

Prevalencia y características de la pancreatitis aguda biliar en los pacientes del Hospital Vicente Corral Moscoso 2014-2017

Prevalence and characteristics of acute biliary pancreatitis in patients at the Vicente Corral Moscoso Hospital 2014-2017

Cañar Mendes Andrea Estefanía¹, Vidal Durazno Paola Nicole²

VOLUMEN 40 | N° 1 | ABRIL 2022

FECHA DE RECEPCIÓN: 17/03/2022
FECHA DE APROBACIÓN: 18/05/2022
FECHA PUBLICACIÓN: 13/06/2022

1. Ministerio de Salud Pública.
Médico General de Primer Nivel de Atención.
Cuenca - Ecuador
2. Clínica Latino.
Unidad de Cuidados Intensivos.
Cuenca - Ecuador

Artículo Original | Original Article

<https://doi.org/10.18537/RFCM.40.01.04>

Correspondencia:
angiecess@hotmail.com

Dirección:
Primero de Mayo y Alfonso María Mora

Código Postal:
010158

Teléfonos:
072856422 - 0987564088

Cuenca - Ecuador

RESUMEN

Objetivo: identificar la prevalencia y características de la pancreatitis aguda biliar de los pacientes en el Hospital Vicente Corral Moscoso en el periodo 2014-2017 de la ciudad de Cuenca.

Metodología: estudio descriptivo transversal con una muestra de 207 expedientes clínicos de pacientes con diagnóstico de pancreatitis aguda biliar (PAB) en los servicios del Hospital Vicente Corral Moscoso (HVCM), en el periodo 2014 -2017. La información se recolectó en un formulario elaborado por los autores y se analizó con el programa SPSS versión 19.0 por medio de distribuciones de frecuencia, porcentajes y media.

Resultados: la prevalencia de PAB fue de 2.11 casos por cada 1 000 atendidos en los servicios de clínica, emergencia y cirugía. El 79.7% presentó una complicación leve, el 15.9% moderadamente grave y el 4.3% grave. El 99% de los pacientes presentó dolor abdominal. La complicación local más frecuente fue la colección líquida aguda, 11.1%. El fallo orgánico se manifestó en el 17.9%, el 12.6% fue transitorio y el 5.3% persistente. El 94.7% requirió de manejo quirúrgico, en el 100% de los casos se empleó tratamiento clínico. El 98.06% presentaron mejoría, el 0.96% complicaciones y el 0.96% fallecieron.

Conclusiones: los resultados obtenidos muestran que la prevalencia de PAB en el HVCM es de 2.11 casos por cada 1 000 atendidos, predominando el sexo femenino, el dolor abdominal fue el síntoma más frecuente, el manejo clínico se empleó en la totalidad de los casos y el quirúrgico en el 94.7%.

Palabras clave: cálculos biliares, pancreatitis aguda, abdomen agudo.

ABSTRACT

Objective: to identify the prevalence and characteristics of acute biliary pancreatitis in patients at the Vicente Corral Moscoso Hospital in the period 2014-2017 in Cuenca city.

Methodology: it is a descriptive study with a sample of 207 clinical records of patients diagnosed with acute biliary pancreatitis (ABP) in the services of the Vicente Corral Moscoso Hospital (HVCM), in the period 2014-2017. The information was collected in a form prepared by the authors and analyzed with the SPSS version 19.0 program through frequency distributions, percentages and means.

Results: the prevalence of BAP was 2.11 cases per 1 000 patients attended in the clinical, emergency and surgery services. The 79.7% presented a mild complication, 15.9% moderately severe, and 4.3% severe. A total of 99% of patients have abdominal pain. The most frequent local complication with 11.1%, was the acute liquid collection. The 17.9% presented organ failure, 12.6% was transitory and 5.3% persistent. The 94.7% required surgical management, in 100% of cases clinical treatment was used. The 98.06% of patients showed improvement, 0.96% complications and 0.96% died.

