

GASTROENTEROLOGÍA

FACTORES DE RIESGO PARA DESARROLLAR PANCREATITIS AGUDA POST COLANGIOPANCREATOGRAFÍA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DURANTE EL AÑO 2013

María José Jiménez Pacheco*

SUMMARY

Objective: To determine risk factors such as gender, age and serum amylase levels to develop acute pancreatitis after ERCP in patients diagnosed with choledocholithiasis and / or biliary cholangitis, in the San Juan de Dios Hospital in 2013. **Methods:** The study is a transversal and descriptive non experimental investigation in which, after approval by the Bioethics Committee of the hospital, 115 files of patients who met the inclusion criteria were reviewed; using for the data collection the admission form, together with the medical story of each patient included in this

study. **Results:** We determined that within the population the most affected are those between the age of 25-54 years to 43.4%. There is a female predominance since 74.7% of the patients that were subjected to a ERCP were woman. Also it was determined that choledocholithiasis was the most common diagnosis, being 90.4%. Of the total population that underwent the ERCP, only 33.9% were measured the serum amylase after the procedure and 25.6% of them presented amylase three times above normal. The sensitivity of serum amylase in the study is 75% and specificity is 96%

longer than 6% of patients, 2.5% had elevated amylase. Nationally, in the San Juan de Dios Hospital incidence of acute pancreatitis after ERCP during 2013 corresponds to 8.69%. The presentation and progression of acute pancreatitis after ERCP procedure is well documented in the literature and requires the physician to evaluate this possibility, especially because of the potential risk that this complication could have on patients.

Keywords: acute pancreatitis, endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP), amylase.

* Médico General.

INTRODUCCIÓN

La pancreatitis aguda es una de las principales enfermedades gastrointestinales, de las cuales requieren un adecuado diagnóstico y manejo para evitar comprometer seriamente la vida del paciente. En América, en el año 2012 se menciona que la mortalidad por pancreatitis aguda es de aproximadamente del 7 a 10%, implicando la vida de 250 pacientes por año⁽⁵⁾. La definición correspondiente a pancreatitis aguda posterior a colangiopancreatografía retrograda endoscópica (CPRE), se caracteriza por la presencia de dolor abdominal en las primeras 24 horas posterior al procedimiento asociado a hiperamilasemia, con aumento en tres veces de la cifra normal de ésta. Sin embargo, no está aún claro el mecanismo fisiopatológico de esta complicación. Se ha justificando como posible causa la instrumentación de las vías biliares, junto con una disfunción del esfínter y lesión de la papila duodenal, asociado al trauma mecánico, enzimático, químico o a causa de la manipulación entre otros que se presenta durante el mismo⁽¹⁰⁾. Posteriormente, al existir obstrucción en la salida de jugo pancreático se desencadenaría de manera similar, los mecanismos fisiopatológicos previamente descritos y con

esto la enfermedad. Acerca la sintomatología, se describe el dolor típico en epigástrico o en cuadrante superior, de duración constante, el cual suele irradiar hacia espalda en forma de banda o hacia el pecho y con intensidad generalmente severa, aunque ésta puede ser cambiante⁽⁸⁾. Otros autores agregan que el dolor, además puede ser descrito tipo “puñalada” y suele aliviar cuando el paciente opta por la posición antiálgica con inclinación hacia adelante⁽¹⁾. A nivel internacional, en Colombia se ha descrito que la incidencia es de aproximadamente el 5% de los pacientes estudiados, lo cual habla de la importancia a la hora de realizar el procedimiento por endoscopistas calificados; ya que, si bien es cierto, es un porcentaje mucho menor, esta enfermedad suele complicarse e incluso requerir manejo a través de unidad de cuidados intensivos⁽⁴⁾. En México se realizó un estudio en donde la pancreatitis se presentó como complicación en un escaso 2.6%⁽³⁾. En Perú, en el periodo comprendido entre 2002 y 2006, se realizó otra investigación en la que se obtuvo que la complicación más frecuente corresponde a la pancreatitis aguda, con 5.4%. (Quispe) En la población cubana se ha documentado la pancreatitis post CPRE en un bajo porcentaje de 1.86%⁽⁷⁾. Por otra parte, en Inglaterra se cuenta con un estudio

realizado en el 2010, donde la incidencia en la población correspondió a 186 pacientes con incidencia de pancreatitis posterior al procedimiento de 2.7%⁽⁹⁾, mientras que en Estados Unidos en el año 2008, se señala que se presentó entre 2 a 7% dependiendo de los criterios que se utilicen⁽²⁾. A nivel nacional no se cuenta con estudios que indiquen la incidencia de la enfermedad y en esto radica la importancia del presente.

