casos en la fase inicial de la enfermedad.<sup>(20)</sup>
- **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. <sup>(20)</sup>

- **ECG:** sirve para descartar que el dolor sea por cardiopatía isquémica, conocer la situación basal del paciente, y valorar cambios en caso de fallo cardíaco. <sup>(13)</sup>

A modo de conclusión De la Vega, Catán, Gerard y Gonzáles, añaden que la facilidad y la rapidez de la determinación de la amilasa y lipasa séricas totales, así como el hecho de que, se ha demostrado que otras enzimas pancreáticas no tienen ventaja alguna por sobre estas, para establecer el diagnóstico de pancreatitis aguda, hace que sean, aun hoy, los datos de laboratorio más frecuentemente utilizados. Ante el cuadro clínico, la elevación de estas enzimas por sobre los límites mencionados anteriormente, es suficiente para confirmar el diagnóstico. Los métodos de imágenes, con fines diagnósticos, pueden ser de utilidad en casos en los que la clínica no sea muy clara, pero es importante conocer que la sensibilidad diagnóstica de estas pruebas en pancreatitis aguda es limitada y que un hallazgo normal en las mismas no excluye el diagnóstico de enfermedad aguda. <sup>(20)</sup>

#### 4.5 Pronóstico

Identificar tempranamente la severidad de la pancreatitis es de vital importancia para poder instaurar estrategias terapéuticas apropiadas. Una vez establecida, la pancreatitis, puede seguir 2 formas clínicas: leve y grave. Sin embargo, la

mayoría de los pacientes con pancreatitis aguda tienen una forma leve de la enfermedad en donde el fallo orgánico es mínimo, habitualmente es autolimitada. Responde al tratamiento de soporte y existe recuperación sin complicaciones.

**Dentro de las escalas utilizadas para determinar el pronóstico constan:**

- Escala de Ranson:** la escala de Ranson tiene un bajo valor predictivo, su mejor indicador es el que traduce fallas orgánicas: insuficiencia renal o respiratoria, estado de choque y la edad. Nueve criterios adaptados de Ranson, conocidos como criterios de Glasgow o Score Imrie, fueron adoptados desde 1984 como indicador pronóstico de gravedad, sin embargo su valor predictivo no es muy elevado. <sup>(22)</sup>

	Ranson	Glasgow
<b>Al ingreso</b>	Edad > 55 años	Edad > 55 años
	Leucocitosis > 16.000	Leucocitosis > 15.000
	Glucosa > 200 mg %	Glucosa > 10 mMol/l
	LDH > 400 UI/L	LDH > 600 UI/L
	AST > 250UI/L	AST > 100UI/L
		Urea > 16 mMol/L
		PaO2 < 60 mmHg
		Calcio < 2 mMol/L
		Albúmina < 3,2 g %
<b>A las 48 horas</b>	Hematocrito > 10%	
	BUN > 5 mg %	
	PaO2 < 60 mmHg	
	Déficit de base > 4 mMol/l	
	Déficit de volumen > 6 L	
	Calcio < 8 mg %	
	<b>Factores</b>	<b>Mortalidad</b>
	0 – 2	< 1%
	3 – 4	15 %
	5 – 6	40 %
	> 6	100 %

Tabla 1: tomado de: [http://bvs.sld.cu/revistas/mie/vol1\\_1\\_02/mie13102.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/mie/vol1_1_02/mie13102.htm)

- Escala de predicción APACHE II (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation)**

Frecuente en las Unidades de Cuidados Intensivos y su aplicación al ingreso o dentro de las primeras 48 horas, permite diferenciar la PA leve

de la grave. Además, su utilización, en cualquier momento de la evolución, es un indicador de gravedad del paciente y del progreso o deterioro de la pancreatitis. Las mediciones que involucra son relativamente simples y se pueden efectuar en la mayoría de los hospitales (Tabla # 2). Aún en ausencia de laboratorio, los criterios de edad y patologías crónicas y dentro de los criterios fisiológicos agudos, el Glasgow, la temperatura, presión arterial y frecuencias respiratoria y cardiaca, permiten una aproximación a la gravedad. <sup>(22)</sup>

Existen otros scores de menor uso en la literatura.

## **4.6 Factores asociados**

### **4.6.1 Edad**

La edad, es un factor que se ha relacionado con la presentación de pancreatitis, existen algunos estudios de series que sin embargo no aclaran la relación entre estas variables. Revisando la bibliografía, Gonzáles y colaboradores en un estudio llevado a cabo en el 2004, en Argentina, encontraron que la prevalencia de pancreatitis es más elevada en los pacientes comprendidos de 60-70 años de edad en una muestra entre 17-82 años, el 24.3% de las pancreatitis se presentaron en las edades mencionadas. <sup>(23)</sup>

Como se mencionó, la prevalencia de edad de presentación de la pancreatitis varía, en otra serie, Pérez y colaboradores en su estudio realizado en Cuba encontraron, a diferencia del estudio anterior, que existió mayor afectación de la población joven entre 36-45 años con el 45.4% de los casos. <sup>(24)</sup>

Targarona y Barreda en su trabajo de revisión, exponen que la PA puede incidir en cualquier época de la vida, oscilando entre los 8-81 años; siendo la media alrededor de los 53 años de edad. <sup>(25)</sup>

Pacheco, Pascal y colaboradores en su trabajo investigativo, con una muestra de 482 pacientes, durante el 2000-2007 encontraron que en cuanto a la edad

de presentación de pancreatitis aguda fue la media de 71 años, y que la edad avanzada (OR 1,04, CI 95% 1,02–1,07,  $p=0,000$ ) y la comorbilidad (OR 1.39, CI 95% 1,21–1,63,  $p=0,000$ ) influyeron en el desarrollo de falla orgánica.<sup>(26)</sup>

Por lo tanto, es evidente que, 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 edad.

#### **4.6.2 Sexo**

González y colaboradores encontraron que 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.<sup>(23)</sup>

Algunos autores asumen que la mayor prevalencia de pancreatitis aguda se debe a otros factores intervinientes como el alcoholismo, es así como Sánchez-Lozada y colaboradores encontró que en su estudio, en la distribución por sexo existe una mayor frecuencia de hombres en el grupo de etiología alcohólica ( $p<0,01$ ).<sup>(27)</sup>

Vizcaino et al en su estudio realizado entre 1998 al 2002 en pacientes con pancreatitis, también encontró que el 62.02 % correspondiente al sexo masculino posee mayor prevalencia que el 37.93% sexo femenino.<sup>(17)</sup>

Todos estos autores coinciden en que son los factores asociados que conlleva el sexo masculino (alcoholismo) que aumentan la prevalencia de esta enfermedad en este grupo poblacional.

