

**GOBIERNO
FEDERAL**



SALUD

SEDENA

SEMAR

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA **GPC**

Diagnóstico y referencia
oportuna de la
PANCREATITIS AGUDA
en el primer nivel de atención

Evidencias y recomendaciones

Catálogo maestro de guías de práctica clínica: **SSA-011-08**

**CONSEJO DE
SALUBRIDAD GENERAL**



Vivir Mejor

Av. Paseo de la Reforma No. 450 piso 13, Colonia Juárez,
Delegación Cuauhtémoc, 06600 México, DF.

www.cenetec.salud.gob.mx

Publicado por CENETEC

© Copyright CENETEC

Editor General

Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

Esta Guía de Práctica Clínica está diseñada para proveer información que ayude a la toma de decisiones y está basada en la mejor evidencia disponible al momento de su publicación. Es de carácter general, por lo que no establece un curso único de conducta en un procedimiento o tratamiento.

Las variaciones de las recomendaciones aquí establecidas al ser aplicadas en la práctica, deberán basarse en el juicio clínico de quien la emplea como referencia, así como en las necesidades específicas y las preferencias de cada paciente en particular; los recursos disponibles al momento de la atención y la normatividad establecida por cada institución o área de práctica.

Este documento fue elaborado con la participación de las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud, bajo la coordinación del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, puede reproducirse libremente sin autorización escrita, con fines de enseñanza y actividades no lucrativas dentro del Sistema Nacional de Salud.

Deberá ser citado como: **Diagnóstico y referencia oportuna de la pancreatitis aguda en el primer nivel de atención, México: Secretaría de Salud; 2008.**

Esta Guía puede ser descargada de Internet en:

www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html

ISBN en trámite

CIE 10: K-85 Pancreatitis aguda

Diagnóstico y referencia oportuna de la pancreatitis aguda en el primer nivel de atención

Coordinador: Dr. Mucio Moreno Portillo	Cirujano General y Endoscopista	Hospital General Dr. Manuel Gea González	Director General
Autores: Dr. Carlos Alberto Sanjuán Dr. Luis Eduardo Cárdenas Lailson	Cirujano General Cirujano General	Hospital General Dr. Manuel Gea González	Subdirector de Cirugía Jefe de División de Cirugía General y Endoscópica
Dr. Rodolfo Vick Fregoso	Médico Infectólogo		Jefe de Departamento de Infectología
Asesor: Dr. Esteban Hernández Sanromán	Cirujano General	Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud	Director de Evaluación de Tecnologías en Salud
Validación Interna: Dr. Erich Basurto Kuba	Cirujano General	Hospital General de México	Jefe de la Unidad de Cirugía
Revisión Interinstitucional Dr. Siegfried Figueroa Barkow	Cirujano General	CMN20 de Noviembre ISSSTE	Médico adscrito
Dra. María Enriqueta Baridó Murguía	Cirujano General	Hospital de Especialidades CMN SXXI IMSS	Médico adscrito al Servicio de Gastrocirugía
Validación Externa: Dr. Mauricio Di Silvo López	Cirujano General	Academia Mexicana de Cirugía	Académico
Dr. Juan Miguel Abdo Francis	Medicina. Gastroenterología	Academia Nacional de Medicina. CONACEM.	Vicepresidente del Consejo Mexicano de Gastroenterología

ÍNDICE

1. Clasificación	2
2. Preguntas a responder por esta guía	2
3. Aspectos generales	2
3.1 Justificación	2
3.2 Objetivo de esta guía.....	2
3.3 Definición.....	2
4. Evidencias y recomendaciones	2
4.1 Prevención primaria.....	2
4.1.1 Promoción a la salud.....	2
4.2 Prevención secundaria.....	2
4.2.1 Detección	2
4.3 Criterios de referencia a segundo nivel	2
5. Bibliografía.....	2
6. Agradecimientos.....	2
7. Comité académico.....	2
8. Directorio.....	2
9. Comité Nacional Guías de Práctica Clínica.....	2

