

UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
“MANUEL HUAMAN GUERRERO”
ESCUELA DE RESIDENTADO MÉDICO Y ESPECIALIZACIÓN



FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A PANCREATITIS
AGUDA EN MUJERES ADULTAS ATENDIDAS
EN EL HOSPITAL DE VITARTE, 2021

PROYECTO DE TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN MÉDICINA INTERNA

PRESENTADO POR:
GERARDO MARTÍN ELIZALDE GÓMEZ

LIMA – PERÚ
2021

ÍNDICE

	Pág.
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.1. Descripción de la realidad problemática	3
1.2. Formulación del Problema	5
1.3. Objetivos	5
1.4. Justificación	6
1.5. Delimitación	6
1.6. Viabilidad	6
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	7
2.1. Antecedentes de la Investigación	7
2.2. Bases Teóricas	12
2.3. Definiciones conceptuales	24
2.4. Hipótesis	26
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA	27
3.1. Tipo de estudio	27
3.2. Diseño de la investigación	27
3.3. Población y muestra	27
3.4. Operacionalización de variables	29
3.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	30
3.6. Técnicas para el procesamiento de la información	30
3.7. Aspectos éticos	30
CAPÍTULO IV: RECURSOS Y CRONOGRAMA	31
4.1. Recursos	31
4.2. Cronograma	32
4.3. Presupuesto	33
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	34
ANEXOS	43
1. Matriz de consistencia	44
2. Instrumentos de recolección de datos	45
3. Solicitud de permiso institucional	47

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la realidad problemática

A pesar del aumento de conocimientos médicos y nuevos tratamientos eficaces, la pancreatitis sigue siendo un problema crítico de salud pública, teniendo una incidencia de pancreatitis aguda que oscila entre 13% a 45% y de pancreatitis crónica que oscila entre 5% a 12% por habitantes anualmente; a nivel mundial, hubo un estimado de 1'644,222 nuevos casos en el año 2020, en América del Norte 30.2%, Europa del Este 25% y Europa Central 22.8%, Asia 24%, África subsahariana occidental 8%, África subsahariana meridional 3.5%, África subsahariana oriental 3.2% y África subsahariana central 3.1% ⁽¹⁾.

La tasa de incidencia anual de la pancreatitis aguda estimada a nivel de América Latina en el 2020, osciló entre 28% a 60.3% de casos nuevos, en Argentina 52.2%, Brasil 45.9%, Chile 33.7%, Uruguay 32.4%, Paraguay 31%, Perú 30.5%, Colombia 29%, Venezuela 28%, Ecuador 25%, y Bolivia 20%; asimismo, deben de centrarse en los factores de riesgo ha sido un enfoque importante en los programas de prevención, siendo los factores de riesgo de pancreatitis incluyen factores demográficos y socioeconómicos, raza, cálculos biliares, consumo de alcohol, tabaquismo, obesidad, así como enfermedades autoinmunes, causas genéticas o metabólicas, causas obstructivas, etc. ⁽²⁾.

La pancreatitis aguda es uno de los trastornos gastrointestinales más comunes en el Perú con una incidencia entre 15% a 45% leves, agudas 30% y graves 10%, siendo las 3 causas principales cálculos biliares 40%, consumo prolongado de alcohol 30% e hipertrigliceridemia 2% a 5%; por ello, la mayoría de casos son leves 80%, el restante son casos graves con mortalidad hasta del 50%, siendo clave conocer la etiología, patologías de base, gravedad, pronóstico y complicaciones desde su ingreso para proporcionar un manejo adecuado y oportuno médico, ya que desconocerlo puede ser catastrófico ⁽³⁾.

Asimismo, los cálculos biliares ocupan la primera causa más prevalente en las mujeres; al migrar pueden obstruir el conducto pancreático, mecanismo compartido con la CPRE (Colangiopancreatografía Retrógrada Endoscópica), entre un 5% a 10%, páncreas divisum y disfunción del esfínter de Oddi, el consumo prolongado de alcohol (de 4 a 6 bebidas por día > 5 años), es la segunda causa al disminuir el umbral de activación de la tripsina causando necrosis celular; más frecuente en hombres, y la hipertrigliceridemia es la tercera causa en ausencia de otros factores etiológicos, con un riesgo de 1,5% y cuando sus niveles son >1000 mg/dL asciende a 20.2%, las dislipemias más asociadas al riesgo son la del tipo I, IV y V (Clasificación de Frederickson) ⁽⁴⁾.

La tasa de prevalencia aumentará con la edad, alcanzando su punto máximo en el grupo de más de 95 años tanto en mujeres como en hombres; alcanzando su punto máximo en el grupo entre 60 a 64 años en las mujeres; mientras que el pico en los hombres se produjo en el grupo de 40 a 44 años; el número de casos fue menor en ambos sexos por debajo de 20 los años; normalmente, se ven afectados en su sexta década de la vida; la mortalidad depende del subtipo de pancreatitis aguda, la edematosa leve muestra una mortalidad de sólo el 1%, mientras que la forma necrosante grave se asocia con un número de muertes de hasta el 25%; de manera característica, 20 a 30% de los pacientes con pancreatitis aguda experimentan ataques de pancreatitis recurrentes y de estos, 10% desarrollan pancreatitis crónica ⁽⁵⁾.