#### **4.6.3 Nivel de instrucción**

El nivel de escolaridad de la persona afectada con pancreatitis aguda no parece tener influencia en la aparición de esta patología, no es una variable

que haya sido abordada ni estudiada en los artículos de investigaciones revisados, sin embargo en nuestro estudio se tomará en cuenta esta variable.

#### **4.6.4 Estado civil**

El estado civil del paciente con pancreatitis al parecer no influye en la aparición de esta enfermedad.

#### **4.7 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.<sup>(12)</sup>

- **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 parálítico.<sup>(12)</sup>

- **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 transverso, la fístula pancreática, etc. <sup>(12)</sup>

## 4.8 Tratamiento

### a. Aspectos básicos

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. <sup>(12)</sup>

### b. Tratamiento 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.
- Eventual uso de somatostatina. (En protocolos de estudio)
- 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.
- Eventual 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).

### c. Tratamiento quirúrgico

Sus indicaciones son básicamente 2:

1. 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.

2. 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". <sup>(12)</sup>

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.<sup>(12)</sup>

**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.<sup>(12)</sup>





## 5. OBJETIVOS

### 5.1 Objetivo general

- Determinar la prevalencia y características clínicas de la pancreatitis aguda en el Hospital “Vicente Corral Moscoso” de Cuenca, durante el periodo 2007-2011.

### 5.2 Objetivos específicos

- Determinar la prevalencia de pancreatitis aguda según sexo, grupo etáreo, estado civil, residencia e instrucción.
- Establecer características de la enfermedad como etiología, cuadro clínico, evolución, tratamiento y complicaciones.
- Determinar la letalidad de los pacientes con pancreatitis aguda según edad, sexo, etiología y días de hospitalización.

## **6. METODOLOGÍA**

### **6.1 Tipo de estudio**

Se trata de un estudio cuantitativo descriptivo, retrospectivo que se llevó a cabo con la revisión de las historias clínicas de pacientes diagnosticados de pancreatitis aguda en los servicios de medicina interna, emergencia y cirugía del Hospital “Vicente Corral Moscoso” de la ciudad de Cuenca, durante el periodo 2007-2011.

### **6.2 Universo**

Todas las historias clínicas de los pacientes de los servicios de medicina interna, emergencia y cirugía del Hospital “Vicente Corral Moscoso” de la ciudad de Cuenca con diagnóstico de Pancreatitis Aguda, desde el primero de Enero del 2007 hasta el 31 de Diciembre de 2011.

### **6.3 Criterios de inclusión**

- Todos las historias clínicas de pacientes mayores de 15 años con diagnóstico definitivo de pancreatitis aguda, que fueron hospitalizados en los servicios de medicina interna, emergencia y cirugía del Hospital “Vicente Corral Moscoso” de la ciudad de Cuenca durante el periodo Enero 2007-Diciembre 2011.

### **6.4 Criterios de exclusión**

- Historias clínicas incompletas

### **6.5 Operacionalización de variables**

Ver Anexo1.

## 6.6 Métodos, técnicas e instrumentos

Mediante la revisión de historias clínicas, fueron estas registradas en formularios por medio de la observación directa y utilizando un método cuantitativo.

- Revisión y aprobación del presente protocolo de investigación por parte de las autoridades de la Universidad de Cuenca y su Facultad de Ciencias Médicas.
- Aprobación de la investigación por parte de las autoridades del Hospital “Vicente Corral Moscoso”.
- Revisión de los concentrados mensuales del departamento de estadística del HVCM para identificar los pacientes con diagnóstico de pancreatitis aguda durante el periodo 2007-2011.
- Revisión de las historias clínicas con diagnóstico de pancreatitis aguda del HVCM durante el periodo 2007 - 2011
- Recolección de la información en un formulario previamente elaborado de las historias clínicas.

## 6.7 Implicaciones éticas

Luego de ser aprobado el protocolo por el comité de Bioética de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca, se solicitó al Director de la Institución hospitalaria, la autorización para el manejo de las historias clínicas, exclusivamente para procesos investigativos. Bajo ninguna justificación los datos registrados en las historias clínicas fueron de uso público y los autores del presente trabajo fueron los exclusivos responsables del manejo de la información, sin comprometer la seguridad de los pacientes.

## 7. PLAN DE ANÁLISIS

Los datos recogidos fueron digitalizados en una base de datos en el paquete estadístico SPSS 19.0 para Windows, a partir de ésta se generaron tablas de distribuciones para todas las variables, además se obtuvieron estadísticos de dispersión y de ubicación según la variable.



## 8. RESULTADOS

### 8.1 Tasa de prevalencia

Tabla 1. Tasa de prevalencia de pancreatitis aguda en el Hospital “Vicente Corral Moscoso” Enero 2007 –Diciembre 2011. Cuenca 2013.

Total egresos 2007-2011	Casos de pancreatitis	Tasa x 10000 egresos
420017 pacientes	407	9,69

Fuente: historias clínicas del Hospital “Vicente Corral Moscoso”  
Elaborado por: Katherine Orellana, Luis Ojeda, Patricia Niveló.

La tasa de prevalencia de pancreatitis aguda en los años 2007-2011 fue de 9,69 casos por cada 10000 egresos hospitalarios.

### 8.2 Edad

Tabla 2. Distribución según edad de pacientes diagnosticados de pancreatitis aguda. Hospital “Vicente Corral Moscoso”. Enero 2007 – Diciembre 2011. Cuenca 2013.

Edad del paciente	Frecuencia	Porcentaje
15-24 años	59	14,5
25 - 34 años	101	24,8
35 - 44 años	74	18,2
45 - 54 años	57	14,0
55 - 64 años	32	7,9
> 64 años	84	20,6
Total	407	100,0

$\bar{X}$  = 43,58 años

Fuente: historias clínicas del Hospital “Vicente Corral Moscoso”  
Elaborado por: Katherine Orellana, Luis Ojeda, Patricia Niveló.

La tabla 2, indica la distribución de los pacientes con pancreatitis aguda según sus edades, la media de edad de presentación de esta enfermedad fue de 43,58 años, con una desviación estándar de 15,81 años; es decir personas relativamente jóvenes son las más afectadas por esta enfermedad; además se observa que el grupo de edad de mayor afectación fue el comprendido entre los 25-34 años con el 24,8% de la población.

### 8.3 Sexo

Tabla 3. Distribución según sexo de pacientes diagnosticados de pancreatitis aguda. Hospital “Vicente Corral Moscoso”. Enero 2007 – Diciembre 2011. Cuenca 2013.

