

**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL**  
**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
**ESCUELA DE MEDICINA**

TEMA:

**“INCIDENCIA DE PSEUDOQUISTE PANCREÁTICO Y SUS  
COMPLICACIONES EN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE  
GUAYAQUIL PERIODO 2011 – 2014”**

TRABAJO DE TITULACION PRESENTADO COMO REQUISITO  
PARA OPTAR POR EL TITULO DE:

MEDICO

AUTOR:

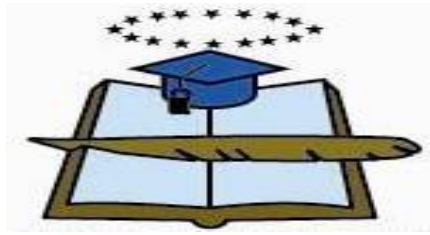
ZUSSY JULIETA CASTILLO GUTIERREZ

TUTOR:

DR JORGE ORDOÑEZ ORDOÑEZ

**GUAYAQUIL – ECUADOR**

2015



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
ESCUELA DE MEDICINA

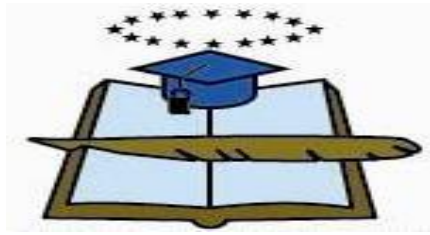
Este Trabajo de Titulación cuya autoría corresponde a CASTILLO GUTIERREZ ZUSSY JULIETA ha sido aprobada, luego de su defensa pública, en la forma presente por el Tribunal Examinador de Grado Nominado por la Escuela de MEDICINA como requisito parcial para optar por el título de MEDICO

PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

SECRETARIA ESCUELA DE MEDICINA



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
ESCUELA DE MEDICINA

### **CERTIFICADO DEL TUTOR**

EN MI CALIDAD DE TUTOR DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN DE TESIS PARA OPTAR EL TITULO DE MEDICO DE LA UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL.

**CERTIFICO QUE:** HE DIRIGIDO Y REVISADO LA TESIS DE GRADO PRESENTADA POR:

CASTILLO GUTIERREZ ZUSSY JULIETA CI: 0924818354

**CUYO TEMA DE TESIS ES :**

“INCIDENCIA DE PSEUDOQUISTE PANCREATICO Y SUS COMPLICACIONES EN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUAYAQUIL PERIODO 2011 – 2014 “

REVISADA Y CORREGIDA QUE FUE LA TESIS, SE APROBÓ EN SU TOTALIDAD, LO CERTIFICO:

TUTOR  
DR. JORGE ORDOÑEZ ORDOÑEZ

## **DEDICATORIA**

Dedico este trabajo a Dios que guio mis pasos desde siempre, a mi Familia que me dio todo su apoyo desde el comienzo, a mi Esposo que me tomo de la mano y no me dejo desfallecer y a mi Hija por la cual nunca me rendiré.

**AUTOR**

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a Dios por guiar este trabajo, a mi Familia por su apoyo constante, a mi Tutor por sus conocimientos, al Hospital Universitario por brindarme la colaboración para mi investigación y a todas las personas que de una u otra forma me ayudaron en este trabajo para mi titulación. Gracias Totales.

**AUTOR**



Presidencia  
de la República  
del Ecuador



Plan Nacional  
de Ciencia, Tecnología,  
Innovación y Saberes



SENESCYT

SECRETARÍA NACIONAL DE EDUCACIÓN SUPERIOR,  
CIENCIA, TECNOLOGÍA E INNOVACIÓN

## **REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA**

### **FICHA DE REGISTRO DE TESIS**

**TÍTULO Y SUBTÍTULO:** INCIDENCIA DE PSEUDOQUISTE PANCREÁTICO Y SUS COMPLICACIONES EN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUAYAQUIL PERIODO 2011 – 2014

**AUTOR/ ES:**  
Zussy Julieta Castillo Gutiérrez

**REVISORES:**  
Dr. Jorge Ordóñez Ordóñez

**INSTITUCIÓN:** Universidad de Guayaquil

**FACULTAD:** Ciencias Médicas

**CARRERA:** Medicina General

**FECHA DE PUBLICACION:**

**Nº DE PÁGS:** 61

**ÁREAS TEMÁTICAS:**  
Cirugía, Gastroenterología

**PALABRAS CLAVE:**

Pancreatitis Aguda, Pseudoquiste Pancreático, Complicaciones, Incidencia, Mortalidad, Hospital Universitario de Guayaquil

**RESUMEN:**

La Pancreatitis Aguda es una de las enfermedades más frecuentes que llega a la Emergencia del Hospital Universitario de Guayaquil (HUG-MSP) y una de sus complicaciones es el Pseudoquiste Pancreático, el cual bajo un buen diagnóstico mediante Imágenes y una actuación temprana tiene una resolución médica, sin embargo bajo un diagnóstico tardío va a ser necesaria intervención quirúrgica.

Este proyecto realiza un estudio retrospectivo en el HUG-MSP basado en el análisis de casos presentados de Pseudoquiste Pancreático su incidencia y sus complicaciones en los casos que se presentaron, incluyen un análisis de la mortalidad que se dio, mediante la revisión de las historias clínicas facilitadas para la investigación, el cual dio como resultados datos muy parecidos a la Estadística internacional así como datos sugestivos de alguna falla en la cascada diagnóstica por datos observados de mortalidad más elevada de lo esperado.

N° DE REGISTRO		N° DE CLASIFICACIÓN:	
DIRECCIÓN URL			
ADJUNTO PDF:	<u>SI</u>	NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: 0984244821	E-mail: zu_castillo@fastmail.fm	
CONTACTO EN LA INSTITUCIÓN:	Nombre: Universidad de Guayaquil		
	Teléfono: 042287072		
	E-mail: <a href="mailto:rrpp@ug.edu.ec">rrpp@ug.edu.ec</a>		

## **RESUMEN**

La Pancreatitis Aguda es una de las enfermedades más frecuentes que llega a la Emergencia del Hospital Universitario de Guayaquil (HUG-MSP) y una de sus complicaciones es el Pseudoquiste Pancreático, el cual bajo un buen diagnóstico mediante Imágenes y una actuación temprana tiene una resolución médica, sin embargo bajo un diagnóstico tardío va a ser necesaria intervención quirúrgica.

Este proyecto realiza un estudio retrospectivo en el HUG-MSP basado en el análisis de casos presentados de Pseudoquiste Pancreático su incidencia y sus complicaciones en los casos que se presentaron, incluyen un análisis de la mortalidad que se dio, mediante la revisión de las historias clínicas facilitadas para la investigación, el cual dio como resultados datos muy parecidos a la Estadística internacional así como datos sugestivos de alguna falla en la cascada diagnóstica por datos observados de mortalidad más elevada de lo esperado.

### **PALABRAS CLAVES:**

Pancreatitis Aguda, Pseudoquiste Pancreático, Complicaciones, Incidencia, Mortalidad, Hospital Universitario de Guayaquil (HUG-MSP)



## **ABSTRACT**

Acute Pancreatitis is one of the most common diseases that reaches the Emergency University Hospital of Guayaquil (HUG-MSP) and its complications are the Pancreatic Pseudocyst, which under good diagnosis by Images and early action have a medical decision, however low a late diagnosis will be required surgery.

This project takes a retrospective study at the HUG-MSP based on the analysis of cases of Pancreatic Pseudocyst presented its impact and its complications in the cases presented, including an analysis of the mortality that occurred, by reviewing stories provided for clinical research, which led to very similar results to the international statistical data and suggestive of some failure in the cascade diagnosed by observed data higher than expected mortality.

### **KEYWORDS:**

Acute pancreatitis, Pancreatic Pseudocyst, Complications, Incidence, Mortality, University Hospital of Guayaquil (HUG-MSP)

## INDICE

### CONTENIDO

INTRODUCCION .....	1
CAPITULO I: EL PROBLEMA	
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
1.2 JUSTIFICACION.....	4
1.3 DETERMINACION DEL PROBLEMA .....	5
1.4 FORMULACION DEL PROBLEMA .....	5
1.5 OBJETIVOS GENERALES Y ESPECIFICOS .....	6
1.5.1 GENERAL .....	6
1.5.2 ESPECIFICOS:.....	6
CAPITULO II: MARCO TEORICO	
2.1 BASES TEORICAS .....	7
2.1.1 EPIDEMIOLOGIA.....	7
2.1.2 DEFINICION .....	8
2.1.3 CUADRO CLINICO.....	9
2.1.4 CLASIFICACION .....	10
2.1.5 DIAGNOSTICO DIFERENCIAL .....	11
2.1.6 TRATAMIENTO.....	12
2.1.7 COMPLICACIONES .....	14
2.2 OPINION DEL AUTOR .....	14
2.3 PREGUNTAS DE INVESTIGACION .....	15
2.4 HIPÓTESIS .....	15
2.5 DETERMINACION DE VARIABLES .....	15
2.5.1 VARIABLE INDEPENDIENTE:.....	15
2.5.2 VARIABLE DEPENDIENTE.....	16
CAPITULO III: MATERIALES Y METODOS	
3.1 CARACTERIZACIÓN DE ZONA DE TRABAJO.....	17
3.2 UNIVERSO.....	17

3.3 MUESTRA .....	17
3.4 VIABILIDAD .....	18
3.5 CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION .....	18
3.5.1 CRITERIOS DE INCLUSION .....	18
3.5.2 CRITERIOS DE EXCLUSION.....	19
3.6 OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES DE INVESTIGACION.....	19
3.7 TIPO DE INVESTIGACION.....	20
3.8 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES .....	20
3.9 CONSIDERACIONES BIOETICAS .....	22
3.10 RECURSOS HUMANOS Y FISICOS .....	22
3.10.1 Recursos humanos .....	22
3.10.2 Recursos físicos .....	22
3.11 INSTRUMENTOS DE EVALUACION O RECOLECCION DE LA DATA ...	23
3.12 METODOLOGIA PARA EL ANALISIS DE LOS RESULTADOS .....	23
CAPÍTULO IV	
RESULTADOS Y DISCUSIÓN .....	24
CAPÍTULO V	
CONCLUSIONES .....	32
CAPÍTULO VI	
RECOMENDACIONES .....	34
BIBLIOGRAFIA .....	36
ANEXOS .....	39

## INTRODUCCION

El Pseudoquiste Pancreático es una colección de líquido pancreático rico en enzimas, ocasionado por la ruptura de los conductos pancreáticos posterior a la inflamación del órgano. Una vez producida la ruptura pueden persistir por más de tres semanas, desarrollar una cápsula o pared y formar un Pseudoquiste pancreático

Los Pseudoquistes Pancreáticos se forman generalmente después de la producción de una Pancreatitis Aguda, de una exacerbación de Pancreatitis Crónica o como posterior a un trauma sobre este órgano.

En 1761 Morgagni realiza la primera descripción de un Pseudoquiste pancreático, desde entonces con la evolución de los estudios imagenológicos avanzados como la ultrasonografía y la tomografía, se ha logrado demostrar que su incidencia es mucho mayor, siendo las lesiones quísticas de mayor ocurrencia en el páncreas.

El uso de las técnicas de imágenes permitieron que el Pseudoquiste Pancreático pasase a ser diagnosticado apropiadamente, demostrando que sus casos eran más comunes de lo que se suponía, en casos donde no se use esta técnica el diagnóstico no es tan certero y es subestimado.

Aunque el Pseudoquiste Pancreático sea una de las complicaciones de Pancreatitis Aguda, también suele formarse posterior a un trauma de abdomen cerrado, sin embargo el mecanismo de producción de esta manera implicaría un fuerte impacto en donde el Páncreas sea comprimido contra la parrilla costal sin que ninguna de estas dos estructuras sea comprometida, y que la inflamación resultante del Páncreas produzca un Pseudoquiste Pancreático, este mecanismo es poco común debido a que por lo general en un trauma suele existir compromiso de alguna de las estructuras mencionadas, la formación de esta complicación es muy rara aun así debe ser considerada para una investigación completa.

Al momento de realizar un estudio diferencial usando los métodos de imágenes, el estudio Radiológico no permite un diferencial entre el Pseudoquiste con los Quistes verdaderos

y los Abscesos por esa razón para un estudio más detallado y mejor identificación se prefiere la utilización de ECO o de incluso TC porque nos da una mejor identificación de las estructuras y paredes por lo tanto un mejor diagnóstico; en casos donde no se cuente con este tipo de estudio es difícil llegar al diagnóstico definitivo por las dudas que existen y solo en casos donde se requiera un tratamiento quirúrgico se podrá llegar al verdadero diagnóstico mediante un estudio patológico de la estructura extraída.

Con este trabajo se busca investigar cuantos casos de Pseudoquiste Pancreático se han presentado en el periodo propuesto, indicar incidencia más frecuente si llegaron a producirse secundarios a una Pancreatitis o a un Trauma de Abdomen y averiguar si estos llegaron a complicarse además de si existió mortalidad entre estos.

Aunque no se vean suficientes casos de este tipo, la importancia de un buen tratamiento de Pancreatitis Aguda llevara a prevenir la formación de un Pseudoquiste Pancreático, lo cual es la meta de todo profesional de la salud, evitar las complicaciones que comprometan la vida del paciente.

# **CAPITULO I**

## **EL PROBLEMA**

### **1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Desde que Morgagni en 1761 realizó la primera descripción de un Pseudoquiste, diversos han sido los métodos empleados para el tratamiento de esta entidad. (1)

El Pseudoquiste se desarrolla como resultado de la digestión de líquido rico en enzimas, sangre y detritus. La reacción inflamatoria estimulada induce al desarrollo de la pared, que toma de cuatro a seis semanas para que se desarrolle, madure y adelgace (2).