MATERIALES Y MÉTODOS

Esta investigación es transversal de tipo no experimental e involucra a los pacientes diagnosticados con coledocolitiasis y/o colangitis biliar sometidos a CPRE en el Hospital San Juan de Dios durante el año 2013. Se completaron diferentes formularios correspondientes al CLOBI, por lo que posterior a la aprobación por parte del Comité de Ética del HSJD, se procedió a la revisión de expedientes clínicos, facilitados por el encargado a nivel de Archivo del mismo centro. Dentro de los criterios de inclusión se encuentran los pacientes con internamiento hospitalario en el HSJD, diagnosticados con colangitis biliar y/o coledocolitiasis quienes se les realizó CPRE durante el 2013, pacientes de ambos sexos

mayores de 15 años sometidos al procedimiento y por último aquellos que desarrollaron pancreatitis aguda diagnosticada como dolor abdominal e hiperamilasemia por encima de 3 veces su valor normal, posterior a 24 horas del procedimiento CPRE. Se utilizó para la recolección de los datos la hoja de ingreso, junto con los antecedentes personales patológicos y no patológicos de cada paciente incluido en este estudio y se utilizó la fórmula matemática conocida como regla de tres, que permite obtener el cuarto valor buscado de una proporción al contar con los otros tres valores.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En el estudio, se valoran los factores de riesgo tales como sexo, edad, niveles de amilasa sérica posterior al procedimiento y el diagnóstico más frecuente previo al mismo. La edad en la cual se realiza mayor cantidad de CPRE a causa de patología biliar corresponde a grupos entre los 25 a 54 años para un 43.4%. La población femenina predomina en cuanto a la cantidad de pacientes que son sometidos a CPRE en un 74.7% determinándose, además como el diagnóstico más frecuente la coledocolitiasis para un 90.4%. Se evidencia que del total de pacientes que son sometidos

a CPRE, se le solicita amilasa sérica posterior al procedimiento a un 33.9%. Mientras que el 66% restante no se le solicita el examen de laboratorio a pesar de conocer el riesgo de pancreatitis aguda como complicación de la CPRE. Esto retoma importancia si se considera que del 33.9% pacientes a quienes se les envió el examen, el 25.6 % de ellos presentó amilasa por encima de tres veces su valor normal, sin embargo, al no contar con el examen en el resto de la población, se desconoce cuántos pacientes de la población restante realmente cursó con amilasemia posterior a CPRE. Con respecto de la elevación de amilasa sérica, se demostró que aquellos pacientes los cuales presentan niveles por encima de siete veces de su valor normal, equivalente a cifras superior a 700mg/dl, presentan mayor riesgo de presentar pancreatitis aguda y sus complicaciones; así como también, los niveles por encima de cuatro veces su valor normal, correspondiente a 281 hasta 350mg/dl son criterio de presencia de la enfermedad a pesar de ser niveles menores. De los pacientes sometidos a CPRE, el 6% presentó dolor abdominal posterior a éste, de quienes el 2.5% de ellos cursó con niveles séricos de amilasa elevados por encima de 500mg/dl. Esto indica que el valor predictivo

