

**Profilaxis Antibiótica en Pancreatitis Aguda Severa, en Pacientes del Hospital Guayaquil Abel**

**Gilbert Pontón. Esquemas Terapéuticos: Imipenem VS Ciprofloxacino + Metronidazol.**

---

Antibiotic Prophylaxis in Severe Acute Pancreatitis in Patients Hospital of Guayaquil Abel Gilbert Ponton.

Regimens: Imipenem VS Ciprofloxacin + Metronidazole

*Elit Quingalahua Alvarado \*\* , Roshel Silva Naranjo \*\**

\*\* Internas de la Carrera de Medicina de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil

**RESUMEN:**

**Objetivo:** evaluar la efectividad de los protocolos de profilaxis antibiótica en pancreatitis aguda severa, utilizando la terapia combinada de metronidazol + ciprofloxacino vs. monoterapia con imipenem, para esterilizar los tejidos adyacentes a las zonas necróticas y así evitar la infección secundaria y el desbridamiento quirúrgico de alto riesgo en pacientes del Hospital Guayaquil “Abel Gilbert Pontón”; y así demostrar que ambos protocolos son efectivos. **Material y métodos:** estudio descriptivo transversal; se revisaron 266 historias clínicas de pacientes diagnosticados y tratados por pancreatitis aguda severa del 2007 al 2009. De éstas, 37 carpetas se encontraban en condiciones de ser analizadas por presentar completa información respecto a los criterios de inclusión. **Resultados:** el grupo que recibió imipenem y el grupo que recibió ciprofloxacino + metronidazol fueron similares en estancia hospitalaria, presencia de complicaciones (54,54 % vs. 53.84%); tipos de complicaciones, y morbilidad general (27.27% vs. 19.23%). **Conclusión:** el uso de antibiótico terapia profiláctica ya sea con Imipenem o ciprofloxacino + metronidazol, tienen similar efectividad en el tratamiento de pancreatitis aguda severa.

**Palabras clave:** pancreatitis aguda grave, profilaxis antibiótica, agentes antimicrobianos, pancreatitis necrotizante aguda.

Antibiotic Prophylaxis in Severe Acute Pancreatitis in Patients Hospital of Guayaquil Abel Gilbert Ponton.

Regimens: Imipenem VS Ciprofloxacin + Metronidazole

## Summary

**Objective:** To evaluate the effectiveness of the protocols of antibiotic prophylaxis in severe acute pancreatitis, using combination therapy metronidazole + ciprofloxacin vs. monotherapy with imipenem, to sterilize the tissues adjacent to necrotic areas and prevent secondary infection and surgical debridement in patients at high risk of Guayaquil Hospital "Abel Gilbert Ponton, "and so show that both protocols are effective. **Material and Methods:** cross sectional study, we reviewed 266 medical records of patients diagnosed and treated for severe acute pancreatitis from 2007 to 2009. Of these, 37 folders were able to be analyzed by presenting complete information regarding the criteria for inclusion. **Results:** The group that received imipenem and the group that received ciprofloxacin + metronidazole were similar in hospital stay, complications (54.54% vs. 53.84%), types of complications and overall morbidity (27.27% vs. 19.23%). **Conclusion:** The use of prophylactic antibiotic therapy with imipenem or ciprofloxacin + metronidazole has similar effectiveness in treating severe acute pancreatitis.

**Keywords:** acute pancreatitis, antibiotic prophylaxis, antimicrobial agents, acute necrotizing pancreatitis.

**INTRODUCCION:** La pancreatitis aguda es un proceso de auto-digestión enzimática<sup>1-3</sup>. Cursa con varios grados de evolución, desde una forma edematosa con mayor incidencia, autolimitada, y de recuperación pronta; hasta una pancreatitis severa, que se asocia a disfunción /o falla multiorgánica y complicaciones como necrosis, abscesos ó pseudoquistes; requiriendo hospitalización prolongada, para un tratamiento intensivo, quirúrgico o de ambos, siendo el pronóstico de éste reservado. <sup>1-5</sup>. La primera medida a tomar luego de tener el diagnostico de pancreatitis aguda es la estratificación del paciente en una forma leve o severa. Esto se lleva a cabo dentro de las primeras 48 horas, usando los criterios de Ranson, asociación de A.P.A.C.H.E II con SOFA y Balthazar <sup>1, 3, 16-18</sup>. Una vez estratificado el paciente con pancreatitis aguda severa, pasa inmediatamente a una unidad de cuidados intensivos para su manejo. <sup>3-5</sup>