Es una complicación de la pancreatitis aguda severa y con menor frecuencia se la puede observar en la pancreatitis crónica, traumatismos y neoplasias. Se los divide de acuerdo a su historia natural en dos categorías básicas: agudo y crónico. (3) Así mismo D'Egidio y Schein (4) propusieron una clasificación basada en anomalías del conducto pancreático en:

Tipo I o Pseudoquiste del páncreas secundario a un cuadro agudo postnecrótico. Están asociados a anatomía normal del conducto y raramente comunicación del Pseudoquiste con el conducto pancreático.

Tipo II, o Pseudoquiste del páncreas posterior a un cuadro postnecrótico de una pancreatitis aguda o crónica. El conducto pancreático está alterado pero no estenosado y a menudo existe comunicación del Pseudoquiste con el conducto.

Tipo III definido como Pseudoquiste del páncreas retenido. Ocurre con pancreatitis crónica y está asociado a estenosis del conducto y a comunicación de éste con el Pseudoquiste.

Los Pseudoquiste del páncreas pueden ser únicos o múltiples pero la mayoría (90%) son únicos. (5).

Se sospecha el desarrollo de un Pseudoquiste cuando: un episodio de pancreatitis no se resuelve, pacientes con niveles altos de amilasa sérica, dolor abdominal, masa epigástrica, náuseas, vómitos, fiebre y leucocitosis. (3).

Representa el 13,6% de las lesiones quísticas del páncreas y se observan en el 5% al 10% de los pacientes con pancreatitis aguda y en el 20% al 40% de los pacientes con pancreatitis crónicas.

En Ecuador los Pseudoquistes agudos, son en su mayoría secundarios a pancreatitis aguda de origen biliar, desarrollándose con más frecuencia en la transcavidad de los epiplones o en el espacio pararenal anterior izquierdo.

En el 20% de los casos se resuelven en forma espontánea y muy pocos requieren tratamiento quirúrgico y no antes de transcurridas 4-6 semanas del establecimiento del diagnóstico. Sin embargo, en la actualidad es posible practicar punciones aspirativas mediante ecografía o TC, en especial en los Pseudoquistes de crecimiento rápido. Estas técnicas son también las de elección para el diagnóstico de esta complicación. (6)

## **1.2 JUSTIFICACION**

Los casos de Pancreatitis Aguda y Crónica son muy comunes en el HUG - MSP, sabiendo que el Pseudoquiste Pancreático es una complicación que se puede formar a partir de estas patologías es muy importante en la formación médica su estudio para poder identificar y tratar, evitando complicaciones secundarias en pacientes donde se podría manejar la enfermedad desde un primer plano.

El propósito de este trabajo es poder relacionar si el Pseudoquiste Pancreático es una complicación así de frecuente como es la Pancreatitis Aguda o Crónica, identificar si su incidencia es tan marcada o no y si sus complicaciones son también comunes o son poco frecuentes.

Este tema de investigación tiene como justificación aportar datos estadísticos tanto a la Universidad como al HUG-MSP y a todo aquel que tenga acceso al trabajo, para uso de estudios posteriores, para indicar complicaciones más frecuentes y aportar a estudios en donde se pueda utilizar estas tasas en la mejor forma correspondiente.

### **1.3 DETERMINACION DEL PROBLEMA**

Este Trabajo se realizó en el siguiente lugar con las siguientes especificaciones:

**País:** Ecuador

**Región:** Costa

**Provincia:** Guayas

**Cantón:** Guayaquil

**Lugar:** Hospital Universitario de Guayaquil - MSP

**Campo:** Cirugía - Gastroenterología

**Universo:** Pacientes con Pancreatitis Aguda, Pancreatitis Crónica y Trauma Abdominal

**Delimitación espacial:** Esta investigación se realizó en el servicio de Consulta Externa, Emergencia y Hospitalización del HUG-MSP

**Delimitación temporal:** Este problema fue estudiado durante el periodo 2011 - 2014

### **1.4 FORMULACION DEL PROBLEMA**

De acuerdo a lo revisado en la literatura nacional e internacional, el trabajo tendrá como meta responder las siguientes preguntas de investigación que nos guiaran a establecer los objetivos y conclusiones del proyecto.

- ¿Cuál es la Incidencia del Pseudoquiste Pancreático en el HUG-MSP?
- ¿Cuáles son las complicaciones que se presentan en el grupo de estudio?
- ¿Existió complicaciones en el grupo de estudio?
- ¿Cuál fue la causa de mortalidad, si es que se presentó, en el grupo de estudio?



## **1.5 OBJETIVOS GENERALES Y ESPECIFICOS**

### **1.5.1 GENERAL**

Determinar incidencia y complicaciones del Pseudoquiste pancreático en el Hospital Universitario de Guayaquil en el periodo 2011 – 2014 mediante observación indirecta en el área de emergencia, consulta externa y hospitalización, proporcionada por el departamento de Estadística, para aportar con información estadística al Hospital y a quien interese.

### **1.5.2 ESPECIFICOS:**

- Cuantificar en porcentaje la Incidencia del Pseudoquiste Pancreático
- Identificar complicaciones más frecuentes del Pseudoquiste Pancreático
- Analizar complicaciones más frecuentes del Pseudoquiste Pancreático
- Identificar la mortalidad en los casos de Pseudoquiste Pancreático

## **CAPITULO II**

### **MARCO TEORICO**

#### **2.1 BASES TEORICAS**

##### **2.1.1 EPIDEMIOLOGIA**

El Pseudoquiste Pancreático alrededor del mundo se presenta en un 15% como complicación de una Pancreatitis Aguda en lo más frecuente, pero el número de casos investigados no es el representado debido a confusiones con otras patologías que una vez dado el tratamiento quirúrgico y estudio patológico confirmarían su verdadera etiológica.

Los pseudoquistes se originan en un 90% posterior a una pancreatitis, y en un 10% después de traumatismos abdominales, siendo más frecuentes en cuerpo y cola del páncreas. Pueden ser asintomáticos o presentar dolor en abdomen leve o intenso, además anorexia y pérdida de peso. La amilasa sérica puede o no estar elevada, al igual que la urinaria; son útiles el ECO abdominal, la endoscopia, y sobre todo la TAC y RMN. La hemorragia es la que causa más mortalidad, aunque puede existir también infección, obstrucción y rotura. El tratamiento quirúrgico si el Pseudoquiste crece, existe infección o no resuelve clínicamente en 6 semanas, pudiendo realizarse: extirpación, drenaje interno o drenaje externo (7).

El Pseudoquiste pancreático es un problema relativamente común en la clínica que complica el curso de la pancreatitis crónica en el 10% a 15%, siendo equivalente al 80% de las lesiones quísticas pancreáticas. En la mayoría de casos se encuentran como lesiones únicas sin embargo pueden presentarse a manera de múltiples lesiones. Así el Pseudoquiste pancreático se define como una colección localizada de fluido rico en amilasa y otras enzimas pancreáticas, la cual se encuentra recubierta por una pared de tejido de granulación o colágeno sin embargo no posee un delineamiento epitelial lo que lo distingue del quiste verdadero. El Pseudoquiste se origina a partir de episodios de pancreatitis aguda, pancreatitis crónica, neoplasias o traumas sobre el parénquima

pancreático. Estos, se localizan en zonas adyacentes al páncreas presentando una comunicación directa o indirecta con el sistema de conductos pancreáticos, aunque puede hallarse en zonas distantes como mediastino o escroto. (8)

El Pseudoquiste pancreático aparece tras una pancreatitis aguda en 10% de los casos. La infección espontánea del Pseudoquiste es una complicación poco habitual. Los microorganismos implicados más frecuentemente son bacilos Gram negativos (*Escherichia coli* en primer lugar) y *Staphylococcus coagulasa negativo* (9)

Los pseudoquistes pancreáticos forman parte de una amplia gama de lesiones quísticas del páncreas. Estos pseudoquistes en ocasiones presentan grandes dimensiones que nos pueden inducir a cometer errores diagnósticos. Por ello, el conocimiento de sus características radiológicas y diagnóstico diferencial nos facilitará su reconocimiento, evaluación y seguimiento óptimo. A su vez, los antecedentes clínicos del paciente juegan un papel primordial, a tal punto que si un paciente no tiene antecedentes de pancreatitis, traumatismo pancreático o cirugía previa de páncreas y los resultados de los estudios de imagen no son concluyentes, el control evolutivo con imagen o su drenaje pueden ser recomendados (10).

### **2.1.2 DEFINICION**

El Pseudoquiste Pancreático (PP) es la complicación tardía más frecuente de la pancreatitis ya sea aguda o crónica, y de los pacientes que presentan un trauma pancreático (11).

El Pseudoquiste pancreático es una entidad cuyo diagnóstico estuvo limitado durante décadas a pacientes con alta sospecha clínica y lesiones con dimensiones suficientemente grandes, como para ser palpadas y reconocidas mediante signos radiológicos indirectos secundarios al desplazamiento de órganos y vísceras adyacentes (12).

Consiste en la acumulación de líquido pancreático rico en amilasas debido a disrupción ductal que surge como consecuencia de la necrosis pancreática limitada (11,13), y que persiste por más de 6 semanas de iniciado el cuadro, característicamente está rodeado por una capa de tejido de granulación y fibroso pero sin un verdadero epitelio, la principal diferencia en comparación con los quistes pancreáticos verdaderos (14).

Se presentan como complicación en el 15% de las pancreatitis agudas, relacionándose también con pancreatitis crónicas e ingesta crónica de alcohol (75 %). Según Greenberger los pseudoquistes suelen deberse a procesos inflamatorios pancreáticos en el 90% de los casos y a traumas pancreáticos en el 10%. Pueden ser únicos o múltiples y tener un tamaño variable, llegando a presentar grandes dimensiones, independientemente de su tiempo de evolución. Se localizan dentro o fuera del páncreas y su pared puede relacionarse con estructuras adyacentes, como el estómago, el colon transversal o la pared abdominal (15).

### **2.1.3 CUADRO CLINICO**

La sintomatología depende de la localización y de la extensión de la colección. Consiste en dolor abdominal, saciedad temprana, náuseas y vómito, obstrucción duodenal o de la vía biliar (ictericia), masa palpable, oclusión vascular, o formación de fistulas (11,16).

En el diagnóstico de esta entidad se describen como manifestaciones clínicas:

- Pacientes en la cuarta o quinta década de vida con antecedentes etiológicos.
- Pacientes con pancreatitis aguda que no resuelve luego de 5 a 7 días de tratamiento o que luego de mejoría, recae.
- Sensación de cuerpo extraño y pesadez en la mitad superior del abdomen.
- Si antecedentes de pancreatitis crónica, dolor abdominal o síntomas por compresión de víscera.
- Náuseas, vómitos y pérdida de peso por obstrucción duodenal.
- Ictericia, si compresión del colédoco.
- Masa en abdomen superior, lisa y dura, muchas veces insensible.

- Más raramente ascitis y derrame pleural.

En diversos estudios se han reportado como síntomas principales dolor en el 90% de los casos, náuseas y vómitos en 50%, pérdida de peso en 40%, masa tumoral abdominal en 60% y fiebre e ictericia en algunos. (16)

#### **2.1.4 CLASIFICACION**

Se puede clasificar esta patología según D'Egidio y Schein el que propone una clasificación basada en anormalidades del conducto pancreático (17):

- Tipo I o Pseudoquiste del páncreas secundario a un cuadro agudo postnecrótico. Están asociados a anatomía normal del conducto y raramente existe comunicación del Pseudoquiste con el conducto pancreático.
- Tipo II o Pseudoquiste del páncreas posterior a un cuadro postnecrótico de una pancreatitis aguda o crónica. El conducto pancreático está alterado pero no estenosado y a menudo existe comunicación del Pseudoquiste con el conducto.
- Tipo III definido como Pseudoquiste del páncreas retenido. Ocurre asociado a pancreatitis crónica y está cursa con estenosis del conducto y comunicación de éste con el Pseudoquiste.

<b>Características</b>	<b>Tipo I</b>	<b>Tipo II</b>	<b>Tipo III</b>
<b>Sinónimo</b>	Post Agudo	Post Agudo sobre crónico	Retención
<b>Pancreatitis Aguda Previa</b>	Si	Si	No
<b>Morfología del conducto pancreático</b>	Normal	Anormal	Estenosis
<b>Comunicación Pseudoquiste/ conducto pancreático</b>	Raro	Frecuente	Siempre
<b>Pancreatitis crónica</b>	No	Si	Si

Clasificación de Pseudoquiste Pancreático según D'Egidio y Schein

Lewandrowski concluyó que la punción de una lesión quística pancreática y el análisis de su contenido pueden proporcionar una orientación etiológica preoperatoria. Mediante el análisis de la viscosidad, determinación de CEA, CA 125 y la citología en el líquido, consiguió distinguir lesiones quísticas malignas y potencialmente malignas de los pseudoquistes y cistoadenomas serosos (15).

### **2.1.5 DIAGNOSTICO DIFERENCIAL**

En cuanto al diagnóstico diferencial, existen varias entidades a descartar. Las duplicaciones intestinales son anomalías congénitas que, desde el punto de vista radiológico, se presentan como una masa quística tubular o esférica, localizada en el mismo sentido de la luz intestinal normal y con una mucosa ecogénica en su interior, paralela a la pared del quiste (12).

Radiológicamente, los abscesos se presentan como colecciones de tamaño variable, con paredes gruesas, que pueden contener gas y/o ecos internos, habitualmente acompañados de clínica infecciosa. También los quistes hidatídicos se muestran como quistes complejos (15).

Los divertículos gástricos o duodenales aparecen como estructuras quísticas que están en comunicación con la pared gástrica o duodenal que les da origen y que frecuentemente se acompañan de nivel hidroaéreo.

Los quistes mesentéricos muestran una imagen quística en el mesenterio u omentum, uni o multilocular con ecos internos y, en ocasiones, con calcificaciones en su pared.

