



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS EN PACIENTES CON PANCREATITIS AGUDA ATENDIDOS EN EL HOSPITAL III DE ESSALUD JULIACA, 2021-2022.

TESIS

PRESENTADA POR:

Bach. ROGER ALEXANDER QUISPE QUSIPE

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

MÉDICO – CIRUJANO

PUNO – PERÚ

2024



NOMBRE DEL TRABAJO

CARACTERISTICAS CLINICAS Y EPEDEMIOLOGICAS EN PACIENTES CON PANCREATITIS AGUDA ATENDIDOS EN EL HOS

AUTOR

ROGER ALEXANDER QUISPE QUISPE

RECUESTO DE PALABRAS

14775 Words

RECUESTO DE CARACTERES

85349 Characters

RECUESTO DE PÁGINAS

79 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

1.2MB

FECHA DE ENTREGA

Jan 23, 2024 5:22 AM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Jan 23, 2024 5:24 AM GMT-5

● **15% de similitud general**

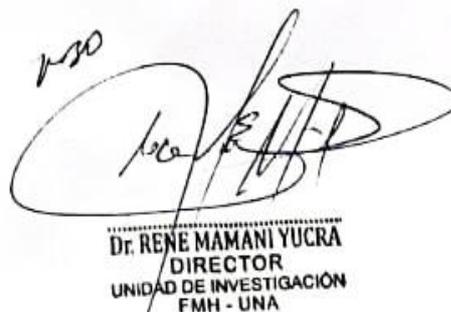
El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base de datos es:

- 14% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 10% Base de datos de trabajos entregados
- 2% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● **Excluir del Reporte de Similitud**

- Material bibliográfico
- Material citado
- Material citado
- Coincidencia baja (menos de 10 palabras)


Dra. Blanca
CMP N° 27162 RNE N° 11526
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA


Dr. RENE MAMANI YUCRA
DIRECTOR
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN
FMH - UNA



DEDICATORIA

Dedico este trabajo principalmente a Dios, por haberme dado la vida, permitirme ser integrante de una familia maravillosa y el haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional.

A mi madre Daniela, por ser el pilar más importante y por demostrarme siempre su cariño y apoyo incondicional sin importar nuestras diferencias de opinión. A mi padre Saturnino, que siempre está conmigo, con su apoyo incondicional y conejos que guían mi vida con los cuales llegue a este momento de mi vida.

A mi hermano Rummy, a quien quiero como a un padre, por compartir momentos significativos conmigo y por siempre estar dispuesto a escucharme y ayudarme en cualquier momento.

Roger Alexander Quispe Quispe



AGRADECIMIENTOS

A mis padres Saturnino Quispe Yapo y Daniela Quispe Pacori por su gran apoyo incondicional que me brindan y que me permitió seguir un camino de bien dentro de una carrera maravillosa como lo es Medicina Humana. Siendo así una gran suerte ser su hijo.

A mi hermano Romy Abel Quispe Quispe por su comprensión y ser un compañero de vida que guía el curso de mi vida profesional, siendo un pilar dentro de mi vida que hace que llegue a este momento con satisfacción.

A mis maestros y jurados; Dr. Giovanni Dueñas, Dr. Félix Gómez y Dra. Naruska Tito; que gracias a que pusieron a disposición su amplia experiencia y conocimientos que me permitieron culminar con satisfacción la elaboración de este trabajo.

A mi Asesor de tesis; Dra. Blanca Salomé Llerena Villafuerte que me brindo ayuda en momentos de angustia con la cual pude encaminar este anhelo de poder sustentar mi tesis.

A mi alma mater, Universidad Nacional Del Altiplano en especial a la Facultad de Medicina Humana que me brindaron el conocimiento y experiencia que me permitieron abordar con satisfacción los distintos retos que se presentaron a lo largo del curso de mi vida formativa, esto en pro del bienestar de nuestra población.

Roger Alexander Quispe Quispe



ÍNDICE GENERAL

	Pág.
DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTOS	
ÍNDICE GENERAL	
ÍNDICE DE TABLAS	
ÍNDICE DE FIGURAS	
ÍNDICE DE ANEXOS	
ÍNDICE DE ACRÓNIMOS	
RESUMEN	13
ABSTRACT.....	14
CAPÍTULO I	
INTRODUCCIÓN	
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	15
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	17
1.2.1 Pregunta general.....	17
1.3 JUSTIFICACIÓN	17
1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	18
1.4.1 Objetivo general	18
1.4.2 Objetivos específicos	18
1.5 HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN	18
CAPÍTULO II	
REVISIÓN DE LITERATURA	
2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	19
2.1.1 A nivel internacional	19



2.1.2	A nivel nacional	21
2.1.3	A nivel regional	23
2.2	MARCO TEÓRICO	26
2.2.1	Pancreatitis aguda.....	26
2.2.2	Fases de la pancreatitis aguda	27
2.2.3	Etiología	28
2.2.3.1	Cálculos biliares.....	28
2.2.3.2	Alcohol.....	29
2.2.3.3	Hipertrigliceridemia.....	30
2.2.3.4	Tabaco.....	31
2.2.4	Epidemiología	32
2.2.4.1	Factores de riesgo	33
2.2.4.2	Factores sociodemográficos.....	35
2.2.5	Clínica	36
2.2.6	Comorbilidades	39
2.2.7	Diagnóstico	41
2.2.7.1	Laboratorio.....	42
2.2.7.2	Imágenes	43
2.2.8	Estratificación de riesgo	45
2.2.8.1	Sistemas de Puntuación.....	45

CAPÍTULO III

MATERIALES Y MÉTODOS

3.1	TIPO DE INVESTIGACIÓN	47
3.1.1	Según su enfoque	47
3.1.2	Según su alcance	47



3.1.3	Según al diseño de investigación	47
3.2	CAMPO DE VERIFICACIÓN.....	47
3.2.1	Ubicación espacial	47
3.2.2	Ubicación temporal	48
3.2.3	Población.....	48
3.2.4	Muestra.....	48
3.2.4.1	Criterios de inclusión:	48
3.2.4.2	Criterios de exclusión:	48
3.2.5	Tipo de muestreo.....	49
3.3	MÉTODO	49
3.3.1	Procedimiento	49
3.3.2	Manejo estadístico.....	50
3.4	CONSIDERACIONES ÉTICAS	50
CAPÍTULO IV		
RESULTADOS Y DISCUSIÓN		
4.1	RESULTADOS.....	51
4.1.1	Características epidemiológicas	51
4.1.2	Características Clínicas	58
4.2	DISCUSIÓN	62
V.	CONCLUSIONES.....	64
VI.	RECOMENDACIONES	65
VII.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	66
ANEXOS.....		71



AREA: Ciencia biomédicas

LINEA DE INVESTIGACIÓN: Ciencias médicas clínicas

FECHA DE SÚSTENTACION: 25 de enero del 2024



ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1 Procedencia de pacientes con Pancreatitis Aguda en el Hospital EsSalud III Juliaca. (enero 2021 – diciembre 2022).....	51
Tabla 2 Sexo de pacientes con Pancreatitis Aguda en el Hospital EsSalud III Juliaca. (enero 2021 – diciembre 2022).....	53
Tabla 3 Nivel de Educación de pacientes con Pancreatitis Aguda en el Hospital EsSalud III Juliaca. (enero 2021 – diciembre 2022).....	54
Tabla 4 Edad de pacientes con Pancreatitis Aguda en el Hospital EsSalud III Juliaca. (enero 2021 – diciembre 2022).....	55
Tabla 5 Factor Riesgo de pacientes con Pancreatitis Aguda en el Hospital EsSalud III Juliaca. (enero 2021 – diciembre 2022).....	56
Tabla 6 Sintomatología de pacientes con Pancreatitis Aguda en el Hospital EsSalud III Juliaca. (enero 2021 – diciembre 2022).....	58
Tabla 7 Diabetes Mellitus de pacientes con Pancreatitis Aguda en el Hospital EsSalud III Juliaca. (enero 2021 – diciembre 2022).....	59
Tabla 8 Insuficiencia Renal. de pacientes con Pancreatitis Aguda en el Hospital EsSalud III Juliaca. (enero 2021 – diciembre 2022).....	60
Tabla 9 Hipertensión arterial de pacientes con Pancreatitis Aguda en el Hospital EsSalud III Juliaca. (enero 2021 – diciembre 2022).....	60



ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Procedencia de los Pacientes con Pancreatitis Aguda	52
Figura 2 Sexo de los pacientes Pancreatitis aguda	53
Figura 3 Nivel de educación de pacientes con Pancreatitis Aguda	55
Figura 4 Factores de Riesgo en pacientes con Pancreatitis Aguda	57
Figura 5 Sintomatología del paciente con Pancreatitis Aguda	59
Figura 6 Comorbilidades de pacientes con Pancreatitis Aguda.	61



ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1: Carta de aprobación para la realización de la investigación.....	71
ANEXO 2: Operacionalización de variables.....	72
ANEXO 3: Instrumento de recolección de datos	73
ANEXO 4: Constancia de validación 1	74
ANEXO 6: Constancia de validación 3	76
ANEXO 7: Carta de aprobación para la realización de 1.....	77
ANEXO 8: Declaración jurada.....	78
ANEXO 9: Autorización para el depósito de tesis	79



ÍNDICE DE ACRÓNIMOS

PA:	Pancreatitis Aguda
HC:	Historia Clínica
HA:	Hipertensión Arterial
CEPRE:	Colangiopancreatografía Retrograda Endoscópica
TC:	Tomografía Computarizada



RESUMEN

Es la injuria del páncreas debida a la activación de enzimas pancreáticas, afectando los tejidos adyacentes del páncreas y otros distantes. Objetivo: Determinar las características clínicas y epidemiológicas en pacientes con pancreatitis aguda atendidos en el Hospital III de EsSalud Juliaca, 2021 - 2022. Método: Mediante la recolección de datos y el uso de instrumentos validados por jueces y expertos, se determina que este trabajo es un estudio de enfoque cuantitativo, descriptivo, retrospectivo, observacional y de corte transversal. Mediante el cual se recabó información como edad, procedencia, sexo, factores de riesgo, comorbilidades y clínica. Resultados: El estudio abarcó una muestra de 116 pacientes con pancreatitis aguda donde se determinó que 63 fueron varones (54.3%). La media de edad del total de pacientes fue de 47,6379 años, de los cuales 111 fueron de procedencia urbana (95.7%). El nivel de educación preponderante fue superior completa en 58 pacientes (50%). El factor de riesgo predominante fue la litiasis vesicular en 95 pacientes (81.9%), seguido de alcoholismo en 25 pacientes (21.6%). El dolor abdominal se presentó en 113 pacientes (94.6%), seguida de 95 pacientes (81.9%) que presentaron náuseas y 79 pacientes (68.1%) presentaron vómitos. Se evaluó las comorbilidades concomitantes destacando la Diabetes Mellitus presente en 8 pacientes (6.9%). Conclusión: El sexo predominante fue el masculino, de procedencia urbana y como factor de riesgo predominante la litiasis vesicular, con una media de edad de 47 años. Del total de la población el 50% de ellos cuentan con educación superior completa, cuya clínica característica estuvo conformada por dolor abdominal seguido de náuseas y vómitos. Las comorbilidades fueron escasas destacando la Diabetes Mellitus sobre la Insuficiencia Renal e Hipertensión Arterial.

Palabra clave: Características, Clínica, Epidemiológica, Pancreatitis aguda



ABSTRACT

It is the injury of the pancreas due to the activation of pancreatic enzymes, affecting the adjacent tissues of the pancreas and other distant ones. Objective: Determine the clinical and epidemiological characteristics in patients with acute pancreatitis treated at Hospital III of EsSalud Juliaca, 2021 - 2022. Method: Through data collection and the use of instruments validated by judges and experts, it is determined that this work is a study with a quantitative, descriptive, retrospective, observational and cross-sectional approach. Through which information such as age, origin, sex, risk factors, comorbidities and clinical symptoms was collected. Results: The study included a sample of 116 patients with acute pancreatitis where it was determined that 63 were men (54.3%). The average age of the total patients was 47.6379 years, of which 111 were from urban origin (95.7%). The predominant level of education was higher than complete in 58 patients (50%). The predominant risk factor was gallstones in 95 patients (81.9%), followed by alcoholism in 25 patients (21.6%). Abdominal pain occurred in 113 patients (94.6%), followed by 95 patients (81.9%) who presented nausea and 79 patients (68.1%) presented vomiting. Concomitant comorbidities were evaluated, highlighting Diabetes Mellitus present in 8 patients (6.9%). Conclusion: The predominant sex was male, of urban origin and gallstones were the predominant risk factor, with a mean age of 47 years. Of the total population, 50% of them have completed higher education, whose characteristic clinical symptoms were abdominal pain followed by nausea and vomiting. Comorbidities were scarce, highlighting Diabetes Mellitus over Renal Failure and High Blood Pressure.

Keyword: Characteristics, Clinical, Epidemiological, Acute pancreatitis



CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La pancreatitis aguda (PA) corresponde a un proceso inflamatorio del tejido pancreático caracterizada por incremento de enzimas pancreáticas en sangre el cual se manifiesta mediante el dolor abdominal. La PA sigue siendo un factor principal gastrointestinal de hospitalización (1). Múltiples situaciones están relacionadas con la PA, dentro de las cuales las más importantes son la litiasis biliar y las alteraciones pancreáticas por ingesta crónica de alcohol, que en conjunto representan alrededor de las 2 terceras partes de los casos (2). La incidencia anual de pancreatitis aguda en Estados Unidos oscila entre 4,9 y 35 por 100.000 habitantes (3), sin embargo en América latina, Brasil en 2006 se presentó una incidencia de 15,9 casos cada 100.000 habitantes, en México (2001) y Perú (2009) una prevalencia del 3%(4). La frecuencia de PA está incrementándose a nivel mundial, esto se debe a tasas elevadas de obesidad y cálculos biliares(5). La pancreatitis no relacionada con cálculos biliares se encuentra en aumento por la alta incidencia de fumadores, y de la ingesta de alcohol, el mecanismo del tabaco y del alcohol para la inflamación de páncreas no está claro(6).

