



## V-245 - ESTUDIO DESCRIPTIVO DE PANCREATITIS AGUDAS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL EN EL ÚLTIMO AÑO

H. Molina Llorente<sup>1</sup>, D. Toresano López<sup>1</sup>, C. Baldeón Conde<sup>1</sup>, P. González Bores<sup>1</sup>, M. Vaca Recalde<sup>2</sup>, M. González Martínez<sup>3</sup> y A. Arnáiz García<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna; <sup>2</sup>Farmacología Clínica; <sup>3</sup>Digestivo; <sup>4</sup>Enfermedades Infecciosas. Hospital de Valdecilla. Santander (Cantabria).

### Resumen

**Objetivos:** Definir las características epidemiológicas y clínicas, opciones terapéuticas y severidad de los pacientes con pancreatitis aguda.

**Material y métodos:** Análisis descriptivo, retrospectivo de los pacientes con diagnóstico al alta de pancreatitis aguda en el último año, desde 1 de enero a 1 de junio de 2017 (5 meses), en nuestro hospital, mediante el programa estadístico SPSS.

**Resultados:** La muestra incluye 77 pacientes, con una proporción similar de varones (45%) que de mujeres (55%) y edades comprendidas entre 28 y 93 años (media de  $68 \pm 16$  años). La estancia hospitalaria media fue de  $11 \pm 15$  días, procedentes en su mayoría del Servicio de Digestivo con un 80,5%, seguido del de Medicina Interna con un 12%. Entre los factores asociados/causas: litiasis 58%, tabaco 33%, OH 27%, obesidad 22%, DM 16%, hipertrigliceridemia 20%, post-CPRE 10%. Un 20% (15 pacientes) tenían antecedentes de pancreatitis previas y un 15% (11 pacientes) reingresaron durante este periodo. Presentaban comorbilidades importantes medidas por el índice de Charlson  $\geq 3$  puntos en un 72%. Dentro de la severidad un 75% presentaba una pancreatitis leve medida por la escala Ranson  $< 3$  y en un 25% grave con una puntuación  $> 3$ . Atendiendo a la escala APACHE II el valor medio fue de  $9 \pm 6$  y según escala BISAP de mortalidad un valor medio de  $1,9 \pm 1,3$ . Un 22% (17 pacientes) presentaron criterios de sepsis y un 7% (5 pacientes) precisó de ingreso en UCI. 5 pacientes (7%) fallecieron. La pancreatitis necrotizante apareció sólo en un 4% (3 pacientes). En un 5% (4 pacientes) se aisló microorganismo y un 8% (6 pacientes) tenían bacteriemia asociada. En un 39% se pautó tratamiento antibiótico, con una media de  $9 \pm 13$  días y siendo dicho tratamiento, en orden de frecuencia: meropenem 22%, piperacilina-tazobactam 16%, amoxicilina-clavulánico 9%, cefalosporinas 6%. En un 4% (3 pacientes) tratamiento antifúngico, siendo el más frecuente fluconazol. En cuanto al manejo, en un 20% se realizó CPRE, en un 16% endoscopia, un 8% precisó de limpieza endoscópica, 22% colecistectomía, necrosectomía endoscópica en un 7% y necrosectomía quirúrgica sólo en 1 paciente y cirugía en sólo 2 pacientes. La alimentación enteral se precisó en un 13% y parenteral en un 4%. Como complicaciones, 9 pacientes (12%) presentaron disfunción pancreática y 10 pacientes (13%) pancreatitis crónica.

**Discusión:** La pancreatitis aguda es una enfermedad frecuente. Constituye una de las causas más frecuentes de ingreso hospitalario por enfermedad digestiva. Su incidencia ha aumentado en la

última década, asociando un aumento del gasto sanitario, sin embargo la mortalidad ha disminuido.

*Conclusiones:* La causa más frecuente de pancreatitis aguda es la litiasis. La mayoría presenta comorbilidades asociadas, con un índice de Charlson  $\geq 3$  y son pancreatitis leves (Ranson  $< 3$ ). Un pequeño porcentaje reúne criterios de sepsis y necesita de ingreso en UCI. La mortalidad es baja y las pancreatitis necrotizantes son pocas. El aislamiento microbiológico es menos habitual. El antibiótico más usado es el meropenem y de antifúngico el fluconazol. La realización de pruebas endoscópicas, necesaria en algunos casos, es más común que las técnicas quirúrgicas. Se prefiere la alimentación enteral, la parenteral queda limitada a casos seleccionados. Las complicaciones se dan en una pequeña proporción. Estas conclusiones coinciden con el resto de series publicadas y con la literatura.