1. CLASIFICACIÓN

Catálogo maestro de guías de práctica clínica SSA-011-08			
PROFESIONALES DE LA SALUD	Médico familiar Médico general Cirujano general	Médico especialista en gastroenterología Médico especialista en radiología Médico especialista en medicina interna	Médico especialista en endoscopia Médico especialista en urgencias
CLASIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD	K-85 Pancreatitis Aguda de acuerdo con la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud. Décima revisión, CIE 10		
CATEGORÍA DE GPC	Primer nivel de atención	Consejería Diagnóstico Educación sanitaria	Evaluación Prevención Referencia oportuna
USUARIOS POTENCIALES	Enfermeras generales Enfermeras especializadas Personal de salud en servicio social Estudiantes	Personal de salud en formación Médicos generales Médicos familiares Organizaciones orientadas a enfermos	Planificadores de servicios de salud Proveedores de servicios de salud Técnicos en enfermería Trabajadores sociales
TIPO DE ORGANIZACIÓN DESARROLLADORA	Gobierno Federal Secretaría de Salud Hospital General Dr. Manuel Gea González		
POBLACIÓN BLANCO	Mujeres y hombres de 18 años y más		
FUENTE DE FINANCIAMIENTO/ PATROCINADOR	Gobierno Federal Secretaría de Salud Hospital General Dr. Manuel Gea González		
INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES CONSIDERADAS	Consejería Educación para el paciente Criterios de referencia		
IMPACTO ESPERADO EN SALUD	Contribuir con: Identificación de los factores de riesgo Incremento en la tasa de diagnóstico temprano Referencia oportuna a un segundo nivel de atención		
METODOLOGÍA¹	Definición del enfoque de la GPC Elaboración de preguntas clínicas Métodos empleados para coleccionar y seleccionar evidencia Protocolo sistematizado de búsqueda Revisión sistemática de la literatura Búsquedas de bases de datos electrónicas Búsqueda de guías en centros elaboradores o compiladores Búsqueda manual de la literatura Número de fuentes documentales revisadas: 72 Guías seleccionadas: tres del periodo 2005-2007 Revisiones sistemáticas: tres del periodo 2004-2007 Ensayos controlados aleatorizados: cero Reporte de casos: cero Validación del protocolo de búsqueda por el Hospital General de México Adopción de guías de práctica clínica internacionales: cero Selección de las guías que responden a las preguntas clínicas formuladas con información sustentada en evidencia Construcción de la guía para su validación Respuesta a preguntas clínicas por adopción de guías Análisis de evidencias y recomendaciones de las guías adoptadas en el contexto nacional Respuesta preguntas clínicas por revisión sistemática de la literatura y gradación de evidencia y recomendaciones Emisión de evidencias y recomendaciones *		
MÉTODO DE VALIDACIÓN Y ADECUACIÓN	Método de validación de la GPC: Validación por pares clínicos Validación interna: Hospital General de México Validación externa : Academia Mexicana de Cirugía		
CONFLICTO DE INTERÉS	Todos los miembros del grupo de trabajo han declarado la ausencia de conflictos de interés		
REGISTRO Y ACTUALIZACIÓN	Catálogo maestro de guías de práctica clínica: SSA-011-08 FECHA DE ACTUALIZACIÓN <i>a partir del registro 2 a 3 años</i>		

¹ Para mayor información sobre los aspectos metodológicos empleados en la construcción de esta guía, puede contactar al CENETEC a través del portal: www.cenetec.salud.gob.mx/.

2. PREGUNTAS A RESPONDER POR ESTA GUÍA

1. ¿Cuáles son los factores de riesgo para desarrollar pancreatitis?
2. ¿Cuáles son las acciones específicas de prevención en salud para esta patología?
3. ¿Cuáles son los síntomas más comunes?
4. ¿Cuáles son los signos más comunes?
5. ¿Cuáles son los exámenes de laboratorio que pueden confirmar esta patología?
6. ¿Cuáles son los exámenes de gabinete que pueden confirmar esta patología?
7. ¿Cuáles son los criterios de diagnóstico?
8. ¿Cuáles son los criterios de referencia al segundo nivel de atención?