La sintomatología en casi todos los casos tiene un comienzo agudo con dolor epigástrico intenso, con irradiación en forma de cinturón (6). En individuos que padecen de PA de etiología biliar, el dolor se encuentra focalizado y es de manifestación rápida, alcanza su mayor intensidad en los primeros 10 a 20 minutos. Por el contrario, el dolor de manifestación mucho menos abrupta y de difícil localización, se relaciona a PA por causas hereditarias, alcohol o metabólicas. Por otro lado se ha evidenciado que la mitad



de los pacientes manifiestan dolor con irradiación a la espalda (8). El 90% de los casos manifiestan vómitos precedidos por náuseas, los cuales pueden durar por varias horas (8). En los casos graves de PA se puede presentar disnea debido al diafragma inflamado a consecuencia de la pancreatitis (9). Si el diagnóstico etiológico de esta patología no es adecuado ni oportuno, en ciertos casos llega a disminuir la esperanza y calidad de vida de estos pacientes, que incluso puede recidivar llegando a producirse una Pancreatitis Crónica(10). En el transcurso del tiempo el manejo y abordaje de esta condición fue sufriendo cambios, debido a la evolución de la investigación de sus mecanismos fisiopatológicos, la innovación en opciones de tratamiento, las innovaciones en el abordaje de la terapia nutricional y la vanguardia en los tratamientos mínimamente invasivos, estos cambios han permitido la disminución de los casos complicados.(11)

El presente trabajo se ve enfocado en la determinación de la características clínicas y epidemiológicas de la pancreatitis aguda mediante la determinación de la frecuencia de los síntomas que presentan los pacientes de nuestra población en relación a las comorbilidades y sintomatología que estos presentan, además de la descripción de las características epidemiológicas más frecuentes como la edad, sexo, procedencia y factores de riesgo para poder elaborar acciones de prevención y educación que puedan concientizar a nuestra población además de añadir conocimiento para los trabajadores de salud y así evitar complicaciones al actuar oportunamente. Por lo tanto, el enfoque del presente trabajo es bajo la perspectiva de la prevención acompañado por la promoción de la salud por medio de formas de vida saludables, con el objetivo de disminuir los factores de riesgo como litiasis vesicular, alcoholismo, tabaquismo e hipertrigliceridemia



1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1 Pregunta general

¿Cuáles son las características clínicas y epidemiológicas en pacientes con pancreatitis aguda atendidos en el Hospital III de EsSalud Juliaca, 2021-2022?

1.3 JUSTIFICACIÓN

Dentro del valor teórico, con el presente trabajo se añadirá conocimiento acerca de las características clínicas y epidemiológicas que presentan los pacientes de nuestra población, debido a que el conocimiento existente se basa en poblaciones distintas a la nuestra, siendo que por nuestras características demográficas tiene la particularidad de ser un estudio elaborado en la altura. El conocimiento obtenido permitirá ofrecer sugerencias para encaminar proyectos en relación con el tratamiento o prevención.

Este trabajo es conveniente para fortalecer el conocimiento del personal médico al brindarle un perfil de las características clínicas y epidemiológicas relacionadas a cuadros de pancreatitis aguda, acorde a la realidad de nuestra población.

El presente trabajo tiene relevancia social al identificar al paciente típico con PA para poder educarlo acerca de factores de riesgo más comunes asociados a posibles comorbilidades que puedan propiciar e iniciar esta enfermedad.

El trabajo tiene implicancia práctica para poder orientar mejor en el manejo médico de esta enfermedad y disminuir la demora en el diagnóstico y la identificación prematura de factores de riesgo, esto con la oportuna identificación del paciente que se presuma de esta enfermedad.



El trabajo tiene utilidad metodológica al utilizar el instrumento de recolección de datos el cual fue evaluado y validado por tres especialistas motivo por el cual tiene gran utilidad como modelo para la elaboración de trabajos de investigación venideros.

1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1 Objetivo general

Determinar las características clínicas y epidemiológicas en pacientes con pancreatitis aguda atendidos en el Hospital III de EsSalud Juliaca, 2021-2022.

1.4.2 Objetivos específicos

- Determinar las características clínicas de los pacientes con Pancreatitis Aguda atendidos en el Hospital III de EsSalud Juliaca, 2021 - 2022.
- Identificar las características epidemiológicas en pacientes con Pancreatitis Aguda atendidos en el Hospital EsSalud III Juliaca, 2021 - 2022.
- Determinar características clínicas y epidemiológicas en pacientes con comorbilidades atendidos en el Hospital EsSalud III Juliaca, 2021 – 2022.

1.5 HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

Este trabajo no requiere la elaboración de hipótesis por ser un estudio de enfoque cuantitativo de alcance descriptivo, sin alcance correlacional.



CAPÍTULO II

REVISIÓN DE LITERATURA

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1 A nivel internacional

Mateo T, Ciriaco M (2021), realizaron un trabajo titulado “Perfil epidemiológico de los pacientes diagnosticados con pancreatitis aguda del Departamento de Gastroenterología del Hospital Dr. Francisco E. Moscoso Puello, Santo Domingo, República Dominicana, periodo 2016-2019”, el estudio contó con un método descriptivo, transversal y retrospectivo y con una muestra conformada por 58 pacientes. Los resultados obtenidos fueron que del total de encuestados el 62.07% eran del sexo femenino, el 31.03 % tenían una edad entre los 18-29 años según la etiología el 60.34% de los encuestados tenía p. biliar, así también el 17.24% consumía tabaco, en base al cuadro clínico el 29.31% tenía dolor abdominal, el 91.23% tenía amilasa elevada y el 94.83% tenía lipasa elevada, así también el 50% tuvo colelitiasis, el 58.62% tuvo una estancia hospitalaria mayor a una semana. En conclusión, se demostró que la PA se presentó con mayor frecuencia en pacientes de sexo femenino y de edad media, así como también en personas con hábitos nocivos. (12)

Abad F, Elias R, Rubio A. (2021), elaboraron el trabajo titulado “Perfil epidemiológico de los pacientes diagnosticados con pancreatitis aguda del Departamento de Gastroenterología del Hospital Dr. Francisco E. Moscoso Puello, Santo Domingo, República Dominicana, periodo 2016-2019”. Utilizaron el método descriptivo, retrospectivo, longitudinal y con una muestra integrada por



86 pacientes. Los hallazgos presentados fueron que, del total de encuestados, el grupo etario medio del grupo fue de 53.8 ± 18.6 años, el 100% de los encuestados tuvo dolor abdominal, 77.9% presentó hiperamilasemia. El 77.4% mostró alteraciones detectadas en el examen de ultrasonido y el 73.3% en la imagen tomográfica de páncreas, respectivamente. La intervención quirúrgica más frecuentemente realizada consistió en la remoción de necrosis pancreática y cierre abdominal con un 60,4 %. El 100 % presentó alguna complicación. En conclusión, se demostró que la PA predomina principalmente en su condición grave, caracterizada por cálculos en la vía biliar y una alta incidencia de complicaciones.

(13)

Palomino A, Cruz M, Moreira L. (2022), en su trabajo titulado “Factores de riesgo para la pancreatitis aguda en el Hospital General Comandante Pinares”, el estudio tuvo una metodología observacional, analítico retrospectivo y una muestra conformada por 72 pacientes. Los datos obtenidos fueron que del total de encuestados el 63.9% eran de sexo femenino, el 41.7% estaban entre las edades de 40 a 60 años, el 27.8% tenía un alto índice de masa muscular, el 5.6% tenían antecedentes de pancreatitis y el 13.9% sufría de alcoholismo. En consecuencia, se identificó que la pancreatitis aguda es más frecuente en pacientes del género femenino así también el IMC está relacionado a la enfermedad. (14)

Bruno MJ, Westerloo DJ, et al. (2018) en su trabajo de título “Pancreatitis aguda en diálisis peritoneal y hemodiálisis: riesgo, curso clínico, evolución y posible etiología”, con metodología de cohorte retrospectivo observacional con una muestra conformada 269 donde 167 fueron varones (62%) y 102 fueron mujeres (48%) con una media de edad de 64 años el cual muestra como resultado el desarrollo de pancreatitis aguda en solo un paciente (0.4%). (15)



2.1.2 A nivel nacional

Díaz L. (2021), en su tesis titulada “Características clínicas y epidemiológicas en pacientes con pancreatitis aguda en el Hospital Nacional Hipólito Unanue 2020”, utilizaron el método descriptivo, observacional retrospectivo y transversal; con 120 pacientes. Los hallazgos demostraron que el 72% eran del sexo femenino, el 100% presenta dolor abdominal, el 70.8% presentó vómitos; según su etiológica el 80% tenía cálculos biliares, el 60.8% tenía PA leve; asimismo, el 48.5% tuvo obesidad, el 29.1% con hipertensión arterial. En conclusión, se identificó que los casos con edad de 41 a 60 años de sexo femenino tuvieron mayor probabilidad de padecer de PA leve con un $p=0.007$, asimismo, los pacientes obesos presentaron mayor probabilidad con un $p=0.0033$. (11)

Aguilar J. (2022), en su tesis titulada “Factores de riesgo asociados a la pancreatitis aguda en pacientes tratados en el Hospital San José de Chíncha 2018-2021”, contaron con el método observacional, transversal, retrospectiva y analítica cuantitativa. Los datos obtenidos fueron que el 62.9% tenían más de 40 años, el 57.1% fueron varones, el 28.6% tenían obesidad, el 40% si tenía hipertrigliceridemia. 74.3% consumía alcohol, el 60% consumía tabaco. En consecuencia, se evidenció prevalencia entre los factores asociados y la PA con un $p<0.05$. (16)

Acero K. (2019) en su tesis titulada “Características clínico epidemiológico en pacientes con pancreatitis aguda en el servicio de medicina interna del Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el periodo 2014-2016”, realizaron una investigación de tipo observacional, descriptiva, retrospectiva; y



con 213 personas como muestra. Los datos hallados fueron que el 63.4% eran del sexo femenino, el 28.6% eran entre las edades de 30 a 44 años, según la etiología el 84% tenía litiasis vesicular, el 10.8% Hipertrigliceridemia, el 8.5% tiene hipertensión arterial, en presentación clínica, el 100% tuvo dolor abdominal, el 87.8% náuseas, el 19.7% ictericia. En consecuencia, se describió que los pacientes con pancreatitis aguda tienen mayor prevalencia en el sexo femenino y el antecedente de litiasis biliar. (17)

Infantes A. (2023), en su tesis titulada “Características epidemiológicas, clínicas y tratamiento en pacientes de la clínica Arequipa. Julio 2021-marzo 2022”, realizaron un estudio descriptivo-analítico, no experimental, transversal, retrospectivo y con una muestra integrada por 60 individuos. Los resultados obtenidos fueron que del total de encuestados el 51.7% tenían superior completa, el 53% eran del sexo masculino, según la etiología el 81.7% tenía cálculos biliares, el 50% consumía alcohol, el 80% no era alcohólico, así también se presentaron algunos síntomas como dolor abdominal con un 100%, el 86.7% náuseas. En consecuencia, se observó que la mayor parte de los pacientes eran masculinos, así también se constató que el síntoma clínico más frecuente fue dolor abdominal, junto con otros signos clínicos característicos de la enfermedad. (18)

Cerpa S. (2021), en su tesis titulada “Características clínico-epidemiológicas, laborales e imagenológicas en pacientes con pancreatitis aguda del Hospital I Edmundo Escomel Arequipa 2019-2020”, utilizó un diseño no experimental, transeccional descriptivo y una muestra conformada 110 pacientes con diagnóstico de PA. Los hallazgos presentados fueron que el 63.6% eran del sexo femenino, el 72.7% estaban entre las edades de 26 y 45 años, el 100% tenía dolor abdominal, el 87.3% tenía náuseas como síntoma, el 81.1% tenía amilasa



como patología, el 78.1% lipasa y el 36.6% de los casos no exhibió presencia de necrosis. En consecuencia, se observó que las características clínicas y epidemiológicas más destacadas son ser mujer y tener antecedentes de cálculos biliares, siendo el dolor abdominal el síntoma más comúnmente reportado, seguido por náuseas, amilasa y bajo índice de necrosis. (19)

Marín J. (2020), en su tesis titulada “Factores de riesgo asociados a complicaciones en pacientes con pancreatitis aguda Hospital Nacional Arzobispo Loayza Enero-diciembre 2019”, contó con un método analítico, no experimental, observacional, transversal, retrospectivo y una muestra conformada por 84 pacientes. Los resultados obtenidos fueron que el 66.7% eran del sexo femenino, el 69% eran adultos jóvenes, el 27.4% tenían obesidad, en la etiología el 84.5% tenían calculo biliar, el 26.2% tenía diabetes mellitus y el 36.9% tenía diagnóstico recurrente de PA. En consecuencia, se evidenció que los principales factores asociados a la PA eran el sexo femenino, la recurrencia de pancreatitis y la obesidad. (20)

2.1.3 A nivel regional

Ticona J. (2021), en su trabajo de titulación titulado “Frecuencia de disfunción orgánica según escala de Marshall modificado en pacientes con pancreatitis aguda en el Hospital Essalud III-Juliaca, desde enero – junio 2016”, realizó un estudio descriptivo, transversal y observacional, con un tamaño de muestra de 42 individuos, de los cuales tres de los pacientes eran menores de 15 años y presentaban un cuadro de PA. Cabe señalar que los casos de pancreatitis no se notificaron en el grupo etario de 15 a 18 años; en donde la enfermedad ocurre más frecuentemente en personas entre 31 y 60 años (66.67%). Encontró que existe



una mayor prevalencia en el sexo femenino (56.67%), y el 93.3% de los pacientes fueron hospitalizados tras presentar una enfermedad de duración superior a 24 horas. La patología biliar fue la etiología más prevalente con un 90% de prevalencia. En el 60% de los casos, esta patología requirió más de 7 días de hospitalización. En conclusión, se observó que presentaban disfunción orgánica el 30% de los casos. La escala de Marshall modificada, indica que la disfunción orgánica en la pancreatitis avanzada se presenta como disfunción cardiovascular en el 20% de pacientes, disfunción renal y disfunción respiratoria en el 3.3% de pacientes. Cuando se suman los puntos de los tres sistemas, la disfunción orgánica está presente en el 30% de casos. Este valor indica que encontrar el mal funcionamiento orgánico ocurre con mayor frecuencia cuando se suman los puntos de los tres sistemas que cuando se evalúan de forma independiente.(21)

Mamani M. (2023), en su tesis titulada “Utilidad de las escalas de Bisap y Apache II como predictores tempranos de severidad y falla orgánica de pancreatitis aguda en pacientes del Hospital Nacional dos de Mayo – 2016”, realizó un estudio fue transversal, analítico, correlativo y retrospectivo. Examinaron 132 casos clínicos de PA por cálculos biliares. El coeficiente de Rho Spearman se utilizó para calcular la correlación. Resultados: Entre los criterios de ingreso más significativos según Ranson, se destacaron la leucocitosis ($>18000/\text{mm}^3$) con un 15% y la elevación significativa de TGO ($> 250 \text{ UI/L}$) con un 13%. A las 48 horas, los porcentajes de prevalencia para los siguientes criterios fueron: nitrógeno urea $> 2 \text{ mg/dl}$ (99%), calcio $< 8 \text{ mg/dl}$ (17%), y déficit de bases $> 5 \text{ meq/l}$ (16%). Se observó que la leucocitosis leve ($>18000/\text{mm}^3$) presentó un 5%, moderada un 8%, y severa un 2%, mientras que la elevación sérica de TGO ($> 250 \text{ UI/L}$) se clasificó como leve en un 9%, moderada en un 3%, y severa en



un 1%, respectivamente. En cuanto al nitrógeno urea a las 48 horas, se identificó como leve en un 76%, moderado en un 17%, y severo en un 6%. En relación al nivel de calcio a las 48 horas, se registró como leve en un 1%, moderado en un 10%, y severo en un 6%. Según los criterios de Ranson, la distribución de los hallazgos fue clasificada como leve en un 80% y grave en un 20%. Las conclusiones fueron: leve (80%), grave (20%). Existe una correlación moderadamente positiva entre los criterios de Ranson y la evolución de la PA ($r=0.837$, $p=0,000$). En relación a los niveles de reacción de la proteasa C, las lecturas fueron de 150 mg/dl (83%) y 150 mg/dl (17%). Existe una relación moderadamente positiva (0,503, $p=$ una correlación moderadamente positiva) de la proteasa C reactiva con el desarrollo de pancreatitis (0.503, $p=0.000$) entre la proteasa C reactiva y el desarrollo de PA. una relación entre la escala de Ranson y la proteasa C reactiva en el desarrollo de PA. La correlación es moderadamente positiva en 0.428 ($p=0.001$). (22)

