




ARTÍCULO ORIGINAL

Caracterización clínico-quirúrgica de pacientes con pancreatitis aguda, Guantánamo 2016-2020

Clinical-surgical characterization of patients with acute pancreatitis, Guantánamo 2016-2020

Caracterização clínico-cirúrgica de pacientes com pancreatite aguda, Guantánamo 2016-2020

Fidel Alejandro Abad-Miranda^{1*} , Reinaldo Elias-Sierra¹ , Ana Amelia Rubio-García^{II} 

^I Hospital General Docente “Dr. Agostinho Neto”. Guantánamo, Cuba.

^{II} Universidad de Ciencias Médicas de Guantánamo. Guantánamo, Cuba.

*Autor para la correspondencia: fidelalejandroabadmiranda@gmail.com

Recibido: 9 de mayo de 2022

Aprobado: 14 de octubre de 2022

RESUMEN

Introducción: la pancreatitis aguda es una problemática de salud médico-quirúrgica a escala mundial. En Guantánamo, no se encuentran estudios sobre las características clínicas y quirúrgicas de pacientes con esta afección. **Objetivo:** caracterizar a pacientes con pancreatitis aguda atendidos en el Hospital General Docente “Dr. Agostinho Neto”, provincia Guantánamo, Cuba, durante los años 2016-2020 desde una perspectiva clínica y quirúrgica. **Método:** se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y longitudinal en 86 pacientes egresados de dicho hospital, donde fueron analizadas las variables: edad, sexo, clasificación, etiología, diagnóstico, tratamiento, complicaciones de la pancreatitis, estadía evolución y otras. Se asumieron los resultados al momento del ingreso de: glucemia, calcemia, amilasemia, ultrasonido diagnóstico abdominal y tomografía axial computadorizada de abdomen. **Resultados:** la

edad media del grupo fue de $53,8 \pm 18,6$ años. Fue más frecuente la pancreatitis aguda en fase temprana (70,9 %), la edematosa intersticial (90,7 %), tipo grave (51,2 %) y la biliar (32,6 %). El dolor abdominal (100 %) fue el principal síntoma. El 77,9 % presentó hiperamilasemia. El 77,4 % y el 73,3 % mostró anomalías en el ultrasonido y en la tomografía de páncreas, respectivamente. El tratamiento quirúrgico más realizado fue la necrosectomía y abdomen cerrado (60,4 %). El 100 % presentó alguna complicación. La estadía fue de $11,0 \pm 7,2$ días. **Conclusiones:** la pancreatitis aguda impacta como problemática de salud, de modo más común en su forma grave, determinada por litiasis en la vía biliar, y por la elevada frecuencia de complicaciones.

Palabras clave: pancreatitis; cirugía; diagnóstico; abdomen agudo



ABSTRACT

Introduction: acute pancreatitis is a medical and surgical health problem at worldwide. In Guantánamo, there is not studies found related to patients with the over mentioned clinical and surgical characteristics. **Objective:** characterization, from a clinical and surgical perspective, of patients with acute pancreatitis attended at the Hospital General Docente “Dr. Agostinho Neto”, Guantánamo province, Cuba, throughout 2016 to 2020. **Method:** a descriptive, retrospective and longitudinal study was carried out in 86 discharged patients. Variables used were as follow: age, sex, classification, etiology, diagnostic, treatment, pancreatitis complications, stay, evolution and, others. The clinical outcomes assumed at admission time were as follow: glycemia, calcaemia, amylasemia, abdominal ultrasound diagnosis and abdominal computed tomography. **Results:** the mean age of the group studied was 53.8 ± 18.6 years. Early stage acute pancreatitis (70.9%), interstitial edematous (90.7%), severe pancreatitis (51.2%) and, biliary pancreatitis (32.6%) were more frequent. Abdominal pain in the patients studied (100 %) was the main symptom. Hyperamylasemia was present in 77.9%. The 77.4% of the patients showed abnormalities in ultrasound and 73.3% at the Computed tomography of the pancreas. The most frequently performed surgical treatment was necrosectomy and closed abdomen (60.4%). The 100% of the patients admitted presented some complications. The term of stay in admission was 11.0 ± 7.2 days. **Conclusions:** acute pancreatitis as a health problem commonly arises in its severe form, characterized by the presence of lithiasis in the biliary tract and the high frequency of complications.