Sexo del paciente	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	264	64,9
Masculino	143	35,1
Total	407	100,0

Fuente: historias clínicas del Hospital “Vicente Corral Moscoso”

Elaborado por: Katherine Orellana, Luis Ojeda, Patricia Niveló.

El sexo de mayor afectación por pancreatitis aguda en los años en estudio fue el femenino con el 64,9% de la población total.

### 8.4 Nivel de instrucción

Tabla 4. Distribución según nivel de instrucción de pacientes diagnosticados de pancreatitis aguda. Hospital “Vicente Corral Moscoso”. Enero 2007 – Diciembre 2011. Cuenca 2013.

Nivel de instrucción	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna	43	10,6
Primaria	189	46,4
Secundaria	153	37,6
Superior	22	5,4
Total	407	100,0

Fuente: historias clínicas del Hospital “Vicente Corral Moscoso”

Elaborado por: Katherine Orellana, Luis Ojeda, Patricia Niveló.

Se evidencia que la pancreatitis afecta a todos los niveles de instrucción; los más afectados fueron los pacientes con un nivel de instrucción primaria con el 46,4% del total; mientras que los pacientes con un nivel de instrucción superior representaron el 5,4% del total.



### 8.5 Estado civil

Tabla 5. Distribución según estado civil de pacientes diagnosticados de pancreatitis aguda. Hospital “Vicente Corral Moscoso”. Enero 2007 – Diciembre 2011. Cuenca 2013.

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	85	20,9
Casado	201	49,4
Divorciado	17	4,2
Viudo	40	9,8
Unión libre	64	15,7
<b>Total</b>	<b>407</b>	<b>100,0</b>

Fuente: historias clínicas del Hospital “Vicente Corral Moscoso”

Elaborado por: Katherine Orellana, Luis Ojeda, Patricia Niveló.

El estado civil de mayor prevalencia en esta población con pancreatitis aguda fue el casado, estos pacientes representaron el 49,4% del total de la población afectada; mientras que los pacientes divorciados representaron el 4,2% siendo éste el grupo minoritario.

## 8.6 Etiología de pancreatitis

Tabla 6. Distribución según etiología de pacientes diagnosticados de pancreatitis aguda. Hospital “Vicente Corral Moscoso”. Enero 2007 – Diciembre 2011. Cuenca 2013.

Etiología de pancreatitis	Frecuencia	Porcentaje
Biliar	227	55,8
Idiopática	121	29,7
Otra	35	8,6
Alcohólica	24	5,9
Total	407	100,0

Fuente: historias clínicas del Hospital “Vicente Corral Moscoso”  
Elaborado por: Katherine Orellana, Luis Ojeda, Patricia Niveló.

La causa de mayor presentación, detectada en los pacientes con pancreatitis aguda, fue la biliar, presentándose en el 55,8% de la población, y la de menor presentación fue la alcohólica en un 5,9%. Dentro de las causas identificadas como otras, las de mayor presentación fueron las dislipidemias con el 2,7% del total seguido de las parasitarias (áscaris lumbricoides) con el 2,5%.

También se detectaron otras causas a las ya mencionadas como: absceso hepático izquierdo, pancreatitis aguda alitiasica, entre otras que en suma no alcanzan el 1%.



## 8.7 Características clínicas

Tabla 7. Características clínicas en los 407 pacientes diagnosticados de pancreatitis aguda. Hospital “Vicente Corral Moscoso”. Enero 2007 – Diciembre 2011. Cuenca 2013.

	Frecuencia	Porcentaje
Dolor abdominal	394	96,8
Náusea	261	64,1
Vómito	283	69,5
Distensión abdominal	184	45,2
Fiebre	6	1,5
Anorexia	71	17,4
Íleo	39	9,6
Ictericia	27	6,6
Otro	2	0,5

Fuente: historias clínicas del Hospital “Vicente Corral Moscoso”

Elaborado por: Katherine Orellana, Luis Ojeda, Patricia Niveló.

El síntoma de mayor presentación referido por los pacientes con pancreatitis aguda fue el dolor abdominal, la gran mayoría, en el 96,8% de la población; resulta ser, el que lleva a la gran mayoría de pacientes a buscar atención médica. Se observan otros síntomas y signos clínicos que se presentan en menor frecuencia como: taquicardia e hipotensión encontrándolos en el 0,5% de nuestra población, resaltando ya que no los encontramos de una manera típica en la presentación de la enfermedad en estudio.



## 8.8 Complicaciones sistémicas

Tabla 8. Distribución según complicaciones sistémicas de pacientes diagnosticados de pancreatitis aguda. Hospital "Vicente Corral Moscoso".  
Enero 2007 – Diciembre 2011. Cuenca 2013.

Complicaciones sistémicas	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna	383	94,1
Insuficiencia renal	12	3,0
Insuficiencia respiratoria	9	2,2
Hipovolemia	3	0,7
Total	407	100,0

Fuente: historias clínicas del Hospital "Vicente Corral Moscoso"  
Elaborado por: Katherine Orellana, Luis Ojeda, Patricia Niveló.

La población en un 94,1% no presentó complicaciones sistémicas; mientras que el 5,9% presentó complicaciones sistémicas como: insuficiencia renal, insuficiencia respiratoria e hipovolemia.



## 8.9 Complicaciones locales

Tabla 9. Distribución según complicaciones locales de pacientes diagnosticados de pancreatitis aguda. Hospital "Vicente Corral Moscoso". Enero 2007 – Diciembre 2011. Cuenca 2013.

Complicaciones locales	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna	339	83,3
Obstrucción de vía biliar	24	5,9
Pseudoquiste pancreático	17	4,2
Obstrucción Duodenal	13	3,2
Derrame pleural	7	1,7
Absceso pancreático	4	1,0
P. Necro hemorrágica	2	0,5
Peritonitis	1	0,2
Total	407	100,0

Fuente: historias clínicas del Hospital "Vicente Corral Moscoso"  
Elaborado por: Katherine Orellana, Luis Ojeda, Patricia Niveló.

Las complicaciones locales no se presentaron en un 83,3% de la población, mientras que el 16,7% presentó complicaciones locales como: la obstrucción de la vía biliar, pseudoquiste pancreático, obstrucción duodenal, derrame pleural, absceso pancreático, pancreatitis necro hemorrágica y peritonitis.



### 8.10 Días de hospitalización

Tabla 10. Distribución según días de hospitalización de pacientes diagnosticados de pancreatitis aguda. Hospital "Vicente Corral Moscoso".  
Enero 2007 – Diciembre 2011. Cuenca 2013.