Etiológicamente, los más frecuentes son los linfangiomas de paredes finas y adheridas al intestino (15).

La resolución espontánea de los SP se presenta solo en 40% de los casos y usualmente en un tiempo de 3 a 6 meses; el tratamiento se indica en paciente que presente síntomas como: saciedad temprana, dolor abdominal, síndrome pilórico, ictericia, signos de infección o aumento del SP después de estas 6 semanas, independientemente del tamaño del mismo (11, 18,14). En los pacientes asintomáticos existen indicaciones denominadas “profilácticas” (ocurren en menos de 10%), en que el paciente no tiene síntomas pero el SP comprime grandes vasos, presenta hemorragia intraquística, fístula pancreático pleural. También está indicado el drenaje en pacientes con pancreatitis crónica que además tienen litiasis pancreática ya que la tasa de resolución espontánea del SP es muy baja (0-9%) (29,20).

### **2.1.6 TRATAMIENTO**

Dentro de las opciones de tratamiento para los pacientes con SP está el drenaje percutáneo, quirúrgico o endoscópico, siendo este último aquel con mayores tasas de

éxito inicial (90%), con resolución en 70 a 80% de los casos, y una tasa de recurrencia entre 10 y 15%; estas tasas se pueden ver disminuidas en casos de necrosis pancreática, en donde los residuos sólidos interfieren con el adecuado drenaje (19, 21,22). El tratamiento endoscópico se realiza a través de dos métodos diferentes, por estómago o duodeno (drenaje transmural) o a través de la papila (transpapilar), aunque se pueden realizar combinaciones de los dos métodos.

El drenaje a través de la papila aunque tiene menos complicaciones es menos efectivo ya que es aconsejable solo en quistes menores de 5 cm y necesariamente debe existir una conexión con el Wirsung lo cual se presenta en solo alrededor de 40% de los casos; en nuestra serie no utilizamos esta técnica. (23)

El éxito técnico se define como la capacidad de insertar al menos una endoprótesis entre el SP y la luz del tracto gastrointestinal (estómago o duodeno) (23,), o la resolución de la colección, pero no necesariamente de los síntomas (18). El éxito clínico se define como la resolución completa de los síntomas con una disminución del Pseudoquiste de por lo menos 30-50% en el primer mes del tratamiento. (24).

El hecho de que el 90% de las lesiones quísticas del páncreas sean atribuidas a pseudoquistes es un punto polémico, aun reconociendo que son los más frecuentes (25).

Desde el punto de vista clínico-radiológico, Howell recomienda la consideración de varios aspectos que nos harían dudar del diagnóstico de Pseudoquiste, sin poder descartar etiología maligna de la colección pancreática. Los más relevantes son:

- a) Ausencia de clínica compatible con pancreatitis, ya sea aguda, crónica o traumatismo pancreático.
- b) Ausencia de cambios inflamatorios en el estudio tomográfico de la región pancreática.
- c) Presencia de tabiques intracavitarios. Sahani calculó el valor predictivo positivo para benignidad y malignidad en lesiones quísticas pancreáticas sobre la base del tamaño del quiste y la ausencia o presencia de septos. Para ello, determinó retrospectivamente la frecuencia de malignidad en pequeñas lesiones quísticas menores a 3 cm y concluyó que



la mayoría de los pequeños quistes eran benignos. El 42% fueron quistes uniloculares y, de estos últimos, todos fueron benignos (excepto uno). En el 20% de los casos, la presencia de septos fue asociada a lesiones borderline o malignidad in situ (25).

### **2.1.7 COMPLICACIONES**

Las complicaciones por la presencia del Pseudoquiste del páncreas reportadas han sido infección, obstrucción, sangrado o ruptura. En el estudio de Bradley, las complicaciones se registraron en el 21% de los pacientes con seis semanas de evolución después de haber realizado el diagnóstico de Pseudoquiste del páncreas; pero la cifra aumenta al 57% después de seis semanas de evolución. (26)

La obstrucción del duodeno y del colédoco se presenta en el 10% de los casos. Se puede encontrar sangrado de mucosa gástrica por la presencia de una fístula. La erosión arterial directa ocasiona una mortalidad de 40-80%. El Pseudoquiste del páncreas que forma una fístula gástrica o intestinal, espontáneamente se descomprime y resuelve la patología. (26)

Otra de las complicaciones reportadas con alto porcentaje de mortalidad es la ruptura del Pseudoquiste del páncreas hacia la cavidad pleural o abdominal. La formación de pseudoaneurismas con hemorragia masiva ocurre entre el 5 y 10% de los pacientes. (27)

La erosión de un vaso pancreático o peripancreático puede producir la ruptura libre o la formación de un pseudoaneurisma. (28)

## **2.2 OPINION DEL AUTOR**

Como se puede analizar, los casos de Pseudoquiste Pancreático aunque muy bien estudiados y siendo una de las complicaciones de Pancreatitis Aguda más frecuentes, sus casos son muy pocos a nivel nacional como internacional y su detección a tiempo con las

diferentes técnicas de imágenes impiden que estos casos lleguen a complicaciones que puedan causar la muerte de estos pacientes, siendo su mortalidad muy baja según información internacional, en este estudio se pretenderá averiguar si estos datos se relacionan con los encontrados a nivel del HUG-MSP.

### **2.3 PREGUNTAS DE INVESTIGACION**

- ¿Cuáles son las complicaciones que se presentan en el Pseudoquiste Pancreático en HUG-MSP?
- ¿Cuál es la Incidencia del Pseudoquiste Pancreático en el HUG-MSP?
- ¿Podría indicar si existieron muertes por complicaciones de esta enfermedad en el grupo de estudio?

### **2.4 HIPÓTESIS**

- La Incidencia del Pseudoquiste Pancreático es semejante a los parámetros internacionales según la literatura.
- El índice de mortalidad presentada en el grupo de estudio va a estar relacionada directamente con la complejidad de las complicaciones para cada paciente individualmente.

### **2.5 DETERMINACION DE VARIABLES**

#### **2.5.1 VARIABLE INDEPENDIENTE:**

Pseudoquiste Pancreático en el HUG-MSP periodo 2011- 2014

## **2.5.2 VARIABLE DEPENDIENTE**

(1) Complicaciones del Pseudoquiste Pancreático

- Infección
- Obstrucción
- Hemorragia
- Ruptura

(2) Incidencia del Pseudoquiste Pancreático

## **CAPITULO III**

### **MATERIALES Y METODOS**

#### **3.1 CARACTERIZACIÓN DE ZONA DE TRABAJO**

Estudio a realizar en la zona 8 en la provincia del Guayas, cantón Guayaquil, en el HUG-MSP localizado en el km 23,5 contiguo al Terminal de transferencias de víveres de Montebello, en el área de Emergencia, Hospitalización y Consulta Externa (Cirugía y Gastroenterología) del Hospital.

#### **3.2 UNIVERSO**

El universo está conformado por pacientes diagnosticados con Pancreatitis Aguda (CIE 10: K85) Otras Pancreatitis Crónicas (CIE 10: K86.1) Traumatismo de Páncreas (CIE 10: S36.2) Traumatismo de Abdomen (CIE 10: S30) en el HUG-MSP, en el periodo 2011 a 2014. En el área de Hospitalización, Consulta Externa y Emergencia. Se logra obtener 375 pacientes que se identificaban bajo esos diagnósticos en las áreas mencionadas según datos proporcionados por el departamento de Estadística (Anexo # 2)

#### **3.2 MUESTRA**

Para la selección del tamaño de la muestra se utilizó la fórmula de muestreo probabilístico aleatorio simple. Los parámetros  $k$ ,  $e$  fueron seleccionados para que la muestra a seleccionar tenga un 95% de confianza y un error del 5%, al ser de igual probabilidad que las características buscadas se encuentren en cualquier paciente del universo se especificaron los parámetros  $p$ ,  $q$  con igual probabilidad. Finalmente  $N_0$  es el tamaño del universo a ser estudiado y  $n$  el tamaño de la muestra a utilizar.

$$n: = \frac{k^2 N_0 p q}{e^2 (N_0 - 1) + k^2 p q}$$

k= 1.96

No = 375

p = 0.5

q = 0.5

e= 0.05

n = 190.013

Se cuenta con un total de 375 pacientes según datos facilitados por el departamento de Estadística lo que se toma como el Universo del Proyecto, aplicando la formula se trabajara con una muestra de 190 historias clínicas seleccionadas al azar.

La muestra está formada por 83 historias de pacientes femeninos y 107 historias de pacientes masculinos

### **3.4 VIABILIDAD**

Se podría considerar este proyecto viable de realizar debido a que la obtención de datos resultara eficiente por el personal de Estadística y de Sistema con el que cuenta el HUG-MSP que permitirán una obtención de datos verídicos y factibles mediante la sistematización de Historias Clínicas con la que cuenta, luego habrá que realizar el análisis correspondiente con los datos obtenidos para poder alcanzar los objetivos de este trabajo y descubrir si nuestra hipótesis se logra cumplir o no.

### **3.5 CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION**

#### **3.5.1 CRITERIOS DE INCLUSION**

Se incluyó a los pacientes con diagnóstico de Pseudoquistes Pancreáticos confirmado por algún medio Imagenológico, sin distinción de sexo y edad

### 3.5.2 CRITERIOS DE EXCLUSION

Se excluyeron pacientes con diagnóstico de pancreatitis crónicas de etiología alcohólica, traumas de abdomen abierto o trauma de abdomen cerrado que no tenga relación con el órgano a investigar es decir el Páncreas, así como pacientes con diagnóstico de Quiste Pancreático.

### 3.6 OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES DE INVESTIGACION

Para poder realizar una buena recopilación de datos y alcanzar los objetivos propuestos se analizaron las siguientes variables:

VARIABLE	ESCALA	DESCRIPCION	Instru mento
<b>Edad</b>	20 a 30 31 a 50 51 a 60 >61	Según las historias clínicas	Historia clínica
<b>Sexo</b>	Femenino Masculino	Según las historias clínicas	
<b>Complicaciones</b>	Si No	Según las historias clínicas	
<b>Mortalidad</b>	Si No	Mortalidad relacionada con la enfermedad estudiada	
<b>Causas de la mortalidad</b>	Hemorragia Shock séptico Dehiscencia de sutura	Según las historias clínicas	

Cuadro elaborado por Autor basado en datos de las Historias Clínicas HUG-MSP

### **3.7 TIPO DE INVESTIGACION**

Este trabajo de investigación cuenta con diferentes tipos de Investigación:

- Investigación de Campo, debido a que parte de la información obtenida para el estudio se basó en las historias clínicas obtenidas en el HUG-MSP para fomentar los objetivos de estudio, considerando que la información dada sea información confiable y fiable para la investigación
- Investigación bibliográfica y documental, debido al uso de información de libros y de revistas médicas como de páginas de internet sobre medicina actualizadas donde se obtuvo la información utilizada en el marco teórico de este trabajo cuyas referencias constan en la bibliografía
- Investigación tipo retrospectiva, al recolectar datos donde el investigador no tuvo intervención en ellos.
- Investigación Analítica y Descriptiva: al plantear un análisis estadístico y prueba de hipótesis y descripción de los resultados logrados en este estudio estadístico a partir de la muestra.
- Investigación observacional: en este proyecto solo se recogieron datos y se realizó un análisis respectivo sin que el investigador haya participado directamente en ellos.

### **3.8 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES**

Se elaboró un cronograma de actividades donde se resume el tiempo empleado en realizar este Proyecto, no se toma en cuenta presupuesto utilizado debido a que el proyecto era más de recolección de datos en donde no había que hacer ningún tipo de inversión para lograr los resultados





### **3.9 CONSIDERACIONES BIOETICAS**

En esta investigación se tomó en cuenta los aspectos éticos y también jurídicos, por lo tanto no se da datos de identificación del paciente y solo se los ubica por números de historias clínica para evitar cualquier tipo de inconveniente y perjuicios que pueda traer, en contraste con el buen final que se espera de ella.

### **3.10 RECURSOS HUMANOS Y FISICOS**

#### **3.10.1 Recursos humanos**

- Autor: Zussy Julieta Castillo Gutiérrez
- Tutor: Dr. Jorge Ordóñez Ordóñez
- Personal administrativo del HUG-MSP

#### **3.10.2 Recursos físicos**

- Historias clínicas del HUG-MSP
- Servicio de estadística del HUG-MSP
- Revistas medicas
- Libros médicos
- Computadora
- Impresora
- Bolígrafos
- Cuadernos
- Internet
- Movilización vehicular

### **3.11 INSTRUMENTOS DE EVALUACION O RECOLECCION DE LA DATA**

Los datos que se utilizaron en esta investigación fueron proporcionados por el departamento de Estadística previa solicitud con las especificaciones a buscar, luego se procedió a utilizar el sistema del HUG-MSP para la búsqueda de las historias de cada paciente, las cuales están escaneadas y guardadas según su número de historia clínica, se utilizó el sistema de laboratorio para realizar el estudio y luego se procedió a recopilar datos para su análisis.

### **3.12 METODOLOGIA PARA EL ANALISIS DE LOS RESULTADOS**

Los datos que se obtuvieron en esta investigación fueron procesados mediante los siguientes pasos:

1. Recolección de datos
2. Codificación de datos
3. Tabulación de datos
4. Graficación de datos
5. Análisis de los resultados

El procesamiento y análisis de datos proporcionados por el departamento de estadística del HUG-MSP, fueron organizados, tabulados y procesados, mediante la utilización de la Estadística descriptiva.

Para graficar los diferentes resultados a través de frecuencias y porcentajes se utilizaron hojas de cálculo electrónicas de Microsoft Excel.