El tratamiento que refiere la literatura médica es la utilización de fármacos para el dolor, control del estado hemodinámica, hidroelectrolítico y metabólico del enfermo<sup>1, 3</sup> y en cuanto al uso sistemático de antibióticos, actualmente indican que su administración profiláctica no aporta un beneficio real en la evolución del cuadro, con excepción de los casos en que existe una necrosis infectada. <sup>1-5,7-9</sup> Sin embargo todavía se utiliza antibiótico terapia profiláctica debido a la controversia aun existente por la escasa evidencia de que estos no tienen buenos resultados, a pesar de sus efectos adversos que incluyen la incidencia de microorganismos resistentes a los fármacos y la infección micótica oportunista. <sup>1, 3, 5, 6,8</sup>. Entre los fármacos más utilizados tenemos monoterapia con imipenem o la asociación de ciprofloxacino + metronidazol, por su adecuada penetración en el páncreas y alto grado de cobertura que ofrecen contra la flora bacteriana típica que produce la infección de necrosis pancreática.<sup>4,7</sup>

El objetivo de este estudio es evaluar la efectividad de los protocolos de profilaxis antibiética en pancreatitis aguda severa, utilizando la combinación de metronidazol + ciprofloxacino vs. monoterapia con imipenem, para esterilizar los tejidos adyacentes a las zonas necróticas y así evitar la infección secundaria y el desbridamiento quirúrgico de alto riesgo en pacientes del Hospital Guayaquil “Abel Gilbert Pontón”

**MATERIALES Y METODOS:** Se realizó un estudio descriptivo transversal; donde la manera de recolección de datos fue indirecta, a través de la revisión de historias clínicas de pacientes diagnosticados y tratados por pancreatitis aguda en el servicio de Medicina Interna y en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Guayaquil Abel Gilbert Pontón desde 01 de enero del 2007 al 31 de diciembre del 2009, previa solicitud y aprobación del departamento de Estadística. Las carpetas se encontraban archivadas en el departamento de estadística del mencionado Hospital.

Se revisaron 266 carpetas, de las cuales 37 carpetas se encontraron con el diagnóstico de pancreatitis aguda severa que requirieron el traslado de los pacientes a la Unidad de Cuidados Intensivos de dicho Hospital para un mejor manejo.

Se incluyeron aquellas carpetas que tengan las condiciones de ser analizadas por presentar completa información respecto a los siguientes criterios: pacientes de cualquier edad, con diagnóstico de pancreatitis aguda severa, con criterios de gravedad según: Ranson a las 48h  $>3$  y TC abdominal con Balthazar grado C, y que en su estadía hospitalaria hayan recibido los protocolos de profilaxis antibiótica utilizando combinación de metronidazol + ciprofloxacino vs. monoterapia con imipenem.

Se excluyeron todas aquellas historias clínicas que contaban con algunas de estas características: pacientes que en su historia clínica no tengan TC abdominal que indique necrosis, que no hayan cumplido con los esquemas de profilaxis antibiótica y que se encuentren incompletas o ilegibles.

Todos los pacientes recibieron hidratación parenteral, analgésicos, bloqueantes H<sub>2</sub> y suspensión de la ingesta oral al menos cinco días. Los pacientes incluidos en este trabajo están debidamente identificados por número de historia clínica facilitados por el Servicio de Estadística del Hospital Guayaquil Abel Gilbert Pontón.

Los datos obtenidos fueron recolectados en fichas (anexo1), confeccionada para tal fin donde se colocaron las variables a investigar para su posterior procesamiento: en la que constaba el número de historia clínica,

sexo, edad, etiología de la pancreatitis, días de hospitalización, antibioticoterapia profiláctica recibida, presencia de complicaciones, tipo de complicaciones (necrosis infectada, absceso, pseudoquistes, sepsis, falla multiorgánica), intervención quirúrgica y condición de egreso.