3. ASPECTOS GENERALES

3.1 JUSTIFICACIÓN

La pancreatitis aguda es considerada una enfermedad grave, a pesar de que en la actualidad existen avances considerables en el diagnóstico y tratamiento de esta patología. En 15% de los casos se presenta como pancreatitis grave (necrosis pancreática), en 85% se presenta como pancreatitis leve (intersticial) que cursa con buena evolución. La mortalidad promedio en general es de 5%, diferenciándose un 3%, en la pancreatitis leve, de un 17% en la grave. Varios autores han notado que su incidencia ha aumentado en un factor de 10 durante los últimos años. Por otro lado, su elevada mortalidad se ha abatido, debido al mejor entendimiento de su historia natural y a los avances en cuidados intensivos. El manejo óptimo de esta enfermedad requiere de un alto índice de sospecha, estratificación de la gravedad del cuadro, una reanimación hídrica adecuada y una referencia oportuna al segundo o tercer nivel de atención.

3.2 OBJETIVO DE ESTA GUÍA

La guía de práctica clínica **“Diagnóstico y referencia oportuna de la pancreatitis aguda en el primer nivel de atención”**, forma parte de las Guías que integrarán el Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica, el cual se instrumentará a través del Programa de Acción Específico de Guías de Práctica Clínica, de acuerdo con las estrategias y líneas de acción que considera el Programa Sectorial de Salud 2007-2012.

La finalidad de este catálogo es establecer un referente nacional para orientar la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible.

Esta guía pone a disposición del personal del primer y segundo niveles de atención, las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones nacionales sobre:

- Identificar factores de riesgo para padecer pancreatitis aguda.
- Diagnosticar oportunamente a los pacientes con pancreatitis aguda.
- Referir tempranamente a los pacientes con pancreatitis aguda.

Lo que favorecerá la mejora en la efectividad, seguridad y calidad de la atención médica, contribuyendo de esta manera al bienestar de las personas y de las comunidades que constituye el objetivo central y la razón de ser de los servicios de salud.

3.3 DEFINICIÓN

La pancreatitis aguda (CIE 10 K-85 Pancreatitis aguda) es un proceso inflamatorio agudo del páncreas, con afección variable de otros tejidos regionales u órganos y sistemas a distancia, que cursa con dolor abdominal, elevación de amilasa y lipasa séricas o hallazgos en la tomografía axial computada o en la resonancia magnética de pancreatitis aguda.

Clasificación:

- Pancreatitis aguda leve

Está asociada con disfunción orgánica mínima y una recuperación sin complicaciones. La falta de mejoría en 48 a 72 horas después de iniciar el tratamiento, obliga a investigar complicaciones de la pancreatitis. La característica macroscópica e histológica de la pancreatitis aguda leve es el edema intersticial.

- Pancreatitis aguda grave

Es la pancreatitis aguda asociada con falla orgánica (respiratoria, renal, hepática, cardiovascular, hematológica y neurológica) y/o complicaciones locales, tales como necrosis, absceso o pseudoquiste.

La falla orgánica se define como:

- a) Estado de choque (TAS < 90 mmHg)
- b) Insuficiencia respiratoria (PaO₂ < 60 mmHg)
- c) Falla renal (creatinina > 2 mg % después de la rehidratación)
- d) Sangrado gastrointestinal (> 500 cc en 24 horas)

También pueden presentarse complicaciones sistémicas, tales como coagulación intravascular diseminada (plaquetas < 100,000/mm³, fibrinógeno < 100 mg/dL, productos de degradación de la fibrina > 80 µg/mL), o trastornos metabólicos graves (hipocalcemia < 7.5 mg/dL).

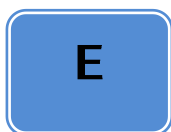
4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

Las recomendaciones señaladas en esta Guía son producto del análisis de las guías de práctica clínica internacionales seleccionadas mediante el modelo de revisión sistemática de la literatura.