Keywords: pancreatitis; surgery; diagnosis; acute abdomen

RESUMO

Introdução: a pancreatite aguda é um problema de saúde médico-cirúrgico em todo o mundo. Em Guantánamo, não há estudos sobre as características clínicas e cirúrgicas dos pacientes com essa condição. **Objetivo:** caracterizar os pacientes com pancreatite aguda atendidos no Hospital General Docente “Dr. Agostinho Neto”, província de Guantánamo, Cuba, durante os anos 2016-2020 do ponto de vista clínico e cirúrgico. **Método:** foi realizado um estudo descritivo, retrospectivo e longitudinal em 86 pacientes egressos do referido hospital, onde foram analisadas as variáveis: idade, sexo, classificação, etiologia, diagnóstico, tratamento, complicações da pancreatite, tempo de internação e outros. Os resultados no momento da admissão foram assumidos: glicemia, calcemia, amilase, ultrassonografia abdominal diagnóstica e tomografia axial computadorizada de abdome. **Resultados:** a média de idade do grupo foi de $53,8 \pm 18,6$ anos. Pancreatite aguda na fase inicial (70,9%), edema intersticial (90,7%), grave (51,2%) e biliar (32,6%) foram mais frequentes. Dor abdominal (100%) foi o principal sintoma. 77,9% apresentaram hiperamilasemia. 77,4% e 73,3% apresentaram anormalidades na ultrassonografia e tomografia pancreática, respectivamente. O tratamento cirúrgico mais realizado foi necrosectomia e abdome fechado (60,4%). 100% apresentaram alguma complicação. A permanência foi de $11,0 \pm 7,2$ dias. **Conclusões:** a pancreatite aguda impacta como problema de saúde, mais comumente em sua forma grave, determinada pela litíase no ducto biliar e pela alta frequência de complicações.

Palavras-chave: pancreatite; cirurgia; diagnóstico; abdome agudo

Cómo citar este artículo:

Abad-Miranda FA, Elias-Sierra R, Rubio-García AA. Caracterización clínico-quirúrgica de pacientes con pancreatitis aguda, Guantánamo 2016-2020. Rev Inf Cient [Internet]. 2022 [citado día mes año]; 101(5):e3880. Disponible en: <http://www.revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/3880>



INTRODUCCIÓN

La pancreatitis aguda (PA) es un proceso inflamatorio agudo del tejido pancreático, potencialmente reversible, producido por la activación intraparenquimatosa de enzimas digestivas, que provoca su autodigestión, y genera una respuesta inflamatoria que puede llevar a la disfunción de órganos y a la muerte.⁽¹⁾

Los artículos publicados en relación con esta enfermedad revelan que es una problemática salud médico-quirúrgica, pues a escala mundial, cada año afecta entre 4,9 y 80 personas por 100 000 habitantes; las hospitalizaciones por esta causa han aumentado un 13,3 % y la letalidad oscila entre un 5 % y un 20 %.^(2,3)

Se reconocen los aportes de investigadores cubanos^(4,5) y extranjeros^(2,3) sobre el tema de la PA, desde los que emerge una percepción global y gran diversidad en la epidemiología clínico-quirúrgica de esta enfermedad. En la controversia subyace la influencia de los comportamientos humanos que determinan los riesgos de PA, así como, de las posibilidades diagnósticas y terapéuticas disponibles en cada contexto de salud, lo que revela la pertinencia social de caracterizarla en cada servicio de salud.

En tal sentido, los autores de este estudio reconocen los aportes de profesores guantanameros, por ejemplo, el Dr. Ángel Piriz Momblant^(5,6) sobre el tema pancreatitis, pero no se encontraron socializadas investigaciones en relación con la caracterización de los pacientes con PA entre los años 2016 y 2020. Esta carencia motiva este estudio con el objetivo de describir el perfil clínico-quirúrgico de la PA en el Hospital General Docente “Dr. Agostinho Neto” durante los años 2016-2020.

Los resultados del estudio constituyen un aporte teórico sobre el comportamiento de la PA en el contexto territorial, lo que se revela en las ciencias quirúrgicas en el contexto territorial y podrá sustentar el desarrollo de futuras investigaciones sobre el tema.

MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y longitudinal. Se incluyeron todos los pacientes egresados con el diagnóstico definitivo de PA de acuerdo con los criterios clínicos, morfológicos, de gravedad y los resultados de los estudios complementarios, según se establece en la literatura científica.⁽⁷⁾

La PA se clasificó según criterios clínicos, morfológicos y de gravedad.⁽⁷⁾ Se asumieron los resultados de los siguientes exámenes complementarios al momento del ingreso: glucemia, calcemia, amilasemia, ultrasonido diagnóstico abdominal (USDA) y tomografía axial computadorizada de abdomen (TACA), según los criterios de Balthazar.⁽⁸⁾

El universo de estudio se conformó por el total de pacientes (n=86) con PA, pues no se seleccionó una muestra ni se excluyó ningún de ellos.