Ugarte C. (2017), en su tesis “Utilidad de las escalas de Bisap y Apache II como predictores tempranos de severidad y falla orgánica de pancreatitis aguda en pacientes del Hospital Nacional dos de Mayo – 2016”, se sostuvo un estudio observacional, retrospectivo y transversal; para los cuales la información fue obtenida por la verificación de historias clínicas de sujetos con diagnóstico conclusivo de PA y su subsiguiente valoración de severidad. Se valoro, por medio del uso de curvas ROC, la competencia discriminativa de las mencionadas pruebas diagnósticos. Resultados: del total de 175 HC, en 136 casos la media del grupo etario fue de 40.9 años, el 75% correspondió a la población femenina y con relación a la etiología, la más incidente fue la biliar (86%). La más frecuente fue la Pancreatitis aguda leve (87.5%) y luego la severa con 3.7%. La falla orgánica

se manifestó en el 19.9% (7.4% tardía y 12.5% precoz y). En relación a las curvas ROC sus valores fueron 0.56 y 0.59 para (BISAP) y (APACHE II) respectivamente. Conclusión: Las escalas APACHE II y BISAP resultaron adecuados predictores de gravedad y falla orgánica en la PA; no registrándose una discordancia relevante entre una a comparación de la otra como predictora. (23)

2.2 MARCO TEÓRICO

2.2.1 Pancreatitis aguda

Es un trastorno inflamatorio de la glándula pancreática, tiene su origen en la activación de enzimas pancreáticas que provocan una respuesta inflamatoria, afectando de manera notoria tanto a los tejidos adyacentes como a aquellos ubicados a cierta distancia. Esta compleja patología se manifiesta en un amplio espectro de enfermedades, desde casos leves caracterizados por un edema parénquima hasta formas más severas, como la pancreatitis necrotizante o hemorrágica (23). La clasificación de Atlanta, reconocida en este contexto, divide la PA en dos categorías fundamentales (24):

- PA edematosa intersticial: Esta variante se distingue por un proceso inflamatorio agudo en el parénquima pancreático y los tejidos peripancreáticos, sin presentar signos evidentes de necrosis tisular reconocible.
- PA necrotizante: En esta categoría, la inflamación se asocia con la presencia de necrosis en el parénquima pancreático y/o necrosis peripancreática.
- La severidad de la PA se evalúa según la siguiente clasificación:
- PA leve: En este caso, no se observa insuficiencia orgánica, y no hay complicaciones locales o sistémicas presentes.



- PA moderadamente grave: No hay insuficiencia orgánica o hay una insuficiencia orgánica transitoria (menos de 48 horas), con la posibilidad de complicaciones locales.
- PA grave: La insuficiencia orgánica persistente (más de 48 horas) es una característica distintiva de esta forma grave, la cual puede afectar uno o varios órganos. Esta categoría conlleva un mayor riesgo y requerirá una atención médica más intensiva.

2.2.2 Fases de la pancreatitis aguda

La PA se ha categorizado en dos fases bien diferenciadas: la fase temprana, que abarca un período de 7 a 14 días desde el inicio de síntomas, y la fase tardía, que se extiende más allá de las dos semanas iniciales (25). Esta distinción temporal proporciona una base fundamental para comprender las diversas manifestaciones de la enfermedad y para orientar estrategias de manejo más efectivas.

- Fase Temprana (<2 semanas): Durante esta etapa inicial, que se extiende hasta aproximadamente dos semanas desde el inicio de la PA, la atención se centra en los eventos inflamatorios agudos. Los parámetros clínicos, como la gravedad de los síntomas y los hallazgos en exámenes médicos, juegan un rol crucial en la definición de la intensidad en la fase temprana. En este periodo, la respuesta inflamatoria aguda puede dar lugar a un edema pronunciado en el tejido pancreático y sus áreas circundantes. El manejo terapéutico se orienta hacia el control del dolor, la prevención de complicaciones agudas y la monitorización constante para evaluar la evolución clínica. (25)
- Fase Tardía (>2 semanas): En contraste, la fase tardía de la pancreatitis aguda se caracteriza por una evolución más prolongada y gradual de la enfermedad.



Esta fase puede extenderse más allá de las dos semanas iniciales y se asocia comúnmente con la necesidad de realizar estudios de imagen. La razón principal detrás de la exploración por imágenes en la fase tardía es la identificación de posibles complicaciones locales. Esta etapa implica procesos de reparación y recuperación, pero también puede dar lugar a complicaciones crónicas, como fibrosis o alteraciones en la función pancreática. La detección temprana de estas complicaciones a través de estudios de imagen se convierte en un componente esencial para un abordaje integral y personalizado de la enfermedad. (25)

La distinción entre la fase temprana y tardía de la pancreatitis aguda no solo guía la atención médica inmediata, sino que también influye en la estrategia a largo plazo para prevenir y manejar las posibles complicaciones.

2.2.3 Etiología

2.2.3.1 Cálculos biliares

Los cálculos biliares, como otros tipos de piedras en el sistema biliar, se destacan como la causa más prevalente de pancreatitis aguda, contribuyendo significativamente, en un rango que oscila entre el 40% y el 70%, al total de los casos registrados (26). A pesar de esta elevada incidencia, es importante señalar que solo un reducido porcentaje, comprendido entre el 3% y el 7% de los pacientes con cálculos biliares, experimenta el desarrollo de pancreatitis (27).

La etiología de la pancreatitis asociada a cálculos biliares ha sido objeto de análisis, y se han propuesto dos factores potenciales



desencadenantes de esta enfermedad. Por un lado, se destaca el reflujo de bilis, el cual ocurre debido a la obstrucción temporal de la ampolla de Vater durante la migración de los cálculos biliares a través del sistema biliar. Por otro lado, se considera la posibilidad de un bloqueo en la ampolla, ya sea debido a la presencia de cálculos o al edema resultante del paso de uno de estos cálculos (24).

La relación entre la pancreatitis aguda y la colecistectomía, así como la eliminación de cálculos del colédoco, es evidente, desempeñando un papel crucial en la prevención de recurrencias de la pancreatitis (26). Investigaciones adicionales han revelado que los litios con diámetro inferior a 5 mm tienen mayor posibilidad de pasar por el conducto cístico y obstruir la ampolla en comparación con cálculos de mayor tamaño (2). Este hallazgo subraya la importancia del tamaño de los cálculos como un factor determinante en la probabilidad de obstrucción, contribuyendo así al entendimiento más completo de la fisiopatología de la pancreatitis aguda asociada a cálculos biliares.

2.2.3.2 Alcohol

En los Estados Unidos, se estima que el consumo de alcohol juega un papel significativo en un rango sustancial, alrededor del 25% al 35%, de casos de PA (28). La relación entre el alcohol y la pancreatitis aguda ha sido objeto de estudio, revelando diversos mecanismos mediante los cuales el alcohol puede desencadenar esta condición.

El alcohol ejerce su impacto en el páncreas al aumentar la síntesis de enzimas en las células acinares pancreáticas. Estas enzimas



desempeñan un papel crucial en la síntesis de enzimas digestivas y lisosomales, consideradas como factores clave en el desarrollo de la pancreatitis aguda. Además, se ha postulado que el alcohol puede aumentar la susceptibilidad de los acinos pancreáticos a la colecistoquinina, un péptido gastrointestinal que regula la liberación de enzimas pancreáticas. Esta hipersensibilidad a la colecistoquinina podría contribuir al desarrollo y la exacerbación de la pancreatitis aguda en individuos que consumen alcohol de manera crónica (29).

Es esencial comprender la compleja interacción entre el alcohol y el páncreas para abordar eficazmente la prevención y el tratamiento de la PA relacionada con el consumo de alcohol. La identificación de estos mecanismos proporciona un marco valioso para desarrollar estrategias de intervención específicas y personalizadas destinadas a mitigar los riesgos asociados con la ingesta de alcohol y la pancreatitis aguda.

2.2.3.3 Hipertrigliceridemia

Niveles séricos de triglicéridos que superan los 1000 mg/dL (11 mmol/L) constituyen un factor crítico que puede desencadenar episodios de pancreatitis aguda, aunque se ha observado que incluso concentraciones más moderadas pueden influir en la gravedad de la condición (2). La PA asociada a la hipertrigliceridemia se asocia tanto con trastornos primarios en el metabolismo de las lipoproteínas como con condiciones secundarias.

Los trastornos primarios del metabolismo de las lipoproteínas pueden incluir la hipertrigliceridemia familiar, una condición genética que predispone a niveles elevados de triglicéridos en la sangre. Además, hay



condiciones secundarias que pueden contribuir a la hipertrigliceridemia, entre las cuales se encuentran la obesidad, la diabetes mellitus, el hipotiroidismo, el estado de embarazo y el uso de ciertos medicamentos. Entre estos medicamentos se incluyen la terapia con estrógenos, tamoxifeno y betabloqueantes, todos los cuales han sido identificados como factores de riesgo para niveles elevados de triglicéridos y, por ende, para el desarrollo de PA (2).

Entender la relación de la hipertrigliceridemia con la pancreatitis aguda es crucial para el manejo clínico de estos pacientes. El identificar y tratar los trastornos metabólicos subyacentes, así como la gestión de los factores de riesgo adquiridos, son elementos clave en la prevención y el tratamiento de la pancreatitis aguda relacionada con la hipertrigliceridemia.

2.2.3.4 Tabaco

La relación entre el tabaquismo y la PA es considerable, ya que se estima que aproximadamente el 50% de los casos de esta enfermedad están asociados al hábito de fumar (30). Entre los fumadores activos, se observa un incremento del 20% en la probabilidad de presentar enfermedad pancreática en comparación con aquellos individuos que han abandonado el hábito tabáquico.

El tabaco contiene una amplia gama de sustancias químicas perjudiciales y carcinógenas que pueden desencadenar respuestas inflamatorias y daño a los tejidos, contribuyendo así al desarrollo de la pancreatitis aguda. Además, los efectos tóxicos del tabaco pueden afectar



el sistema vascular y la microcirculación en el páncreas, agravando la inflamación y comprometiendo la función pancreática.

La relevancia del tabaquismo como factor de riesgo modificable en la pancreatitis aguda se magnifica por su alta prevalencia a nivel mundial. Dada la amplia distribución del consumo de tabaco, su papel en la etiología de la pancreatitis aguda destaca como uno de los factores de riesgo más críticos y, al mismo tiempo, como un objetivo clave para intervenciones preventivas.

Abordar la relación entre el tabaquismo y la pancreatitis aguda no solo implica la identificación de riesgos, sino también la implementación de estrategias efectivas de prevención y cesación del tabaquismo para reducir la carga de esta enfermedad. Este enfoque integral es esencial para la salud pública y la promoción de estilos de vida más saludables.

2.2.4 Epidemiología

La PA es uno de los trastornos gastrointestinales agudos de importancia a nivel mundial (24). En los últimos 10 años, la incidencia de pancreatitis aguda fue aumentando como consecuencia a una elevada incidencia de obesidad, ingesta de alcohol y litiasis en el colédoco. Se considera que se presentan 10 a 40 casos por 100,000 personas anualmente y comúnmente afecta a pacientes de 40 a 60 años a nivel mundial (25).

Varios estudios epidemiológicos han proporcionado evidencia significativa de un aumento del 13.3% en las hospitalizaciones por PA. Este incremento se ha observado específicamente en el período entre 2009 y 2013.



Notablemente, se ha registrado una disminución en la duración de la hospitalización, la tasa de mortandad y los costos asociados, en comparación con el período comprendido entre 2002 y 2005. Este cambio positivo se atribuye, en gran medida, a la aplicación rutinaria de herramientas de estratificación de riesgos, que se ha correlacionado con la eficacia de las herramientas diagnósticas y la adopción de un manejo más agresivo para los casos moderados a severos, particularmente en unidades de cuidados intensivos.

A pesar de estos avances, se observa una similitud en las tasas de mortalidad entre diferentes etiologías de la pancreatitis aguda. La insuficiencia orgánica persistente, es la que dura más de 48 horas, surge como la causa más frecuente de mortalidad en los casos de pancreatitis aguda. Factores adicionales que se asocian con una alta tasa de mortalidad incluyen la presencia de diabetes, las infecciones adquiridas en el hospital y la edad avanzada, particularmente en individuos de 70 años o más (35).

Este panorama epidemiológico complejo subraya la importancia de la estratificación del riesgo, el diagnóstico preciso y un manejo terapéutico más efectivo en la evolución de la PA. La identificación temprana de factores de riesgo y la implementación de intervenciones específicas son esenciales para mejorar aún más los resultados y reducir la carga de esta enfermedad.

2.2.4.1 Factores de riesgo

En lo que respecta al tabaco, tanto los individuos que fuman activamente como aquellos que han dejado de hacerlo, se identifican como características de riesgo independientes para el desarrollo de PA (35). Esta condición inflamatoria del páncreas se ve asociada no solo al hábito actual



de fumar, sino también a la historia previa de tabaquismo, subrayando la importancia de considerar estos antecedentes en la evaluación del riesgo.

Respecto a la colelitiasis, se observa que el riesgo de padecer PA debido a cálculos biliares puede estar relacionada a la dieta. Se destaca que la probabilidad de desarrollar esta enfermedad pancreática aumenta con la ingesta de grasas saturadas, colesterol, carne roja y huevo, mientras que se reduce con la inclusión de fibra en la alimentación (35). Estos hallazgos resaltan la relevancia de los hábitos alimenticios en la prevención y manejo de la pancreatitis aguda asociada a la colelitiasis.

El alcoholismo, un trastorno crónico que afecta alrededor del 10 por ciento de los casos, se vincula estrechamente con episodios de PA, los cuales clínicamente no se pueden distinguir de otras formas de la enfermedad (29). Este vínculo subraya la importancia de abordar el consumo crónico de alcohol como un factor de riesgo significativo en la patogénesis de la pancreatitis aguda, enfatizando la necesidad de intervenciones y programas de prevención en individuos con trastornos relacionados con el alcohol.

En lo que respecta a la hipertrigliceridemia, se considera que puede representar entre el 1 y el 14 por ciento de casos de PA (36). Este hallazgo subraya la importancia de evaluar y gestionar los niveles de triglicéridos en la prevención y tratamiento de la pancreatitis aguda, especialmente en aquellos individuos con predisposición genética o condiciones médicas que pueden contribuir a la hipertrigliceridemia.