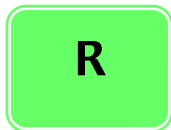
La presentación de la evidencia y las recomendaciones expresadas en las guías seleccionadas, corresponden a la información disponible organizada según criterios relacionados con las características cuantitativas, cualitativas, de diseño y tipo de resultados de los estudios que las originaron.

Los niveles de las evidencias y la graduación de las recomendaciones se mantienen respetando la fuente original consultada, marcada en cursivas. Las evidencias se clasifican de forma numérica y las recomendaciones con letras; ambas, en orden decreciente de acuerdo a su fortaleza.

Tabla de referencia de símbolos empleados en esta guía:



EVIDENCIA



RECOMENDACIÓN



PUNTO DE BUENA PRÁCTICA

4.1 PREVENCIÓN PRIMARIA

4.1.1 PROMOCIÓN A LA SALUD

4.1.1.1 ESTILO DE VIDA

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E En muchas series, la colelitiasis representa la causa de pancreatitis aguda en aproximadamente la mitad de los casos; de los cuales aproximadamente del 20 a 25% están relacionados con el abuso de alcohol. Un pequeño número de casos son generados por otras causas, y un grupo residual no tiene una causa obvia, por lo que son etiquetados como “idiopáticos”.	IV Evidencia obtenida de un comité de expertos, u opiniones, o experiencias clínicas de autoridades o autoridades respetadas. <i>UK Working Party on Acute Pancreatitis 2005</i>
R Promover una alimentación adecuada y evitar el exceso en el consumo de alcohol.	D Consenso de expertos.

4.1.1.2 EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E En muchas series, la colelitiasis representa la causa de aproximadamente la mitad de todos los casos de pancreatitis aguda.	IV Evidencia obtenida de un comité de expertos, u opiniones, o experiencias clínicas de autoridades o autoridades respetadas. <i>UK Working Party on Acute Pancreatitis 2005.</i>
R Canalizar oportunamente a los pacientes con colelitiasis a valoración quirúrgica.	D Consenso de expertos.

4.2 PREVENCIÓN SECUNDARIA

4.2.1 DETECCIÓN

4.2.1.1 FACTORES DE RIESGO

Evidencia/Recomendación

Nivel/Grado

Los factores de riesgo identificados para desarrollar pancreatitis aguda son:

- Colelitiasis
- Alcoholismo
- Hiperlipidemia
- Ingesta de medicamentos
- Hipercalcemia
- Trauma abdominal
- Disfunción del esfínter de Oddi
- Realización de colangiopancreatografía retrógrada endoscópica
- Cirugía abdominal
- Factores poco frecuentes
- Páncreas divisum
- Cáncer periampular
- Cáncer de páncreas
- Divertículo periampular
- Vasculitis
- Infecciosas: virus (Coxsackie B, parotiditis, hepatitis B, citomegalovirus, varicela-zoster, herpes simplex, Epstein-Barr, vaccinia, adenovirus v rubeola), bacterianas (Mycoplasma, Legionella, Leptospira, Salmonella), micóticas (Aspergillus) y parasitarias (Toxoplasma, Cryptosporidium, Áscaris)
- Autoinmune: lupus eritematoso sistémico, síndrome de Sjögren
- Deficiencia de alfa-1 antitripsina
- Historia familiar de pancreatitis, dolor abdominal recurrente no diagnosticado, carcinoma pancreático o diabetes mellitus tipo 1.

E

IV

Evidencia obtenida de un comité de expertos, u opiniones, o experiencias clínicas de autoridades o autoridades respetadas.
UK Working Party on Acute Pancreatitis 2005.

Algunos factores de riesgo de gravedad de la pancreatitis aguda al ingreso del paciente son:

- a) Edad mayor de 55 años.
- b) Obesidad (índice de masa corporal >30).
- c) Falla orgánica al ingreso.
- d) Derrame pleural y/o infiltrado.