En cada paciente se precisó: edad, sexo y variables relacionadas con la PA (antecedente de factores de riesgo, clasificación, etiología, manifestaciones clínicas, exámenes complementarios, tratamiento, complicaciones, estadía hospitalaria, estado al egreso hospitalario, causa directa de muerte y evolución clínico-quirúrgica). La evolución clínico-quirúrgica se consideró como Satisfactoria (si no se presentó alguna complicación), Satisfactoria con complicaciones y No satisfactoria (cuando el enfermo egresó fallecido).

La información se procesó con el paquete estadístico *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* en su versión 16.0.1 para Windows. Los resultados se mostraron en tablas. Para el análisis estadístico las variables cualitativas se utilizó la frecuencia absoluta, el cálculo de porcentajes y el error estándar (EE); para las variables cuantitativas se calculó la media (X) y la desviación estándar (DE).

El estudio se aprobó por el comité de ética del hospital. No se solicitó consentimiento informado a los pacientes porque fue un estudio retrospectivo y la información se obtuvo de historias clínicas, pero se mantuvo en todo momento la confidencialidad de los datos. Se cumplieron las exigencias éticas de la Declaración de Helsinki.

RESULTADOS

La Tabla 1 muestra que el 38,4 % de los pacientes tuvieron entre 31 y 59 años, la edad media del grupo fue de $53,8 \pm 18,6$ años y para ambos sexos el porcentaje fue del 50 %. El 87,2 % presentó algún factor de riesgo, y el más común fue la presentación de litiasis biliar (32,6 %).

Tabla 1. Descripción de los pacientes según edad, sexo y factores de riesgo de pancreatitis

| Variables | | No. | %* | EE | LI | LS |
|---|--------------------------------------|-----|------|-----|------|------|
| Grupo de edades ($53,8 \pm 18,6$ años) | 15 - 30 | 13 | 15,1 | 5,0 | 5,1 | 25,0 |
| | 31 - 59 | 33 | 38,4 | 6,8 | 24,9 | 51,8 |
| | 60 - 70 | 24 | 27,9 | 6,3 | 15,4 | 40,3 |
| | 71 - 90 | 16 | 18,6 | 5,5 | 7,8 | 29,3 |
| Sexo | Femenino | 43 | 50,0 | 7,0 | 36,1 | 63,8 |
| | Masculino | 43 | 50,0 | 7,0 | 36,1 | 63,8 |
| Factores de riesgo** Presentes (n=75; 87,2 %) Ausentes (n=11; 12,8 %) | Litiasis vía biliar | 28 | 32,6 | 6,6 | 19,6 | 45,5 |
| | Ingestión frecuente de alcohol | 15 | 17,4 | 5,3 | 6,8 | 27,9 |
| | Hábito de fumar | 14 | 16,3 | 5,2 | 6,0 | 26,5 |
| | Pancreatitis crónica | 13 | 15,1 | 5,0 | 5,1 | 25,0 |
| | Hipertrigliceridemia | 11 | 12,8 | 4,7 | 3,5 | 22,0 |
| | Ingestión reciente de comida copiosa | 9 | 10,5 | 4,3 | 2,0 | 18,9 |
| | Obesidad | 9 | 10,5 | 5,0 | 5,1 | 25,0 |
| | Gastroduodenitis | 9 | 10,5 | 6,8 | 24,9 | 51,8 |

Leyenda: (*): % calculado respecto a n=86; (**): un paciente pudo tener más de un factor de riesgo; EE: error estándar; LI: límite inferior; LS: límite superior.

Fuente: base de datos.



El 70,9 % de los pacientes presentó PA en fase temprana, el 90,7 % de tipo edematosa intersticial y en el 51,2 % fue grave (Tabla 2).

La etiología en el 67,4 % fue por causas no biliares y, entre estas, fue más usual su relación con el consumo de alcohol (37,2 %).

Tabla 2. Caracterización de los pacientes según clasificación y etiología de la pancreatitis aguda

| Variables | | No. | %* | EE | LI | LS | |
|---------------------------|--------------------------|------------------------|------|------|------|------|------|
| Clasificación | Clínica | Fase temprana | 61 | 70,9 | 6,4 | 58,3 | 83,4 |
| | | Fase tardía | 25 | 29,1 | 6,4 | 16,5 | 41,6 |
| | Morfológica | Edematosa intersticial | 78 | 90,7 | 4,1 | 82,6 | 98,7 |
| | | Necrotizante | 8 | 9,3 | 4,1 | 1,2 | 17,3 |
| | Según gravedad | Leve | 20 | 23,3 | 5,9 | 11,5 | 35,0 |
| | | Grave | 44 | 51,2 | 7,0 | 37,3 | 65,0 |
| Crítica | | 22 | 25,5 | 6,1 | 13,4 | 37,5 | |
| Etiología | Biliar | 28 | 32,6 | 6,6 | 19,6 | 45,5 | |
| | No biliar | 58 | 67,4 | 6,6 | 54,4 | 80,3 | |
| Causas no biliares (n=58) | Consumo alcohol | 32 | 37,2 | 6,8 | 23,8 | 50,5 | |
| | Hipertrigliceridemia | 15 | 17,4 | 4,7 | 3,5 | 22,0 | |
| | Hiperalimentación insana | 6 | 7,0 | 3,6 | 0,1 | 14,0 | |
| | Sin causa definida | 5 | 5,8 | 3,3 | 0,6 | 12,2 | |