2.2.4.2 Factores sociodemográficos

- Sexo y edad: En el contexto de la población adulta, es crucial resaltar las disparidades de género y edad en relación con la pancreatitis aguda. Por ejemplo, en mujeres jóvenes, el riesgo se ve influenciado por factores como el embarazo y la producción de esteroides sexuales, lo cual se correlaciona con un aumento en la probabilidad de presentar pancreatitis aguda (37). En contraste, en los varones, se observa que el riesgo de desarrollar esta enfermedad pancreática aumenta de manera proporcional al envejecimiento (37). Además, las féminas menores de 55 años muestran una frecuencia más elevada de PA de origen biliar comparando con los varones de la misma edad, siendo más pronunciada en el intervalo de edades comprendido entre los 31 y 45 años (14).
- Nivel de educación: La educación emerge como un determinante clave en la salud de las personas, ejerciendo una influencia significativa en la adopción de estilos de vida saludables. Aquellos con educación superior tienden a preferir hábitos más saludables y a evitar comportamientos perjudiciales para la salud. Aunque los mecanismos exactos por los cuales la educación afecta la salud no están completamente comprendidos, se destaca su papel en la infancia y la adolescencia como un elemento correctivo de las desigualdades sociales, influyendo en la alfabetización en salud y actuando como un factor de protección ante las disparidades sociales. Por lo tanto, se subraya la importancia de coordinar eficazmente las políticas de salud y educación para fomentar la equidad en la salud (39).



- **Procedencia:** La incidencia de la pancreatitis aguda exhibe variaciones geográficas, siendo influida por el consumo de alcohol y la frecuencia de litiasis biliar en distintas regiones (40). La prevalencia de la enfermedad se ve modulada por los patrones de consumo de alcohol en diversas comunidades, así como por la frecuencia de cálculos biliares. Esta variabilidad regional subraya la necesidad de tener en cuenta factores geográficos y culturales al abordar la pancreatitis aguda en distintas poblaciones, destacando la importancia de estrategias de prevención y tratamiento adaptadas a contextos específicos.

2.2.5 Clínica

El cuadro clínico característico de la pancreatitis aguda se manifiesta predominantemente con dolor en la parte superior del abdomen, siendo este un síntoma cardinal (52). Cerca del 90% de los casos también experimentan náuseas y vómitos, síntomas que pueden persistir a lo largo de varias horas (84). En situaciones más complicadas, algunos pacientes pueden desarrollar íleo parálítico, un trastorno en el movimiento intestinal que contribuye a la complejidad del cuadro clínico (84).

En casos específicos de pancreatitis que provocan irritación diafragmática, se pueden presentar síntomas respiratorios como disnea, derrame pleural o síndrome de dificultad respiratoria aguda (86). Es relevante destacar que, en pacientes con antecedentes de consumo alcohólico, también pueden manifestarse síntomas de privación, añadiendo una capa adicional de complejidad al diagnóstico y tratamiento de la enfermedad.



En instancias más graves de la enfermedad, se han observado manifestaciones raras en las primeras horas del ingreso hospitalario. Estas incluyen hipocalcemia con síntomas, hematomas periumbilicales (signo de Cullen) o en los flancos abdominales (signo de Grey-Turner), alteraciones de la retina de Purtscher, la paniculitis subcutánea y la encefalopatía pancreática (52). La presencia de estas manifestaciones atípicas destaca la heterogeneidad de la pancreatitis aguda y la necesidad de una evaluación clínica integral para comprender la gravedad y la extensión de la enfermedad.

- Dolor abdominal: La descripción del dolor abdominal, según la clasificación de la OMS, lo caracteriza como una sensación localizada que sigue las vías espinotalámicas y se manifiesta en la región donde la irritación directa del peritoneo parietal afecta al órgano correspondiente. En el contexto de la PA, el dolor que acompaña a esta situación se manifiesta como una experiencia intensa y continua, típicamente con un inicio abrupto. Este dolor se localiza comúnmente en el epigastrio o en la región periumbilical, pudiendo irradiar hacia la espalda, tórax o flancos. Es importante destacar que el dolor tiende a intensificarse con los movimientos y disminuir al inclinarse hacia adelante, proporcionando una pista valiosa para el diagnóstico (41) (42). En términos temporales, la mayoría de los pacientes busca atención médica aproximadamente en las 12 a 24 horas posteriores de la aparición de los síntomas. Durante el examen físico, se suele observar dolor a la palpación en la región epigástrica, lo que contribuye a la evaluación clínica de la pancreatitis aguda (43). Específicamente en los casos de pancreatitis aguda de origen biliar, el dolor, de inicio rápido y bien localizado, alcanza su máxima intensidad en un periodo de 10 a 20 minutos, subrayando la agudeza



de este síntoma en este subgrupo de pacientes (38). La sintomatología del dolor abdominal en la pancreatitis aguda no solo es un indicador crucial para el diagnóstico, sino que también proporciona información valiosa sobre la posible etiología y gravedad de la condición, contribuyendo así a una gestión clínica efectiva.

- Náuseas y vómitos: Las náuseas son la sensación subjetiva mal definida y desagradable que deriva de la estimulación del centro del vomito en bulbo raquídeo, que con frecuencia preceden al vómito. El cuál es el proceso súbito y forzado de expulsión del contenido del estómago por vía oral. En el 80% de los casos, que presentas pancreatitis aguda asocia vómitos (42) Los neurotransmisores mediadores de la inducción del vómito son selectivos de los lugares anatómicos. Es así que los estímulos aferentes vagales en respuesta de la inflamación pancreática va a activar a los receptores 5-HT3 de la serotonina. El área postrema está ricamente inervada por fibras que actúan sobre diferentes subtipos de receptores que comprenden los 5-HT3, M1, H1 y D2 de la dopamina (1, 2).
- Fiebre: Hace referencia a la perturbación del equilibrio del centro termorregulador del hipotálamo hacia valores superiores, es una respuesta inespecífica mediada por pirógenos endógenos como la IL-1 las cuales son liberados por células del hospedero en respuesta trastornos infecciosos o de otros tipos. En la pancreatitis Aguda la fiebre está presente en la mayoría de los casos, debido a la liberación masiva de citoquinas y en presencia del síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SIRS). (44)



- **Ictericia:** Es la pigmentación amarillenta de la piel y de los tejidos profundos, deriva de las concentraciones elevadas anómalas de la bilirrubina en sangre siendo un signo de coledocolitiasis persistente, (41)
- **Hiporexia:** La hiporexia, según la OMS, definida como la pérdida parcial del apetito, contribuye a la complejidad del cuadro clínico en pacientes con pancreatitis aguda. Esta disminución en el deseo de comer puede afectar significativamente el patrón alimentario del paciente, complicando aún más la gestión nutricional y el manejo integral de la enfermedad. La consideración de la hiporexia resalta la importancia de abordar aspectos nutricionales en el tratamiento de la pancreatitis aguda.

2.2.6 Comorbilidades

- **Hipertensión Arterial:** La hipertensión arterial sistémica, que afecta a alrededor del 30-45% de la población adulta mundial, se caracteriza por el aumento de la presión arterial por encima de los valores considerados normales (45). El mantenimiento de la presión arterial dentro de rangos saludables implica un equilibrio delicado entre el gasto cardíaco y las resistencias vasculares periféricas. Alteraciones en el sistema renal, hormonal, cardiovascular y neurológico pueden desencadenar desequilibrios en este sistema, elevando el gasto cardíaco, las resistencias o ambos, y dando lugar a la hipertensión (46,47).
- **Diabetes Mellitus:** La diabetes mellitus (DM) es un trastorno metabólico resultado de la deficiente acción y secreción de insulina, influenciado por factores genéticos y ambientales. La DM conduce a la hiperglucemia crónica y a alteraciones en el metabolismo de carbohidratos, grasas y proteínas, con



posibles daños secundarios en órganos como riñones, ojos, nervios y vasos sanguíneos (48)(49). El aumento global de la prevalencia de la DM es un importante problema de salud pública, con una prevalencia mundial del 9% en adultos mayores de 18 años en 2014, y cifras alarmantes de mortalidad asociada, especialmente en países de ingresos bajos y medios (50). En el contexto de la pancreatitis aguda, existe una interrelación compleja entre esta enfermedad y la diabetes, ya que la pancreatitis severa puede dar lugar al desarrollo de diabetes mellitus tipo 2, y viceversa, sugiriendo una conexión endocrina de frecuencia variable y tiempo de aparición no uniforme (49). Mecanismos patogénicos, aunque no completamente comprendidos, indican que la hiperglucemia y factores que influyen en la resistencia a la insulina contribuyen al aumento en la generación de especies reactivas de oxígeno en las células acinares pancreáticas (49).

- **Insuficiencia Renal:** Los pacientes en diálisis tienen un riesgo elevado de desarrollar pancreatitis aguda, y aunque los mecanismos precisos no están claramente identificados, factores como la uremia, el hiperparatiroidismo secundario, la hipertrigliceridemia o ciertos fármacos se consideran como posibles riesgos adicionales en estos pacientes dializados crónicos (51). En el caso de la diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA), se ha especulado que la infusión de grandes cantidades de líquido con una composición no fisiológica podría aumentar la presión intraabdominal de manera no fisiológica, lo que podría hacer al páncreas más susceptible al daño parenquimatoso (52). Además, la hipertrigliceridemia, junto con la concentración de glucosa, se ha señalado como un riesgo adicional en estos pacientes. La elevación de las enzimas pancreáticas en pacientes con



insuficiencia renal crónica (IRC), tanto dializados como no, sugiere la necesidad de considerar cuidadosamente este aspecto al realizar diagnósticos, incluso en ausencia de pancreatitis, y plantea la posibilidad de que esta elevación enzimática esté relacionada con un defecto en la eliminación renal (52). Estos hallazgos resaltan la compleja interrelación entre la insuficiencia renal y la pancreatitis aguda, donde diversos factores contribuyen al riesgo y a la patogénesis de la enfermedad pancreática en este grupo de pacientes.

2.2.7 Diagnóstico

El proceso de diagnóstico de la pancreatitis aguda se fundamenta en la presencia de al menos dos de los tres criterios definidos (24):

- Inicio repentino de dolor epigástrico intenso y persistente, comúnmente irradiado hacia la espalda.
- Aumento en los niveles séricos de lipasa o amilasa a tres veces o más el límite superior normal.
- Evidencia de características típicas de pancreatitis aguda en estudios de imágenes, tales como tomografía computarizada (TC) con contraste, resonancia magnética (IRM) o ecografía transabdominal.

Cuando los pacientes presentan dolor abdominal característico y una elevación de lipasa o amilasa sérica que alcanza o supera tres veces el límite superior normal, no se requieren estudios de imágenes adicionales para confirmar el diagnóstico de pancreatitis aguda.

En situaciones donde la pancreatitis aguda se manifiesta sin dolor abdominal característico o con niveles séricos de amilasa o lipasa por debajo de



tres veces el límite superior normal, el diagnóstico se torna incierto. En tales casos, se realiza una evaluación mediante imágenes abdominales, específicamente con una tomografía computarizada abdominal con contraste. Este procedimiento no solo ayuda a confirmar el diagnóstico de pancreatitis aguda, sino que también permite descartar otras posibles causas de dolor abdominal agudo. Para pacientes con alergias al contraste o insuficiencia renal, se considera una alternativa la realización de una resonancia magnética abdominal sin gadolinio (8). Este enfoque integral en el diagnóstico permite una evaluación precisa y oportuna de la pancreatitis aguda, garantizando un manejo adecuado y la exclusión de otras condiciones clínicas relevantes.

2.2.7.1 Laboratorio

En el desarrollo de la pancreatitis aguda, se observa una alteración en la relación entre la síntesis y la secreción de las enzimas digestivas pancreáticas, manifestándose como un bloqueo en la secreción mientras la síntesis continúa (8). Este fenómeno conduce a un aumento considerable en los niveles de amilasa y lipasa, superando tres veces el límite superior normal (53). A pesar de que la elevación de ambas enzimas es valiosa para confirmar el diagnóstico de pancreatitis aguda, estas no proporcionan una evaluación detallada de la gravedad de la enfermedad. La magnitud del aumento no guarda correlación con la gravedad local o sistémica de la pancreatitis, ni con la duración del episodio. Por lo tanto, estos niveles elevados carecen de valor pronóstico y su seguimiento secuencial a lo largo del tiempo tiene una utilidad clínica limitada (17). La elevación de amilasa y lipasa en la pancreatitis aguda es un marcador importante para el diagnóstico, pero no ofrece información precisa sobre la severidad,



duración o pronóstico de la enfermedad. El monitoreo secuencial de estos niveles debe complementarse con otras evaluaciones clínicas y de imágenes para obtener una comprensión completa de la condición del paciente.

2.2.7.2 Imágenes

- Radiografías de abdomen y tórax: La presencia del signo de la colonectomía es un indicador que señala la ausencia de aire en el colon distal al ángulo esplénico, y esta condición se origina debido a un espasmo funcional en el colon descendente asociado a la pancreatitis (54). Este signo se manifiesta como resultado del efecto de la pancreatitis en el funcionamiento del colon descendente, específicamente en la capacidad de acumular gas en esa región del colon. La falta de aire detectada en el colon distal, observable mediante técnicas de diagnóstico por imagen, revela el impacto funcional de la pancreatitis en la dinámica colónica. La observación del signo de la colonectomía puede proporcionar información valiosa sobre la extensión y los efectos secundarios de la pancreatitis en el sistema gastrointestinal, lo que contribuye a una evaluación más completa del estado del paciente y puede influir en las decisiones clínicas y de tratamiento. Es importante considerar esta manifestación en el contexto general de la evaluación de la pancreatitis y sus posibles implicaciones en la función intestinal.
- Ecografía abdominal: En pacientes que padecen pancreatitis aguda (PA), los estudios de ecografía abdominal revelan alteraciones



significativas. Se observa un agrandamiento difuso del páncreas con un patrón hipoecoico. Adicionalmente, es posible identificar la presencia de cálculos biliares en la vesícula biliar o en el conducto biliar. El líquido peripancreático se visualiza como colecciones anecoicas en la ecografía abdominal, y en algunos casos, estas colecciones pueden presentar ecos internos, indicativos de necrosis pancreática. Sin embargo, es importante destacar que en aproximadamente el 25 al 35 por ciento de los casos de pancreatitis aguda, la presencia de gases intestinales debido a un íleo puede dificultar la evaluación adecuada del páncreas y del conducto biliar mediante ecografía abdominal (55). Este fenómeno puede limitar la visibilidad de las estructuras pancreáticas y biliares, dificultando la obtención de información detallada sobre la condición del paciente. Por lo tanto, es crucial considerar estas limitaciones al interpretar los resultados de la ecografía en casos de pancreatitis aguda.

- Tomografía computarizada abdominal: En individuos afectados por pancreatitis edematosa intersticial aguda, sometidos a estudios de tomografía computarizada (TC), se evidencian hallazgos que abarcan desde un agrandamiento focal o difuso del páncreas hasta un realce heterogéneo después de la administración de contraste intravenoso. En este contexto, la necrosis del tejido pancreático se caracteriza por la falta de realce en la región afectada tras la administración de contraste intravenoso (8). En algunos casos, la TC abdominal con contraste puede revelar la presencia ocasional de cálculos en el conducto biliar común. Asimismo, la exploración mediante este método puede



identificar la existencia de una masa pancreática en pacientes que presentan un cáncer de páncreas subyacente. Además, en situaciones asociadas con neoplasia mucinosa papilar intraductal o neoplasia quística, la TC puede mostrar una dilatación difusa del conducto pancreático o la presencia de una lesión quística en el tejido pancreático (8). Estos hallazgos radiológicos aportan información valiosa para la evaluación detallada de la pancreatitis aguda y sus posibles complicaciones.