Los pacientes con estas características deben trasladarse a una unidad de cuidados intermedios o intensivos.

E

III

Evidencia obtenida de estudios bien diseñados sin aleatorización.
Banks 2006

R

Investigar la presencia de los factores de riesgo antes mencionados.

D
Consenso de expertos.

4.2.1.2 HISTORIA CLÍNICA

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

E

Las causas comunes de pancreatitis aguda incluyen colelitiasis (incluyendo la microlitiasis), alcoholismo, hiperlipidemia, hipercalcemia, medicamentos, toxinas, trauma, disfunción del esfínter de Oddi, post-colangiopancreatografía retrógrada endoscópica y postoperatoria.

Las causas no comunes incluyen páncreas divisum, cáncer periampular, cáncer de páncreas, divertículo periampular y vasculitis.

Las causas poco frecuentes son infecciosas (virales o parasitarias), autoinmunes (lupus eritematoso sistémico y síndrome de Sjögren), deficiencia de alfa-1 antitripsina.

IV

Evidencia obtenida de un comité de expertos, u opiniones, o experiencias clínicas de autoridades o autoridades respetadas.
UK Working Party on Acute Pancreatitis 2005. Remes-Troche 2007

R

Realizar historia clínica enfocada a identificar factores de riesgo para pancreatitis aguda, incluyendo los antecedentes familiares de colelitiasis y/o pancreatitis, antecedente personal de colelitiasis, alcoholismo, hiperlipidemia, hipercalcemia, uso de medicamentos e infecciones virales.

Deben investigarse factores de riesgo de gravedad (edad mayor de 55 años, índice de masa corporal >30, etc.).

D

Consenso de expertos.

E

Los pacientes habitualmente refieren dolor abdominal intenso en la región superior del abdomen, transfixivo al dorso, acompañado de náusea y vómito.

IV

Evidencia obtenida de un comité de expertos, u opiniones, o experiencias clínicas de autoridades o autoridades respetadas.
UK Working Party on Acute Pancreatitis 2005. Remes-Troche 2007

4.2.1.3 EXPLORACIÓN CLÍNICA

Evidencia/Recomendación	Nivel/Grado
E Los hallazgos en la exploración física del abdomen varían de dolor a la palpación profunda en epigastrio hasta un abdomen agudo con distensión. Los hallazgos exploratorios no correlacionan con la intensidad del dolor manifestado por el paciente.	IV Evidencia obtenida de un comité de expertos, u opiniones, o experiencias clínicas de autoridades o autoridades respetadas. <i>UK Working Party on Acute Pancreatitis 2005</i>

4.2.1.4 ESTUDIOS DE LABORATORIO

Evidencia/Recomendación	Nivel/Grado
E Las enzimas pancreáticas se liberan al torrente sanguíneo durante el evento agudo. Sus niveles alcanzan su pico máximo tempranamente y disminuyen a los tres ó cuatro días. Por lo tanto, el diagnóstico de pancreatitis aguda no debe basarse en niveles arbitrarios de tres a cuatro veces su límite mayor normal, sino interpretados en base al tiempo desde el inicio del dolor abdominal.	IV Evidencia obtenida de un comité de expertos, u opiniones, o experiencias clínicas de autoridades o autoridades respetadas. <i>UK Working Party on Acute Pancreatitis 2005</i>
E La vida media de la amilasa es más corta que la lipasa. La lipasa tiene una mayor sensibilidad, especificidad y eficacia global que la amilasa, ya que permanece elevada por más tiempo después del inicio del evento ya que se produce únicamente en el páncreas.	IV Evidencia obtenida de un comité de expertos, u opiniones, o experiencias clínicas de autoridades o autoridades respetadas. <i>UK Working Party on Acute Pancreatitis 2005</i>
R El diagnóstico correcto de pancreatitis aguda debe realizarse en todos los pacientes dentro de las primeras 48 horas de la valoración inicial.	C Evidencia obtenida de un comité de expertos, u opiniones, o experiencias clínicas de autoridades o autoridades respetadas. <i>UK Working Party on Acute Pancreatitis 2005</i>

R

Aunque la amilasa está ampliamente disponible y provee una eficacia diagnóstica aceptable, si se tiene disponible la determinación de lipasa, es preferible en el diagnóstico de pancreatitis aguda.