Leyenda: (*): los % se calcularon respecto a n=86; EE: error estándar; LI: límite inferior; LS: límite superior.

Fuente: base de datos.

En la investigación se reveló que el dolor abdominal (100,0 %) y, de modo particular, el dolor abdominal sugestivo de PA (97,7 %) y los vómitos (86,0 %) fueron las manifestaciones clínicas más frecuentes, como se muestra en la Tabla 3. En menor incidencia fueron hallados: ictericia y derrame pleural con el 4,7 %, y masa palpable en abdomen superior con solo el 3,5 %.

Entre los resultados de los exámenes complementarios se registró sobre todo la presentación de hiperamilasemia (77,9 %), seguida de hipocalcemia (55,8 %).

En el 77,4 % de los enfermos se encontraron anomalías en el USDA y en el 73,3 % alteraciones en el páncreas mediante la TACA, sobre todo PA con criterio de Balthazar C (n= 18).

Tabla 3. Caracterización de los pacientes según las manifestaciones clínicas y exámenes complementarios realizados para el diagnóstico de pancreatitis aguda

| | Variables | No. | %* | EE | LI | LS | |
|--|---|--------------------------------|-------|------|-------|-------|------|
| Manifestaciones clínicas que sustentaron el diagnóstico positivo | Dolor abdominal | 86 | 100,0 | - | 100,0 | 100,0 | |
| | Dolor abdominal sugestivo de pancreatitis | 84 | 97,7 | 2,1 | 93,5 | 101,8 | |
| | Vómitos | 74 | 86,0 | 4,9 | 76,3 | 95,6 | |
| | Desequilibrio hidroelectrolítico | 73 | 84,6 | 5,1 | 74,5 | 94,6 | |
| | Desequilibrio ácido-básico | 73 | 84,6 | 5,1 | 74,5 | 94,6 | |
| | Distensión abdominal | 66 | 76,7 | 5,9 | 64,9 | 88,4 | |
| | Hipersensibilidad epigástrica | 64 | 74,4 | 6,1 | 62,3 | 86,4 | |
| | Síndrome respuesta inflamatoria sistémica | 58 | 67,4 | 6,6 | 54,4 | 80,3 | |
| | Ardor epigástrico | 33 | 38,3 | 6,8 | 24,8 | 51,7 | |
| | Plenitud gástrica | 25 | 29,1 | 6,4 | 16,5 | 41,6 | |
| | Dispepsia | 21 | 24,4 | 6,0 | 12,4 | 36,3 | |
| | Hematemesis | 15 | 17,4 | 5,3 | 6,8 | 27,9 | |
| | Choque | 12 | 14,0 | 4,9 | 4,3 | 23,6 | |
| | Escala de Glasgow 10-14 puntos | 9 | 10,5 | 4,3 | 2,0 | 18,9 | |
| | Polipnea | 7 | 8,1 | 3,8 | 0,5 | 15,6 | |
| | Desaturación ligera-moderada | 6 | 7,0 | 3,6 | 0,1 | 14,0 | |
| | Ictericia | 4 | 4,7 | 2,9 | 1,1 | 10,5 | |
| Derrame pleural | 4 | 4,7 | 2,9 | 1,1 | 10,5 | | |
| Masa palpable en abdomen superior | 3 | 3,5 | 2,5 | 1,5 | 8,5 | | |
| Resultados de exámenes complementarios*** | Hemoquímica | Hiperamilasemia | 67 | 77,9 | 5,8 | 66,3 | 89,4 |
| | | Hipocalcemia | 48 | 55,8 | 7,0 | 42,0 | 69,5 |
| | | Hiperglucemia | 22 | 25,6 | 6,1 | 13,5 | 37,6 |
| | Estudios imagenológicos | Ecografía abdomen anormal | 65 | 77,4 | 5,9 | 65,8 | 88,9 |
| | | TACA (páncreas anormal)** | 63 | 73,3 | 6,2 | 61,0 | 85,5 |
| | | Radiog. abdomen simple anormal | 7 | 8,1 | 4,3 | 2,0 | 18,9 |

Leyenda: (*): % calculados respecto a n=86; (**); criterios de Balthazar: A (n=3), B (n=15), C (n=18), D (n=6), E (n=1).