Conclusions: the results obtained show that the prevalence of BAP in the HVCM is 2.11 cases per 1 000 patients attended, predominantly female, abdominal pain was the most frequent symptom, clinical management was used in all cases and the surgical in 94.7%.

Key words: gallstones, pancreatitis, abdomen acute.

INTRODUCCIÓN

La pancreatitis aguda biliar (PAB), es una condición inflamatoria del páncreas que puede causar injuria local, síndrome de respuesta inflamatoria sistémica, fallo orgánico y muerte¹, siendo una de las patologías gastrointestinales que frecuentemente requieren hospitalización².

Los cálculos biliares constituyen la etiología más habitual de PAB a nivel mundial, presentes en el 40% al 60% de los casos diagnosticados. El consumo prolongado de alcohol se atribuye al 30%. La hipertrigliceridemia el 2% al 5%. Los fármacos causan menos del 5% de los casos de pancreatitis aguda³.

Las guías de práctica clínica tanto del Colegio Americano de Gastroenterología como de la Asociación Europea para el estudio del hígado^{4,5} establecen los criterios diagnósticos de PAB; requiriendo dos de los siguientes: dolor abdominal superior, alteración de pruebas de función hepática y pancreática; y, colelitiasis y/o coledocolitiasis.

Actualmente el tratamiento de la PAB se compone de hidratación intravenosa temprana, nutrición adecuada, analgesia e intervenciones necesarias¹, en Ecuador los centros de salud utilizan guías de diversa manera que en ocasiones no permiten a los pacientes recibir una terapia estandarizada que mejore sus molestias.

La incidencia global de pancreatitis aguda es de 15 a 80 casos anuales por cada 100 000 adultos, dependiendo de la zona geográfica⁶. En Latinoamérica en el 2006 se reportó 15.9 casos por cada 100 000 habitantes⁷; en el año 2001 México reportó el 3% de casos⁸ y Perú en el 2009 una incidencia de pancreatitis de 28 casos por cada 100 000 habitantes⁹.

En el Ecuador, el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) resgistró en el año 2013, un total de 4 061 egresos hospitalarios por pancreatitis aguda, siendo más frecuente en mujeres, con una razón de 2:1 y tasa de letalidad del 2.5%. Para el año 2016 se registraron 4 715 casos, una tasa de letalidad del 2.99%¹⁰.

Un estudio transversal realizado en Cuenca, en la emergencia del HVCM, sobre pacientes con diagnóstico de PAB en los años 2014 al 2015,

obtuvo como resultado que la prevalencia de pancreatitis aguda severa fue del 14.2% y una mortalidad del 3.9 %¹¹.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo transversal. El universo fueron 98 127 expedientes clínicos con diagnóstico de abdomen agudo, atendidos en los diferentes servicios, se trabajó con una muestra de 207 pacientes con diagnóstico de PAB en el Hospital Vicente Corral Moscoso de la ciudad de Cuenca, desde enero 2014 a diciembre 2017.

Entre los criterios de inclusión se encuentran pacientes con edad igual o mayor de 18 años con diagnóstico confirmado de PAB, se excluyó de la investigación a pacientes con expedientes clínicos incompletos, con pancreatitis aguda de origen diferente al biliar, previamente colecistectomizados o realizados CPRE y pacientes que fueron trasladados a otras unidades de salud o solicitaron el alta.

La recolección de datos se llevó a cabo por los autores, el instrumento fue el formulario que constó con las variables del estudio. Los datos obtenidos fueron analizados y tabulados en el programa SPSS versión 19.0, para las variables cualitativas categorizadas se utilizaron frecuencias y porcentajes, presentados en forma de tablas simples. Se propuso la clasificación

de Atlanta revisada en el año 2012, que divide la gravedad de la PAB en 3 grupos¹²: a) Leve: sin complicaciones locales, sistémicas ni fallo orgánico. b) Moderadamente grave: con presencia de complicaciones locales o sistémicas y/o fallo orgánico transitorio. c) Grave: con fallo orgánico persistente¹².