Días de hospitalización	Frecuencia	Porcentaje
1-3 días	99	24,3
4-6 días	179	44,0
>6días	129	31,7
Total	407	100,0

Fuente: historias clínicas del Hospital "Vicente Corral Moscoso"  
Elaborado por: Katherine Orellana, Luis Ojeda, Patricia Niveló.

El 44% de la población afectada por pancreatitis aguda es hospitalizada entre 4-6 días siendo esta población la más numerosa; el 31,7% de la población se hospitalizó por más de 6 días; mientras, el 24,3% de la población se hospitalizó entre 1-3 días.

### 8.11 Condición de egreso

Tabla 11. Distribución según condición de egreso de pacientes diagnosticados de pancreatitis aguda. Hospital “Vicente Corral Moscoso”. Enero 2007 – Diciembre 2011. Cuenca 2013.

Condición de egreso	Frecuencia	Porcentaje
Mejorado	330	81,1
Curado	67	16,5
Igual	7	1,7
Fallece	2	0,5
Empeorado	1	0,2
Total	407	100,0

Fuente: historias clínicas del Hospital “Vicente Corral Moscoso”  
Elaborado por: Katherine Orellana, Luis Ojeda, Patricia Niveló.

El 81,1% de la población abandonó el servicio en mejor estado, siendo esta la mayoría de la población; sin embargo, también se destaca que la mortalidad de esta enfermedad fue del 0,5%, entre enero del 2007 - diciembre 2011 en los pacientes diagnosticados de pancreatitis aguda del Hospital “Vicente Corral Moscoso”.

## 8.12 Características demográficas según sexo

Tabla 12. Distribución según sexo y características demográficas de pacientes diagnosticados de pancreatitis aguda. Hospital "Vicente Corral Moscoso".

Enero 2007 – Diciembre 2011. Cuenca 2013.

Variable	Sexo				Total	Porcentaje
	Femenino		Masculino			
	n	%	n	%		
<b>Edad</b>						
15-24 años	45	76,3	14	23,7	59	14,49
25-34 años	66	65,3	35	34,7	101	24,81
35-44 años	43	58,1	31	41,9	74	18,18
45-54 años	37	64,9	20	35,1	57	14,00
55-64 años	23	71,9	9	28,1	32	7,86
> 64 años	50	59,5	34	40,5	84	20,63
<b>Nivel de instrucción</b>						
Ninguna	40	93	3	7	43	10,56
Primaria	112	59,3	77	40,7	189	46,43
Secundaria	93	60,8	60	39,2	153	37,59
Superior	19	86,4	3	13,6	22	5,40
<b>Estado civil</b>						
Casado	124	61,7	77	38,3	201	49,48
Divorciado	9	52,9	8	47,1	17	4,17
No consta	1	33,3	2	66,7	3	0,73
Soltero	59	72	23	28	82	20,14
Unión libre	26	65	14	35	40	9,82

Fuente: historias clínicas del Hospital "Vicente Corral Moscoso"  
Elaborado por: Katherine Orellana, Luis Ojeda, Patricia Niveló.

En el grupo de edad de mayor prevalencia, es decir en los pacientes de 25-34 años de edad el sexo femenino fue el de mayor frecuencia con el 65,3% de este grupo de edad; el sexo femenino fue más frecuente en todos los grupos de edad. El sexo femenino también fue el de mayor prevalencia en todos los niveles de instrucción y de todos los estados civiles.

### 8.13 Etiología y características clínicas según sexo

Tabla 13. Distribución según sexo, características clínicas y etiología de pacientes diagnosticados de pancreatitis aguda. Hospital "Vicente Corral Moscoso". Enero 2007 – Diciembre 2011. Cuenca 2013.

Variable	Sexo				Total	Porcentaje	Valor de p
	Femenino		Masculino				
	n	%	n	%			
<b>Etiología</b>							
Alcohólica	6	25	18	75	24	5,89	0,00
Biliar	158	69,6	69	30,4	227	55,77	
Idiopática	72	59,5	49	40,5	121	29,7	
Otra	28	80	7	20	35	8,5	
<b>Características clínicas</b>							
<b>Dolor abdominal</b>							
Presente	253	64,2	141	35,8	394	96,8	0,129
Ausente	11	84,6	2	15,4	13	3,19	
<b>Náusea</b>							
Presente	168	64,4	93	35,6	261	64,12	0,779
Ausente	96	65,8	50	34,2	146	35,87	
<b>Vómito</b>							
Presente	188	66,4	95	33,6	283	69,53	0,317
Ausente	76	61,3	48	38,7	124	30,46	
<b>Distensión abdominal</b>							
Presente	116	63	68	37	184	45,20	0,484
Ausente	148	66,4	75	33,6	223	54,79	
<b>Fiebre</b>							
Presente	3	50	3	50	6	1,47	0,442
Ausente	261	65,1	140	34,9	401	98,53	
<b>Anorexia</b>							
Presente	50	70,4	21	29,6	71	17,44	0,28
Ausente	214	63,7	122	36,3	336	82,56	
<b>Íleo</b>							
Presente	23	59	16	41	39	9,58	0,418
Ausente	241	65,5	127	34,5	368	90,42	
<b>Ictericia</b>							
Presente	15	55,6	12	44,4	27	6,63	0,294
Ausente	249	65,5	131	34,5	380	93,37	

Fuente: historias clínicas del Hospital "Vicente Corral Moscoso"  
 Elaborado por: Katherine Orellana, Luis Ojeda, Patricia Niveló.



Todas las etiologías fueron más frecuentes en el sexo femenino, con excepción de la causa alcohólica donde el sexo masculino representó el 75% de todos los pacientes con pancreatitis por esta causa; dentro de la población con etiología biliar encontramos que el sexo femenino representó un 69,6% y el sexo masculino un 30,6%; las diferencias entre las distintas causas por sexo de los pacientes fueron estadísticamente significativas.

Analizando las características de presentación clínicas de la pancreatitis observamos que en todos los síntomas y signos son de mayor presentación en el sexo femenino, sin embargo no se evidenciaron diferencias estadísticamente significativas entre las características clínicas y el sexo.

### 8.14 Complicaciones, días de hospitalización y condiciones de egreso según sexo

Tabla 14. Distribución según sexo, complicaciones, días de hospitalización y egreso de pacientes diagnosticados de pancreatitis aguda. Hospital "Vicente Corral Moscoso". Enero 2007 – Diciembre 2011. Cuenca 2013.