Fuente: base de datos.

Según la Tabla 4, en el 76,7 % de los pacientes se aplicó tratamiento médico-quirúrgico; el tratamiento quirúrgico más realizado fue la necrosectomía/abdomen cerrado (60,4 %); el 5,9 % requirió de varias reintervenciones para lavado peritoneal.

En el 100 % de los pacientes se registró alguna complicación, predominaron las complicaciones sistémicas (100 %), y los desequilibrios hidroelectrolíticos y ácido-básicos (100 %) fueron las más frecuentes. Entre las complicaciones locales la más común fue la colección necrótica aguda (9,3 %).

Tabla 4. Caracterización de los pacientes con pancreatitis aguda según la terapéutica aplicada y las complicaciones presentadas

| Variables | | No. | %* | EE | LI | LS | |
|--|---------------------------------|---|------|-------|------|-------|-------|
| Tipo de tratamiento | Médico-quirúrgico | 66 | 76,7 | 5,9 | 64,9 | 88,4 | |
| | Médico | 20 | 23,3 | 5,9 | 11,5 | 35,0 | |
| Tipo de cirugía | Necrosectomía/abdomen abierto | 14 | 16,3 | 5,2 | 6,0 | 26,5 | |
| | Necrosectomía/abdomen cerrado | 52 | 60,4 | 6,9 | 46,8 | 73,9 | |
| Reintervenciones (n=8; 9,3 %) | Dos | 3 | 3,5 | 2,5 | 1,5 | 8,5 | |
| | Tres o más | 5 | 5,9 | 3,3 | 0,6 | 12,4 | |
| Complicaciones diagnosticadas (n=84; 100 %) | Sistémicas (n=84; 100 %)** | Trastorno hidroelectrolítico/ácido-básico | 86 | 100,0 | - | 100,0 | 100,0 |
| | | Derrame pleural | 23 | 26,7 | 6,2 | 14,4 | 38,9 |
| | | Fallo orgánico transitorio | 20 | 23,3 | 5,9 | 11,5 | 35,0 |
| | | Choque | 20 | 23,3 | 5,9 | 11,5 | 35,0 |
| | | Insuficiencia renal aguda | 19 | 22,1 | 5,8 | 10,5 | 33,6 |
| | | Coagulopatía inducida por sepsis | 19 | 22,1 | 5,8 | 10,5 | 33,6 |
| | | Hepatitis reactiva | 18 | 20,9 | 5,7 | 9,6 | 32,1 |
| | | Síndrome distrés respiratorio | 16 | 18,6 | 5,5 | 7,8 | 29,3 |
| | | Sangrado digestivo alto | 15 | 17,4 | 5,3 | 6,8 | 27,9 |
| | | Fallo orgánico persistente | 14 | 16,3 | 5,2 | 6,0 | 26,5 |
| | Locales (n=30; 34,9 %)** | Neumonía | 4 | 4,7 | 2,9 | 1,1 | 10,5 |
| | | Encefalopatía pancreática | 1 | 1,1 | 1,4 | 1,7 | 3,9 |
| | | Sepsis de la herida quirúrgica | 18 | 20,9 | 5,7 | 9,6 | 32,1 |
| | | Colección necrótica aguda | 8 | 9,3 | 4,1 | 1,2 | 17,3 |
| | | Pseudoquiste | 6 | 7,0 | 3,6 | 0,1 | 14,0 |
| | Colección peripancreática aguda | 6 | 7,0 | 3,6 | 0,1 | 14,0 | |
| | Absceso pancreático | 2 | 2,3 | 2,1 | 1,8 | 6,4 | |
| | Fístulas pancreáticas | 2 | 2,3 | 2,1 | 1,8 | 6,4 | |

Leyenda: (*): los % se calcularon respecto a n=86; (**): un paciente pudo presentar más de una complicación; EE: error estándar; LI: límite inferior; LS: límite superior.

Fuente: base de datos.

La Tabla 5 refleja que la estadía hospitalaria media para el grupo fue de $11,0 \pm 7,2$ días. La mayoría de ellos egresaron vivos (83,7 %) y la letalidad fue de 16,3 %, determinada sobre todo por la presentación de daño múltiple de órganos (9,3 %).