Utilizando los criterios de Marshall¹² se valoran 3 sistemas, respiratorio, cardiovascular y renal, si la puntuación obtenida en cada sistema es igual o superior a 2 se define como falla orgánica: a) Circulatoria: hipotensión arterial con PAS<90mm Hg que no responde a fluido terapia¹². b) Respiratoria: PaO₂<60mmHg basal (sin O₂ suplementario) o PaO₂/FiO₂<300mmHg. c) Renal agudo: incremento de creatinina >1.8mg/dl (>169μmol/l) o incremento de creatinina basal ×2 y/o disminución del flujo urinario (oliguria) <0.5 ml/kg/h×12h o <30ml/h¹². Si la duración de la insuficiencia de uno o más sistemas supera las 48h, se conoce como fallo orgánico persistente y transitoria si es inferior a 48h¹².

RESULTADOS

De los 207 pacientes con PAB, predominó el sexo femenino 65.2% frente a 34.8% al masculino. La patología se presentó principalmente en jóvenes, el 24.2% tenían entre 28 y 37 años y el 21.7% de 18 a 27 años.

Tabla N° 1

Distribución de los pacientes según las características sociodemográficas: sexo y edad.

Variables sociodemográficas.	n=207	%
Sexo		
Femenino	135	65.2
Masculino	72	34.8
Edad (años)		
18 a 27	45	21.7
28 a 27	50	24.2
38 a 47	26	12.6
48 a 57	30	14.5
58 a 67	24	11.6
68 o más	32	11.5

La prevalencia de PAB, en el HVCM del 2014 al 2017 fue de 0.21% con una frecuencia de 2.11 casos por cada 1 000 atendidos en clínica, emergencia y cirugía, conociendo que 98 187 pacientes poseían diagnóstico de abdomen agudo.

La categorización de Atlanta clasifica la gravedad de la pancreatitis en leve, moderada y grave. El 79.7% de los 207 pacientes ingresados por PAB, en el periodo estudiado, presentaron una complicación leve. El 15.9% moderadamente grave y el 4.3% grave.

Tabla N° 2

Distribución de los pacientes según la categorización de las complicaciones clínicas

Complicaciones	n=207	%
Leve	165	79.7
Moderadamente grave	33	15.9
Grave	9	4.3

El dolor abdominal registró un 99%, seguido de náusea 58.9%, vómito 56.5%, y con menor frecuencia ictericia 18.4%, la distensión abdominal

9.2%. En muchos casos se encontró más de un síntoma.

Tabla N° 3

Manifestaciones clínicas presentadas

Manifestaciones Clínicas	n=207	%
Dolor abdominal	205	99.0
Náusea	122	58.9
Vómito	117	56.5
Ictericia	38	18.4
Distensión abdominal	19	9.2

La complicación local más frecuente, con el 11.1%, fue la colección líquida aguda, mientras la colección necrótica aguda y el pseudoquiste alcanzaron el 4.4% y 2.4% respectivamente.

3.9% insuficiencia cardiocirculatoria; y un 3.9% insuficiencia respiratoria.

Las complicaciones sistémicas se constataron en baja proporción, el 4.4% con insuficiencia renal;

El 17.9% presentaron algún tipo de fallo orgánico, el 12.6% fue transitorio (< 48 horas) y el 5.3% persistente (> 48 horas).

Tabla N° 4

Complicaciones locales y sistémicas presentadas

	n=207	%
Complicaciones locales		
Colección líquida aguda	23	11.1
Colección necrótica aguda	9	4.4
Pseudoquiste	5	2.4
Complicaciones sistémicas		
Insuficiencia renal	9	4.4
Insuficiencia cardiocirculatoria	8	3.9
Insuficiencia respiratoria	8	3.9
Fallo orgánico		
Transitorio	26	12.6
Persistente	11	5.3

El 94.7% requirió de manejo quirúrgico, en el 100% de los casos se necesitó reparar la volemia y se empleó tratamiento clínico, para el 68.6% se aplicó reposiciones de 150 mL/h, el 80.2% requirió de soporte nutricional enteral y el 19.8% parenteral. Para el manejo del dolor se aplicó al 49.3% una

combinación de analgésicos, 31.4% opioides y AINES en el 19.3%. El 67.1% de los pacientes fueron tratados tanto con colecistectomía como CPRE, la necrosectomía fue utilizada para el 19.8%, el drenaje percutáneo en un 5.3% y la endoscopia 1.4%.