Se separaron en grupos: pacientes con antibiótico terapia profiláctica con imipenem y pacientes con antibiótico terapia combinación ciprofloxacino + metronidazol; en la cual se evaluó los días de hospitalización; la ausencia de complicaciones determinadas según escala de Balthazar, con clínica y laboratorio que demuestren necrosis infectada; tipo de complicaciones; tasa de mortalidad medida de acuerdo al número de pacientes fallecidos y de pacientes con sobrevida.

Los datos fueron tabulados en el programa Microsoft Excel donde se procedió a realizar tablas ilustrativas que demuestren de manera esquemática los resultados de toda la información recopilada, analizando la significancia del uso de la profilaxis antibiótica ya sea con la terapia de metronidazol + ciprofloxacino vs. Imipenem, en pacientes con pancreatitis aguda severa con la prueba Chi cuadrado.

**RESULTADOS:** En este estudio fueron incluidos treinta y siete pacientes diagnosticados y tratados con pancreatitis aguda severa, de los cuales 11(29,72 %) pacientes recibieron profilaxis con imipenem y 26 (70,27%) pacientes recibieron la combinación de ciprofloxacino + metronidazol. La edad promedio entre los grupos fue de 42,86 años, su prevalencia de acuerdo al sexo fue 24 pacientes de sexo masculino y 13 de sexo femenino. La causa más frecuente de pancreatitis aguda severa encontrada fue litiasis biliar en 30 (81,08 %), seguido de la causa alcohólica en 4 (10,81 %) e idiopática 3 (8,10%).

Todos los pacientes de este estudio presentaron criterios de Ranson a las 48h. >3, con un índice de severidad topográfica según Balthazar grado C, y en su evolución algunos presentaron Balthazar grado E (4/20).

La estancia en UCI estuvo en un promedio de  $21.76 \pm 4.22$  para los pacientes que utilizaron ciprofloxacino + metronidazol vs.  $21.90 \pm 4.26$  para los pacientes que utilizaron imipenem; con lo que se determina que no hay significancia estadística en cuanto la relación del antibiótico profiláctico utilizado y los días de estancia hospitalaria. (tab. 1)

**Tabla 1. Relación entre antibioticoterapia profiláctica utilizada y días de hospitalización.**

PROFILAXIS ANTIBIOTICA	DIAS DE HOSPITALIZACION			
	≤21	%	≥22	%
IMIPENEM	8	29.62	3	30
CIPROFLOXACINO + METRONIDAZOL	19	70,37	7	70
<b>Total</b>	27		10	

**Fuente:** Historias clínicas del Hospital Guayaquil Abel Gilbert Pontón año 2007-2009.

De 11 pacientes tratados con imipenem, 6 evolucionaron desfavorablemente presentando complicaciones 6 (54,54 %) vs 26 pacientes q utilizaron ciprofloxacino + metronidazol de los cuales 14 (53,84 %) presentaron complicaciones, al aplicar la prueba de chi cuadrado obtuvimos 0.96, lo que indica que no hay significancia entre los esquemas de antibióticos y su relación con la presencia de complicaciones. **(tab. 2)**

**Tabla 2. Presencia de complicaciones según antibioticoterapia profiláctica utilizada.**

PROFILAXIS ANTIBIOTICA	COMPLICACION			
	SI	%	NO	%
IMPENEM	6	30	5	29.41
CIPROFLOXACINO + METRONIDAZOL	14	70	12	70.58
TOTAL	20		17	

**Fuente: Historias clínicas del Hospital Guayaquil Abel Gilbert Pontón año 2007-2009.**

Entre las complicaciones encontradas tenemos a la necrosis infectada, abscesos, pseudoquistes, sepsis y falla multiorgánica. La de mayor incidencia fue la necrosis infectada. **(Tab. 3)**. De los pacientes que complicaron 4/21 (19.04%) ingresaron a quirófano para necrosectomía y drenaje de absceso, utilizando ciprofloxacino + metronidazol.