A

Evidencia obtenida de un comité de expertos, u opiniones, o experiencias clínicas de autoridades o autoridades respetadas.
UK Working Party on Acute Pancreatitis 2005

4.2.1.5 ESTUDIOS DE IMAGEN

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

E

Las radiografías de abdomen contribuyen poco al diagnóstico de pancreatitis aguda. La radiografía de tórax puede ser normal o bien mostrar derrame pleural izquierdo o bilateral, hallazgos que pueden ser indicativos de gravedad.

IV

Evidencia obtenida de un comité de expertos, u opiniones, o experiencias clínicas de autoridades o autoridades respetadas.
UK Working Party on Acute Pancreatitis, 2005. Remes-Troche, 2007 Freeny 2008.

E

El ultrasonido puede mostrar edema pancreático, pero el páncreas es visualizado en solo 25 a 50% de los pacientes con pancreatitis.

IV

Evidencia obtenida de un comité de expertos, u opiniones, o experiencias clínicas de autoridades o autoridades respetadas.
UK Working Party on Acute Pancreatitis 2005

E

El ultrasonido es útil para detectar colelitiasis y dilatación del conducto biliar común, así como otras patologías no relacionadas al páncreas tales como aneurismas de aorta.

IV

Evidencia obtenida de un comité de expertos, u opiniones, o experiencias clínicas de autoridades o autoridades respetadas.
UK Working Party on Acute Pancreatitis, 2005 Remes-Troche 2007

E

La tomografía computarizada del páncreas permite diferenciar la pancreatitis aguda de otras enfermedades abdominales. Los hallazgos útiles son crecimiento pancreático, cambios inflamatorios peripancreáticos, colecciones líquidas y densidades heterogéneas del parénquima pancreático. Está indicada ocasionalmente para el diagnóstico, cuando los hallazgos clínicos y de laboratorio no son concluyentes, especialmente cuando los signos abdominales sugieren la posibilidad de otra urgencia abdominal, tales como perforación o infarto intestinal.

IV

Evidencia obtenida de un comité de expertos, u opiniones, o experiencias clínicas de autoridades o autoridades respetadas.
UK Working Party on Acute Pancreatitis 2005 Ros PR, 2006 Remes-Troche 2007

E

La resonancia magnética (MRI) muestra crecimiento pancreático y cambios inflamatorios alrededor del páncreas, además tiene la ventaja de la no exposición a Rayos-X. Sin embargo, escanear el páncreas lleva mucho mayor tiempo que la tomografía computarizada. La colangiopancreatografía (MRCP) tiene una alta eficacia para detectar colédocolitiasis.

IV

Evidencia obtenida de un comité de expertos, o opiniones, o experiencias clínicas de autoridades o autoridades respetadas.

Ros PR. 2006

Remes-Troche 2007

R

En casos dudosos, pueden utilizarse estudios de imagen, como el ultrasonido o la tomografía computarizada del páncreas que provee una buena evidencia de la presencia o ausencia de pancreatitis. Estos estudios deben realizarse en el segundo nivel de atención.

C

Evidencia obtenida de un comité de expertos, o opiniones, o experiencias clínicas de autoridades o autoridades respetadas.

UK Working Party on Acute Pancreatitis 2005

4.3 CRITERIOS DE REFERENCIA A SEGUNDO NIVEL

Evidencia/Recomendación

Nivel/Grado

R

El establecer clínicamente la sospecha de pancreatitis aguda, será motivo de envío inmediato a un hospital con capacidad para proporcionar tratamiento a estos pacientes.

C

Evidencia obtenida de un comité de expertos, o opiniones, o experiencias clínicas de autoridades o autoridades respetadas.