positivo para pancreatitis aguda posterior a CPRE con respecto de hiperamilasemia asociado a dolor abdominal es de 42% y el valor predictivo negativo corresponde a 99%. La sensibilidad de la amilasa sérica en el estudio es del 75% y la especificidad es del 96% ya que del 6% de los pacientes, el 2.5% presentó amilasa elevada. En cuanto a la presencia de dolor abdominal, de los 10 pacientes con pancreatitis aguda, solamente el 30% aquejó dolor mientras que el 70% no manifestó esta molestia. Por lo tanto, no se debe hacer exclusión diagnóstica de la enfermedad si no se cuenta con la amilasemia posterior al procedimiento a pesar de que el paciente no refiera dolor. La totalidad de pacientes a quienes se les solicitó amilasa sérica corresponde al 33.9%. De estos, el 74.3% de la población en estudio, presentó aumento de la amilasa sin sobrepasar el nivel establecido para diagnóstico de pancreatitis aguda post CPRE. Por lo que se concluye que los pacientes sometidos a CPRE pueden presentar elevación de la amilasa sin ser significativa para el desarrollo de la enfermedad. Los pacientes con diagnóstico previo de coledocolitiasis, presentan mayor probabilidad de manifestar la enfermedad que aquellos con colangitis biliar, ya que el 100% de los pacientes que desarrolló pancreatitis aguda cursaban con

esta patología. A nivel nacional, en el Hospital San Juan de Dios la incidencia de pancreatitis aguda posterior a CPRE durante el 2013 corresponde a 8.69%. La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica representa uno de los métodos diagnósticos y que permite ser terapéutico a su misma vez, con lo que trae grandes beneficios al paciente. La presentación y evolución a pancreatitis aguda posterior a un procedimiento de CPRE se encuentra bien documentada en la literatura y obliga al médico evaluar esta posibilidad, sobre todo por el riesgo potencial que esa complicación podría tener en el paciente. Se evidencia, claramente, en el estudio una baja sospecha de pancreatitis en los pacientes evaluados y aún peor en pacientes que aquejaron dolor abdominal. Múltiples razones podrían explicar este comportamiento y entre ellos se destacaría la ausencia de rutinas establecidas para el periodo post CPRE y se da preferencia a la preparación y al procedimiento. También, al ser un estudio ambulatorio en el hospital sede, no da tiempo para esa evaluación posterior fundamental para el diagnóstico de la complicación mencionada y así se acrecienta el riesgo de egresar al paciente con pancreatitis en evolución y atrasar la terapia necesaria.

RECOMENDACIONES

Con base a los resultados obtenidos así como a la revisión bibliográfica efectuada, se realizan las siguientes recomendaciones que van dirigidas al bienestar de los pacientes de los diferentes centros de salud a nivel nacional. Entre ellas se encuentran:

- Plantear la determinación de los niveles séricos de amilasa en todo paciente previo a la realización de una CPRE con la finalidad de tener un parámetro de comparación futura, sin importar el grupo etario ni sexo de éstos, así como posterior al procedimiento.
- Observar y considerar la estancia hospitalaria de al menos las 24 horas posterior a CPRE en aquellos pacientes que presenten dolor abdominal epigástrico sugestivo y valorar su egreso luego de obtener el resultado de la amilasemia, siempre que se encuentre en el rango normal.
- Reevaluar a los pacientes post-procedimiento para investigar la presencia de dolor abdominal 24 horas después de la CPRE e incluso puede ser realizada en dependencias como clínica periférica coordinando a través de referencia del médico que realizó la CPRE.
- Sospechar de pancreatitis aguda en pacientes con dolor abdominal asociado a la hiperamilasemia, y no se debe descartar la enfermedad en pacientes que cursen asintomáticos, ya que el 57.1% de los pacientes no manifiesta dolor.
- Administrar Diclofenaco o Indometacina vía rectal en el post operatorio inmediato al procedimiento, ya que como se describe en los diferentes estudios a nivel internacional, el medicamento ha demostrado una importante disminución en la incidencia de pancreatitis aguda post CPRE y no implica un gasto importante a la Institución.
- Propiciar en los servicios que realizan CPRE un mayor compromiso en la sospecha y detección de la pancreatitis.
- Plantear una estandarización del manejo a través de protocolo o guía de práctica clínica, ya sea solicitando examen de amilasa sérica sin excepción a los pacientes sometidos al procedimiento así como administrar los medicamentos anteriormente mencionados posterior al mismo; en los servicios de Gastroenterología y Cirugía General. Además de esto, incluir en el protocolo la valoración ya sea en clínica periférica o en el centro

hospitalario, la presencia de dolor abdominal o estado general del paciente en las primeras 24 horas posterior a la CPRE.