2.2.8 Estratificación de riesgo

2.2.8.1 Sistemas de Puntuación

Se han propuesto varios sistemas de puntuación para evaluar la pancreatitis aguda, sin embargo, hasta la fecha, ninguno ha alcanzado una perfección demostrada. A pesar de que estos sistemas pueden ser valiosos para clasificar a los pacientes, facilitando comparaciones e informes entre instituciones, ninguno ha demostrado tener una precisión sobresaliente para predecir la gravedad específica de la pancreatitis aguda en un paciente individual en el entorno clínico de la cabecera de la cama. Algunos de estos sistemas, como el Criterio de Ranson y la Escala de Glasgow, requieren 48 horas para completarse, solo se pueden aplicar una vez y tienen limitaciones en términos de sensibilidad y especificidad. Además, ciertos sistemas se centran en complicaciones específicas o son invasivos, como el lavado peritoneal diagnóstico de Leeds, lo que reduce su aplicabilidad práctica. Como resultado, muchos de estos sistemas no se utilizan de



manera rutinaria en la práctica clínica. Algunos ejemplos de estos sistemas de puntuación incluyen.

- Criterio de Ranson
- Escala de APACHE II
- Índice de BISAP
- Escala de Marshall



CAPÍTULO III

MATERIALES Y MÉTODOS

3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

3.1.1 Según su enfoque

Cuantitativo, debido a que los objetivos son medibles, concretos y realistas

3.1.2 Según su alcance

Descriptivo, debido a que se pretende recolectar datos y reportar información sobre estos.

3.1.3 Según al diseño de investigación

No experimental, debido a que el investigador no puede modificar, interrumpir, ni manipular las variables, transversal, puesto que los datos se recolectarán en un periodo determinado y retrospectivo por la evaluación de hechos pasados.

3.2 CAMPO DE VERIFICACIÓN

3.2.1 Ubicación espacial

El presente trabajo se llevó a cabo en el servicio de Medicina Interna del hospital EsSalud Base III Juliaca, provincia San Román, capital Puno. La cual se encuentra a 3824 m.s.n.m.



3.2.2 Ubicación temporal

Estudio de arquetipo coyuntural que abarca el periodo de los meses de Enero del 2021 a Diciembre de 2022.

3.2.3 Población

La población estuvo constituida por pacientes con Pancreatitis Aguda atendidos en el Hospital EsSalud Juliaca.

3.2.4 Muestra

Conformada por 116 historias clínicas de pacientes que padecieron pancreatitis aguda en el periodo del 2021 al 2022, las cuales fueron proporcionadas por el servicio de admisión del Hospital EsSalud Juliaca.

3.2.4.1 Criterios de inclusión:

- Historias clínicas de pacientes con PA debidamente diagnosticadas por laboratorio y clínica como mínimo.
- Historias clínicas completas y validadas por el gastroenterólogo debidamente llenadas de pacientes con pancreatitis aguda
- Historias clínicas de pacientes con pancreatitis aguda mayores a 15 años.

3.2.4.2 Criterios de exclusión:

- Historias clínicas de pacientes con diagnóstico de pancreatitis crónica.
- Historias clínicas de pacientes con antecedente de cirugía pancreática previa, o CEPRE
- Historias clínicas con comorbilidades mal diagnosticadas



3.2.5 Tipo de muestreo

Se utilizó el tipo de muestra no probabilístico por conveniencia debido a que el grupo de estudio está supeditado a preferencia del investigador.

3.3 MÉTODO

Para alcanzar los objetivos trazados con relación a las características clínicas y epidemiológicas de la pancreatitis aguda, se utilizó la ficha de recolección de datos que nos brindó la información requerida mediante el análisis de documentos médicos legales (historia clínica).

3.3.1 Procedimiento

Se compartió la versión preliminar de la investigación en la plataforma virtual PILAR de la Universidad Nacional del Altiplano (UNAP) para su evaluación y aprobación. Se llevó a cabo el proceso de solicitud de autorización a la Dirección Académica del hospital EsSalud III Juliaca para llevar a cabo la ejecución del estudio, y esta autorización fue comunicada a la Jefatura del Servicio de Medicina Interna Especialidades del Hospital. La recopilación de datos se realizó meticulosamente a partir de los registros médicos, utilizando las fichas específicas designadas, con estricta observancia de las precauciones y directrices de bioseguridad.

La información recopilada de las fichas de recolección de datos se introdujo en el programa de cálculo Excel 2019, donde se llevó a cabo una exhaustiva depuración de la base de datos. Posteriormente, se procedió a la codificación de estos datos en el programa SPSS para aplicar las estadísticas pertinentes y realizar un análisis más detallado.



La información obtenida fue sometida a un examen minucioso y posteriormente discutida en relación con los objetivos establecidos en el estudio. Este proceso garantiza la validez y fiabilidad de los resultados, además de cumplir con los estándares éticos y metodológicos requeridos en la investigación clínica.

3.3.2 Manejo estadístico

El programa utilizado para el análisis de base de datos fue SPSS v26

3.4 CONSIDERACIONES ÉTICAS

El investigador asume la responsabilidad fundamental de resguardar la identidad de cada participante en el estudio. La base de datos creada se destina exclusivamente al propósito científico esencial del investigador. La recopilación de datos se llevó a cabo mediante la revisión de registros de historias clínicas, prescindiendo de la firma de un consentimiento informado y enfocándose en la prioridad de proteger y mantener la confidencialidad de la información obtenida de cada paciente.

Al concluir la investigación, los resultados científicos se compartirán con el Hospital EsSalud III Juliaca para su aplicación en la implementación de planes de mejora y otras iniciativas de gestión. Conforme al artículo 21 de la Declaración de Helsinki, se destaca la necesidad de preservar en todo momento el derecho de los participantes en la investigación a mantener su integridad. Se han adoptado todas las precauciones pertinentes para garantizar la confidencialidad de la información del paciente, proteger la privacidad personal y minimizar cualquier impacto del estudio en la personalidad, así como en el bienestar físico y mental de los sujetos involucrados. Estas medidas están alineadas con los principios éticos fundamentales que rigen la investigación clínica y aseguran el respeto y la protección de los derechos de los participantes.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 RESULTADOS

A continuación, se mostrarán los resultados obtenidos en cuanto al aspecto epidemiológico, brindando información relevante mediante la evaluación sociodemográfica y de factores de riesgo. Por otro lado, se evalúa también el aspecto clínico el cual comprende sintomatología y comorbilidades, con los cuales nos brindó el perfil epidemiológico y clínico del paciente con pancreatitis aguda de nuestra región.

4.1.1 Características epidemiológicas

Abarca los resultados de acuerdo con elementos 960 sociodemográficos como procedencia, sexo, nivel de educación y edad, 961 así como también factores de riesgo.

Tabla 1

Procedencia de pacientes con Pancreatitis Aguda en el Hospital EsSalud III Juliaca. (enero 2021 – diciembre 2022)

Procedencia de los pacientes	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
R	5	4,3	4,3	4,3
U	111	95,7	95,7	100,0
Total	116	100,0	100,0	

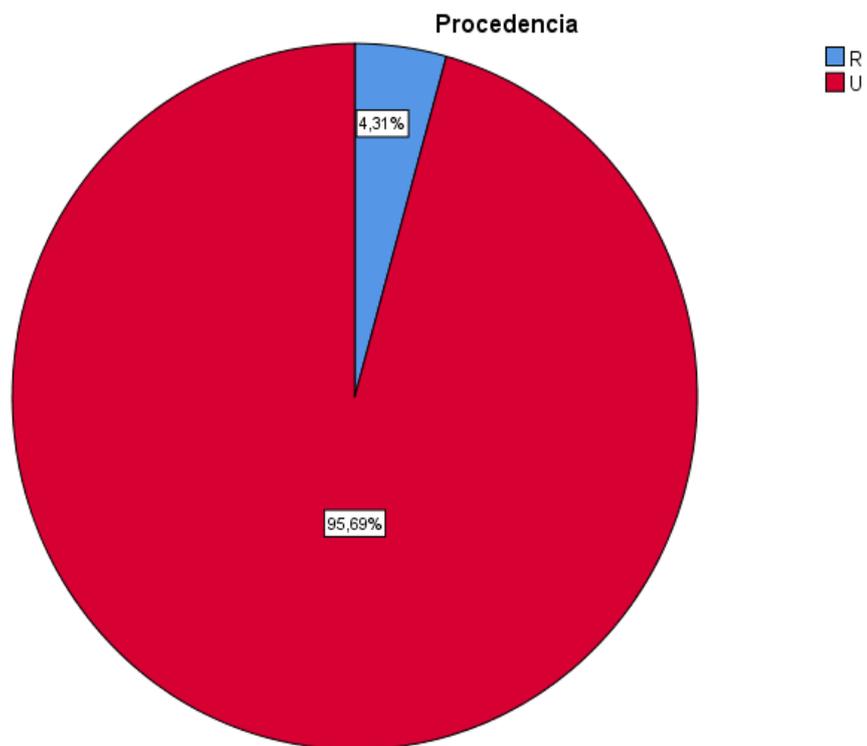
Fuente: Datos de sexo de los pacientes, obtenidos de SPSS.

La Tabla 1 presenta la distribución porcentual de dos categorías, R y U. La categoría Urbano “U” representa la gran mayoría con un 95,7%, mientras que la categoría Rural (R) tiene una presencia más limitada con un 4,3%. Esto sugiere

que la categoría U es significativamente más predominante en comparación con la categoría R en el conjunto de datos examinado.

Figura 1.

Procedencia de los Pacientes con Pancreatitis Aguda



Fuente: Datos de la procedencia de los pacientes, obtenidos de SPSS.

La figura 1 representa la distribución de los resultados obtenidos sobre la procedencia de los pacientes donde muestra que solo el 4.31% son de procedencia rural.

Tabla 2

Sexo de pacientes con Pancreatitis Aguda en el Hospital EsSalud III Juliaca.

(enero 2021 – diciembre 2022)

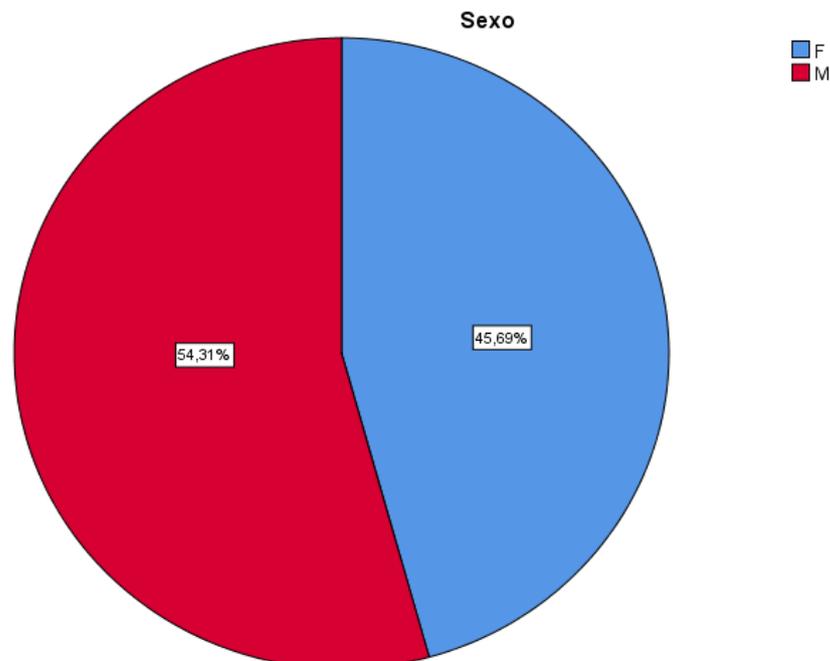
Sexo de los pacientes	frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
F	53	45,7	45,7	45,7
M	63	54,3	54,3	100,0
Total	116	100,0	100,0	

Fuente: Datos de sexo de los pacientes, obtenidos de SPSS.

En la Tabla 2 se representa la distribución porcentual de género donde nos muestra que 63 pacientes fueron masculinos (54.3%), mientras que 53 pacientes fueron femeninas (45,7).

Figura 2

Sexo de los pacientes Pancreatitis aguda



Fuente: Datos de sexo de los pacientes, obtenidos de SPSS.

En la figura 2 podemos observar la distribución de los resultados dando como resultado que los pacientes atendidos son hombres (M) superando al grupo femenino (F) en un 8.62 %.

Tabla 3

Nivel de Educación de pacientes con Pancreatitis Aguda en el Hospital EsSalud III Juliaca. (enero 2021 – diciembre 2022).

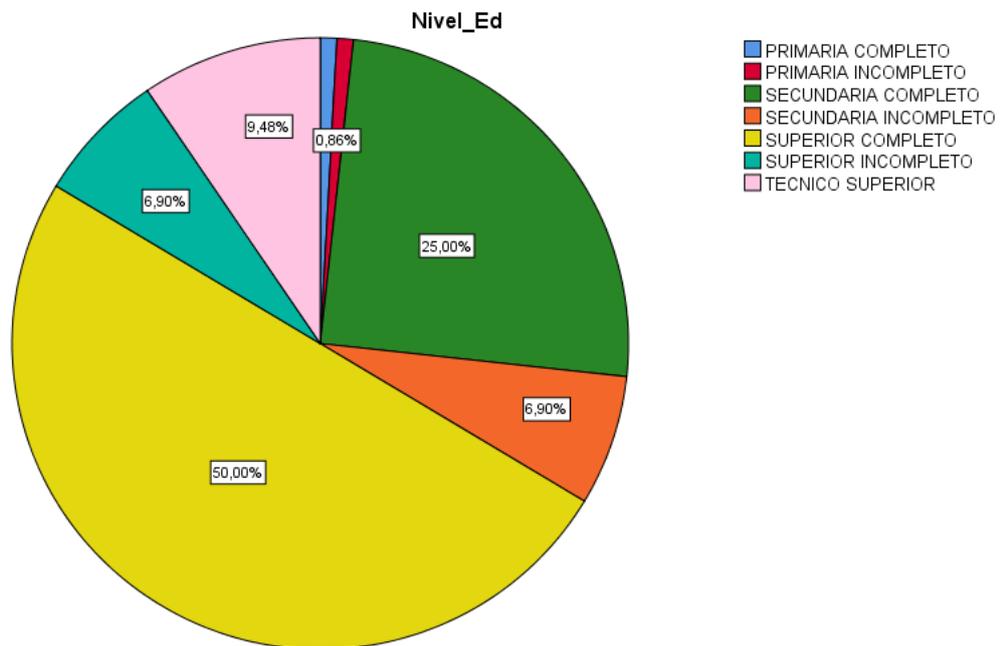
Nivel de Educación de los pacientes	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Primaria completa	1	0,9	0,9	0,9
Primaria incompleta	1	0,9	0,9	1,7
Secundaria completa	29	25,0	25,0	26,7
Secundaria incompleta	8	6,9	6,9	33,6
Superior completa	58	50,0	50,0	83,6
Superior incompleta	8	6,9	6,9	90,5
Técnico superior	11	9,5	9,5	100,0
Total	116	100,0	100,0	

Fuente: Datos del nivel de educación, obtenidos de SPSS.