UK Working Party on Acute Pancreatitis 2005

R

La referencia y manejo en una unidad especializada es necesaria en pacientes con pancreatitis aguda grave.

B

Evidencia obtenida de un comité de expertos, o opiniones, o experiencias clínicas de autoridades o autoridades respetadas.

UK Working Party on Acute Pancreatitis 2005

5. BIBLIOGRAFÍA

1. AGA Institute on "Management of Acute Pancreatitis" Clinical Practice and Economics Committee, AGA Institute Governing Board. AGA Institute medical position statement on acute pancreatitis. *Gastroenterology* 2007; 132:2019-2021.
2. Banks PA, Freeman ML, Practice Parameters Committee of the American College of Gastroenterology. Practice guidelines in acute pancreatitis. *Am J Gastroenterol* 2006; 101:2379-2400.
3. Bollen TL, van Santvoort HC, Besselink MG, van Leeuwen MS, Horvath KD, Freeny PC, et al. The Atlanta Classification of acute pancreatitis revisited. *Br J Surg* 2008; 95: 6-21.
4. Remes-Troche JM, Amaya-Echánove T, Bosques-Padilla FJ, Guzmán-Terrones MT, Marín-López E, Maroun-Marún C, Sobrino-Cossio S, Zaragoza-Carrillo M. Guía clínica de diagnóstico y tratamiento de pancreatitis aguda. Epidemiología, etiología, diagnóstico y tratamiento. *Rev Gastroenterol Mex* 2007; 72(4):387-389.
5. Ros PR, Bree RL, Foley WD, Gay SB, Glick SN, Heiken JP, Huprich JE, Levine MS, Rosen MP, Shuman WP, Greene FL, Rockey DC. Expert Panel on Gastrointestinal Imaging. Acute Pancreatitis. [Online publication]. Reston (VA): American College of Radiology (ACR); 2006. 5p.
6. Society for Surgery of the Alimentary Tract (SSAT). Treatment of acute pancreatitis. Manchester (MA): Society for Surgery of the Alimentary Tract (SSAT); 2004. 3p.
7. UK Working Party on Acute Pancreatitis. UK guidelines for the management of acute pancreatitis. *Gut* 2005; 54(Suppl III):iii1-iii9.

6. AGRADECIMIENTOS

Se agradece a las autoridades de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad y de la Dirección General de Coordinación de los Hospitales Federales de Referencia, las gestiones realizadas para que el personal adscrito al centro o grupo de trabajo que desarrolló la presente guía; asistiera a los eventos de capacitación en Medicina Basada en la Evidencia y temas afines, coordinados por el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

7. COMITÉ ACADÉMICO

Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

M. en A. María Luisa González Rétiz	Directora General
Dr. Esteban Hernández San Román	Director de Evaluación de Tecnologías en Salud
M. en A. María de Lourdes Dávalos Rodríguez	Coordinadora Sectorial de Guías de Práctica Clínica
Dr. Héctor González Jácome	Subdirector de guías de práctica clínica
Lic. José Alejandro Martínez Ochoa	Investigación documental
Lic. Ana María Otero Prieto	Comunicación y logística
Lic. Margarita Isela Rivera Ramos	Diseño gráfico
Ing. David Felipe Mares Silva	Revisión editorial
Ing. Laura Alejandra Vélez Ruíz Gaitán	Revisión editorial
Lic. Alejandra Thomé Martínez	Revisión editorial

8. DIRECTORIO

Secretaría de Salud
Dr. José Ángel Córdova Villalobos
Secretario de Salud

Instituto Mexicano del Seguro Social / IMSS
Mtro. Daniel Karam Toumeh
Director General

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado / ISSSTE
Lic. Miguel Ángel Yunes Linares
Director General

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia / DIF
Lic. María Cecilia Landerreche Gómez Morín
Titular del organismo SNDIF

Petróleos Mexicanos / PEMEX
Dr. Jesús Federico Reyes Heróles
González Garza
Director General