Tabla 5. Caracterización de los pacientes con pancreatitis aguda según estadía hospitalaria, estado al egreso y causa de muerte

| Variables | | No. | %* | EE | LI | LS |
|---|----------------------------------|-----|------|-----|------|------|
| Estadía hospitalaria (11,0 ± 7,2 días) | 5 a 10 días | 67 | 77,9 | 5,8 | 66,3 | 89,4 |
| | 11 a 20 días | 7 | 8,1 | 3,8 | 0,5 | 15,6 |
| | 21 a 35 días | 12 | 14,0 | 4,9 | 4,3 | 23,6 |
| Estado al egreso | Vivo | 72 | 83,7 | 5,2 | 73,4 | 93,9 |
| | Fallecido | 14 | 16,3 | 5,2 | 6,0 | 26,5 |
| Causa directa de muerte | Daño múltiple de órganos | 8 | 9,3 | 4,1 | 1,2 | 17,3 |
| | Choque séptico | 4 | 4,7 | 2,9 | 1,1 | 10,5 |
| | Distrés respiratorio | 2 | 2,4 | 2,1 | 1,8 | 6,6 |
| Evolución clínico-quirúrgica | Satisfactoria con complicaciones | 72 | 83,7 | 5,2 | 73,4 | 93,9 |
| | No satisfactoria | 14 | 16,3 | 5,2 | 6,0 | 26,5 |

Leyenda: (*): Los % se calcularon respecto a n=86; EE: error estándar; LI: límite inferior; LS: límite superior.

Fuente: datos primarios.



DISCUSIÓN

La edad media del grupo de pacientes estudiados se encontró en la sexta década de vida, similar a los resultados de otros científicos que señalan que la incidencia de la PA se incrementa a partir de la cuarta y sexta décadas de la vida^(3,7), lo que deriva del incremento de factores predisponentes como la litiasis de vías biliares, consumo de alcohol y del hábito de fumar, en la medida que aumenta la edad.

En el estudio no hubo diferencias en la frecuencia de PA entre hombres y mujeres, resultado semejante a otras investigaciones^(3,8), pero discordante con los resultados de otras que reflejan que es más común en las mujeres o en hombres.^(7,8,9) Se presupone que la incidencia según el sexo varía en función de la causa que la determina, pues, se señala, que la PA relacionada con alcoholismo incide más en hombres y la PA biliar es más habitual en las mujeres.^(3,7,8)

Entre los pacientes estudiados los factores de riesgo de PA más usuales fueron el antecedente de litiasis de vías biliares y la ingestión frecuente y abundante de alcohol, dato coherente con otros estudios que revelan que la litiasis de vías biliares ocasiona el 40 % - 50 % y de los casos. El alcohol produce del 4,5 % - 20 % y la hipertrigliceridemia causa del 1,3 % - 11 % de los casos.^(1,10) Cabe resaltar que el origen de la PA varía según la región geográfica^(1,8), pero se pondera también la influencia de los medios para su diagnóstico.

En esta investigación la PA en fase temprana, la de tipo edematosa intersticial y la grave, fueron las más frecuentes y, al igual, que en otras publicaciones se notifica que la PA suele presentarse como una enfermedad grave^(3,9), aunque en muchas de estas se alega que la mayoría de las PA son leves y autolimitadas, donde el 30 % son moderadamente graves y 10 % graves.⁽¹¹⁾

El dolor abdominal, la hiperamilasemia sérica total y los hallazgos en la TACA sugerentes de PA fueron las bases diagnósticas fundamentales, resultado que coincide con la opinión de que estas manifestaciones se presentan en más del 80 % de los enfermos.^(11,12,13)

Al 100 % de los pacientes se le realizó USDA al ingreso, modo de actuación compatible con otros protocolos para el estudio de la PA por su utilidad para un diagnóstico etiológico y predecir el curso clínico de la enfermedad, que en manos expertas tiene sensibilidad de 92 % - 98 %.⁽²⁾ Otra técnica como la resonancia magnética tiene una función complementaria, sobre todo en la valoración de complicaciones⁽²⁾ aunque para la evaluación de esta enfermedad se reconoce sobre todo el papel de la TACA (páncreas) que permite su clasificación morfológica, reconocer complicaciones y predecir su gravedad clínica; además, el drenaje percutáneo guiado por TAC o ecografía es, junto con el endoscópico, la técnica de elección actual en el abordaje inicial de las colecciones que aparecen como complicación.⁽²⁾

Fue más común la aplicación tratamiento médico-quirúrgico y el procedimiento quirúrgico más empleado fue la necrosectomía pancreática y abdomen cerrado, lo que es armónico con las recomendaciones en las guías de actuación actual ante esta enfermedad.^(7,8) Por otra parte, en esta serie no en todos los casos operados existió una correlación clínico-imagenológica con indicación de tratamiento quirúrgico, debido a que parte de los pacientes diagnosticados con pancreatitis edematosa fueron hallazgos operatorios.