**Tabla 3. Relación entre antibioticoterapia profiláctica utilizada y presencia de complicaciones**

TIPO DE COMPLICACION	Profilaxis Antibiótica			
	IMIPENEM	%	CIPROFLOXACIONO + METRONIDAZOL	%
NECROSIS INFECTADA	3	50	5	35,71
ABSCESO	1	16,66	2	14,28
PSEUDOQUISTE	1	16,66	3	21,42
SEPSIS	1	16,66	1	7,14
FALLA MULTIORGANICA	0	0	3	21,42
<b>TOTAL</b>	<b>6</b>		<b>14</b>	

Fuente: Historias clínicas del Hospital Guayaquil Abel Gilbert Pontón año 2007-2009.

En la tasa de mortalidad demostró que no existe significancia entre las profilaxis antibiótica y la condición de egreso al emplear la prueba de chi cuadrado (0.58). De los pacientes que utilizaron imipenem 3/11 (27.27%) tuvieron una condición de egreso desfavorable y para los pacientes que utilizaron la combinación ciprofloxacino + metronidazol 5/26 (19.23%). (Tab 4)

**Tabla 4. Relación entre antibioticoterapia profiláctica utilizada y egreso**

PROFILAXIS ANTIBIOTICA	EGRESOS			
	VIVOS	%	FALLECIDOS	%
IMIPENEM	8	27.58	3	37,5
CIPROFLOXACINO + METRONIDAZOL	21	72.41	5	62,5
<b>TOTAL</b>	<b>29</b>		<b>8</b>	

Fuente: Historias clínicas del Hospital Guayaquil Abel Gilbert Pontón año 2007-2009.

## DISCUSIÓN:

Se ha presentado un estudio de 37 pacientes a los cuales luego de diagnosticar pancreatitis aguda severa mediante criterios de Ranson a las 48h >3, y TC abdominal con criterio de Balthazar grado C, se sometieron a profilaxis antibiótica con antibióticos de reconocida buena penetración en la glándula pancreática (imipenem vs. ciprofloxacino + metronidazol). No se utilizaron los criterios de APACHE II y SOFA a pesar de ser considerado en la bibliografía consultada como método predictivo de gravedad<sup>1, 10, 14, 16-18</sup>, debido a las dificultades económicas que presentaba en ese entonces el hospital.

Los hallazgos encontrados en nuestro estudio demuestra y confirma que, la profilaxis antibiótica con monoterapia de imipenem o la combinación de ciprofloxacino + metronidazol en pancreatitis aguda severa, no manifiestan diferencia entre el uso de ambas terapias.

En la actualidad se acepta que el principal determinante del pronóstico de la pancreatitis aguda severa es la extensión de la necrosis y el subsecuente riesgo de desarrollar una infección<sup>4, 5</sup>, es por ello que se usa profilaxis antibiótica para esterilizar los tejidos adyacentes a las zonas necróticas y así evitar la infección secundaria y el desbridamiento quirúrgico de alto riesgo.<sup>1, 3, 5, 6, 8</sup>

Cuando evaluamos si el grupo que recibió Imipenem profiláctico tenía una menor estancia hospitalaria que el grupo que recibió ciprofloxacino + metronidazol, pudimos observar que no hubo distinción entre los días de hospitalización ( $21.90 \pm 4.26$  vs.  $21.76 \pm 4.22$ ).

En cuanto a la presencia o ausencia de complicaciones, muestra que los pacientes que usaron imipenem presentaron 54.54% (6/11), siendo la más frecuente la necrosis infectada en un 50%(3/6). Mientras que el grupo que recibió la combinación de ciprofloxacino + metronidazol tenía 53.84% (14/26), y la más frecuente la necrosis infectada en un 35.71% (5/14). Hay que señalar que esto se repite en algunos estudios similares que evalúan la eficacia de la terapia profiláctica<sup>6, 7, 16-18</sup>. De los pacientes complicados

19.04% (4/21) requirieron cirugía para necrosectomía y/o drenaje de absceso utilizando terapia combinada de ciprofloxacino + metronidazol.<sup>6, 16-18</sup>