## CAPÍTULO IV

### RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Para este Proyecto se analizó la muestra de 190 historias clínicas seleccionadas aleatoriamente del universo de 375 pacientes basado en los CIE10 antes mencionados, entregados al departamento de Estadística del HUG-MSP para realizar la investigación. (Grafico 1)

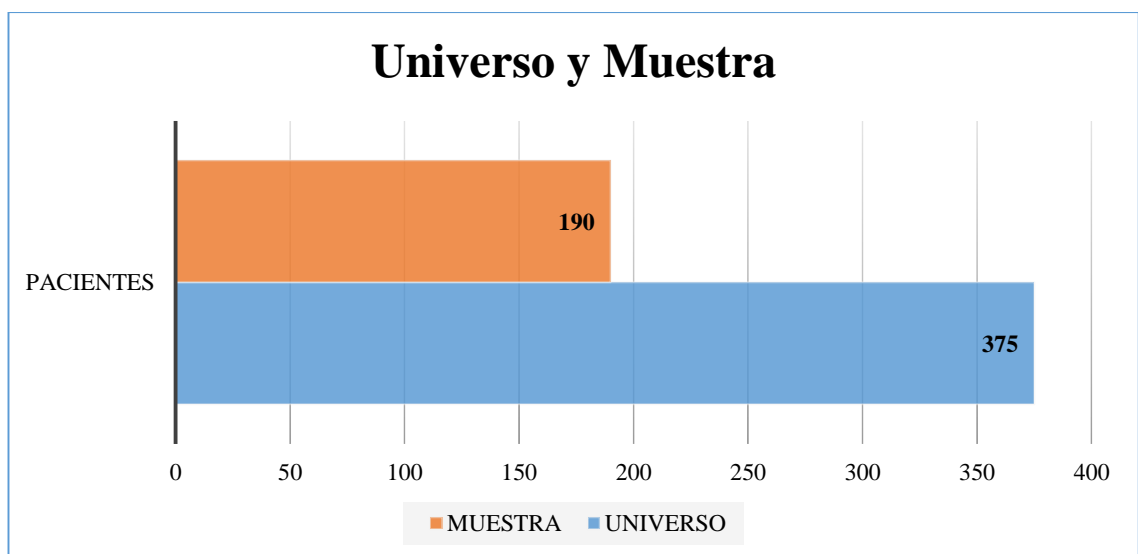


Grafico 1 Fuente: Historia Clínica HUG-MSP

Se encontró que de las 190 historias, 107 eran de pacientes masculinos y 83 de pacientes femeninos representando el 56% para la población masculina. (Grafico 2)

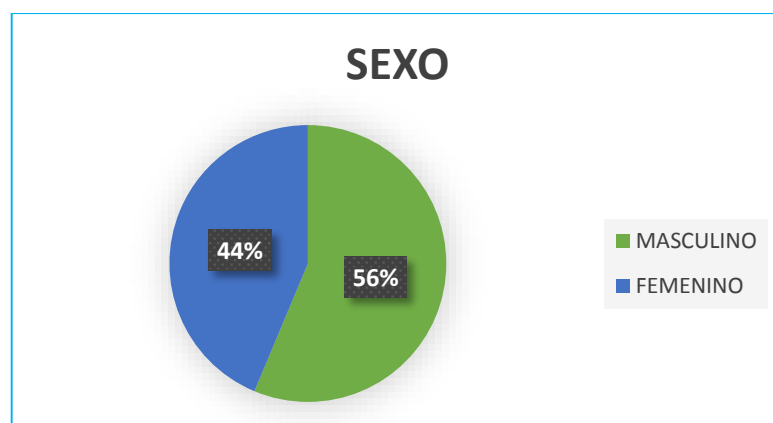


Grafico 2 Fuente: Historia Clínica HUG-MSP

A pesar de que el Pseudoquiste Pancreático posee su propio CIE 10, no se encontró historias clínicas que mostraran ese diagnóstico, posiblemente por desconocimiento del mismo.

Dentro de los 4 diagnósticos entregados para el estudio basado en el CIE10, se puede obtener que la mayoría de los casos encontrados correspondían a Pancreatitis Aguda, seguida por Trauma Abdominal, Pancreatitis Crónica y Trauma de Páncreas en último lugar. (Grafico 3)

Se podría deducir que los casos de Pseudoquiste Pancreático que vayamos a encontrar se encuentren dentro de la Población con Pancreatitis Aguda por ser la que mayor casos presenta.

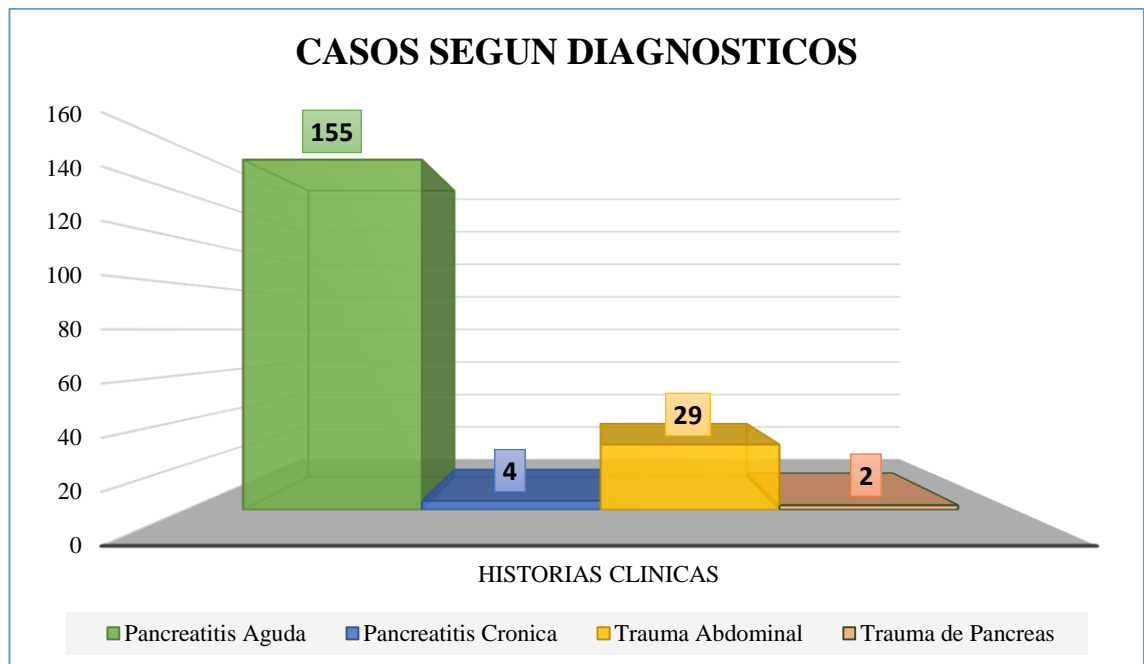


Grafico 3 Fuente: Historia Clínica HUG-MSP

Estudiando los casos encontrados anteriormente en el Grafico 3, se procede a separarlos por años, pudiéndose ver que los casos incrementan cada año y que la mayoría de ellos corresponde al diagnóstico de Pancreatitis Aguda. (Grafico 4)

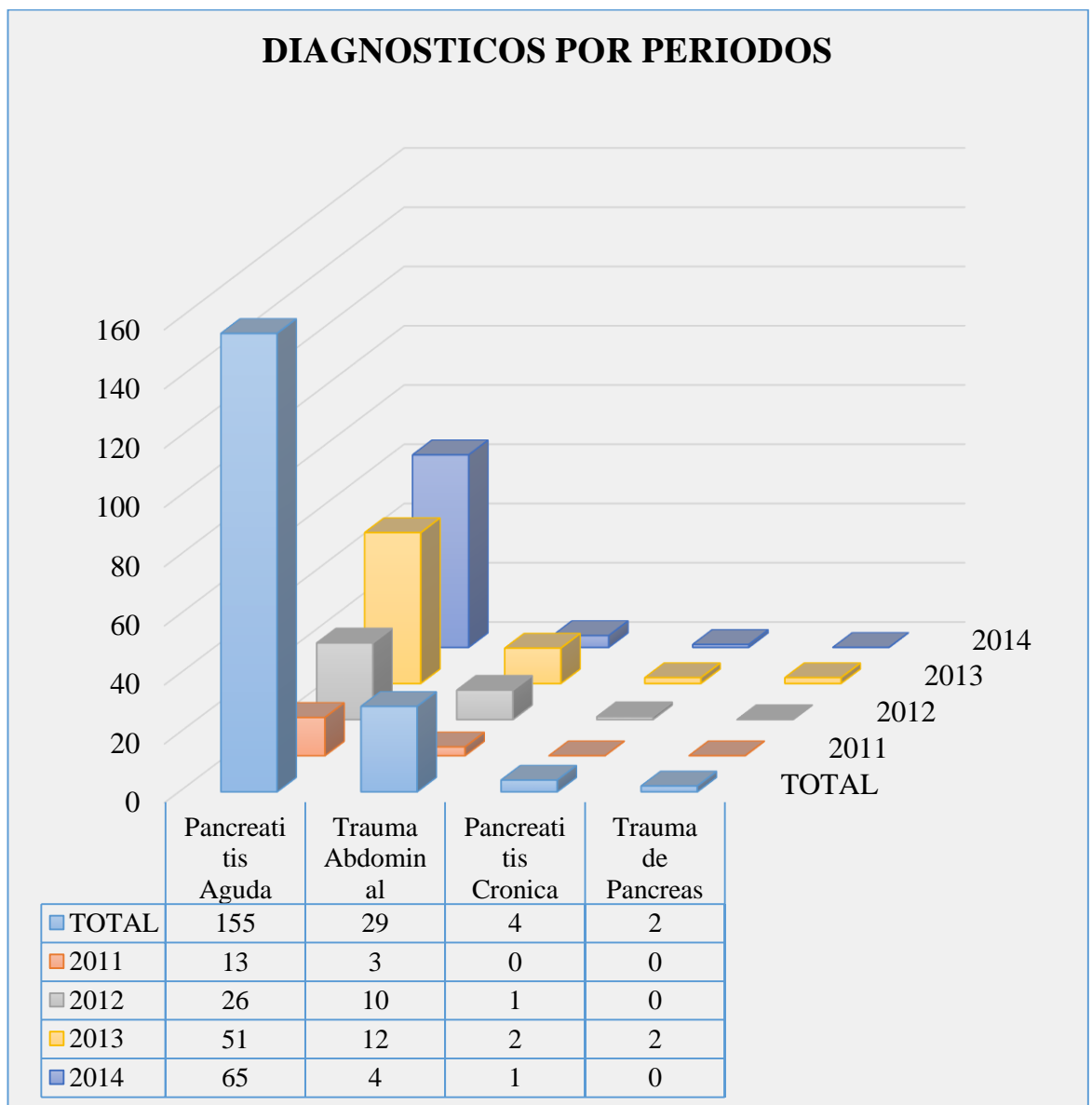


Grafico 4 Fuente: Historia Clínica HUG-MSP

De la revisión de las 190 historias clínicas se encontró 7 casos de Pseudoquiste Pancreático, todos diagnosticados por medios imagenológicos como se indicaba dentro de los criterios de inclusión (Grafico 5)

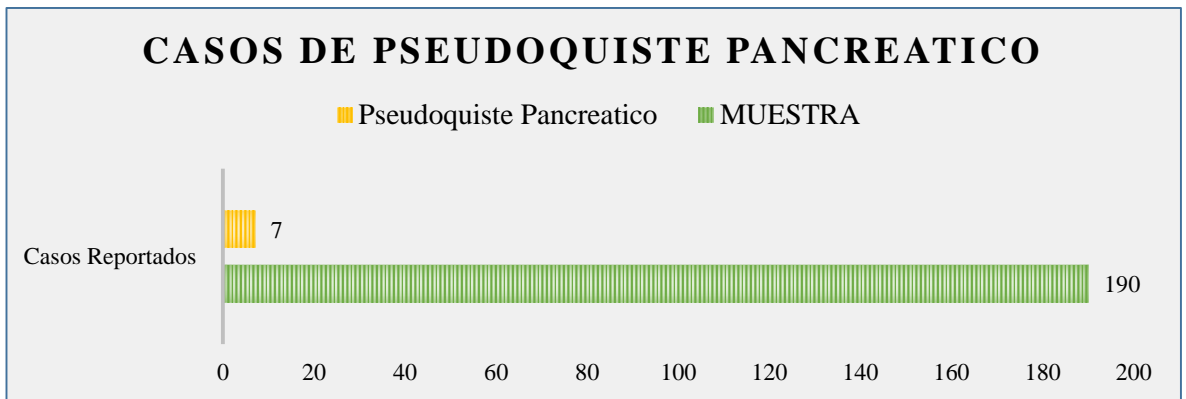


Grafico 5 Fuente: Historia Clínica HUG-MSP

De los 7 casos de Pseudoquiste Pancreático que se encontró, todas estaban dentro de la categoría de pacientes registrados como Pancreatitis Aguda, como diagnóstico proporcionado para el estudio según el departamento del HUG-MSP (Grafico 6)

La no existencia de casos de Pseudoquiste Pancreático en otros diagnósticos del estudio no debe hacer pensar que no existan, solo que no se encontró dentro de la muestra estudiada.