En tal sentido, la tendencia quirúrgica ha pasado de la necrosectomía quirúrgica abierta precoz a la intervención diferida, para realizar un drenaje percutáneo, seguido o no de necrosectomía endoscópica retroperitoneal video asistida, que tiene menor morbilidad y mortalidad^(13,14,15), pero en el hospital donde se realizó el estudio no se cuenta con un servicio de imagenología intervencionista que permita realizar este procedimiento.

Todos los pacientes estudiados presentaron complicaciones. Fueron más frecuentes las sistémicas, entre estas, las más comunes fueron los desequilibrios hidroelectrolítico y ácido-básico, similar a otros estudios.^(3,4) Al respecto las opiniones son diversas, pues estas se relacionan con la enfermedad, o con su tratamiento médico o quirúrgico, o con la descompensación de enfermedades coexistentes en el enfermo.

Respecto a las complicaciones locales, la más frecuente fueron las colecciones líquidas agudas que suelen aparecer precozmente en la evolución de la enfermedad, localizadas en el páncreas o fuera de él, y se deben a necrosis pancreática; lo que se corresponde con las descripciones realizadas en la literatura.^(9,11)

La estadía hospitalaria de los pacientes fue de $11,0 \pm 7,2$ días, aunque al respecto no se hacen consideraciones pues esta guarda una relación directa con la severidad de la PA y las complicaciones asociadas.

La mayor proporción de los pacientes estudiados egresaron vivos. En la literatura se refrenda que esta enfermedad se caracteriza por una mortalidad alta, según su etiología y gravedad; la mortalidad de las formas leve-moderada varía entre un 5 % y 10 %, que se eleva hasta un 30 % - 50 % en las formas graves^(14,15), por eso se considera que la letalidad de la PA revelada en este estudio fue baja.

La mortalidad se asoció a formas graves y críticas de la enfermedad, ya que la mayoría de los pacientes fallecidos presentaron una PA necrótica^(11,12), y la causa principal de muerte fue la falla orgánica, lo que se corresponde con las opiniones de otros estudios que informan que, esta última, determina la muerte en el 36 % - 50 % de los pacientes graves.^(9,11)

De acuerdo a los datos antes expresados, en la mayor cantidad de los pacientes estudiados la evolución fue satisfactoria con complicaciones, debido a que la mayor proporción presentó una PA grave o crítica y todos presentaron complicaciones, pues la evolución de esta enfermedad depende de la gravedad, del estado físico del enfermo y del tratamiento intensivo y precoz.

Entre las limitaciones del estudio se identificó que el carácter retrospectivo de este estudio no hizo posible precisar la etiología de la PA en un mayor número de pacientes, ni aplicar escalas pronósticas específicas para esta enfermedad o considerar la influencia de la comorbilidad del paciente en la evolución de la pancreatitis.



CONCLUSIONES

Se caracterizó el perfil clínico-quirúrgico de la pancreatitis aguda en el servicio de Cirugía General del Hospital General Docente “Dr. Agostinho Neto” de Guantánamo durante los años 2016-2020, la que impacta como problemática de salud, de modo más común en su forma grave, determinada por litiasis en la vía biliar, y por la elevada frecuencia de complicaciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Álvarez-Aguilar PA, Dobles-Ramírez CT. Pancreatitis aguda: fisiopatología y manejo inicial. *Acta Méd Costarr* [Internet]. 2019 [citado 16 Abr 2022]; 61(3):13-21. Disponible en: <https://www.scielo.sa.cr/pdf/amc/v61n1/0001-6002-amc-61-01-13.pdf>
2. Ortiz Morales CM, Girela Baena EL, Olalla Muñoz JR, Parlorio de Andrés E, López Corbalán JA. Radiología de la pancreatitis aguda hoy: clasificación de Atlanta y papel actual de la imagen en su diagnóstico y tratamiento. *Radiología* [Internet]. 2019 [citado 16 Abr 2022]; 61(6):453-466. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.rx.2019.04.001>
3. Russo Lozano J, Ochoa Sánchez B, Oñate Silva I, Espinoza Díaz C, Pérez Aldas D, Rivadeneira Campoverde J, *et al.* Incidencia y características epidemiológicas de la pancreatitis aguda en el Hospital General Ambato del IESS, Ecuador. *Arch Ven Farmacol Terap* [Internet]. 2020 [citado 16 Abr 2022]; 39(4):264-273. Disponible en: https://www.revistaavft.com/images/revista_s/2020/avft_4_2020/5 incidencias caracteristicas.pdf
4. Rodríguez-Rojas DA, Portal Benítez LN, Duarte-Linares Y, Delgado Rodríguez E, Pozo Lorente LA. Análisis de los factores pronósticos en pacientes con pancreatitis aguda. *Medicentro Electrón* [Internet]. 2019 [citado 16 Abr 2022]; 23(2):[aproximadamente 5 p.]. Disponible en: <http://www.medicentro.sld.cu/index.php/medicentro/article/view/2761/2375>
5. Piriz Momblant A, Herrera Puentes A, Knight Fernández H. Efectividad de cirugía de Frey en pacientes con pancreatitis crónica del Hospital General Docente “Dr. Agostinho Neto”, Guantánamo. *Rev Inf Cient* [Internet]. 2018 [citado 16 Abr 2022]; 97(4):744-754. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/ric/v97n4/1028-9933-ric-97-04-744.pdf>
6. Piriz Momblant A. Pancreatectomía distal. Nuestra experiencia en el Hospital General Docente “Dr. Agostinho Neto” de Guantánamo. *Rev Inf Cient* [Internet]. 2012 [citado 16 Abr 2022]; 76(4): [aproximadamente 9 p.]. Disponible en: <http://www.revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/816>
7. Leppäniemi A, Tolonen M, Tarasconi A, Segovia-Lohse H, Gamberini E, Kirkpatrick AW, *et al.* 2019 WSES guidelines for the management of severe acute pancreatitis. *World J Emerg Sur* [Internet]. 2019 [citado 16 Abr 2022]; 14(27):1-20. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13017-019-0247-0>
8. Polanco Amesquita VC, Larrañaga N, Espil G, Romualdo JE, Prado F, Kozima S. Hallazgos en tomografía computada de las complicaciones de la pancreatitis aguda. *Rev Arg Radiol* [Internet]. 2021 [citado 16 Abr 2022]; 85(2):41-50. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-99922021000200041