Tabla N° 5

Tratamiento clínico y quirúrgico empleado.

Tratamiento clínico	n=207	%
Reposición de la volemia		
150 mL/h	142	68.6
300 mL/h	54	26.1
450 mL/h	9	4.3
600 mL/h	2	1.0
Manejo del dolor		
Opioides	65	31.4
AINES	40	19.3
Combinación de analgésicos	102	49.3
Tratamiento quirúrgico	n=196	%
Colecistectomía	139	67.1
CPRE	139	67.1
Necrosectomía	41	19.8
Drenaje percutáneo	11	5.3
Endoscopia	3	1.4

El 98.06% presentaron mejoría, el 0.96% complicaciones y el 0.96% fallecieron.

Tabla N° 6

Condición al egreso de pacientes con pancreatitis aguda biliar.

Condición al egreso	n=207	%
Mejora	203	98.06
Complica	2	0.96
Fallece	2	0.96

DISCUSIÓN

La PAB es frecuente a nivel mundial, con una fluctuación de entre el 4.9 a 73.4 casos por cada 100 000 habitantes¹³. El presente estudio encontró una prevalencia de 0.21%, de todos los casos atendidos en los diferentes servicios. La causa principal fue la litiasis biliar con el 40%, con predominio en jóvenes de sexo femenino, esto concuerda con el estudio de López^{4,14} que indica que el 65% fueron pacientes de sexo femenino con edades entre 20 a 25 años.

Las manifestaciones clínicas fueron dolor abdominal, náusea y vómito, esto concuerda con la investigación de Estepa et al¹⁵, donde los pacientes presentaron dolor abdominal 99.0% y vómitos 81.6% respectivamente.

La pancreatitis aguda leve es la forma de complicación más frecuente⁸. Entre estas la colección líquida se destacó como la más común, esto coincide con una publicación de Padrón et al¹⁶, en donde se realizó un estudio de 100 casos de pancreatitis aguda durante un periodo de 5 años, en el cual refiere que los pacientes presentaron colecciones peri pancreáticas.

Entre los tratamientos clínicos se encuentra: restauración de la volemia, administración de nutrición enteral y parenteral, control del dolor y de la misma manera quirúrgicos: colecistectomía y CPRE, rigiéndose según protocolos de guías estandarizadas¹⁷. El clínico se aplicó en el 100%.

En cuanto a la volemia, fue corregida con 150 ml/h en 68.6% de casos. El 80.2% requirió de soporte enteral y el 19.8% parenteral. En 49.3% de pacientes se manejó el dolor con una combinación de analgésicos, un 31.4% con opioides y al 19.3% con AINES, lo que coincide con lo revisado el 2019 por Álvarez¹⁸, en Costa Rica, donde menciona que la

pedra angular para el tratamiento de pacientes con PA fueron medidas de sostén, suspensión de la vía oral por un tiempo no mayor de 48 horas, hidratación intravenosa como manejo inicial con preferencia de cristaloides, analgésicos como acetaminofén, opiáceos o AINES, dependiendo de la condición del paciente y alimentación parenteral.

El 67.1% de pacientes con PAB requirió de colecistectomía o CPRE, dato similar al estudio realizado por Bejarano et al¹⁹, que analizaron 296 pacientes con diagnóstico de PAB de los cuales 70.6% necesitaron colecistectomía y 22% CPRE. 14.2% de pacientes que no se les realizó CPRE ni colecistectomía presentaron recurrencia de PAB, cuatro de ellos a las 24 horas y dos a los 6 meses post-colecistectomía.

El 98.1% de pacientes presentaron mejoría posterior al tratamiento, 0.96% se complicaron y 0.96% fallecieron, lo que refleja una tasa de mortalidad inferior en el marco de lo reportado en la investigación de Ocampo et al²⁰, donde la mortalidad fue del 1.5% en pacientes con diagnóstico de pancreatitis aguda biliar.