Žilvinas Dambrauskas et al, en su meta-análisis del uso de profilaxis antibiótica parenteral en pancreatitis aguda necrotizante, cuando clasificaron de acuerdo al tipo de profilaxis antibiótica, encontraron que no hubo una reducción significativa en el grupo de pacientes tratados con ciprofloxacino + metronidazol en la infección de la pancreatitis aguda necrotizante ( $p=0.824$ ), por lo que concluyeron que el esquema ideal para profilaxis es el imipenem ( $P<0.0001$ ). También menciona que el uso de imipenem reduce significativamente la tasa de pacientes que requieren intervención quirúrgica a diferencia de los que utilizaron la terapia con ciprofloxacino + metronidazol<sup>16-18</sup>.

Cabe destacar que a pesar del uso de profilaxis antibiótica en pancreatitis aguda severa, se evidenció pacientes con complicaciones infecciosas en un 54.05% (20/37). Es por ello que en determinadas bibliografías consultadas ponen en controversia el uso de profilaxis antibiótica debido a la posible resistencia bacteriana o infección micótica oportunista que pueda aparecer en el paciente por el uso de antibióticos<sup>4, 6, 8, 19</sup>. En el año 2003 se apoyaba la utilización de la profilaxis antibiótica, pero aun así quedando sus resultados en controversia. A partir del 2004 según el último consenso de gastroenterología vota en contra de la utilización de profilaxis antibiótica debido a que no encontraron utilidad en esta<sup>8</sup>. Salvo en los casos en que se evidencie criterios de sepsis o infección, para lo cual se requeriría métodos invasivos, como la PAAF que presente gram o cultivo positivo; o no invasivos como presencia de gas en TC abdominal (Balthazar E)<sup>6, 20</sup>, en los cuales se decidirá antibióticos como tratamiento. Aún en este punto hay controversias con respecto al porcentaje de necrosis que debe existir para comenzar con la profilaxis antibiótica, se acepta por las diferentes guías clínicas cuando existe más de 30 % de necrosis de la glándula, aunque en presencia de porcentajes de necrosis menores en pacientes con criterios de gravedad, también muchos autores están de acuerdo en emplear profilaxis.<sup>2,6</sup>

La condición de egreso que presentaron los pacientes fue similar entre ambas terapias profilácticas antibióticas utilizadas, con un chi cuadrado de 0.58. Isenmann *et al.*, señalo que los pacientes que utilizaron ciprofloxacino + metronidazol, presentaron una tasa de mortalidad menor 3/37 (8.1%) en comparación de los que utilizaban placebo 3/33 (9.1%) <sup>7, 15,17</sup>. Maravi-Poma *et al*, exponen que el imipenem también disminuye la tasa de mortalidad (17.4%) <sup>7, 15, 17,18</sup>.

En este estudio se puede concluir que el uso de profilaxis antibiótica ya sea con Imipenem o ciprofloxacino + metronidazol, tienen similar efectividad en el tratamiento de pancreatitis aguda severa; por lo que el profesional de salud deberá elegir la terapia que beneficie al paciente, ya sea económica o terapéutica.

## BIBLIOGRAFIA

1. Juan Pablo Ledesma-Heyer, Jaime Arias Amaral, Pancreatitis aguda. Med Int Mex 2009; 25 (4): 285-94
2. Dra. Karina Beatriz Bordón, Dra Noemi Gómez, Dra. Paola Varisco, Frecuencia de antibiótico-profilaxis en El tratamiento inicial de La pancreatitis aguda asociada a La enfermedad biliar. Revista de Posgrado de la Cátedra de Medicina. Mayo 2008. N° 181
3. Thorn Adams braunwald isselbacher petersdorf. Medicina interna Harrison. Editorial furnier S.A. Decimoséptima edición. pág. 1941\_1953.
4. Enrique de-Madaria y JuanF.Martínez Sempere Tratamiento antibiótico en la pancreatitis aguda. Elsevier España GastroenterolHepatol.2009;32(7):502-508
5. Villatoro E, Bassi C, Larvin M. Antibiotic therapy for prophylaxis against infection of pancreatic necrosis in acute pancreatitis (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 4. N°: CD002941.
6. Luis Barreda, Javier Targarona, William Millan, José Portugal, Joel Sequeiros, Elizabeth Pando, Juan Luis Calisto. ¿Es el antibiótico terapia profiláctica con Imipenem efectiva en los pacientes con necrosis pancreática? Acta Gastroenterología Latinoam - Marzo 2009;VOL 39:N°1
7. Luis Barreda C., Javier Targarona M., César Rodríguez A. Protocolo para el manejo de la Pancreatitis Aguda grave con necrosis. Rev. GASTROENTEROL. PERÚ 2005; 25: 168-175
8. David Gilbert, Robert C Molluigh, George Eliopoulos, Henry Clombers, Michael S Saay. The Sanford guide to antimicrobial therapy 40va edición. EEUU 2010 pág. 43
9. Dellinger EP, Tellado JL, Soto NE. Early antibiotic treatment for severe acute necrotizing pancreatitis. Ann Surg 2007; 245:674-683.