9. Garro Urbina V, Thuel Gutiérrez M. Diagnóstico y tratamiento de pancreatitis aguda. Rev Méd Sinergia [Internet]. 2020 [citado 16 Abr 2022]; 5(7):e537. DOI: <https://doi.org/10.31434/rms.v5i7.537>
10. Bolívar-Rodríguez MA, Cázarez-Aguilar MA, Respardo-Ramírez CA, Fierro-López R, Tello-García D. Pancreatitis aguda. Rev Med UAS [Internet]. 2018 [citado 16 Abr 2022]; 8(3):137-148. Disponible en: <https://hospital.uas.edu.mx/revmeduas/articulos/v8/n3/pancreatitisaguda.pdf>
11. Bustamante Durón D, García Laínez A, Umazor García W, Leiva Rubio L, Barrientos Rosales A, Diek Romero L. Pancreatitis Aguda: Evidencia Actual. Arch Med [Internet]. 2018 [citado 16 Abr 2022]; 14(1):1-10. DOI: <https://doi.org/10.3823/1380>
12. Guidi M, Curvale C, Pasqua A, Hwang HJ, Pires H, Sandra Basso S, *et al.* Actualización en el manejo inicial de la pancreatitis aguda. Acta Gastroenterol Latinoam [Internet]. 2019 [citado 16 Abr 2022]; 49(4):307-323. Disponible en: <https://www.actagastro.org/numeros-antteriores/2019/Vol-49-N4/Vol49N4-PDF06.pdf>
13. Bohórquez Chacón JA. Pautas para la pancreatitis aguda. Rev GEN [Internet]. 2019 [citado 16 Abr 2022]; 73(3):[aproximadamente 5 p]. Disponible en: http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_gen/article/view/17212
14. Khan MA, Hammad T, Khan Z, Lee w, Gaidhane M, Tyberg A, *et al.* Endoscopic versus percutaneous management for symptomatic pancreatic fluid collections: a systematic review and meta-analysis. Endosc Int Open [Internet]. 2018 Apr [citado 16 Abr 2022]; 6(4):E474-E483. Disponible en: <https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/abstract/10.1055/s-0044-102299>
15. van Brunschot S, van Grinsven J, van Santvoort HC, Bakker OJ, Besselink MG, Boermeester MA, *et al.* Endoscopic or surgical step-up approach for infected necrotising pancreatitis: a multicentre randomised trial. Lancet [Internet]. 2017 [citado 16 Abr 2022]; 391(10115):51-58. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32404-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32404-2)

Declaración de conflicto de intereses:

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses respecto a esta investigación.

Contribución de los autores:

FAAM y RES: conceptualización, curación de datos, análisis formal, investigación, metodología, administración, recursos, software, supervisión, validación, visualización, redacción-borrador original, redacción-revisión y edición.

AARG: conceptualización, curación de datos, análisis formal, investigación, supervisión, validación, visualización, redacción-borrador original, redacción-revisión y edición.

Financiación:

Los autores no recibieron financiación para el desarrollo de la presente investigación.