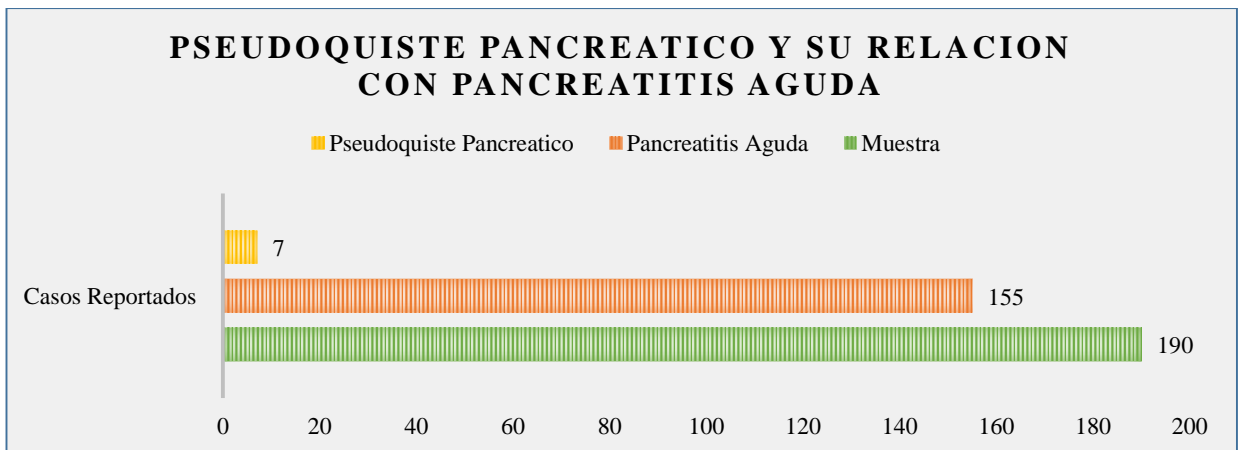


Grafico 6 Fuente: Historia Clínica HUG-MSP

De los 7 casos de Pseudoquistes Pancreáticos, tenemos que 4 eran del Sexo Masculino y 3 eran del Sexo Femenino y sus edades variaban entre los 28- 54 años, dentro de los hombres la patología empezó a mayor edad (38 años) a comparación de las mujeres (28 años) (Grafico 7)

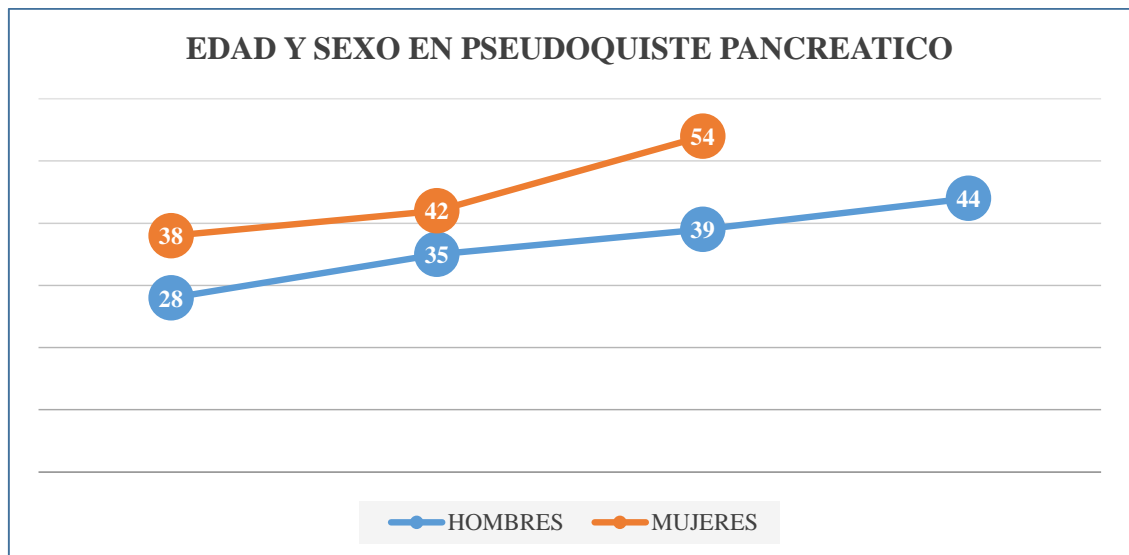


Grafico 7 Fuente: Historia Clínica HUG-MSP

El número de casos de Pseudoquistes Pancreáticos que se presentaron según los años estudiados vendría a representarse: (Grafico 8)

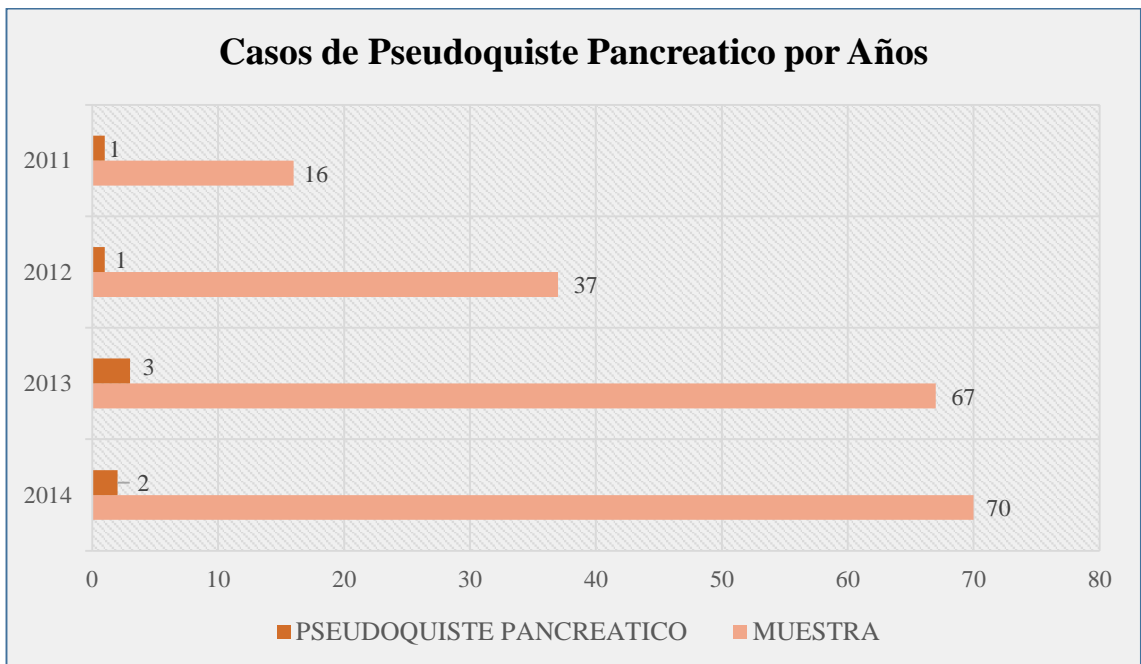


Grafico 8 Fuente: Historia Clínica HUG-MSP

Sabemos que el Pseudoquiste Pancreático se forma como complicación de una inflamación importante del Páncreas así como también de traumatismos, según nuestra investigación podemos observar que estos casos encontrados se presentaron mayormente como una complicación de Pancreatitis Aguda

Se puede decir entonces que la Incidencia del Pseudoquiste Pancreático vendría a representar:

$$I: = \frac{\# \text{ Casos Nuevos}}{\# \text{ Casos Susceptibles}} \times 100$$

# Casos Nuevos: 7

# Casos Susceptibles: 190

Incidencia 3%

El Pseudoquiste Pancreático tiene una Incidencia del 3% dentro de los casos de la muestra estudiada en el HUG-MSP. (Grafico 9)

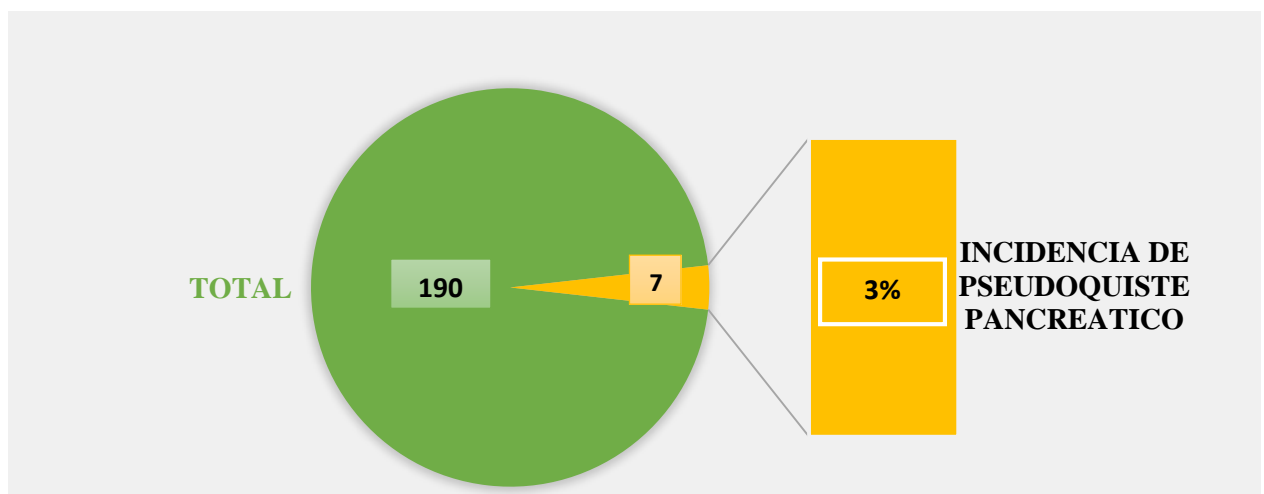


Grafico 9 Fuente: Historia Clínica HUG-MSP



También podemos representar la Incidencia del Pseudoquiste Pancreático según los años en los que se presentó cada caso (Grafico 10)

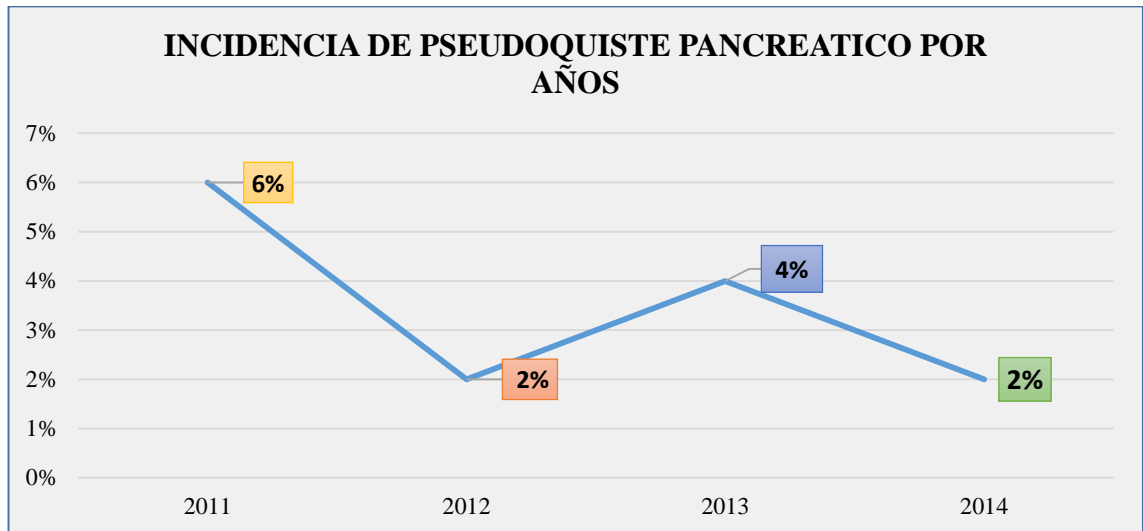


Grafico 10 Fuente: Historia Clínica HUG-MSP

De los 7 casos de Pseudoquiste Pancreático encontrados se presentó complicación en 3 de ellos, las complicaciones fueron en 2 de los casos sangrado de mucosa gástrica por presencia de fistula, el otro paciente presento una ruptura del Pseudoquiste Pancreático que produjo una Peritonitis que lo llevo a la muerte. (Grafico 11)

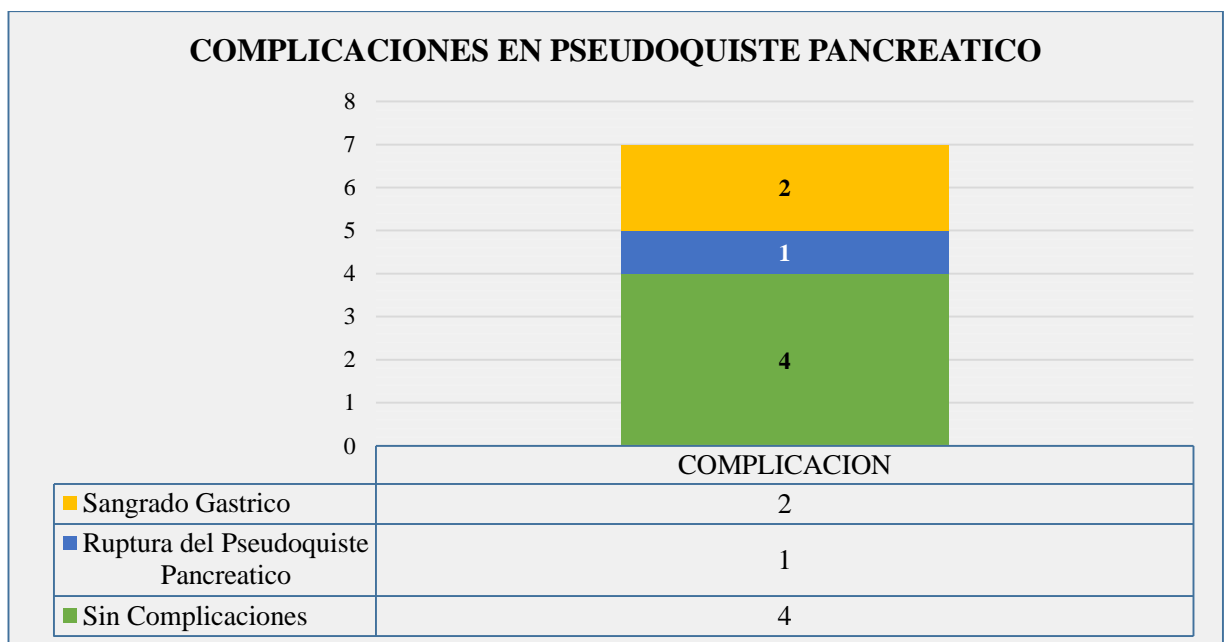


Grafico 11 Fuente: Historia Clínica HUG-MSP

Como se mencionó anteriormente, una de las complicaciones fue Ruptura del Pseudoquiste Pancreático que produjo Peritonitis y con ello la muerte del Paciente, por lo tanto se presentó una muerte de los 7 pacientes estudiados, equivalente a un índice de mortalidad del 14% (Grafico 12)