Variable	Sexo				Total	Porcentaje	Valor de p
	Femenino		Masculino				
	n	%	N	%			
<b>Complicaciones sistémicas</b>							
Hipovolemia	3	100	0	0	3	0,73	0,575
Insuficiencia renal	8	66,7	4	33,3	12	2,94	
Insuficiencia respiratoria	5	55,6	4	44,4	9	2,21	
Ninguna	248	64,8	135	35,2	383	94,10	
<b>Complicaciones locales</b>							
Absceso pancreático	3	75	1	25	4	2,98	0,041
Derrame pleural	1	14,3	6	85,7	7	1,71	
P. Necrohemorrágica	0	0	2	100	2	0,49	
Ninguna	225	66,4	114	33,6	339	83,24	
Obstrucción duodenal	8	61,5	5	38,5	13	3,19	
Obstrucción de la vía biliar	17	70,8	7	29,2	24	5,89	
Peritonitis	0	0	1	100	1	0,24	
Pseudoquistes	10	58,8	7	41,2	17	4,17	
<b>Días de hospitalización</b>							
1-3 días	65	65,7	34	34,3	99	24,32	0,202
4-6 días	123	68,7	56	31,3	179	43,98	
> 6 días	76	58,9	53	41,1	129	31,69	
<b>Condición de egreso</b>							
Curado	47	70,1	20	29,9	67	16,46	0,761
Empeorado	1	100	0	0	1	0,24	
Fallece	1	50	1	50	2	0,49	
Igual	4	57,1	3	42,9	7	1,71	
Mejorado	211	63,9	119	36,1	330	81,08	

Fuente: historias clínicas del Hospital "Vicente Corral Moscoso"

Elaborado por: Katherine Orellana, Luis Ojeda, Patricia Niveló.

Todas las complicaciones sistémicas fueron de mayor presentación en el sexo femenino que en el masculino, sin embargo las diferencias porcentuales entre estas complicaciones y según sexo no fueron estadísticamente significativas. Las complicaciones locales también fueron de mayor presentación en el sexo





femenino con excepción del derrame pleural y la peritonitis que fue mayor en el sexo masculino.

Los días de hospitalización fueron mayores en el sexo femenino, la mortalidad fue igual para los hombres y para las mujeres.

## 9. DISCUSIÓN

La pancreatitis aguda es una enfermedad de prevalencia variable, de 10 a 20 hasta 150-420 casos por cada millón de habitantes, generando gran cantidad de uso de recursos económicos y hospitalarios <sup>(7)</sup>; se realizó la búsqueda de pacientes diagnosticados de pancreatitis aguda durante el periodo de tiempo comprendido entre el año 2007-2011 en el Hospital “Vicente Corral Moscoso” de la Ciudad de Cuenca, identificándose 407 casos y esta población identificada se la ha caracterizado.

La tasa de pancreatitis aguda se ubicó en 9,6 casos por 10000 egresos hospitalarios en cinco años, Goldacre y Roberts en un estudio en 5312 pacientes con pancreatitis encontraron una tasa de incidencia de 9,8 casos por cada 10000 egresos hospitalarios; entre el periodo 1987-1998; como podemos observar, en comparación con este estudio y nuestra población la tasa de prevalencia de pancreatitis es parecida; aunque estos autores incluyeron mayor número de pacientes y un periodo mayor de tiempo.<sup>(28)</sup>

Por supuesto las tasa varían grandemente según el tamaño de la población por ejemplo Casal y colaboradores exponen que la incidencia aumenta a medida que aumenta la edad y la proporción entre hombres y mujeres afectados es de aproximadamente 5:3. Esta varía según los países y depende de los factores etiológicos. En Estados Unidos la PA se asocia con más frecuencia con el consumo de alcohol que con los cálculos; en Inglaterra ocurre lo contrario. En Estados Unidos se estima que hay unos 250.000 casos anuales, en Europa unos 70.000 y en España unos 15.000.<sup>(29)</sup>

La media de edad de presentación de esta patología en la población en estudio fue de 43,58 años con una desviación estándar de 15,81 años; Gonzáles y colaboradores en un estudio llevado a cabo en el 2004 encontraron que la prevalencia de pancreatitis más elevada se encontró en los pacientes de entre 60-70 años de edad en una muestra entre 17-82 años, el 24.3% de las pancreatitis se presentaron en las edades mencionadas; en relación con este



estudio observamos diferencias con nuestra población, donde la edad de mayor presentación es menor.<sup>(23)</sup>

Pérez y colaboradores en un estudio llevado a cabo en Cuba encontraron, a diferencia del estudio anterior, que existió mayor afectación de la población joven entre 36-45 años con el 45.4% de los casos, este estudio cubano encontró datos parecidos a los de nuestra población donde la edad de mayor presentación fue entre los 25-34 años de edad; sin embargo seguimos observando que a diferencia de lo expuesto en estos estudios la edad de presentación de pancreatitis en nuestro medio es menor.<sup>(24)</sup>

Targarona y Barreda en su trabajo de revisión, exponen que la pancreatitis aguda puede incidir en cualquier época de la vida, oscilando entre los 8-81 años; siendo la media alrededor de los 53 años de edad, en comparación con este autor observamos nuevamente que la media de edad de presentación en nuestra población es menor a la registrada; no se establecen causas para estas variaciones adicionales a la propia variabilidad poblacional per sé.<sup>(25)</sup>

Por lo tanto, la premisa que 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.

Otro estudio llevado a cabo por Castellanos y Linares en una muestra de 1512 pacientes de pacientes con pancreatitis encontraron que la edad media de presentación estaba entre los 27 a 33 años de edad; este estudio corrobora lo encontrado en nuestro estudio.<sup>(30)</sup>

El sexo femenino fue el de mayor afectación en nuestra población con el 64,9%; mientras que el sexo masculino representó un 35,1%; este resultado se contrapone con lo encontrado por Gonzáles y colaboradores exponen que la pancreatitis aguda es más prevalente en el sexo masculino que en el femenino



(62.16% versus 37.84%), y estos autores también citan que la relación hombre/mujer es de 5/3 para pancreatitis.<sup>(23)</sup>

También Vizcaino et al en su estudio llevado a cabo entre 1998 al 2002 en pacientes con pancreatitis también encontró que el sexo masculino fue el más afectado que el sexo femenino; con el 62.02% y el 37.93% respectivamente, en comparación con nuestro estudio lo encontrado por estos autores se contraponen totalmente a nuestra población.<sup>(17)</sup>

Sin embargo, Castellanos y Linares encontraron datos similares a los de nuestra población, estos autores encontraron que el sexo de mayor afectación fue el femenino con un 66,9%; estos datos corroboran lo encontrado por nosotros.<sup>(30)</sup>

Se encontró que la pancreatitis afecta a todos los niveles de instrucción; los más afectados fueron los pacientes con un nivel de instrucción primaria con el 46,4% del total; mientras que los pacientes con un nivel de instrucción superior representaron el 5,4% del total, esta variable aún no ha sido relacionada como factor de riesgo de pancreatitis; sin embargo en nuestro estudio se pone a consideración la afectación de esta población según nivel de instrucción, llama la atención que los niveles más bajos instrucción sean los de mayor afectación. El estado civil de mayor prevalencia en esta población con pancreatitis aguda fue el casado, estos pacientes representaron el 49,4% del total de la población afectada; mientras que los pacientes divorciados representaron el 4,2% siendo éste el grupo minoritario.