CONCLUSIONES

La PAB en el HVCM, durante el período 2014-2017 afectó más al sexo femenino y poblaciones jóvenes.

La mayoría de manifestaciones clínicas fueron leves como el dolor abdominal. Un porcentaje significativo requirió tratamiento quirúrgico como la colecistectomía y la CPRE.

Los pacientes evolucionaron favorablemente, las complicaciones de mayor frecuencia fueron colección líquida aguda, siendo el drenaje percutáneo el tratamiento de elección.

RECOMENDACIONES

Realizar estudios comparativos en diferentes poblaciones en el país, con mayor cantidad de pacientes donde se pueda evaluar los factores de riesgo asociados a la PAB.

ASPECTOS BIOÉTICOS

La información que se obtuvo durante la realización de este estudio fue manejada con absoluta reserva y de uso exclusivamente investigativo. El estudio fue aprobado por el Comité de Bioética de Investigación del Área de la Salud, la Universidad de Cuenca (COBIAS-UCuenca) y autorizado por la dirección del Hospital Vicente Corral Moscoso.

INFORMACIÓN DE LAS AUTORAS

- Cañar Mendes Andrea Estefanía. Médica. Ministerio de Salud Pública. Médico General de Primer Nivel de Atención. Cuenca-Azuay-Ecuador.

e-mail: angiecess@hotmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3205-8074>

- Vidal Durazno Paola Nicole. Médica. Clínica Latino. Unidad de Cuidados Intensivos. Cuenca-Azuay-Ecuador.

e-mail: poli.vd1994@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0992-0618>

CONTRIBUCIÓN DE LAS AUTORAS

Las autoras contribuyeron en la concepción, diseño del trabajo, recolección de datos, redacción, revisión y modificaciones, hasta la aprobación de la versión final.

CONFLICTO DE INTERESES

Se declara no existencia de conflicto de intereses.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO

Autofinanciado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Wani S, Gardner TB, Falck-Ytter Y, Barkun AN, Crockett S, et al. American Gastroenterological Association Institute Guideline on Initial Management of Acute Pancreatitis. *Gastroenterology*. 2018;154(4):1096-101. Disponible en: <https://www.gastrojournal.org/action/showPdf?pii=S0016-5085%2818%2930076-3>.
2. Rebollar González RC. Prevalencia y mortalidad de la pancreatitis aguda grave de origen biliar y alcohólica en el Hospital Juárez de México. *Revista Mexicana de Cirugía del Aparato Digestivo*. 2012;1(1):13-7. Disponible en: <https://www.imbiomed.com.mx/articulo.php?id=85729>.
3. Duron DB, Garcia Lainez A, Umanzor Garcia W. Pancreatitis aguda, evidencia actual. *iMedPub Journals* 2018;14(1:4):1-12. Disponible en: <https://doi.org/10.3823/1380>
4. Pérez F, Arauz Valdes E. Pancreatitis Aguda: Artículo de Revisión. *Rev Méd Científica*. 2020;33:67-88. Disponible en: <https://www.revistamedicocientifica.org/index.php/rmc/article/view/570>.
5. EASL Clinical Practice Guidelines on the prevention, diagnosis, and treatment of gallstones. *J Hepatol*. 2016;65(1):146-81. Disponible en: <https://www.journal-of-hepatology.eu/action/showPdf?pii=S0168-8278%2816%2930032-0>.
6. Breijo A, Prieto JA. Pancreatitis Aguda. *Intramed Journal*. 2015; 3(2) Disponible en: journal.intramed.net/index.php/Intramed_Journal/article/download/332/133).
7. De Campos T, Parreira JG, Utiyama E, Rasslan S. Pesquisa nacional sobre condutas na pancreatite aguda. *Rev Colégio Bras Cir*. 2008;35(5):304-10. Disponible en: <https://www.revistamedicocientifica.org/index.php/rmc/article/view/570>.
8. Junquera TRE, Pereyra SI. Pancreatitis aguda. *Arch Salud Publica*. 2010;1(1):24-30. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=25132>.
9. Acevedo Alfaro M, Cisneros Escobar GA, Curaca Mendoza VE. Análisis de la Situación de Salud del Hospital Cayetano Heredia 2014. *Epidemiología y Salud Ambiental Hospital Cayetano Heredia*. 2014. Disponible en: http://www.hospitalcayetano.gob.pe/Inicio/images/stories/epidemiologia/2014/asis_hch_2014.pdf.