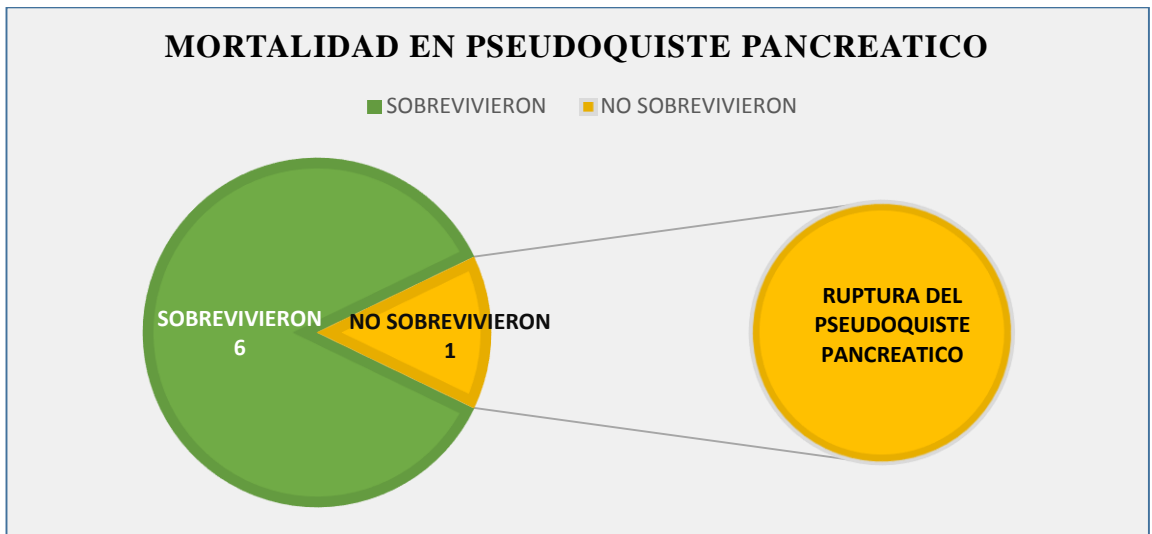


Grafico 12 Fuente: Historia Clínica HUG-MSP

## **CAPÍTULO V**

### **CONCLUSIONES**

Analizando los datos estadísticos proporcionados por el HUG-MSP podemos concluir:

- En este proyecto se logró cumplir con los objetivos planteados.
- Se logró determinar la Incidencia del Pseudoquiste Pancreático, la cual fue el 3% de los casos estudiados en HUG-MSP, siendo porcentajes dentro del rango según la literatura que indicaba que iba entre 1-15% (21)
- Se presentó en un porcentaje mayor para hombres 57% que de mujeres 43% entre las edades que iban desde 28 a 54 años, según datos internacionales la relación es mayor para los hombres entre la cuarta y quinta década. (7)
- La presencia de casos de Pseudoquiste Pancreático como complicación de Inflamación Pancreática mantiene porcentajes esperados tanto a nivel nacional como internacional, es decir porcentajes bajos de presentación (3% de Incidencia) a pesar de ser la complicación más frecuente según indica la literatura (23)
- Se corrobora que la Pancreatitis Aguda era la patología que mayormente produjo como complicación Pseudoquiste Pancreático en lo que respecta a HUG-MSP al igual que datos internacionales (23), a pesar de que en el estudio no se encontró que otras patologías la produjeran, no se debe descartar la posibilidad de que se hayan presentado.
- Se cumplió con otro objetivo al demostrar que existieron complicaciones en el grupo de estudio, según la literatura estudiada las complicaciones aparecen en un rango entre 2 a 6 semanas después de haber sido diagnosticado Pseudoquiste Pancreático (28), situación que ocurrió en nuestro estudio en donde los pacientes entre la segunda y cuarta semana de haber sido diagnosticados con Pseudoquiste Pancreático presentaron algún tipo de complicación.
- Otro de los objetivos cumplidos respecto a las complicaciones, es que se presentaron en un 42% siendo un rango mayor a comparación de rangos internacionales donde solo se considera un 21% de complicaciones entre este periodo. (28)

- Se determinó que la complicación más frecuente presentada fue el Sangrado Gástrico en un 28% y luego la Ruptura del Pseudoquiste en un 14% de los casos.
- Hubo una muerte representado el 14% de mortalidad, índices elevados para esta patología según las investigaciones que indican mortalidad del 2-7% (22)
- Podemos analizar en lo que respecta al HUG-MSP los resultados son semejantes en varios áreas, como lo es la Incidencia, según estándares internacionales como nacionales; al contrario en lo que respecta a las Complicaciones y Mortalidad, se encuentra resultados elevados que no se relacionan con la literatura.
- Se afirma la primera Hipótesis, al decir que la Incidencia de Pseudoquiste Pancreático en HUG-MSP es semejante a los datos internacionales.
- Se afirma la segunda Hipótesis también, debido a que la mortalidad se relaciona directamente con la complejidad de la misma, como se observó en el grupo de estudio donde la muerte ocurrida fue por una ruptura del Pseudoquiste la cual tiene un alto índice de mortalidad.

## **CAPÍTULO VI**

### **RECOMENDACIONES**

Como indican los resultados, se encontró casos de Pseudoquistes Pancreáticos diagnosticados correctamente por medios imagenológicos bajo sospecha clínica y de laboratorio. Su manejo fue el adecuado pero la mortalidad encontrada fue elevada.

La mortalidad que se presentó en el caso estudiado fue por una de las complicaciones más comunes a presentarse la Ruptura del Pseudoquiste, basándonos en esto, se podría recomendar que exista un diagnóstico más ágil para evitar la mortalidad de estos pacientes.

El HUG-MSP cuenta con el área de Imagenología, específicamente Ecografía, que en estos casos es el más recomendado para una mejor valoración, esta área no funciona los fines de semana, por lo cual se recomendaría a las autoridades pertinentes una revaloración para la habilitación de esta área considerando todos los aspectos necesarios para lograrlo.

Como conocemos el Pseudoquiste Pancreático se forma semanas después de una inflamación pancreática de gran importancia, en donde una vez estabilizado el paciente se decide dar el alta médica con indicaciones y cuidados pertinentes más Interconsulta con el profesional pertinente según el protocolo de HUG-MSP. Se recomendaría al personal médico un poco más de énfasis al momento de dar las recomendaciones del alta sobre los cuidados que debe tener el paciente, así mismo hacer conciencia al paciente y su familiar de que el alta no significa curación total, que hay posibilidades de complicaciones según el cuidado que lleve en su hogar, y en caso de que exista síntomas o signos sospechosos no dudar en buscar ayuda profesional, porque se podría prevenir complicaciones complejas que lleven a la muerte. Es un trabajo de equipo, médico-paciente.

La patología en sí consta con su propio CIE 10 que lo se encuentra como Quiste Falso de Páncreas K86.3 a pesar de este dato, se tuvo que analizar cada historia clínica con ingresos y egresos con diagnósticos antes mencionados en este trabajo, debido que al pedir al

departamento de Estadística datos sobre este CIE10 no se encontró tal información, por lo tanto el estudio estadístico se tuvo que basar en la revisión completa de las historias clínicas en base a los CIE10 entregados, para realizar la meta. El conocimiento de los diagnósticos basados en el CIE10 es de gran importancia para este tipo de investigación estadística para lograr resultados de confianza, si solo nos hubiéramos basado en los datos proporcionados inicialmente por el departamento de Estadística se hubieran obtenido resultados errados porque no se logró encontrar ningún caso de Pseudoquiste Pancreático bajo su propio CIE10, por lo tanto es de gran importancia la implementación en conocimiento del diagnóstico bajo la guía del CIE10 para documentar historias clínicas con los correctos diagnósticos y para investigaciones posteriores no exista este inconveniente. Para eso se recomienda entregar guías al personal médico del Hospital con los principales CIE10 dependiendo de las áreas y de las salas para un mejor conocimiento.

## BIBLIOGRAFIA

- (1) Cooperman A. Surgical treatment of pancreatic pseudocysts. *Surg Clin North Am* 2001; 81 (2): 411-419.
- (2) Baron TH, Morgan DE. The diagnosis and management of fluid collections associated with pancreatitis. *Am J Med* 1997; 102: 555-63.
- (3) Valverde J. Pseudoquiste pancreático. *Gastroenterología integrada* 2001; 1: 341-50.
- (4) Ain-Bin Z, Shu-sen Z. Treatment of pancreatic pseudocysts in line with D'Egidios's classification. *World J. Gastroenterol* 2005; 11: 729-732.
- (5) Chowbey PK et al. Laparoscopic intragastric stapled cystogastrostomy for pancreatic pseudocyst. *J. Laparoendoscopic Advan Surg Tech* 2001; 11 (4): 201-205.
- (6) Farreras Rozman 13 Edicion. *Medicina Interna*. Pág. 199
- (7) Manejo endoscópico de los pseudoquistes Pancreáticos. SCIELO. Martín Alonso Gómez Zuleta, MD. 2013. Pág. 183,187, 188
- (8) Douglas A Howell, Raj J Shah, Christopher Lawrence. Diagnosis and management of pseudocysts of the pancreas, *Uptodate*, junio 2011.
- (9) Todd H. Baron. Treatment of Pancreatic Pseudocysts, Pancreatic Necrosis, and
- (10) Pancreatic Duct Leaks. *Gastrointest Endoscopy Clin N Am* 2007; 17: 559-579. Steven D Freedman. Complications of chronic pancreatitis, *Uptodate*, Nov 2008
- (11) Cheruvu CV, Clarke MG, Prentice M, Eyre-Brook IA. Conservative treatment as an option in the management of pancreatic pseudocyst. *Ann R Coll Surg Engl* 2003; 85: 313.

- (12) Ignacio Esquivel Ledesma. Drenaje abierto de Pseudoquiste pancreático. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas* 2011; 16(4): 256-259.
- (13) Douglas A Howell, Raj J Shah. Endoscopic management of pseudocysts of the pancreas: Efficiency and complications, *Uptodate* Oct 2010.
- (14) William H. Nealon, Eric Walser. Main Pancreatic Ductal Anatomy Can Direct Choice of Modality for Treating Pancreatic Pseudocysts (Surgery Versus Percutaneous Drainage). *Annals of surgery* 2008; 235: 751-758.
- (15) Güitrón-Cantú A, Adalid-Martínez R, Gutiérrez-Bermúdez J. Drenaje de pseudoquistes pancreáticos por vía transpapilar o transmural, *Rev Gastroenterol Mex* 2005; 5: 38-45.
- (16) Aghadassi A, Mayerle J, Kraft M, Sielenkämper A. Pancreatic pseudocysts-when and how to treat? *HPB (Oxford)* 2006; 8: 432-441.
- (17) Cahen D, Rauws E, Fockens P, et al. Endoscopic drainage of pancreatic pseudocysts: long-term outcome and procedural factors associated with safe and successful treatment. *Endoscopy* 2005; 37: 977-983.
- (18) Park DH, Lee SS, Moon SH, et al. Endoscopic ultrasoundguided versus conventional transmural drainage for pancreatic pseudocysts: a prospective randomized trial. *Endoscopy* 2009; 41: 842-848.
- (19) Hookey LC, Debroux S, Delhaye M, et al. Endoscopic drainage of pancreatic-fluid collections in 116 patients: a comparison of etiologies, drainage techniques, and outcomes. *Gastrointest Endosc* 2006; 63: 635-643.
- (20) Howell DA. Diagnosis and management of pseudocysts of pancreas. *UpToDate*, version 16.3: october 1, 2008



- (21) Scielo, Pseudoquiste pancreático gigante, Javier Pereda Rodríguez, Javier González Llórente 2011
- (22) Morgan DE, Stanley RJ. Páncreas. En: Lee JK, Sagel SS, Stanley RJ, Heiken JP, eds. Body TC con correlación RM. Madrid: Marbán; 2007: 1007-100.
- (23) Pseudoquiste Pancreático, Rev. Pesquia, Quito, 2005
- (24) Rev. Med. De Chile, 2011 Infeccion de Pseudoquiste Pancreático
- (25) Pseudoquiste Pancreático Gigante, Javier Pereda Rodríguez, Javier González Llórente, 2011, Espana
- (26) D'Egidio A, Schein M. Pancreatic pseudocyst: A proposed classification and its management implications. Br J Surg 1992; 78: 981-984.
- (27) REVISTA MEDICA DE COSTA RICA Y CENTROAMERICA LXX (605) 8793, 2013, Luis E. Fallas Durón
- (28) Warshaww AL, Fernández CC, Rattner DW. Pancreatic cysts, pseudocyst and fistulas. In: Maingot. Abdominal operations. USA: Simon and Schuster, 1997; 1917-1940.
- (29) Kimura W, Makuuchi M. Operative indications for cystic lesions of the pancreas with malignant potential our experience. Hepatogastroenterology. 1999; 46(25):483-491.
- (30) Beckingham IJ, Krige JE, Bornman PC, Terblanche J. Long term outcome of endoscopic drainage of pancreatic pseudocysts. Am J Gastroenterol 1990; 94: 71-74.
- (31) Pseudoquiste pancreático agudo, tratamiento laparoscópico. Presentación de un caso clínico. Hospital Alcívar. Pág. 3  
<http://hospitalalcivar.com/uploads/pdf/C%20Pseudoquiste%20pancreatico%20agudo%20tratamiento20vol2.pdf>

## ANEXOS

### ANEXO #1

Plantilla utilizada para recolectar datos de pacientes a los que se les descubrió

Pseudoquiste Pancreático confirmado con un medio de diagnóstico imagenológico

<b>FACTORES</b>	
<b>Edad</b>	
<b>Sexo</b>	
<b>Ocupación</b>	
<b>Complicaciones que se presentaron</b>	
<b>Mortalidad</b>	
<b>Causas de la mortalidad</b>	

## ANEXO # 2

Se adjunta las historias clínicas facilitadas por el departamento de Estadística para realizar la investigación basadas en los diagnósticos según CIE 10.