En la Tabla 3 observamos que 58 pacientes tienen educación superior completa (50,0%), seguidas 29 pacientes con educación secundaria completa (25,0%). El nivel técnico superior de 11 pacientes está en un 9.5%, La educación secundaria incompleta de halló en 8 pacientes (6.9%) y superior incompleta en 8 pacientes (6,9%). Se evidencia que 1 paciente tiene educación primaria incompleta (0,9%) o primaria completa (0,9%).

Figura 3.

Nivel de educación de pacientes con Pancreatitis Aguda



Fuente: Datos del nivel de educación, obtenidos de SPSS.

En la grafico 3, se puede visualizar de manera representativa la distribución del nivel de estudios de los pacientes atendidos siendo en su mayoría con un 50% superior técnico, y de último tenemos el nivel de estudio de superior incompleto con un 0.86%.

Tabla 4

Edad de pacientes con Pancreatitis Aguda en el Hospital EsSalud III Juliaca.

(enero 2021 – diciembre 2022)

Edad		
N	Válido	116
	Perdidos	0
Media		47,6379
Mínimo		15,00
Máximo		78,00

Fuente: Datos de procedencia de los pacientes, obtenidos de SPSS.

La tabla 4 muestra datos estadísticos sobre la edad y ofrecen una visión comprensiva de la distribución y tendencia central en el conjunto de datos. La media de edad es de 47,64 años, indicando el valor promedio de las edades en la muestra. El rango de edades va desde un mínimo de 15 años hasta un máximo de 78 años, lo que destaca la variabilidad en las edades representadas.

Tabla 5

Factor Riesgo de pacientes con Pancreatitis Aguda en el Hospital EsSalud III Juliaca. (enero 2021 – diciembre 2022)

FACTORES DE RIESGO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
LITIASIS VESICULAR	63	54.3%
ALCOHOLISMO	11	9.4%
HIPERTRIGLICERIDEMIA	7	6.0%
LITIASIS VESICULAR Y ALCOHOLISMO	16	13.7%
LITIASIS VESICULAR E HIPERTRIGLICERIDEMIA	16	13.7%
LITIASIS VESICULAR Y TABAQUISMO	2	1.7%
ALCOHOLISMO Y TABAQUISMO	1	0.8%
TOTAL	116	100%

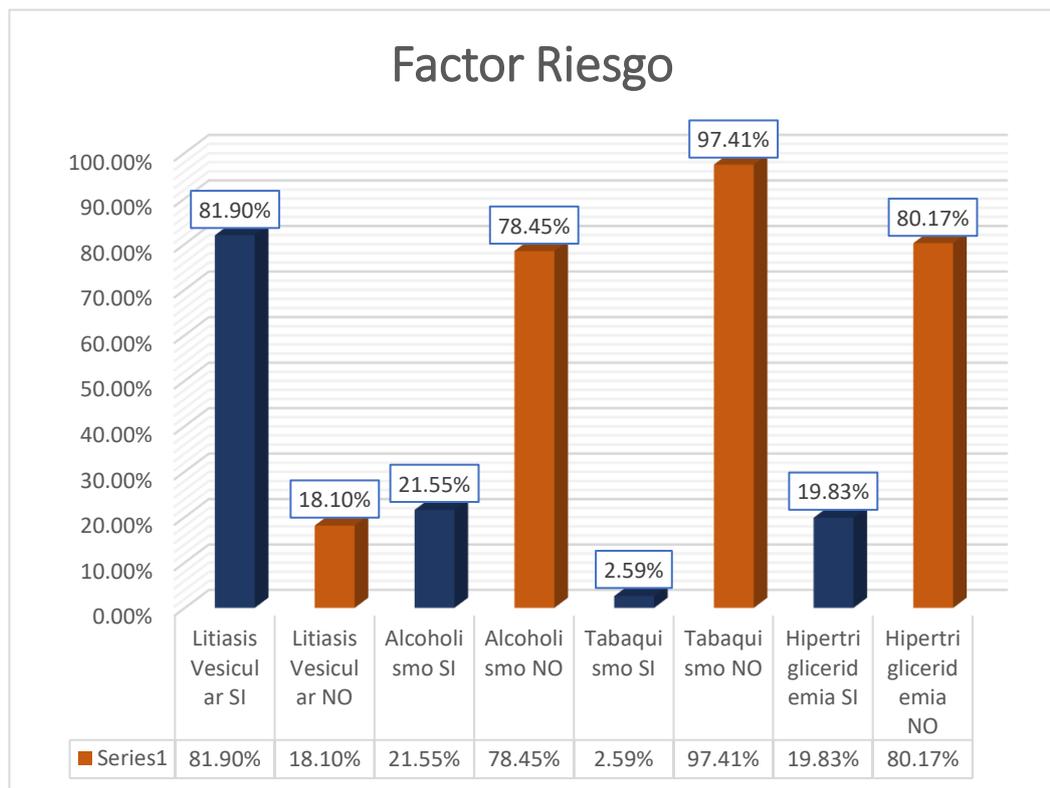
Fuente: Datos de Factor Riesgo de los pacientes, obtenidos de SPSS.

La Tabla 5 proporciona información sobre los factores de riesgo de 116 casos totales, 63 pacientes presentaron solo Litiasis vesicular (54.3%) mientras que 11 pacientes de la muestra presentaron solo Alcoholismo (9.4%), por otro lado, 7 pacientes presentaron solo Hipertrigliceridemia (6.0%). Sin embargo, se evidencio la presencia de dos factores de riesgo en un mismo paciente, en la cual la Litiasis vesicular se asoció al alcoholismo en 16 pacientes (13.7%), Litiasis

vesicular asociado a hipertrigliceridemia en 16 pacientes (13.7%) y Litiasis vesicular asociado a tabaquismo en 2 pacientes (1.7%), cabe resaltar que el tabaquismo no se presentó de manera individual y este se asocio al alcoholismo en 1 paciente (0.8%).

Figura 4

Factores de Riesgo en pacientes con Pancreatitis Aguda



Fuente: Datos de Factor Riesgo de los pacientes, obtenidos de MS Excel.

Según la figura 4, en la muestra de 116 individuos, se observa que la Litiasis vesicular afecto en total a 95 pacientes (81,9%) de la muestra. En cuanto al alcoholismo, afecto en total a 25 pacientes (21%), por otro lado, la hipertrigliceridemia afecto en total a 23 pacientes (19.8%) y el tabaquismo es relativamente bajo, afectando solo a un total de 3 pacientes (2,6%),

4.1.2 Características Clínicas

A continuación, se mostrarán los resultados obtenidos en cuantos a las características clínicas de los pacientes con pancreatitis aguda atendidos en el Hospital III de EsSalud Juliaca, como son: Sintomatología y Comorbilidades.

Tabla 6

Sintomatología de pacientes con Pancreatitis Aguda en el Hospital EsSalud III Juliaca. (enero 2021 – diciembre 2022)

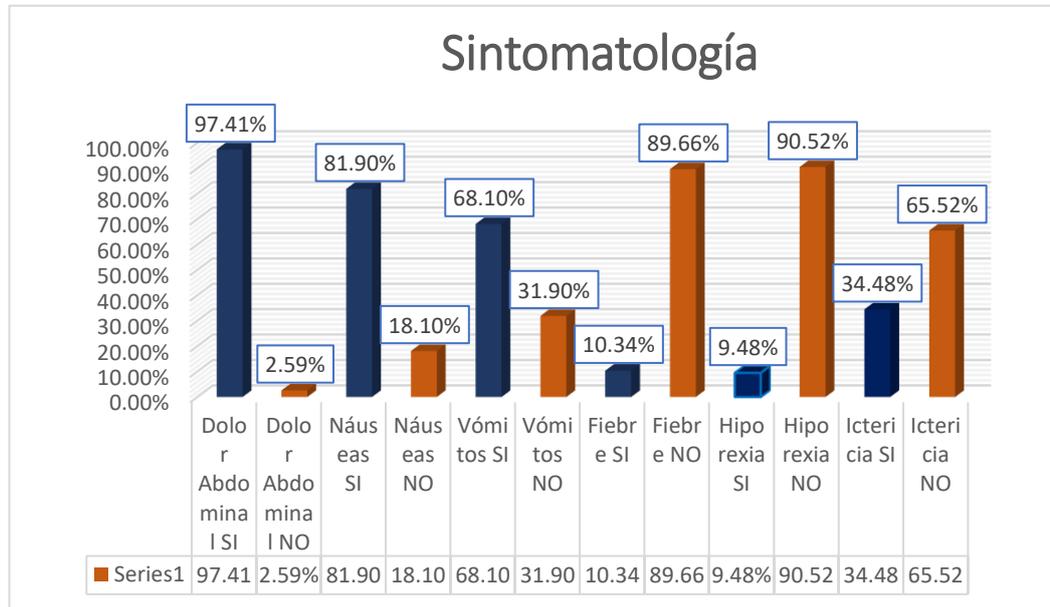
SINTOMA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
DOLOR ABDOMINAL	113	97.4%
NAUSEAS	95	81.9%
VOMITOS	79	68.1%
FIEBRE	12	10.3%
HIPOREXIA	11	9.5%
ICTERICIA	40	34.5%

Fuente: Datos de Sintomatología en los pacientes, obtenidos de SPSS.

La Tabla 6 muestra la distribución de casos con relación a la sintomatología en una muestra de 116 individuos. Se destaca que el dolor abdominal se presentó en 113 pacientes (97.4%), 95 pacientes (81.9%) presento náuseas, 79 pacientes (68.1%) presento Vómitos, 12 pacientes (10,3%) presento fiebre, 11 pacientes (9.5%) presento hiporexia y 40 pacientes (34.5%) presentaron ictericia.

Figura 5

Sintomatología del paciente con Pancreatitis Aguda.



Fuente: Datos de Sintomatología en los pacientes, obtenidos de SPSS.

En el gráfico 5 se observa una alta prevalencia de síntomas gastrointestinales, donde el dolor abdominal afecta al 97,4% de la población, seguido por náuseas con un 81,9%, y vómito con un 68,1%. Por otro lado, síntomas más generales como la fiebre se presentan en el 10,3% de la muestra, mientras que la hiporexia afecta al 9,5%. La ictericia se manifiesta en un 34,5% de los individuos.

Tabla 7

Diabetes Mellitus de pacientes con Pancreatitis Aguda en el Hospital EsSalud III

Juliaca. (enero 2021 – diciembre 2022)

Diabetes Mellitus	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NO	108	93,1	93,1	93,1
SI	8	6,9	6,9	100,0
Total	116	100,0	100,0	

Fuente: Datos de Diabetes Mellitus en los pacientes, obtenidos de SPSS.

Según la Tabla 7, los datos muestran la distribución de casos en relación con la diabetes mellitus en una muestra de 116 individuos. Se observa que 108 pacientes NO presentaron diabetes mellitus (93.1%), mientras que 8 de ellos SI presento diabetes mellitus (6.9%).

Tabla 8

Insuficiencia Renal. de pacientes con Pancreatitis Aguda en el Hospital EsSalud III Juliaca. (enero 2021 – diciembre 2022)

Insuficiencia Renal	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NO	115	99,1	99,1	99,1
SI	1	0,9	0,9	100,0
Total	116	100,0	100,0	

Fuente: Datos de Insuficiencia Renal en los pacientes, obtenidos de SPSS.

Según la Tabla 8, los datos reflejan la distribución de casos en relación con la insuficiencia renal en una muestra de 116 individuos. Se destaca que 115 pacientes NO presento insuficiencia renal (99.1%), mientras que solo 1 paciente SI presento insuficiencia renal (0.9%).

Tabla 9

Hipertensión arterial de pacientes con Pancreatitis Aguda en el Hospital EsSalud III Juliaca. (enero 2021 – diciembre 2022)

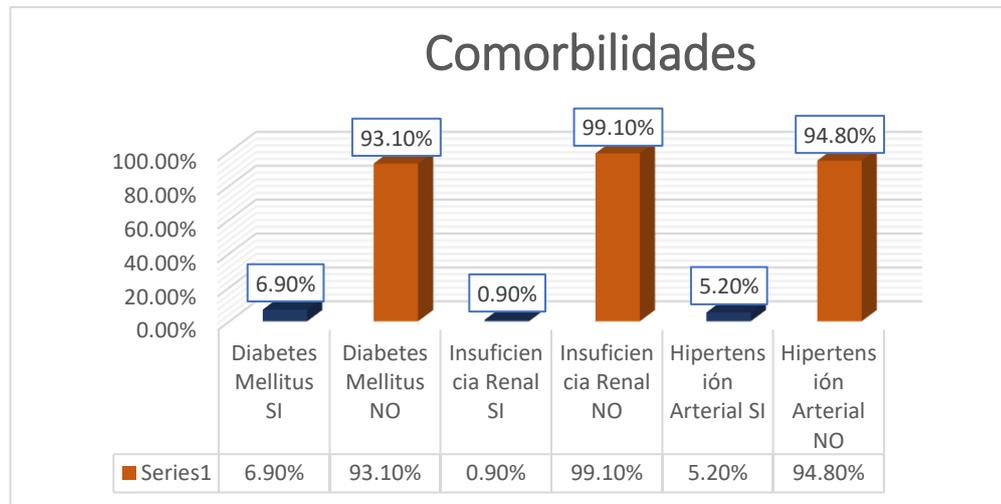
Hipertensión arterial	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NO	110	94,8	94,8	94,8
SI	6	5,2	5,2	100,0
Total	116	100,0	100,0	

Fuente: Datos de Hipertensión Arterial en los pacientes, obtenidos de SPSS.

Según la Tabla 9, los datos indican la distribución de casos en relación con la hipertensión arterial en una muestra de 116 individuos. Se destaca que el 110 paciente NO presenta hipertensión arterial (94.8%), mientras que 6 pacientes SI la tiene (5.2%).

Figura 6

Comorbilidades de pacientes con Pancreatitis Aguda.



Fuente: Datos de comorbilidades en los pacientes, obtenidos de SPSS.

Según la figura 6, en la muestra de 116 individuos, se observa una baja prevalencia de diabetes mellitus, donde solo el 6,9% de la población presenta esta condición. La insuficiencia renal es aún menos común, afectando solo al 0,9% de la muestra. Por otro lado, la hipertensión arterial se presenta en el 5,2% de los individuos.

4.2 DISCUSIÓN

El fin de este trabajo de investigación fue hallar las características clínicas y epidemiológicas de pacientes con Pancreatitis Aguda atendidos en el Hospital EsSalud II Juliaca, 2021 – 2022.