10. Martín Gómez Zuleta, MD, Xiomara Ruiz Lobo, MD, William Otero Regino, MD. Nueva escala simple y rápida para predecir la severidad de pancreatitis aguda. *Rev. Col Gastroenterol* / 25 (2) 2010.
11. Pramod kumar Garg, Sudeep khanna, Narendra Prasad Bohidar, Arti kapil and Rakesh kumar Tandon. Incidence, spectrum and antibiotic sensitivity pattern of bacterial infections among patients with acute pancreatitis. *Journal of gastroenterology and hepatology* (2001) 16, 1055–1059.
12. Josiel Paiva Vieira; Gutemberg Fernandes de Araújo; José Raimundo Araújo de Azevedo; Alberto Goldenberg; Marcelo Moura Linhares. Parenteral nutrition versus enteral nutrition in severe acute pancreatitis. *Acta Cir. Bras.* vol.25 no.5 São Paulo Sept./Oct. 2010
13. Marulanda S.; Caicedo Jc., Agudelo J; Martínez O. Apache II como predictor de muerte en pancreatitis aguda. *Revista de cirugía Bogotá- Colombia.*
14. Salvador Navarro, Joaquín Amador, Lidia Argüello, Carmen Ayuso, Jaume Boadas, Gonzalo de las Heras, Antonio Farré, Laureano Fernández-Cruz, Àngels Ginés, Luisa Guarner, Antonio López Serrano, Josep Llach, Félix Lluís, Enrique de Madaria, Juan Martínez, Raúl Mato, Xavier Molero, Lluís Oms, Miguel Pérez-Mateo y Eva Vaquero. Recomendaciones del Club Español Biliopancreático para el Tratamiento de la Pancreatitis Aguda. *Gastroenterol Hepatol.* 2008; 31(6):366-87.
15. Héctor Losada, Carlos Manterola, Manuel Vial, Viviana Pineda N. SRIS, sepsis y SDOM: una visión quirúrgica. *Rev. chilena de cirugía.* Vol. 56 n4, junio 2004; pago 373-379.
16. Žilvinas Dambrauskas, Antanas Gulbinas, Juozas Pundzius, Giedrius Barauskas. Meta-analysis of prophylactic parenteral antibiotic use in acute necrotizing pancreatitis. *Medicina (Kaunas)* 2007; 43(4)