HCU	PCTE	Fech Ingr	Fech Egre	Cie Egre	Cie Ingr	Cie Egre2
165760	M	08/01/2011	08/01/2011	S30.8		
177041	F	15/01/2011	21/01/2011	S30.8		
182821	M	07/03/2011	09/03/2011	S30.8		
118072	M	07/04/2011	12/04/2011	S30.1		
166353	F	09/08/2011	15/08/2011	S30.0		
47899	F	16/08/2011	19/08/2011	K85.X		
49836	F	16/08/2011	25/08/2011	K85.X		K80.8
198157	F	18/08/2011	25/08/2011	K85.X		K21.0
86796	M	19/08/2011	24/08/2011	K85.X		
132316	F	21/08/2011	26/08/2011	K85.X		D69.6
16001	F	22/08/2011	25/08/2011	K85.X		
201597	M	25/08/2011	29/08/2011	K85.X		
202589	F	04/09/2011	06/09/2011	K85.X		N39.0
115654	M	19/09/2011	19/09/2011	K85.X		
170055	F	02/11/2011	10/11/2011	K85.X		K80.X
124471	F	08/11/2011	15/11/2011	K85.X		
139299	F	09/11/2011	15/11/2011	K85.X		
209240	M	11/11/2011	24/11/2011	R10.4		K85.X
209281	F	12/11/2011	17/11/2011	K85.X		
3536	F	14/11/2011	17/11/2011	K85.X		
209668	M	16/11/2011	19/11/2011	K85.X		
83501	F	16/11/2011	23/11/2011	K85.X		
210375	F	22/11/2011	28/11/2011	K85.X		
210626	M	24/11/2011	08/12/2011	K85.X		
212158	F	07/12/2011	11/12/2011	K85.X		
212291	M	09/12/2011	09/12/2011	K85.X		
87946	M	18/12/2011	19/12/2011	K85.X		
213530	F	19/12/2011	22/12/2011	K85.X		
198177	F	26/12/2011	30/12/2011	K85.X		K52.9
214205	M	26/12/2011	31/12/2011	K85.X		
214315	F	27/12/2011	30/12/2011	K85.X		
214789	F	01/01/2012	04/01/2012	K85.X		
214940	M	03/01/2012	07/01/2012	K85.X		
219023	F	04/02/2012	07/02/2012	K85.X		

219416	F	07/02/2012	14/02/2012	K85.X		
219458	M	08/02/2012	17/02/2012	K85.X		
240	F	10/02/2012	17/02/2012	K85.X		
220056	M	12/02/2012	18/02/2012	K85.X		N17.X
220213	F	13/02/2012	18/02/2012	K85.X		
220395	F	15/02/2012	18/02/2012	K85.X		
221141	F	20/02/2012	23/02/2012	K85.X		
221174	M	26/02/2012	07/03/2012	K85.X		N13.X
222325	M	28/02/2012	05/03/2012	K85.X		
222262	F	28/02/2012	07/03/2012	K85.X		
222469	F	15/03/2012	17/03/2012	K85.X		
225386	M	19/03/2012	31/03/2012	K85.X		
226706	M	27/03/2012	29/03/2012	K85.X		
141223	M	04/04/2012	07/04/2012	K85.X		
216683	F	04/04/2012	09/04/2012	K85.X		
14690	F	16/04/2012	28/04/2012	K85.X		Z32.1
229877	F	20/04/2012	30/04/2012	E87.0		K85.X
124609	F	21/04/2012	24/04/2012	K85.X	R10.4	
229703	M	21/04/2012	23/04/2012	K85.X	R10.4	
36485	F	23/04/2012	28/04/2012	K85.X		
231534	F	03/05/2012	07/05/2012	K85.X		K80.2
231629	M	03/05/2012	17/05/2012	S72.X	T06.8	S30.8
106709	F	05/05/2012	15/05/2012	K85.X		
119448	F	14/05/2012	31/05/2012	K85.X		
233903	M	19/05/2012	23/05/2012	K85.X		
185268	F	22/05/2012	29/05/2012	K85.X		
234306	F	22/05/2012	31/05/2012	K85.X		
234449	F	23/05/2012	28/05/2012	K85.X		
234738	F	26/05/2012	12/06/2012	A09.X		K85.X
234883	M	27/05/2012	11/06/2012	K85.X	R10.X	
235419	F	31/05/2012	06/06/2012	E13.8		K85.X
229200	M	09/06/2012	11/06/2012	S32.0	S30.9	
237146	F	12/06/2012	18/06/2012	K85.X		
237155	F	12/06/2012	18/06/2012	K85.X		
238021	M	16/06/2012	20/06/2012	T06.8	S30.X	
238002	F	18/06/2012	03/07/2012	K85.X		
238621	M	21/06/2012	24/06/2012	S30.8	T06.8	
239692	F	25/06/2012	13/07/2012	K85.X	R07.2	J84.1
238682	F	27/06/2012	29/06/2012	K85.X		E13.X
240670	F	09/07/2012	12/07/2012	K85.X		K81.0

240882	F	11/07/2012	21/07/2012	K85.X	R10.X	
71072	F	17/07/2012	23/07/2012	K85.X	R10.4	
241732	M	18/07/2012	20/07/2012	S30.9	T06.8	
173885	M	22/07/2012	13/09/2012	K85.X	R10.X	
242703	F	26/07/2012	02/08/2012	K85.X	R10.X	
110516	F	27/07/2012	02/08/2012	K85.X		
243498	M	02/08/2012	03/08/2012	K85.X		
244277	M	08/08/2012	13/08/2012	K85.X		
244708	F	12/08/2012	20/08/2012	K85.X		
212267	F	14/08/2012	22/08/2012	K80.X	R10.1	K85.X
107848	F	15/08/2012	20/08/2012	K85.X		
245060	F	15/08/2012	18/08/2012	K85.X		K80.2
245492	M	19/08/2012	28/08/2012	K85.X	R10.0	K27.X
246579	F	27/08/2012	01/09/2012	K85.X		
235535	F	01/09/2012	07/09/2012	K85.X		
247303	F	02/09/2012	06/09/2012	K85.X	R10.1	K80.X
247360	F	03/09/2012	08/09/2012	K85.X	R10.X	
248819	F	13/09/2012	18/09/2012	S30.7	T06.8	S36
249440	F	18/09/2012	18/09/2012	K85.X	R10.X	
249475	F	18/09/2012	21/09/2012	S30.7	S73.0	
251094	M	30/09/2012	05/10/2012	K85.X		
251321	F	02/10/2012	07/10/2012	K85.X		K86.3
251321	F	02/10/2012	07/10/2012	K85.X		K86.3
6387	F	06/10/2012	08/10/2012	K56.4	K85.X	K66.8
245010	F	15/10/2012	20/10/2012	K85.X	R10.X	
75016	F	16/10/2012	19/10/2012	K85.X	R10.X	
121700	F	22/10/2012	26/10/2012	K85.X	R10.1	
253770	F	22/10/2012	25/10/2012	K85.X	R10.X	
254269	M	26/10/2012	29/10/2012	S30.0	T06.8	
254536	M	29/10/2012	06/11/2012	K85.X	R10.X	K80.X
255396	F	06/11/2012	08/11/2012	K85.X		
255258	M	06/11/2012	13/11/2012	K85.X	A09.X	R10.0
7011	F	10/11/2012	15/11/2012	K85.X		
256423	F	14/11/2012	17/11/2012	S42.1	T06.8	S30.8
257094	M	19/11/2012	22/11/2012	K76.0	R10.X	K85.X
15565	M	21/11/2012	27/11/2012	K85.X	R10.1	K80.2
258968	M	03/12/2012	09/12/2012	K85.X	R10.1	
260380	M	16/12/2012	19/12/2012	K85.X	R10.X	N17.X
239507	F	18/12/2012	28/12/2012	K85.X	R10.X	
261326	F	25/12/2012	30/12/2012	K85.X	R10.X	

134787	F	27/12/2012	30/12/2012	K85.X	K81.0	
236847	M	03/01/2013	15/01/2013	K86.3	K85.X	K80.2
236847	M	03/01/2013	15/01/2013	K86.3	K85.X	K80.2
262450	M	03/01/2013	05/01/2013	S30.8	T06.8	
262730	F	06/01/2013	09/01/2013	K85.X	K80.2	
195234	F	16/01/2013	22/01/2013	K85.X		
258058	M	21/01/2013	23/01/2013	K85.X	R10.X	
264611	F	22/01/2013	26/01/2013	K80.X	R10.X	K85.X
123921	F	22/01/2013	24/01/2013	K85.X	R10.X	N39.0
265113	M	26/01/2013	12/02/2013	K85.X	R10.X	K80.4
265455	M	30/01/2013	04/02/2013	K85.X		
265281	M	01/02/2013	06/02/2013	K85.X	R10.X	Q44.4
248250	M	03/02/2013	05/02/2013	I86.1	S30.2	E11.X
266023	M	03/02/2013	05/02/2013	S30.8	T00.X	S29.8
171926	M	08/02/2013	27/02/2013	K80.4	K80.X	K85.X
266679	F	08/02/2013	09/02/2013	K85.X	R10.X	
266801	F	10/02/2013	14/02/2013	K85.X	R10.X	
151202	M	17/02/2013	19/02/2013	S30.0	T06.8	
35951	F	19/02/2013	22/02/2013	K85.X	R10.X	
268833	M	27/02/2013	02/03/2013	S30.0	T07.X	S70.1
270137	F	10/03/2013	12/03/2013	K85.X	K85.X	
270866	M	16/03/2013	20/03/2013	K85.X	K85.X	
59370	M	16/03/2013	20/03/2013	S30.0	T06.8	
119193	F	26/03/2013	29/03/2013	K85.X	K85.X	
272771	F	29/03/2013	02/04/2013	K85.X	A09.X	
274200	M	07/04/2013	23/04/2013	K85.X	R10.1	
266218	F	15/04/2013	17/04/2013	S30.7	R10.3	R42.X
276275	M	20/04/2013	26/04/2013	S30.0	S30.0	
276362	M	21/04/2013	22/04/2013	S30.2	R10.2	S36
276509	M	22/04/2013	01/06/2013	S30.8	T07.X	
276794	M	24/04/2013	27/04/2013	K85.X	R10.X	E11.X
278414	F	06/05/2013	11/05/2013	K85.X	R10.1	K80.X
278660	M	09/05/2013	13/05/2013	K85.X	R10.X	
279467	F	15/05/2013	23/05/2013	K85.X	R10.X	K81.0
278414	F	17/05/2013	18/05/2013	K85.X	R10.X	
52888	M	21/05/2013	06/06/2013	K85.X	R11.X	I95.9
129604	F	21/05/2013	27/05/2013	K85.X	A09.X	
280929	M	26/05/2013	03/06/2013	K85.X	R18.X	
43027	F	28/05/2013	30/05/2013	K85.X	R10.1	
281659	F	29/05/2013	08/06/2013	K85.X	R10.X	

282564	M	02/06/2013	08/06/2013	K85.X	A09.X	
283228	F	05/06/2013	10/06/2013	K85.X	R10.X	
283217	M	05/06/2013	10/06/2013	K85.X	R10.X	
283266	F	06/06/2013	11/06/2013	K85.X	R10.1	
283805	F	09/06/2013	14/06/2013	K81.X	K85.X	
284768	F	14/06/2013	19/06/2013	K85.X	R10.1	K80.2
180763	M	17/06/2013	22/06/2013	K85.X	R10.X	
291143	F	17/06/2013	22/07/2013	S30.1	S30.1	
285853	F	19/06/2013	30/06/2013	A41.9	K80.0	K85.X
286087	F	20/06/2013	26/06/2013	K85.X	R10.X	
118680	F	21/06/2013	26/06/2013	K85.X	K85.X	
286300	F	21/06/2013	29/06/2013	K85.X	R10.X	
286448	F	22/06/2013	29/06/2013	K85.X	R10.X	
233198	F	27/06/2013	29/06/2013	K85.X	K85.X	
288372	F	04/07/2013	08/07/2013	K85.X	R10.X	
288722	F	06/07/2013	15/07/2013	K85.X	R10.X	
289148	F	08/07/2013	15/07/2013	K85.X	R10.X	
101693	F	09/07/2013	18/07/2013	K80.0	R10.X	K85.X
289372	F	09/07/2013	15/07/2013	K85.X	R10.X	
173937	M	11/07/2013	23/07/2013	K85.X	K85.X	
290081	M	11/07/2013	05/08/2013	K85.X	R10.X	
123742	M	15/07/2013	19/07/2013	K85.X	R10.X	
291640	M	19/07/2013	31/07/2013	K80.4	K85.X	
291643	M	19/07/2013	21/07/2013	K85.X	K85.X	
294623	F	01/08/2013	05/08/2013	K85.X	K85.X	
294838	F	04/08/2013	07/08/2013	K85.X	R10.X	
296161	F	07/08/2013	27/08/2013	K85.X	A09.X	
298358	F	15/08/2013	20/08/2013	K85.X	R10.X	
145518	M	19/08/2013	23/08/2013	K85.X	K85.X	
299409	M	19/08/2013	23/08/2013	K85.X	K85.X	
110875	F	20/08/2013	22/08/2013	K85.X	A09.X	
298880	F	21/08/2013	29/08/2013	K85.X	R10.X	
300707	M	24/08/2013	29/08/2013	K85.X	R10.X	
300729	M	24/08/2013	30/08/2013	K85.X	N21.X	
301216	F	28/08/2013	13/09/2013	K85.X	I67.9	
301798	F	28/08/2013	31/08/2013	K85.X	R56.X	
301136	F	04/09/2013	14/09/2013	S30.2	S30.2	
301136	F	04/09/2013	14/09/2013	S30.2	S30.2	
300983	M	05/09/2013	09/09/2013	E14.X	E14.X	K85.X
303995	M	06/09/2013	14/09/2013	K85.X	K85.X	