Secretaría de Marina
Almirante Mariano Francisco Saynez Mendoza
Secretario de Marina

Secretaría de la Defensa Nacional
General Guillermo Galván Galván
Secretario de la Defensa Nacional

Consejo de Salubridad General
Dr. Enrique Ruelas Barajas
Secretario del Consejo de Salubridad General

Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad
Dr. Julio Sotelo Morales
Titular

Dirección General de Coordinación de los Hospitales Federales de Referencia
Dr. Bernardo Bidart Ramos
Director General

Hospital General "Dr. Manuel Gea González"
Dr. Mucio Moreno Portillo
Director General

9. COMITÉ NACIONAL GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

Dra. Maki Esther Ortiz Domínguez Subsecretaría de Innovación y Calidad y Presidenta del Comité Nacional de Guías de Práctica Clínica	Presidenta
Dr. Mauricio Hernández Avila Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud	
Dr. Julio Sotelo Morales Titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad	Titular
Mtro. Salomón Chertorivski Woldenberg Comisionado Nacional de Protección Social en Salud	Titular
Dr. Jorge Manuel Sánchez González Secretario Técnico del Consejo Nacional de Salud	Titular
Dr. Octavio Amancio Chassin Representante del Consejo de Salubridad General	Titular
General de Brigada Médico Cirujano Víctor Manuel Rico Jaime Director General de Sanidad Militar de la Secretaría de la Defensa Nacional	Titular
CONTRALMIRANTE SSN MC Miguel Ángel López Campos Director General Adjunto Interino de Sanidad Naval de la Secretaría de Marina, Armada de México	Titular
Dr. Santiago Echevarría Zuno Director Médico del Instituto Mexicano del Seguro Social	Titular
Dr. Carlos Tena Tamayo Director Médico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	Titular
Dr. Víctor Manuel Vázquez Zárate Subdirector de Servicios de Salud de Petróleos Mexicanos	Titular
Lic. Ma. de las Mercedes Gómez Mont Urueta Directora General de Rehabilitación y Asistencia Social del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia	Titular
Dr. Germán Enrique Fajardo Dolci Comisionado Nacional de Arbitraje Médico	Titular
Dr. Jorge E. Valdez García Director General de Calidad y Educación en Salud	Titular
Dr. Francisco Garrido Latorre Director General de Evaluación del Desempeño	Titular
Dra. Gabriela Villarreal Levy Directora General de Información en Salud	Titular
M en A María Luisa González Rétiz Directora General del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud	Titular y suplente del presidente
Dr. Octavio Rodrigo Martínez Pérez Director General de los Servicios de Salud en el Estado de Chihuahua	Titular 2009-2010
Dra. Elvia E. Patricia Herrera Gutiérrez Secretaría de Salud y Directora General de los Servicios de Salud del Estado de Durango	Titular 2009-2010
Dr. Ramón Armando Luna Escalante Secretario de Salud y Director General de los Servicios de Salud en el Estado de Michoacán	Titular 2009-2010
Acad. Dr. Manuel H. Ruiz de Chávez Guerrero Presidente de la Academia Nacional de Medicina	Titular
Acad. Dr. Jorge Elías Dib Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía	Titular
Dra. Mercedes Juan Presidente Ejecutivo de la Fundación Mexicana para la Salud	Asesor Permanente
Dr. Jesús Eduardo Noyola Bernal Presidente de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina	Asesor Permanente
Mtro. Rubén Hernández Centeno Presidente de la Asociación Mexicana de Hospitales	Asesor Permanente
Dr. Roberto Simon Sauma Presidente de la Asociación Nacional de Hospitales Privados	Asesor Permanente
Dr. Luis Miguel Vidal Pineda Presidente de la Sociedad Mexicana de Calidad de Atención a la Salud	Asesor Permanente
Dr. Esteban Hernández San Román Director de Evaluación de Tecnologías en Salud de CENETEC y Secretario Técnico del Comité Nacional de GPC	Secretario Técnico