La causa de mayor presentación detectada en los pacientes con pancreatitis aguda fue la biliar, esta causa se presentó en el 55,8% de la población, la segunda causa con el 29,7% de la población fue la idiopática, dentro de las causas identificadas como otras la de mayor presentación fue las dislipidemias con el 2,7% del total seguido de las parasitarias (áscaris lumbricoides) con el 2,5%. Etxeberria y colaboradores mencionan que la principal causa de pancreatitis es de origen biliar (litiasis biliar) que se presenta entre el 40-50%



de los casos, este autor también menciona que el 10% de las pancreatitis es de causa idiopática, en nuestra población coincide con la primera causa expuesta por estos autores.<sup>(13)</sup>

Castellanos y Linares encontraron que la principal causa de pancreatitis fue la biliar con el 66,2%, la alcohólica con el 21,69% e idiopática en el 3,04% de los casos, coincidiendo en la primera causa con lo encontrado en nuestra población.<sup>(30)</sup> En Chile, la Universidad Católica expone que el 75% de las pancreatitis agudas están asociadas a la presencia de litiasis biliar y entre un 15 y un 20% se asocian a la ingesta exagerada de alcohol. La pancreatitis aguda post-quirúrgica (posterior a alguna cirugía bilio pancreática, gástrica o post papilotomía endoscópica), ha disminuido su incidencia a menos del 5%.<sup>(12)</sup>

Vizcaino et al en un estudio llevado a cabo en Argentina encontró que la principal causa de pancreatitis aguda fue, en un 86,20% de origen biliar; en todos los estudios se evidencia, al igual que en nuestra investigación, que la principal causa es la biliar que supera la mitad de los casos.<sup>(19)</sup>

El síntoma de mayor presentación referido por los pacientes con pancreatitis fue el dolor abdominal, la gran mayoría, es decir el 96,8% de la población; este síntoma resalta sobre los demás y resulta ser el que lleva la gran mayoría de los pacientes a la búsqueda de atención médica; el vómito resultó ser otro signo importante de la presentación clínica de la pancreatitis; este signo se presentó en el 69,8% de la población, la náusea se presentó en un porcentaje menor con un 64,1%; las 3 características clínicas mencionadas representan las de mayor presentación y se presentan como se puede observar en la mayoría de la población; se observan otros síntomas y signos clínicos que se presentan en menor frecuencia el más representativo de éstos la distensión abdominal se presentó en el 45,2% de la población.

El dolor abdominal es el síntoma fundamental y está presente desde el comienzo en la mayor parte de los ataques de pancreatitis aguda. Aunque puede faltar en un 5-10% de los casos. Vizcaino y colaboradores encontró en



su estudio que los síntomas más importantes fueron epigastralgia, náuseas y vómitos <sup>(19)</sup>; por otro lado De la Vega, Catán, Gerard y Gonzáles realizaron una revisión en estudios publicados en 5 años (2000-2005); en Pub Med encontraron que el dolor abdominal es el síntoma principal de la pancreatitis aguda y esto se corrobora en nuestro estudio.<sup>(20)</sup>

Vergara, Buforn y Rodríguez encontró los siguientes porcentajes de signos clínicos de pancreatitis aguda: dolor abdominal (95-100%), ictericia (25-30%), vómitos y náuseas están presentes 70-90%, distensión abdominal (60-70%), hematemesis (5%), hipotensión (20-40%), cuadros confusionales (20-35%), este estudio también presenta datos similares a los encontrados en nuestra población, siendo el dolor la náusea y el vómito los de mayor interés.<sup>(16)</sup>

También Scelza y Balboa en Uruguay, encontraron las siguientes prevalencias de signos clínicos de pancreatitis aguda: dolor abdominal 85 al 100 %, náuseas y vómitos 54 al 92 %, anorexia 83 %, masa abdominal 6 al 20 %, íleo 50 al 80 % y fiebre 12 al 80 %.<sup>(5)</sup>

Las complicaciones sistémicas representaron una baja prevalencia; el 94,1% de la población no presentó complicaciones sistémicas; mientras que el 2,9% presentó insuficiencia renal, el 2,2% insuficiencia respiratoria y el 0,7% de la población hipovolemia. López y colaboradores que la insuficiencia renal aguda es una complicación conocida de la pancreatitis aguda (PA) con una incidencia entre el 14 y 43%, cuyo desarrollo se ve influenciado por la severidad de la pancreatitis y su presencia empeora de forma notable el pronóstico de esta enfermedad; en comparación con lo expuesto por estos autores encontramos que la prevalencia de insuficiencia renal en la población nuestra es baja. <sup>(31)</sup>

La complicación local de mayor prevalencia fue la obstrucción de la vía biliar con un 5,9% mientras que el 4,2% de la población presentó pseudoquiste pancreático, la obstrucción duodenal se presentó en el 3,2%; mientras que el derrame pleural en el 1,7%.



El 44% de la población afectada por pancreatitis es hospitalizada entre 4-6 días siendo esta población la más numerosa; el 31,7% de la población se hospitalizó por más de 6 días mientras que por último el 24,3% de la población se hospitalizó entre los 1-3 días y la letalidad por esta enfermedad alcanzó un 0,5%; al respecto The Society for Surgery of the Alimentary Tract expone que la letalidad de la pancreatitis grave es de 15%. El período promedio de hospitalización de la pancreatitis no complicada es de 5 a 14 días.<sup>(32)</sup>

El estudio de enfermedades de impacto y de alta morbilidad es de vital importancia, como lo expone Zolezzi“ es muy común el mencionar problemas de salud como la hipertensión arterial, la aterosclerosis, las hiperlipidemias entre otras como epidemias "silenciosas". En gastroenterología, los cuadros de mayor preocupación han sido el cáncer gástrico, la enfermedad ulcerosa y el *Helicobacter pylori*. En los últimos años gracias a los estudios tomográficos, la ultrasonografía y los estudios enzimáticos han mostrado un crecimiento notable en la consulta por emergencia y en la hospitalización por problemas de inflamación pancreática secundarias principalmente a litiasis vesicular” por lo que cada día es imprescindible continuar con el estudio de esta enfermedad.<sup>(33)</sup>