302550	M	07/09/2013	24/09/2013	K85.X	R10.X	
304550	M	10/09/2013	11/09/2013	K85.X	K85.X	
305512	M	13/09/2013	25/09/2013	K85.X	K80.X	
305617	M	14/09/2013	20/09/2013	K85.X	K85.X	
308312	F	30/09/2013	15/10/2013	K85.X	K85.X	
308820	F	02/10/2013	18/10/2013	K85.X	K85.X	
309650	M	06/10/2013	15/10/2013	K85.X	R73.9	
279711	F	07/10/2013	09/10/2013	S30.X	R11.X	
310382	F	09/10/2013	14/10/2013	K85.X	K85.X	
298880	F	11/10/2013	23/10/2013	K85.X	K85.X	
310968	F	12/10/2013	19/10/2013	K85.X	R10.X	
292167	F	15/10/2013	27/10/2013	K85.X	R10.X	
311778	M	15/10/2013	22/10/2013	S30.1	S30.1	
311318	F	17/10/2013	26/10/2013	K85.X	R10.X	
312386	F	19/10/2013	31/10/2013	K85.X	K85.X	
283266	F	24/10/2013	30/10/2013	K85.X	K85.X	
313446	F	24/10/2013	28/10/2013	K85.X	R10.X	
306558	F	26/10/2013	29/10/2013	K85.X	K85.X	
295534	M	26/10/2013	31/10/2013	K85.X	K85.X	
315720	F	05/11/2013	11/11/2013	K85.X	R10.1	
233198	F	08/11/2013	12/11/2013	K85.X	K85.X	
91782	F	10/11/2013	13/11/2013	K85.X	R10.X	
316511	M	11/11/2013	18/11/2013	S20.X	S30.9	
317324	F	13/11/2013	26/11/2013	K85.X	K85.X	
319102	F	22/11/2013	04/12/2013	K85.X	K85.X	
319789	M	26/11/2013	01/12/2013	K85.X	R10.1	
320889	F	02/12/2013	09/12/2013	K85.X	R10.X	
321114	M	03/12/2013	11/12/2013	K85.X	K85.X	
321703	F	06/12/2013	26/12/2013	I46.X	K85.X	
321820	M	07/12/2013	16/12/2013	K86.1	T00.X	
312713	F	11/12/2013	17/12/2013	K85.X	R10.X	
322793	F	12/12/2013	26/12/2013	K85.X	R10.X	
323037	M	13/12/2013	23/12/2013	K85.X	R10.X	
303976	F	18/12/2013	07/01/2014	K85.X	A09.X	
324534	F	20/12/2013	27/12/2013	K85.X	R10.X	
325302	F	26/12/2013	03/01/2014	K85.X	R10.X	
283266	F	03/01/2014	09/01/2014	K85.X	R10.X	
158021	F	07/01/2014	11/01/2014	K85.X	K80.1	
288722	F	15/01/2014	21/01/2014	K85.X	R10.X	
330164	F	16/01/2014	21/01/2014	K85.X	K85.X	



213390	M	17/01/2014	21/02/2014	K85.X	R10.X	K81.0
324956	F	26/01/2014	03/02/2014	K85.X	K83.X	
332485	M	26/01/2014	31/01/2014	R10.X	K85.X	
46492	F	28/01/2014	03/02/2014	K85.X	R10.1	
327863	F	29/01/2014	03/02/2014	K85.X	K85.X	
334051	F	31/01/2014	05/02/2014	K85.X	R10.X	
334169	M	31/01/2014	10/02/2014	K85.X	R10.X	
295256	M	02/02/2014	11/02/2014	K85.X	K85.X	
335798	F	07/02/2014	20/02/2014	K85.X	K85.X	
330165	F	11/02/2014	18/02/2014	K85.X	K85.X	
338100	M	17/02/2014	07/03/2014	K85.X	K85.X	R73.9
339666	M	24/02/2014	07/03/2014	K85.X	K85.X	R10.X
340633	F	28/02/2014	13/03/2014	K85.X	K85.X	
340822	F	28/02/2014	13/03/2014	K85.X	K85.X	R10.X
341140	F	03/03/2014	12/03/2014	K85.X	K85.X	R10.X
341468	M	04/03/2014	13/03/2014	K85.X	K85.X	R10.X
342015	F	06/03/2014	19/03/2014	K85.X	K85.X	
317324	F	07/03/2014	14/03/2014	K85.X	K85.X	
342630	F	10/03/2014	24/03/2014	K85.X	K85.X	
341625	F	12/03/2014	19/03/2014	K85.X	K85.X	
343372	F	12/03/2014	18/03/2014	K85.X	K85.X	R10.X
283217	M	18/03/2014	27/03/2014	K85.X	K85.X	R10.X
345881	F	21/03/2014	01/04/2014	K80.X	K80.X	K85.X
346007	M	22/03/2014	01/04/2014	K85.X	K85.X	R10.X
278824	F	24/03/2014	31/03/2014	K85.X	K85.X	
340822	F	25/03/2014	28/03/2014	K85.X	K85.X	R10.X
346506	M	25/03/2014	12/04/2014	K85.X	R11.X	
330853	M	26/03/2014	29/03/2014	K85.X	K85.X	
340633	F	26/03/2014	15/04/2014	K85.X	K85.X	
347576	F	29/03/2014	08/04/2014	K85.X	K85.X	R10.X
347559	F	29/03/2014	01/04/2014	K85.X	K85.X	R10.X
348488	F	02/04/2014	11/04/2014	K85.X	K81.X	
162617	M	04/04/2014	08/04/2014	K85.X	K85.X	
332970	F	05/04/2014	09/04/2014	K85.X	K85.X	
349870	F	07/04/2014	14/04/2014	K85.X	R10.X	
331461	F	13/04/2014	17/04/2014	K85.X	R10.X	
351583	F	14/04/2014	23/04/2014	K85.X	K85.X	
333813	M	22/04/2014	28/04/2014	K85.X	K85.X	
309650	M	24/04/2014	05/05/2014	K85.X	K85.X	
278406	M	25/04/2014	06/05/2014	K85.X	K85.X	R10.X

354282	M	26/04/2014	09/05/2014	K85.X	R10.X	
354497	F	27/04/2014	01/05/2014	K85.X	K85.X	R10.X
354779	F	28/04/2014	12/05/2014	K85.X	K85.X	
295113	F	02/05/2014	07/05/2014	K85.X	K85.X	
355856	M	04/05/2014	12/05/2014	K85.X	R10.X	
357164	M	08/05/2014	13/05/2014	K85.X	K85.X	
357473	M	09/05/2014	17/05/2014	K85.X	K85.X	
306401	F	13/05/2014	23/05/2014	K85.X	K85.X	
121807	M	22/05/2014	03/06/2014	K85.X	K85.X	
361367	F	25/05/2014	30/05/2014	K85.X	K85.X	
361436	F	25/05/2014	02/06/2014	K85.X	K85.X	R10.X
362800	F	30/05/2014	03/06/2014	K85.X	K85.X	
309650	M	31/05/2014	10/06/2014	K85.X	K85.X	
354070	F	31/05/2014	11/06/2014	K85.X	R10.X	
307453	F	03/06/2014	12/06/2014	K86.1	K86.1	R10.X
363146	M	04/06/2014	17/06/2014	K85.X	K85.X	
364832	F	07/06/2014	25/06/2014	K85.X	K85.X	
364527	F	11/06/2014	18/06/2014	K85.X	K85.X	R10.X
229703	M	13/06/2014	16/06/2014	K85.X	K85.X	R10.X
360599	F	13/06/2014	19/06/2014	K85.X	K85.X	
334051	F	14/06/2014	25/06/2014	K85.X	K85.X	R10.1
366470	F	14/06/2014	01/07/2014	K85.X	K85.X	
106130	F	18/06/2014	01/07/2014	K85.X	K85.X	
367998	M	18/06/2014	24/06/2014	S00.X	S00.X	S30.X
367642	F	19/06/2014	08/07/2014	K85.X	K85.X	
368547	F	20/06/2014	05/09/2014	K85.X	K85.X	
368859	M	22/06/2014	24/06/2014	K85.X	K85.X	
370148	M	26/06/2014	08/07/2014	K85.X	K85.X	
158169	M	01/07/2014	08/07/2014	K85.X	K85.X	
373974	M	11/07/2014	25/07/2014	K85.X	K85.X	
309650	M	14/07/2014	23/07/2014	K85.X	K85.X	
376954	F	22/07/2014	01/08/2014	K85.X	K85.X	
373553	F	23/07/2014	07/08/2014	K85.X	K85.X	K80.X
355143	M	24/07/2014	08/08/2014	K85.X	K85.X	
378456	F	28/07/2014	31/07/2014	K85.X	K85.X	
379197	F	31/07/2014	13/08/2014	K85.X	K85.X	
367180	M	04/08/2014	14/08/2014	K85.X	K85.X	
276794	M	06/08/2014	09/08/2014	K85.X	K85.X	
381160	M	07/08/2014	13/08/2014	K85.X	K85.X	
158169	F	09/08/2014	13/08/2014	K85.X	K85.X	

382347	M	12/08/2014	23/09/2014	K85.X	R10.X	
32079	F	15/08/2014	21/08/2014	K85.X	K85.X	
378866	F	19/08/2014	21/08/2014	K85.X	K85.X	R10.X
384251	F	20/08/2014	24/08/2014	K85.X	K85.X	R10.X
384264	F	20/08/2014	25/08/2014	K85.X	K85.X	
276174	M	22/08/2014	24/08/2014	K85.X	K85.X	
385072	F	25/08/2014	02/09/2014	K85.X	K85.X	
385902	F	26/08/2014	29/08/2014	K85.X	K85.X	
386296	F	27/08/2014	09/09/2014	K85.X	K85.X	N18.9
358378	F	28/08/2014	27/09/2014	K85.X	R10.X	
386314	F	28/08/2014	12/09/2014	K85.X	R10.X	
387396	M	01/09/2014	17/09/2014	K85.X	K85.X	
340633	F	02/09/2014	07/09/2014	K80.2	K85.X	R10.X
387421	M	02/09/2014	12/09/2014	K85.X	K85.X	
387659	F	02/09/2014	05/09/2014	K85.X	R10.X	
388538	F	05/09/2014	07/09/2014	K85.X	R10.X	
302476	M	11/09/2014	14/09/2014	K85.X	K85.X	
245492	M	13/09/2014	19/09/2014	K85.X	R10.X	
390661	M	15/09/2014	21/09/2014	K85.X	R10.X	
391741	M	19/09/2014	21/09/2014	S30.X	E86.X	R10.X
298453	M	22/09/2014	07/10/2014	K85.X	K85.X	
36751	F	28/09/2014	02/10/2014	K85.X	K85.X	
393818	M	30/09/2014	03/10/2014	K85.X	K85.X	
393759	M	01/10/2014	08/10/2014	K85.X	K85.X	
394691	F	02/10/2014	07/10/2014	K85.X	K85.X	
34097	M	02/10/2014	23/10/2014	N28.1	K86.1	I10.X
394713	M	03/10/2014	07/10/2014	K85.X	K85.X	
396510	F	09/10/2014	13/10/2014	K85.X	K85.X	
61012	M	12/10/2014	14/10/2014	A48.3	K85.X	
396791	M	12/10/2014	15/10/2014	S30.0	S30.0	
397263	M	14/10/2014	25/10/2014	K85.X	K85.X	
23358	M	17/10/2014	17/10/2014	K85.X	K85.X	
396510	F	17/10/2014	21/10/2014	K85.X	K85.X	
398819	F	20/10/2014	23/10/2014	S30.2	S30.2	
398926	M	21/10/2014	03/11/2014	C25.X	K85.X	
398985	F	21/10/2014	25/10/2014	K85.X	K85.X	
396510	F	23/10/2014	24/10/2014	K85.X	K85.X	
400966	M	29/10/2014	31/10/2014	K85.X	K85.X	
401746	F	07/11/2014	10/11/2014	K85.X	K85.X	
403500	M	10/11/2014	17/11/2014	K85.X	K85.X	

403839	M	11/11/2014	23/11/2014	K85.X	K85.X	
404797	M	14/11/2014	21/11/2014	K85.X	K85.X	
186391	M	16/11/2014	24/11/2014	K85.X	K85.X	
405177	M	16/11/2014	25/11/2014	K85.X	K85.X	
406641	M	21/11/2014	02/12/2014	K85.X	K85.X	
318692	M	22/11/2014	05/12/2014	K85.X	R10.X	
404562	M	23/11/2014	04/12/2014	K80.X	R10.X	K85.X
407165	F	24/11/2014	08/12/2014	K85.X	K85.X	
409005	M	29/11/2014	06/12/2014	K85.X	K85.X	
348488	F	30/11/2014	09/12/2014	K85.X	K85.X	
183834	F	02/12/2014	09/12/2014	K85.X	K85.X	
402788	M	02/12/2014	03/12/2014	K85.X	K85.X	
57548	M	03/12/2014	16/12/2014	K85.X	K85.X	
409602	F	03/12/2014	09/12/2014	K85.X	K85.X	
411319	M	08/12/2014	11/12/2014	K86.1	K86.1	
411742	F	09/12/2014	16/12/2014	K85.X	K85.X	
412435	M	11/12/2014	17/12/2014	K85.X	K85.X	
414508	F	18/12/2014	23/12/2014	K85.X	K85.X	
414650	F	19/12/2014	24/12/2014	K85.X	K85.X	
414602	F	19/12/2014	29/12/2014	K85.X	K85.X	Z34.X