- El análisis de las características clínicas muestra la sintomatología entre los pacientes con pancreatitis aguda, donde se observa que el dolor abdominal, ha sido experimentado por el 97,4% de los pacientes, destacándose como el síntoma principal, el cual se aproxima a lo hallado por Abad F, Elias R, rubio A donde reportaron el dolor abdominal en el 100% de pacientes, mientras que se aleja a lo hallado por Mateo T, Ciriaco M, los mismos que reportaron dolor abdominal solo en el 29% de su población. Respecto a las náuseas y vómitos se evidencio su presencia en un 81,9% y 68.1% respectivamente, los cuales se aproximan a lo reportado por Acero k. con un 87.8% de náuseas y vómitos. la ictericia se presentó en un 34.5% alejándose de los resultados obtenidos por acero k el cual reporto 19.7% La fiebre, aunque presente en el 10,3%, se suma a la manifestación clínica.
- Desde la perspectiva epidemiológica, la característica sociodemográfica, los pacientes son de género masculino (54,3%). Estos resultados obtenidos difieren con los resultados obtenidos por el autor Palomino et al. (2021) debido a que en este trabajo indica que la pancreatitis aguda afecta principalmente a mujeres (63.9%). La procedencia urbana se destaca con un 95,7%. Estos hallazgos sugieren patrones distintivos de la distribución demográfica de la pancreatitis aguda en esta población. La media de edad fue de 47.64 años el cual se correlaciona con estudios anteriores como el de Abad F, Elias R, rubio A. el cual concluyo como grupo etario de 53 +/- 18.6. La mayoría de los pacientes proceden de áreas urbanas (95,7%), sugiriendo una



conexión potencial entre el entorno urbano y la aparición de la pancreatitis aguda. La predominancia del nivel de educación fue de superior completa en un 50 % y como extremo a la primaria incompleta con un 0.9%, según David Gómez JJP a mayor educación se esperaría una menor incidencia de la enfermedad el cual contrasta con este estudio. Sin embargo, al respecto a los factores de riesgo estos se presentaron de forma simultánea en algunos pacientes siendo la litiasis vesicular predominante con un 81.9% el cual se asoció a otras como hipertrigliceridemia, alcoholismo y tabaquismo este resultado se corrobora con estudios anteriores siendo el más próximo el de Infantes A. el cual reporto un 81.7% de litiasis vesicular, el alcoholismo se presentó en un 21.5% el cual contrasta con estudios anteriores al presentarse en menor proporción, ya que estos como el que realizo Aguilar J. en donde reporto un 74.3% de alcoholismo, la hipertrigliceridemia se presentó en un 19.83% el cual se acerca a lo reportado por Acero K. el cual reporto 11.8%,sin embargo contrasta a lo reportado por Aguilar J. con un 40% de hipertrigliceridemia. Por último, el tabaco se presentó en una mínima proporción de un 0.9% contrastando estudios anteriores donde reportaron porcentajes mucho mayores.

- Respecto a las comorbilidades estos se evidenciaron en pequeñas proporciones y fueron independientes entre sí, siendo más predominante la Diabetes Mellitus con un 6.9%, resultado que contrasta con lo reportado por Marin J. de un 26.2% de Diabetes Mellitus. La Hipertensión Arterial se presentó en un 5.2% el cual se aproxima a lo reportado por Acero k. de un 8.5% de HA, sin embargo, contrasta por lo reportado por Diaz l. con un 29.1% de HA. Por último, la insuficiencia renal en una mínima proporción de 0.9%. el cual se asemeja a lo que reporto Bruno MJ, Westerloo DJ, con un porcentaje de 0.4%.



V. CONCLUSIONES

- PRIMERA:** El dolor abdominal fue predominante con un 97.4%, seguido en orden de náuseas (81.9%), vómitos (68.1%) e ictericia (34.5%).
- SEGUNDO:** El sexo masculino fue predominante con un 54.3% además de una media de edad de 47 años en un intervalo de 15 a 78 años, cuya procedencia predominante fue la rural con un 95.7% y el grado de instrucción de mayor frecuencia fue la superior completa con un 50% y la de menor frecuencia la primaria incompleta con un 0.9%. Los factores de riesgo el de mayor frecuencia fue la litiasis vesicular con un 21.55%, la cual se asoció en un mismo paciente con hipertrigliceridemia y alcoholismo en similar proporción.
- TERCERO:** Las comorbilidades se presentaron de forma individual, siendo la Diabetes Mellitus (6.9%) la que represento la mayor proporción por encima de la Hipertensión Arterial (5.2%) e Insuficiencia Renal, esta última, tubo la más mínima representación porcentual en los pacientes estudiados con un 0.9%.



VI. RECOMENDACIONES

PRIMERA: Uno de los pilares fundamentales de la salud pública es la prevención de la salud, por este motivo, siendo la pancreatitis aguda una patología que está asociada a comorbilidades y factores de riesgo que pueden ser modificados; recomiendo realizar consejerías en los establecimientos de salud para obtener cambios en el estilo de vida de los pacientes, que involucren la mejora de la alimentación, control de peso y como consecuencia el control de las comorbilidades asociadas.

SEGUNDO: Se recomienda al Ministerio de Salud fomentar la elaboración de más estudios con un mayor número poblacional, en las diferentes regiones del país, con la finalidad de obtener más información, sobre todo que se ajuste a la realidad de los lugares en los que se realicen estos estudios para conocer la epidemiología y las características clínicas de pacientes con Pancreatitis Aguda.

TERCERO: Recomiendo enfatizar la enseñanza epidemiológica por parte de las facultades de Medicina Humana, con el fin de reconocer los aspectos epidemiológicos que van a provocar el desarrollo de esta enfermedad, para así brindar un diagnóstico precoz y oportuno.

CUARTO: Por último, debido a que el manejo de esta enfermedad es multidisciplinario, recomiendo una mejor coordinación entre los entes de salud involucrados en el manejo de esta enfermedad con un enfoque en la prevención del desarrollo de la Pancreatitis Aguda para así mejorar la calidad de vida de los pacientes afectados.



VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Peery AF, Crockett SD, Murphy CC, Lund JL, Dellon ES, Williams JL, et al. Burden and Cost of Gastrointestinal, Liver, and Pancreatic Diseases in the United States: Update 2018. *Gastroenterology* [Internet]. 2019;156(1):254-272.e11. Disponible en: <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2018.08.063>
2. Vege SS. uptodate. 2023. p. 1–20 Etiología de la pancreatitis aguda. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/etiology-of-acute-pancreatitis/print?search=PANCREATITIS>
AGUDA&source=search_result&selectedTitle=4~150&usage_type=default&display_rank=4
3. Ayala Ventura V. Dímero D en el pronóstico de la pancreatitis aguda Trabajo [Internet]. UNIVERIDAD CENTRAL DEL ECUADOR; 2018. Disponible en: <https://www.dspace.uce.edu.ec/server/api/core/bitstreams/75ed1da4-4537-47ef-9a8b-7df616eac61b/content>
4. Junquera Trejo RE. Pancreatitis aguda. *Med* [Internet]. 2016;12(8):407–20. Disponible en: <https://www.archivosdemedicina.com/medicina-de-familia/pancreatitis-aguda-evidencia-actual.pdf>
5. Toouli J, Brooke-Smith m, Bassi C, Carr-Locke Delford J, Freeny P, Imrie C TR. Directrices para el tratamiento de la pancreatitis aguda. *PudMed* [Internet]. 2002;82. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/etiology-of-acute-pancreatitis/abstract/3>
6. Lindkvist B, Appelros S, Manjer J, Berglund G, Borgström A. Un estudio de cohorte prospectivo sobre el tabaquismo en la pancreatitis aguda. *Pancreatology* [Internet]. 2008;8(1):63–70. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1159/000114868>
7. Santhi Swaroop Vege, t. Chari Surech e. CJ. pancreatitis aguda severa. *Chinese J*



- Emerg Med [Internet]. 2016;25(10):1348–50. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1424390308800294?via%3Dihub>
8. Vege SS, Adjunto FE, Grover S. Manifestaciones clínicas y diagnóstico de pancreatitis. 2023;1–33. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-diagnosis-of-acute-pancreatitis?search=pancreatitis aguda&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2#references](https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-diagnosis-of-acute-pancreatitis?search=pancreatitis%20aguda&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2#references)
9. Siegel MD. Síndrome de dificultad respiratoria aguda: características clínicas, diagnóstico y complicaciones en adultos. UpToDate [Internet]. 2020;1–24. Disponible en: [https://www-uptodate-com.e-revistas.ugto.mx/contents/acute-respiratory-distress-syndrome-clinical-features-diagnosis-and-complications-in-adults?search=sindrome de dificultad respiratoria&source=search_result&selectedTitle=4~150&usage_type=default&display](https://www-uptodate-com.e-revistas.ugto.mx/contents/acute-respiratory-distress-syndrome-clinical-features-diagnosis-and-complications-in-adults?search=sindrome%20de%20dificultad%20respiratoria&source=search_result&selectedTitle=4~150&usage_type=default&display)
10. Samarasekera E, Mahammed S, Carlisle S, Charnley R. Pancreatitis: Summary of NICE guidance. BMJ [Internet]. 2018;362(September):1–7. Disponible en: <https://www.bmj.com/content/362/bmj.k3443>
11. Diaz Chaves EY. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLOGICAS EN PACIENTES CON PANCREATITIS AGUDA EN EL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE 2020. [Internet]. Universidad Nacional Federico Villareal. 2021. Disponible en: <http://www.nber.org/papers/w16019>
12. Mateo T CM. . Perfil epidemiológico de los pacientes diagnosticados con pancreatitis aguda del Departamento de Gastroenterología del Hospital Dr.



- Francisco E. Moscoso Puello, Santo Domingo, República Dominicana, periodo 2016-2019. [Trabajo Profesional Final para opta [Internet]. Iberoamericana-UNIBE; 2021. Disponible en: <https://repositorio.unibe.edu.do/jspui/handle/123456789/589>.
13. Abad F, Elias R RA. Caracterización clínico-quirúrgica de pacientes con pancreatitis aguda, Guantánamo 2016-2020. Rev Inf Cient [Internet] [Internet]. 2021;15:9. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8775997>.
14. Palomino A, Cruz M, Moreira L MO. Rev Cient Estud Cienc Méd Matanzas. 2022. p. 14 Factores de riesgo para la pancreatitis aguda en el Hospital General Comandante Pinares. Disponible en: <https://revmedest.sld.cu/index.php/medest/article/view/89/55>.
15. Bruno MJ, van Westerloo DJ, van Dorp WT, Dekker W FJ, Tytgat GNJ et al. Acute pancreatitis in peritoneal dialysis and haemodialysis: risk, clinical course, outcome, and possible aetiology. Gut. 2018.
16. J. A. Factores de riesgo asociados a la pancreatitis aguda en pacientes tratados en el Hospital “San José” de Chíncha 2018-2021. [Para optar el Título Profesional de Médico Cirujano]. [Internet]. Universidad Privada San Juan Bautista; 2022. Disponible en: <https://repositorio.upsjb.edu.pe/handle/20.500.14308/3909>.
17. K A. Características clínico epidemiológico en pacientes con pancreatitis aguda en el servicio de medicina interna del Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el periodo 2014-2016. [Para optar el Título Profesional de: Médico Cirujano]. [Internet]. Nacional Jorge Basadre Grohmann; 2022. Disponible en: http://repositorio.unjbg.edu.pe/bitstream/handle/UNJBG/3685/1599_2019_acero_huamani_kr_facsc_medicina.pdf?sequence=1&isAllowed=y.



18. Gutiérrez I, Mario A. Infantes A. Pancreatitis aguda: Características epidemiológicas, clínicas y tratamiento en pacientes de la clínica Arequipa. Julio 2021-Marzo 2022. [Para optar el Título Profesional de: Médico – Cirujano]. [Internet]. UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA; 2023. Disponible en:
<https://repositorio.ucsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12920/12280/70.2845.M.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
19. Cerpa s. Características clínico epidemiológicas, laborales e imagenológicas en pacientes con pancreatitis aguda del Hospital I Edmundo Escomel Arequipa 2019-2020. [Para optar el Título Profesional de: Médico Cirujano]. [Internet]. Jorge Basadre Grohmann; 2021. Disponible en:
http://redi.unjbg.edu.pe/bitstream/handle/UNJBG/4274/1956_2021_cerpa_chavez_sd_facsc_medicina_humana.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
20. MARIN J. Factores de riesgo asociados a complicaciones en pacientes con pancreatitis aguda Hospital Nacional Arzobispo Loayza Enero-diciembre 2019. [Tesis Para Optar El Título Profesional De Médico Cirujano] [Internet]. Universidad Nacional Federico Villarreal; 2022. Disponible en:
[https://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13084/4267/MARIN CAMILOAGA JOSELYN INGRID - TÍTULO PROFESIONAL.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13084/4267/MARIN_CAMILOAGA_JOSELYN_INGRID_-_TITULO_PROFESIONAL.pdf?sequence=1&isAllowed=y).
21. TICONA J. Frecuencia de disfunción orgánica según escala de marshall modificado en pacientes con pancreatitis aguda en el Hospital Essalud III-Juliaca, desde enero –junio 2016. [Tesis para optar el título de Médico Cirujano] [Internet]. Puno: Universidad Nacional del Altiplano; 2021. Disponible en:
<https://tesis.unap.edu.pe/handle/20.500.14082/2048>.



22. MAMANI M. Utilidad de las escalas de Bisap y Apache II como predictores tempranos de severidad y falla orgánica de pancreatitis aguda en pacientes del Hospital Nacional dos de Mayo – 2016. [Tesis para optar el título profesional de Médico cirujano]. [Internet]. UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO; 2023. Disponible en: <https://repositorio.unap.edu.pe/handle/20.500.14082/19740>.
23. UGARTE C. Utilidad de las escalas de Bisap y Apache II como predictores tempranos de severidad y falla orgánica de pancreatitis aguda en pacientes del Hospital Nacional dos de Mayo – 2016. [Tesis para optar el título profesional de Médico cirujano]. [Internet]. UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO; 2017. Disponible en: <https://repositorio.unap.edu.pe/handle/20.500.14082/3847>.
24. Roberts S.E, Morrison-Rees S, John A, Williams J.G, Brown T SDG. The incidence and aetiology of acute pancreatitis in Europe. *Pancreatology* [internet] 2017. 2017;
25. Pagliari D, Rinninella E, Cianci R, Attili F, Franza L, Luciano R, Mancarella F.A, Rizzatti G, Musso M, Cintoni M, Gasbarrini A MMC. Early oral vs parenteral nutrition in acute pancreatitis: a retrospective analysis of clinical outcomes and hospital costs from a tertiary care referral center. *Internal and Emergency Medicine* [internet] 2019.



ANEXOS

ANEXO 1: Carta de aprobación para la realización de la investigación

Red Asistencial Juliaca

Unidad de Capacitación, Docencia e Investigación

Comité de Ética en Investigación

NOTA: Para uso de ese formato el Investigador Principal deberá someterlo al CIEI, quienes evaluarán la pertinencia y la necesidad de su uso, según la naturaleza del Estudio y los riesgos para el participante. Para su implementación deberá coordinar con la UCID quien coordinará con IETSI y/o el área de Oficina de Relaciones Institucionales de ESSALUD, según se requiera.