17. Isenmann R, Runzi M, Kron M, Kahl S, Kraus D, Jung N, et al. Prophylactic antibiotic treatment in patients with predicted severe acute pancreatitis: a placebo-controlled, double-blind trial. *Gastroenterology* 2004; 126:997-1004.
18. Maravi-Poma E, Gener J, Alvarez-Lerma F, Olaechea P, Blanco A, Dominguez-Munoz JE. Early antibiotic treatment (prophylaxis) of septic complications in severe acute necrotizing pancreatitis: a prospective, randomized, multicenter study comparing two regimens with imipenem-cilastatin. *Intensive Care Med* 2003; 29:1974-80.
19. Javier Targarona Modena, Elizabeth Pando Raúl, Luis Barreda Cevalco. Rompiendo paradigmas en la Pancreatitis Aguda Grave una nueva visión en el tratamiento de la enfermedad. *Rev. Gastroenterol. Perú*; 2008; 28-4: 372-378
20. William Milian J., José Portugal S., Richard Laynez Ch., Cesar Rodríguez A, Javier Targarona, Luis Barreda C. Pancreatitis Aguda Necrótica en la Unidad de Cuidados Intensivos: Una Comparación entre el Tratamiento Médico Conservador y Quirúrgico. *Rev. Gastroenterol. Perú*; 2010; 30-3: 195-200.
21. Enrique Maravi-Poma, Joan Gener, Francisco Alvarez-Lerma, Pedro Olaechea, Armando Blanco, J. Enrique Dominguez-Muno. Early antibiotic treatment (prophylaxis) of septic complications in severe acute necrotizing pancreatitis: a prospective, randomized, multicenter study comparing two regimens with imipenem-cilastatin. *Intensive Care Med* (2003) 29:1974–1980 DOI 10.1007/s00134-003-1956-z

ANEXOS

HISTORIA CLINICA	SEXO	EDAD	CAUSA DE PANCREATITIS	DIAS DE HOSPITALIZACION	ESQUEMA ANTIBIÓTICO		COMPLICACIONES	TIPO DE COMPLICACIONES	CIRUGIA	DEFUNCIONES
					IMEPENEM	CIPROFLOXACINO + METRONIDAZOL				
	1	28	LITIASIS BILIAR	11		1	1	2	1	0
633533	1	39	LITIASIS BILIAR	10		1	1	1	0	0
771659	2	60	LITIASIS BILIAR	20	2		1	3	0	1
695685	2	35	ALCOHOLICA	15	2		0	0	0	0
622599	1	52	ALCOHOLICA	14		1	0	0	0	0
582754	2	28	LITIASIS BILIAR	40	2		1	1	0	0
585327	2	40	LITIASIS BILIAR	15	2		1	2	0	0
617660	1	24	LITIASIS BILIAR	10		1	1	1	0	0
396050	1	50	LITIASIS BILIAR	30	2		1	1	0	0
579461	2	33	LITIASIS BILIAR	53	2		1	1	0	0
614182	1	60	LITIASIS BILIAR	10		1	0	0	0	0
649697	2	58	LITIASIS BILIAR	18		1	0	0	0	0

652100	1	23	LITIASIS BILIAR	20		1	0	0	0	0
685465	2	67	LITIASIS BILIAR	15		1	0	0	0	0
634130	2	42	LITIASIS BILIAR	21		1	1	3	0	0
671708	2	30	LITIASIS BILIAR	20		1	0	0	0	0
598566	2	18	LITIASIS BILIAR	60		1	1	3	0	0
587265	1	67	LITIASIS BILIAR	100		1	1	1	1	0
626355	2	35	LITIASIS BILIAR	2		1	1	4	0	1
589659	1	75	LITIASIS BILIAR	21	2		0	0	0	1
581834	2	40	LITIASIS BILIAR	21		1	0	0	0	0
580574	2	73	LITIASIS BILIAR	28		1	0	0	0	0
650377	1	22	LITIASIS BILIAR	60		1	1	2	1	0
697790	1	31	LITIASIS BILIAR	30		1	1	3	1	0
664079	1	17	LITIASIS BILIAR	25		1	0	0	0	0
430627	1	35	LITIASIS BILIAR	5		1	0	0	0	0
591974	1	27	LITIASIS BILIAR	6		1	1	5	0	1
592282	2	39	LITIASIS BILIAR	15	2		0	0	0	0

627924	1	46		17		1	0	0	0	0
609864	2	37		15	2		0	0	0	0
611903	2	58	LITIASIS BILIAR	12		1	0	0	0	0
612116	1	28	LITIASIS BILIAR	15	2		0	0	0	0
667115	2	45	LITIASIS BILIAR	30		1	1	3	0	0
561559	1	51	LITIASIS BILIAR	2	2		1	4	0	1
668853	2	87	ALCOHOLICA	4		1	1	5	0	1
501433	2	30	ALCOHOLICA	7		1	1	5	0	1
642074	2	56		10		1	1	5	0	1