RESUMEN

Objetivo: Determinar los factores de riesgo, tales como sexo, edad y niveles de amilasa sérica para desarrollar pancreatitis aguda posterior a CPRE en pacientes diagnosticados con coledocolitiasis y/o colangitis biliar, en el Hospital San Juan de Dios durante el año 2013. **Métodos:** El estudio se trata de una investigación no experimental de tipo transversal y descriptiva, en el cual posterior a la aprobación por el Comité de Bioética del hospital, se revisaron 115 expedientes de los pacientes que cumplían con los criterios de inclusión; utilizando para la recolección de los datos la hoja de ingreso, junto con los antecedentes personales patológicos y no patológicos de cada paciente incluido en este estudio. **Resultados:** Se determina que dentro de la población más afectada se encuentran aquellos entre edad de 25 a 54 años para un 43.4%. La población femenina predomina en cuanto a la cantidad de pacientes que son sometidos a CPRE en un 74.7% determinándose, además como el diagnóstico más frecuente la coledocolitiasis para un 90.4%.

Del total de la población sometida al procedimiento, solamente al 33.9% de los pacientes se les solicitó amilasa sérica posterior al mismo, y el 25.6 % de ellos presentó amilasa por encima de tres veces su valor normal. La sensibilidad de la amilasa sérica en el estudio es del 75% y la especificidad es del 96% ya que del 6% de los pacientes, el 2.5% presentó amilasa elevada. A nivel nacional, en el Hospital San Juan de Dios la incidencia de pancreatitis aguda posterior a CPRE durante el 2013 corresponde a 8.69%. La presentación y evolución a pancreatitis aguda posterior a un procedimiento de CPRE se encuentra bien documentada en la literatura y obliga al médico evaluar esta posibilidad, sobre todo por el riesgo potencial que esa complicación podría tener en el paciente.

Palabras clave: pancreatitis aguda, Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE), amilaseemia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Brunicaudi, C.F., Andersen, D.K., Billiar, T.R., Dunn, D.L., Hunter, J.G., Matthews, J.B. y Pollock, R.E. (2009) Páncreas. En Schwartz, Principios de Cirugía (pp. 1167-1243). México, D.F: McGraw-Hill Interamericana.
2. Cappell, M. (2008). Acute Pancreatitis: Etiology, Clinical Presentation, Diagnosis and

Therapy. The Medical Clinic of North America, 92, 889-923.

3. Cotton, P., Garrow, D. y Gallagher, J. (2009). Factores de riesgo para complicaciones posteriores a colangiopancreatografía retrógrada endoscópica: análisis multivariado de 11 497 procedimientos en 12 años. Ecos de la Gastroenterología, 279-280.
4. Gómez, M., Delgado, L. y Arbeláez, V. (2012) Factores de riesgo asociados a pancreatitis e hiperamilasemia postcolangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE). Revista Colombiana de Gastroenterología, 27 (1), 7-20.
5. Gompertz, M., Fernández, L., Lara, I., Miranda, J., Mancilla, C. y Berger, Z. (2012). Índice clínico de gravedad en pancreatitis aguda: BISAP (Beside index for severity in pancreatitis acute). Dos años de experiencia en el Hospital Clínico Universidad de Chile. Revista Médica de Chile, 140, 977-983.
6. Quispe, A., Sierra, W., Callacondo, D y Torreblanca J. (2010) Factores asociados a complicaciones de la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica en un hospital de alta complejidad. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, 27 (2), 201-208.
7. Ramos, C., Hernández, Y. y Del Valle P. (2013). Colangiopancreatografía Retrógrada Endoscópica en un hospital de nivel secundario. Revista Médica Electrónica, 564-574.
8. Tenner, S., Baillie, J., DeWitt, J. y Vege, S. (2013). American College of Gastroenterology Guideline: Management of Acute Pancreatitis. The American Journal of Gastroenterology, 108, 1400-1415.
9. Toh, S.K., Phillips, S., Johnson,

C.D. (2000). A prospective audit against national standards of the presentation and management of acute pancreatitis in the South of

England. GUT, 46, 239-243.

10. Zolezzi, A., González, P., Salomon, C., Castillo J. y Saed, N. (2009). Pancreatitis aguda severa temprana

postcolangiopancreatografía retrógrada endoscópica, presentación de un caso. Medigraphic, 10 (1), 40-44.