CARTA DE ACEPTACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN POR EL JEFE DEL DEPARTAMENTO/SERVICIO/ ÁREA O JEFE INMEDIATO SUPERIOR DE LA INSTITUCIÓN DONDE SE EJECUTARÁ LA INVESTIGACIÓN

Juliaca 25 octubre de 2023

Presidente del Comité Institucional de ética en Investigación

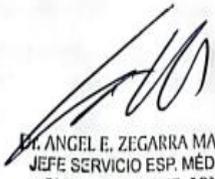
De mi consideración:

El Jefe del departamento de Medicina Interna del establecimiento de Salud Hospital ESSALUD Base III de la red asistencial Juliaca, donde se ejecutará el estudio titulado **"CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS EN PACIENTES CON PANCREATITIS AGUDA ATENDIDOS EN EL HOSPITAL III DE ESSALUD JULIACA, 2021-2022"** cuyo investigador principal es ROGER ALEXANDER QUISPE QUISPE, tiene agrado de dirigirse a usted para manifestarle mi visto bueno para que el proyecto señalado previamente se ejecute en el departamento de Medicina Interna del Hospital ESSALUD Base III Juliaca

Este proyecto deberá contar además con la evaluación del Comité Institucional de Ética en Investigación y la aprobación correspondiente por su despacho antes de su ejecución.

Sin otro particular, quedo de Usted.

Atentamente,


Dr. ANGEL E. ZEGARRA MACEDO
JEFE SERVICIO ESP. MÉDICAS
CMP. 22806 RNE. 12188
HOSPITAL III - BASE - RAJUL
EsSalud

Firma, sello, nombre del
Jefe/Gerente del Hospital/Departamento/Servicio/Área
Institución

ANEXO 2: Operacionalización de variables

CATEGORÍA	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	SUB CATEGORÍAS	INDICADORES	TIPO	ESCALA MEDICION	DE	VALORES
PANCREATITIS AGUDA	Es una inflamación del páncreas originada por enzimas pancreáticas activadas, afectando los tejidos adyacentes del páncreas y otros distantes.	Se evaluará mediante la ficha de recolección de datos.	Características epidemiológicas	Edad	Cuantitativa	De intervalo		15 a 78 años
				Sexo	Cualitativa	Nominal Dicotómica		Masculino Femenino
CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICAS	Es el estudio de la distribución, frecuencia, magnitud y factores determinantes de las enfermedades existentes en poblaciones humanas definidas.	Se evaluará mediante la ficha de recolección de datos.	Características clínicas	Nivel de educación: Primaria completa/incompleta Secundaria completa/incompleta Superior completa/incompleta Técnico completa/incompleta	Cualitativa	Ordinal Politómica		SI NO
				Procedencia	Cualitativa	Nominal Dicotómica		Urbano Rural
				Factor de riesgo: Litiasis vesicular Alcoholismo Tabaquismo Hipertriigliceridemia	Cualitativa	Nominal Politómica		Si No
				Sintomatología: Dolor abdominal Nauseas Vómitos Fiebre Hiporexia ictericia	Cualitativa	Nominal Politómica		Si No
CARACTERISTICAS CLINICAS	Son las manifestaciones objetivas y subjetivas que experimenta el paciente durante el curso de su enfermedad.	Se evaluará mediante la ficha de recolección de datos.	Características clínicas	Comorbidades: Diabetes mellitus Insuficiencia renal Hipertensión arterial	Cualitativa	Nominal Politómica		Si No



ANEXO 3: Instrumento de recolección de datos

II. CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS

1. Edad:

2. Sexo:

3. Procedencia: Urbano
 Rural

4. Nivel de educación primaria completa/ primaria incompleta
 secundaria completa/ secundaria incompleta
 superior completa/ superior incompleta
 Técnico completo/ técnico incompleto

5. Factor de riesgo Litiasis vesicular
 Alcoholismo
 Tabaquismo
 Hipertrigliceridemia

III. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

5. Comorbilidades Diabetes mellitus
 Insuficiencia renal
 Hipertensión arterial

6. Sintomatología Dolor abdominal
 Náusea
 Vómito
 Fiebre
 Hiporexia
 Ictericia



ANEXO 4: Constancia de validación 1

CONSTANCIA DE VALIDACION DE INSTRUMENTO

Yo Dr. Johan Paul Suarez con DNI Nro: RNE: 33249, especialista en Gastroenterología y ejerzo la carrera profesional en Hospital Essalud III

Por medio de la presente hago constar que he revisado, con fines de validación, el instrumento de evaluación y desarrollo del trabajo de investigación denominado "CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS EN PACIENTES CON PANCREATITIS AGUDA ATENDIDOS EN EL HOSPITAL III DE ESSALUD JULIACA, 2021-2022." elaborado por el alumno de pregrado Roger Alexander Quispe Quispe.

Luego de hacer las verificaciones pertinentes, puedo formular las siguientes apreciaciones

EVALUACION DE INSTRUMENTO

N°	INDICADORES				
		1	2	3	4
1	El instrumento presenta coherencia con el problema de investigación			X	
2	El instrumento evidencia el problema a solucionar			X	
3	El instrumento guarda relación con los objetivos propuestos en la investigación				X
4	El instrumento facilita la comprobación de la hipótesis que se plantea en la investigación			X	
5	Los indicadores son los correctos para cada dimensión				X
6	La redacción de los ítems es clara y apropiada para cada dimensión			X	
7	En general el instrumento permite un manejo ágil de la información				X

1=Deficiente 2=Regular 3=bueno 4=excelente

Juliaca 23 de Noviembre de 2023


Dr. Johan Paul Suarez
C.M.P.: 60059 R.N.E.: 33249
GASTROENTEROLOGÍA

ANEXO 5: Constancia de validación 2

CONSTANCIA DE VALIDACION DE INSTRUMENTO

Yo José Felipe Zea Valca, con DNI Nro: INE.76332, especialista en Gastroenterología y ejerzo la carrera profesional en Hospital

Por medio de la presente hago constar que he revisado, con fines de validación, el instrumento de evaluación y desarrollo del trabajo de investigación denominado "CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS EN PACIENTES CON PANCREATITIS AGUDA ATENDIDOS EN EL HOSPITAL III DE ESSALUD JULIACA, 2021-2022." elaborado por el alumno de pregrado Roger Alexander Quispe Quispe.

Luego de hacer las verificaciones pertinentes, puedo formular las siguientes apreciaciones

EVALUACION DE INSTRUMENTO

N°	INDICADORES				
		1	2	3	4
1	El instrumento presenta coherencia con el problema de investigación			X	
2	El instrumento evidencia el problema a solucionar			X	
3	El instrumento guarda relación con los objetivos propuestos en la investigación			X	
4	El instrumento facilita la comprobación de la hipótesis que se plantea en la investigación			X	
5	Los indicadores son los correctos para cada dimensión			X	
6	La redacción de los ítems es clara y apropiada para cada dimensión				X
7	En general el instrumento permite un manejo ágil de la información			X	

1=Deficiente 2=Regular 3=bueno 4=excelente

Juliaca 23 de Noviembre de 2023

GASTROMEDIC

Dr. Luis Felipe Zea Valca
GASTROENTERÓLOGO
C.M.P. 3003 - INE. 76332
Dr.



ANEXO 6: Constancia de validación 3

CONSTANCIA DE VALIDACION DE INSTRUMENTO

Yo Marilo Cervantes con DNI Nro: 42178757, especialista en Gerontología y ejerzo la carrera profesional en Medicina

Por medio de la presente hago constar que he revisado, con fines de validación, el instrumento de evaluación y desarrollo del trabajo de investigación denominado "CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS EPIDEMIOLÓGICAS EN PACIENTES CON PANCREATITIS AGUDA ATENDIDOS EN EL HOSPITAL III DE ESSALUD JULIACA, 2021-2022." elaborado por el alumno de pregrado Roger Alexander Quispe Quispe.

Luego de hacer las verificaciones pertinentes, puedo formular las siguientes apreciaciones

EVALUACION DE INSTRUMENTO

N°	INDICADORES				
		1	2	3	4
1	El instrumento presenta coherencia con el problema de investigación			X	
2	El instrumento evidencia el problema a solucionar			✓	
3	El instrumento guarda relación con los objetivos propuestos en la investigación			X	
4	El instrumento facilita la comprobación de la hipótesis que se plantea en la investigación			X	
5	Los indicadores son los correctos para cada dimensión			✓	
6	La redacción de los ítems es clara y apropiada para cada dimensión			X	
7	En general el instrumento permite un manejo ágil de la información			X	

1=Deficiente 2=Regular 3=bueno 4=excelente

Juliaca 23 de Noviembre de 2023

Dr. Marilo Cervantes
Gerontología
C.O.P. 11002 R.O.
HOSPITAL III - JULIACA

Dr.

ANEXO 7: Carta de aprobación para la realización de I

Red Asistencial Juliaca

Unidad de Capacitación, Docencia e Investigación

Comité de Ética en Investigación

NOTA: Para uso de ese formato el Investigador Principal deberá someterlo al CIEI, quienes evaluarán la pertinencia y la necesidad de su uso, según la naturaleza del Estudio y los riesgos para el participante. Para su implementación deberá coordinar con la UCID quien coordinará con IETSI y/o el área de Oficina de Relaciones Institucionales de ESSALUD, según se requiera.

CARTA DE ACEPTACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN POR EL JEFE DEL DEPARTAMENTO/SERVICIO/ ÁREA O JEFE INMEDIATO SUPERIOR DE LA INSTITUCIÓN DONDE SE EJECUTARÁ LA INVESTIGACIÓN

Juliaca 25 octubre de 2023

Presidente del Comité Institucional de ética en Investigación

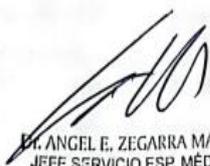
De mi consideración:

El Jefe del departamento de Medicina Interna del establecimiento de Salud Hospital ESSALUD Base III de la red asistencial Juliaca, donde se ejecutará el estudio titulado **"CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS EN PACIENTES CON PANCREATITIS AGUDA ATENDIDOS EN EL HOSPITAL III DE ESSALUD JULIACA, 2021-2022"** cuyo investigador principal es ROGER ALEXANDER QUISPE QUISPE, tiene agrado de dirigirse a usted para manifestarle mi visto bueno para que el proyecto señalado previamente se ejecute en el departamento de Medicina Interna del Hospital ESSALUD Base III Juliaca

Este proyecto deberá contar además con la evaluación del Comité Institucional de Ética en Investigación y la aprobación correspondiente por su despacho antes de su ejecución.

Sin otro particular, quedo de Usted.

Atentamente,



Dr. ANGEL E. ZEGARRA MACEDO
JEFE SERVICIO ESP. MÉDICAS
CMP. 22806 RNE. 12188
HOSPITAL III - BASE - RAJUL


Firma, sello, nombre del
Jefe/Gerente del Hospital/Departamento/Servicio/Área
Institución



ANEXO 8: Declaración jurada



Universidad Nacional
del Altiplano Puno



Vicerrectorado
de Investigación



Repositorio
Institucional

DECLARACIÓN JURADA DE AUTENTICIDAD DE TESIS

Por el presente documento, Yo Roger Alexander Quispe Quispe
identificado con DNI 47982784 en mi condición de egresado de:

Escuela Profesional, Programa de Segunda Especialidad, Programa de Maestría o Doctorado

Mediana Humana

informo que he elaborado el/la Tesis o Trabajo de Investigación denominada:

"Características clínicas y Epidemiológicas en Pacientes con
Pneumonitis aguda atendidos en el Hospital III de Es Salud
Juliaca, 2021-2022."

Es un tema original.

Declaro que el presente trabajo de tesis es elaborado por mi persona y **no existe plagio/copia** de ninguna naturaleza, en especial de otro documento de investigación (tesis, revista, texto, congreso, o similar) presentado por persona natural o jurídica alguna ante instituciones académicas, profesionales, de investigación o similares, en el país o en el extranjero.

Dejo constancia que las citas de otros autores han sido debidamente identificadas en el trabajo de investigación, por lo que no asumiré como tuyas las opiniones vertidas por terceros, ya sea de fuentes encontradas en medios escritos, digitales o Internet.

Asimismo, ratifico que soy plenamente consciente de todo el contenido de la tesis y asumo la responsabilidad de cualquier error u omisión en el documento, así como de las connotaciones éticas y legales involucradas.

En caso de incumplimiento de esta declaración, me someto a las disposiciones legales vigentes y a las sanciones correspondientes de igual forma me someto a las sanciones establecidas en las Directivas y otras normas internas, así como las que me alcancen del Código Civil y Normas Legales conexas por el incumplimiento del presente compromiso

Puno 22 de Enero del 2024

FIRMA (obligatoria)



Huella



ANEXO 9: Autorización para el depósito de tesis



Universidad Nacional
del Altiplano Puno



Vicerrectorado
de Investigación



Repositorio
Institucional

AUTORIZACIÓN PARA EL DEPÓSITO DE TESIS O TRABAJO DE INVESTIGACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

Por el presente documento, Yo Roger Alexander Quispe Quispe
identificado con DNI 47982784 en mi condición de egresado de:

Escuela Profesional, Programa de Segunda Especialidad, Programa de Maestría o Doctorado

Medicina Humana.

informo que he elaborado el/la Tesis o Trabajo de Investigación denominada:

"Características Clínicas y Epidemiológicas en Pacientes con
pancreatitis aguda atendidos en el Hospital III de EsSalud
Juliana, 2021-2022."

para la obtención de Grado, Título Profesional o Segunda Especialidad.

Por medio del presente documento, afirmo y garantizo ser el legítimo, único y exclusivo titular de todos los derechos de propiedad intelectual sobre los documentos arriba mencionados, las obras, los contenidos, los productos y/o las creaciones en general (en adelante, los "Contenidos") que serán incluidos en el repositorio institucional de la Universidad Nacional del Altiplano de Puno.

También, doy seguridad de que los contenidos entregados se encuentran libres de toda contraseña, restricción o medida tecnológica de protección, con la finalidad de permitir que se puedan leer, descargar, reproducir, distribuir, imprimir, buscar y enlazar los textos completos, sin limitación alguna.

Autorizo a la Universidad Nacional del Altiplano de Puno a publicar los Contenidos en el Repositorio Institucional y, en consecuencia, en el Repositorio Nacional Digital de Ciencia, Tecnología e Innovación de Acceso Abierto, sobre la base de lo establecido en la Ley N° 30035, sus normas reglamentarias, modificatorias, sustitutorias y conexas, y de acuerdo con las políticas de acceso abierto que la Universidad aplique en relación con sus Repositorios Institucionales. Autorizo expresamente toda consulta y uso de los Contenidos, por parte de cualquier persona, por el tiempo de duración de los derechos patrimoniales de autor y derechos conexos, a título gratuito y a nivel mundial.

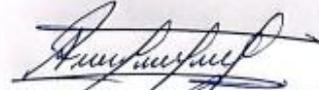
En consecuencia, la Universidad tendrá la posibilidad de divulgar y difundir los Contenidos, de manera total o parcial, sin limitación alguna y sin derecho a pago de contraprestación, remuneración ni regalía alguna a favor mío; en los medios, canales y plataformas que la Universidad y/o el Estado de la República del Perú determinen, a nivel mundial, sin restricción geográfica alguna y de manera indefinida, pudiendo crear y/o extraer los metadatos sobre los Contenidos, e incluir los Contenidos en los índices y buscadores que estimen necesarios para promover su difusión.

Autorizo que los Contenidos sean puestos a disposición del público a través de la siguiente licencia:

Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional. Para ver una copia de esta licencia, visita: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

En señal de conformidad, suscribo el presente documento.

Puno 22 de Enero del 2024


FIRMA (obligatoria)



Huella