## 10. CONCLUSIONES

- Durante los años 2007 al 2011 se identificaron 407 casos de pancreatitis aguda en el Hospital “Vicente Corral Moscoso”, representando una tasa de 9,6 pacientes por cada 10000 egresos hospitalarios.
- La presentación de pancreatitis fue mayor en pacientes con edades entre 25-34 años; de sexo femenino; de instrucción primaria; de estado civil casado.
- La principal etiología de pancreatitis fue la biliar se presentó en el 55,8% de los casos.
- Clínicamente, el dolor abdominal se presentó en el 96,8% de los casos siendo el principal síntoma de la enfermedad, luego el vómito con el 69,5% y la náusea con el 64,1%.
- La complicación sistémica de mayor prevalencia fue la insuficiencia renal con el 2,9% y la complicación local más frecuente fue la obstrucción de la vía biliar con el 5,9%.
- El 44% de la población permaneció hospitalizada entre 4-6 días y la mortalidad alcanzó un 0,5%.
- Se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre ambos sexos en las siguientes variables complicaciones locales y etiología de pancreatitis.





## 11. RECOMENDACIONES

- Un diagnóstico oportuno de pancreatitis aguda mejora el pronóstico y en gran medida este diagnóstico se basa en las características epidemiológicas y clínicas de los pacientes se recomienda socializar lo encontrado en nuestro estudio ya que son datos con la población local y ajustados a nuestra realidad.
- Continuar con la presentación de datos sobre pancreatitis por parte de las instituciones responsables del cuidado de este tipo de pacientes, así se reflejará el verdadero impacto de esta enfermedad.
- Poseer una alta sospecha diagnóstica de la enfermedad ante la litiasis biliar siendo ésta la principal causa de pancreatitis aguda.
- Continuar con otras investigaciones sobre pancreatitis aguda.

## 12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alarcón O Claudia, Ávila B María Loreto, Tajmuch 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://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. López D, Samra J. Pancreatitis aguda. Presentación de caso y revisión de literatura. Honduras Pediátrica - Volumen 24 Número 1 Enero Febrero, Marzo, Abril 2004. Disponible en: <http://www.bvs.hn/RHP/pdf/2004/pdf/Vol24-1-2004-5.pdf>
4. Gutiérrez C, Aguilera G. Actualización en el diagnóstico y tratamiento de la Pancreatitis Aguda Grave. Revista Cubana de Medicina Intensiva y Emergencias. 2012. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/mie/vol1\\_1\\_02/mie13102.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/mie/vol1_1_02/mie13102.htm)
5. Scelza A, Balboa O. Pancreatitis aguda. Revisión de literatura. Uruguay. 2011. Disponible en: <http://www.mednet.org.uy/cq3/emc/monografias/pa-062003.pdf>
6. Sánchez-Lozada Raúl, Camacho-Hernández María Isabel, Vega-Chavaje Ricardo Gerardo, Garza-Flores José Humberto, Campos-Castillo Carlos, Gutiérrez-Vega Rafael. Pancreatitis aguda: experiencia de cinco años en el Hospital General de México. Gac. Méd. Méx. 2005 Abr [citado 2013 Jul 19] ; 141(2): 123-127. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0016-38132005000200007&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0016-38132005000200007&lng=es).



7. Ledesma J, Arias J. Pancreatitis aguda. MedIntMex 2009;25(4):285-94. México. 2009. Disponible en: <http://www.nietoeditores.com.mx/download/med%20interna/julio-agosto2009/MI-4.7%20PAMCREATITIS.pdf>
8. Aráuz M. Pancreatitis. Quito-Ecuador. 2011. Disponible en: [http://www.medicosecuador.com/librosecng/articuloss/3/pancreatitis\\_aguda.htm](http://www.medicosecuador.com/librosecng/articuloss/3/pancreatitis_aguda.htm)
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](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462012000100002&lng=es)
10. De la Torre M, García A, Soler A, et al. La Pancreatitis Aguda desde la perspectiva de la medicina intensiva y crítica. Medicina Intensiva febrero 2003; 27 (02):74-76.
11. Pellegrini D, Pankl S, Finn B, et al. Pancreatitis aguda: Análisis de 97 pacientes. Medicina (B. Aires) [revista en la Internet]. 2009 Abr [citado 2012 Jul 13]; 69(2): 239-245. Disponible en: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0025-76802009000300004&lng=es](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802009000300004&lng=es).
12. 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](http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/patolquir/patolquir_015.html)
13. Etxeberria D, Pueyo A, Artech 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>
14. Consenso Sobre Diagnóstico y Tratamiento de la Pancreatitis Aguda. Disponible en: <http://www.sochinf.cl/documentos/consensos/pancreatitis.pdf>
15. Sánchez M. Tema del Mes: Pancreatitis Aguda. Servicio de medicina interna, Hospital del Seguro Social “Patrocinio Peñuela Ruiz”, San Cristóbal,



- Edo. Tachira, Venezuela. Rev. Med. Int. MedCrit. Mayo 2004, 1(01) Disponible en: <http://www.medicrit.com/Revista/1-1%20Mayo%202004/Pancreatitis%20aguda.pdf>
16. Vergara J, Buforn A, Rodríguez C. Pancreatitis aguda. España 2011. Disponible en: <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/pancreag.pdf>
17. Martínez J, Timoniuk C, Vallejos A. Incidencia de pancreatitis en el servicio de Cirugía del Hospital “Dr. Julio C. Perrando”, de resistencia Chaco. Argentina. 2007. Disponible en: [http://med.unne.edu.ar/revista/revista182/2\\_182.pdf](http://med.unne.edu.ar/revista/revista182/2_182.pdf)
18. Subtil C. Pancreatitis aguda. Clinica Universidad de Navarra. Departamnto de Digestivo. España. 2012. Disponible en: <http://www.cun.es/area-salud/enfermedades/aparato-digestivo/pancreatitis-aguda>
19. 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>
20. 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](http://med.unne.edu.ar/revista/revista158/4_158.htm)
21. Viteri D. Sensibilidad y especificidad de la amilasemia como ayuda diagnóstica inicial para Pancreatitis Aguda en pacientes que acudieron por dolor abdominal agudo al Servicio de Emergencia del Hospital Vozandes – Quito entre los meses de julio del año 2006 y junio del año 2007. Disponible en: <http://www.latindex.ucr.ac.cr/med-2009-1/med-2009-01-4.pdf>
22. Gutierrez-Nuñez C, Aguilera G. Actualización en el diagnóstico y tratamiento de la Pancreatitis Aguda Grave. Revista Cubana de Medicina Intensiva y Emergencias. 2011. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/mie/vol1\\_1\\_02/mie13102.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/mie/vol1_1_02/mie13102.htm)