10. INEC. Instituto nacional de estadísticas y censos. 2013-2016. Available from: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/institucional/home/>.
11. Aguilar Gaibor CI, Salamea Molina JC, Tenezaca Tacuri ÁH. Eficacia de la Escala BISAP para Predicción Temprana de Severidad en Pancreatitis Aguda Biliar. Hospital Vicente Corral Moscoso. Enero 2014 – Julio 2015. *Revista Médica HJCA*. 2016;8(2):148-53. Disponible en: <https://revistamedicahjca.iess.gob.ec/ojs/index.php/HJCA/article/view/265>.
12. Duron DB, Garcia Lainez A, Umanzor Garcia W. Pancreatitis aguda, evidencia actual. *iMedPub Journals*. 2018;14(1:4):1-12. Disponible en: <https://doi.org/10.3823/1380>.
13. Navarro RG, Cordero GAS. Actualización en el diagnóstico y manejo de la pancreatitis aguda. *Rev Cienc Salud Integrando Conoc*. 2020;4(5):51-62. Disponible en: <https://doi.org/10.34192/cienciaysalud.v4i5.207>.
14. López Díaz MV, Cabrera Bernal HF, Viteri Rojas AM, Reyes Prieto Aguayo MP. Pancreatitis aguda en pacientes con litiasis biliar ingresados en el hospital Martín Icaza. *RECIAMUC*. 2022;6(1):64-1. Disponible en: <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/783>
15. Estepa Ramos JL, Santana Pedraza T, Estepa Pérez JL, Acea Paredes Y, Estepa Ramos JL, Santana Pedraza T, et al. Caracterización clínico- quirúrgica de pacientes con pancreatitis aguda. *Cienfuegos*, 2018-2020. *MediSur*. 2021;19(2):245-59. Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/5012>.
16. Padrón AG, Concha MAJ. Prevalencia de pancreatitis aguda en un Hospital General. Análisis de Cinco años. *Salud Quintana Roo*. 2021;14(45):18-23. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=102409>.
17. Guidi M, Curvale C, Pasqua A, Hwang HJ, Pires H, Basso S, et al. Actualización en el manejo inicial de la pancreatitis aguda. *Acta Gastroenterol Latinoam*. 2019;49(4):307-323. Disponible en: <https://www.actagastro.org/numeros-antteriores/2019/Vol-49-N4/Vol49N4-PDF06.pdf>.
18. Álvarez Aguilar PA, Dobles Ramírez CT. Pancreatitis aguda: fisiopatología y manejo inicial. *Acta méd costarric*, 2019;61(1),14–17. Disponible en: http://actamedica.medicos.cr/index.php/Acta_Medica/article/view/1020/1049.
19. Bejarano González N, Romaguera Monzonís A, García Borobia FJ. Cómo afecta el retraso de la colecistectomía tras la pancreatitis aguda litiásica en la aparición de recidivas. *Consecuencias de la falta de recursos. Revista Española de Enfermedades Digestivas*. 2016;108(3):117-22. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S113001082016000300002&script=sci_arttext&lng=es.
20. Ocampo C, Kohan G, Leiro F, et al. Diagnóstico y tratamiento de la pancreatitis aguda en la Argentina. Resultados de un estudio prospectivo en 23 centros. *Acta Gastroenterol Latinoam*, 2015; 45(4), 295–302. Disponible en: <https://www.actagastro.org/numeros-antteriores/2015/Vol-45-N4/Vol45N4-PDF07.pdf>.