23. 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](http://med.unne.edu.ar/revista/revista141/8_141.htm)
24. Pérez R, Rodríguez J, Otero M. Evaluación de factores pronósticos y evolución en la pancreatitis aguda. Rev Cubana MedMilit 2006;35(1). Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/mil/vol35\\_1\\_06/mil04106.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/mil/vol35_1_06/mil04106.htm)
25. Targarona J, Barreda L. Pancreatitis Aguda. Capítulo 36. Disponible en: [http://www.cmp.org.pe/documentos/librosLibres/tsmi/Cap36\\_Pancreatitis\\_aguda.pdf](http://www.cmp.org.pe/documentos/librosLibres/tsmi/Cap36_Pancreatitis_aguda.pdf)
26. Pacheco G, Pascal I, Lizarraga J. Edad y comorbilidad como factores pronósticos en pancreatitis aguda biliar. Gastroenterología y Hepatología, Volumen 32, Issue 3, Page 238. 2009. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0210570509002155>
27. Sánchez-Lozada R, Acosta A, Chapa O. Etiología como determinante de severidad en la pancreatitis aguda. 2002. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2003/gm031e.pdf>
28. Goldacre M, Roberts S. Admisión hospitalaria para la pancreatitis aguda. BMJ. 2004 Jun 19;328(7454):1466-9. 2004. Disponible en: <http://www.intramed.net/contenido.asp?contenidoID=30905>
29. Casal L, Meana J, Karatanasópuloz C, et al. Pancreatitis aguda. Revisión. Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina - N° 112 – Febrero 2002. Página: 5-20. 2002. Disponible en: <http://med.unne.edu.ar/revista/revista112/pancrea.htm>
30. Castellanos L, Linares K. Perfil clínico-epidemiológico de pacientes con pancreatitis aguda. Estudio retrospectivo-descriptivo realizado en los hospitales Roosevelt, San Juan de Dios, Pedro Bethancourt de Antigua Guatemala e Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) de Enfermedad Común enero 2005 a diciembre de 2010. Disponible en: [http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05\\_8916.pdf](http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_8916.pdf)



31. López R, Espigares M, Prados M, et al. Fracaso renal agudo como presentación de pancreatitis aguda hemorrágica con amilasa normal. NEFROLOGÍA. Volumen 27. Número 4. 2007. Disponible en: <http://www.revistanefrologia.com/revistas/P1-E259/P1-E259-S122-A4775.pdf>
32. The Society for Surgery of the Alimentary Tract. Pautas de atención de la SSAT. Tratamiento Quirúrgico de la Pancreatitis Aguda. Disponible en: <http://www.ssat.com/cgi-bin/acupancsp.cgi>
33. Zolezzi A. Pancreatitis aguda: una epidemia "no silenciosa". Rev. gastroenterol. Perú v.30 n.3 Lima jul./set. 2010. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1022-51292010000300002](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292010000300002)



## 13. ANEXOS

### 13.1 Anexo 1. Operacionalización de Variables

VARIABLE	DEFINICIÓN	INDICADOR	ESCALA
Edad	Tiempo de vida desde el nacimiento hasta la fecha.	Años cumplidos	15-24 25-34 35-44 45-54 55-64 > 64
Sexo	Proceso de combinación y mezcla de rasgos genéticos dando por resultado la especialización de organismos en variedades masculina y femenina	Tipo de sexo	Masculino Femenino
Nivel de instrucción	Nivel educativo	Nivel de instrucción cursado	Ninguna Primaria Secundaria Superior
Estado civil	Grado de vínculo entre dos personas determinado por ley	Estado civil establecido en su documento de identificación.	Soltera Casada Viuda Unión libre Divorciada No consta



Etiología de pancreatitis aguda	Causa de pancreatitis aguda determinada mediante clínica, laboratorio y exploraciones complementarias.	Tipo de etiología	Etiología Biliar Etiología Alcohólica Etiología idiopática Otra etiología
Presentación clínica.	Forma de presentación del paciente.	Presencia de signos y síntomas de paciente.	Dolor abdominal Nausea Vómito Distensión abdominal Fiebre. Anorexia Íleo Ictericia Otro
Complicaciones	Efecto adverso generado por la pancreatitis aguda.	Tipo de complicación.	Sistémicas a. Hipovolemia b. Shock  c. Insuficiencia respiratoria. d. Insuficiencia renal  Locales: a. Obstrucción duodenal. b. Obstrucción de vía biliar c. Pseudoquiste d. Absceso pancreático  Otros.





Días de hospitalización.	Cantidad en días contados a partir del momento del ingreso hospitalario hasta su egreso.	Número de días	1-3 días 4-6 días > 6 días
Condición de egreso.	Estado en el cual el paciente es dado de alta del Servicio.	Tipo de condición.	Vivo a. Curado b. Mejorado c. En iguales condiciones d. Empeorado  Muerto



### 13.2. Anexo 2: Cronograma de actividades

ACTIVIDADES	Tiempo / meses								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Aprobación del protocolo por el comité de Bioética de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca	■								
Autorización para el manejo de las historias clínicas por el Director del Hospital “Vicente Corral Moscoso”	■								
Elaboración y validación de formularios.	■								
Recolección, selección y validación de la información		■	■	■	■				
Tabulación de datos y análisis estadístico						■	■	■	■
Presentación del informe final						■	■	■	■





- Etiología de la pancreatitis
- Etiología Biliar
  - Etiología Alcohólica
  - Etiología idiopática
  - Otra etiología

Presentación clínica

- Dolor abdominal
- Nausea
- Vómito
- Distensión abdominal
- Fiebre
- Anorexia
- Íleo
- Ictericia
- Otro  \_\_\_\_\_

Complicaciones

Sistémicas

- Hipovolemia
- Shock
- Insuficiencia respiratoria
- Insuficiencia renal

Locales

- Obstrucción duodenal
- Obstrucción de vía biliar
- Pseudoquiste
-



Absceso pancreático

Otros

\_\_\_\_\_

Días de hospitalización

1-3 días

4-6 días

> 6 días

Condición de egreso

Vivo

Curado

Mejorado

En iguales condiciones

Empeorado

Muerto

**INVESTIGADOR RESPONSABLE:** \_\_\_\_\_

**Firma** \_\_\_\_\_