La mortalidad en la pancreatitis aguda suele deberse al síndrome de respuesta inflamatoria sistémica y al fallo orgánico en las dos primeras semanas, mientras que después de dos semanas suele deberse a sepsis y sus complicaciones; la mortalidad global fue de aproximadamente el 5%, con tasas de mortalidad en pacientes con pancreatitis intersticial y necrotizante del 3% y del 17%, respectivamente; sin embargo, las tasas de mortalidad en la pancreatitis necrotizante pueden ser más bajas en centros de especialización entre 6% a 9%; por ello, el estudio es significativo por permitir conocer acerca de los factores de riesgo que se asocian al grupo poblacional del sexo femenino y así poder mejorar la calidad de vida en este grupo poblacional ⁽⁶⁾.

1.2. Formulación del Problema

¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a pancreatitis aguda en mujeres adultas atendidas en el Hospital de Vitarte, 2021?

1.3. Objetivos

Objetivo General

Determinar los factores de riesgo asociados a pancreatitis aguda en mujeres adultas atendidas en el Hospital de Vitarte, 2021.

Objetivos Específicos

Identificar si la litiasis vesicular es un factor de riesgo asociado a pancreatitis aguda en mujeres adultas atendidas en el Hospital de Vitarte, 2021.

Identificar si el alcoholismo es un factor de riesgo asociado a pancreatitis aguda en mujeres adultas atendidas en el Hospital de Vitarte, 2021.

Identificar si el tabaquismo es un factor de riesgo asociado a pancreatitis aguda en mujeres adultas atendidas en el Hospital de Vitarte, 2021.

Identificar si la hiperlipidemia es un factor de riesgo asociado a pancreatitis aguda en mujeres adultas atendidas en el Hospital de Vitarte, 2021.

Identificar si la diabetes mellitus es un factor de riesgo asociado a pancreatitis aguda en mujeres adultas atendidas en el Hospital de Vitarte, 2021.

Identificar si la pancreatitis anterior es un factor de riesgo asociado a pancreatitis aguda en mujeres adultas atendidas en el Hospital de Vitarte, 2021.

Identificar si las infecciones es un factor de riesgo asociado a pancreatitis aguda en mujeres adultas atendidas en el Hospital de Vitarte, 2021.

1.4. Justificación

El estudio va dirigido a investigar los factores de riesgo que se asocian a pancreatitis aguda en este grupo poblacional de las mujeres adultas, lo que permitirá obtener resultados estadísticos de los factores como son la litiasis vesicular, alcoholismo, hiperlipidemia, tabaquismo, pancreatitis anterior, diabetes mellitus e infecciones relacionados a la pancreatitis aguda, los cuales nos ayudaría a un mejor manejo y poder protocolizar que toda pancreatitis aguda biliar sea operada en el menor tiempo y tener manejo conjunto entre los servicios de medicina y cirugía .logrando con ello acortar tiempos de espera y recidivas de la patología en los pacientes ya que es una patología muy frecuente en nuestro hospital; es por ello, que el presente estudio es significativo por permitir conocer acerca de los factores de riesgo que se asocian al grupo poblacional adulto de sexo femenino y así poder mejorar la calidad de vida en este grupo poblacional y poder prevenirlos, tratarlos; además, por constituir un importante problema de salud pública moderna.

1.5. Delimitación

Delimitación Espacial. El estudio se llevará en el Hospital de Vitarle, Red 04, ubicado en el distrito de Ate, provincia y departamento de Lima.

Delimitación Socio-Temporal. El estudio se tendrá en cuenta la participación de las mujeres adultas atendidas en el Hospital de Vitarle.

Delimitación Conceptual. El estudio abordará la temática acerca de los factores de riesgo asociados a pancreatitis aguda en mujeres adultas.

1.6. Viabilidad

Se cuenta con la participación de las pacientes con pancreatitis aguda, recursos financieros y materiales; asimismo, se accederá a historias clínicas; por otro lado, las fuentes bibliográficas actualizadas como son libros, revistas, páginas web, etc.; por lo que se realizará el estudio en un tiempo considerable.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la Investigación

Weiss F, Laemmerhirt F, Lerch M; en el 2021, en Greifswald: Alemania, realizaron un estudio titulado: “Pancreatitis aguda: riesgo genético e implicaciones clínicas”. Cuyo objetivo fue identificar los factores genéticos y sus implicancias clínicas. La metodología fue de tipo retrospectivo y e revisión sistemática, la muestra estuvo constituida por la literatura científica encontrada. La técnica fue la revisión sistemática y el instrumento los artículos. Los resultados fueron que la pancreatitis puede desarrollarse en un 5% a 10% de casos, la pancreatitis necrotizante tiene una mortalidad de más del 20% y está acompañada a veces de consecuencias de enfermedades como diabetes o insuficiencia exocrina, un gran desafío en el tratamiento de los pacientes PA es la identificación de cursos severos en un 65% al 85% de los casos. Las conclusiones fueron que se identificaron a pacientes en riesgo de desarrollo de complicaciones sistémicas y de insuficiencia orgánica ⁽⁷⁾.

Husu H, Valkonen M, Leppäniemi A, Mentula P; en el 2021, en Helsinki: Finlandia, realizaron un estudio titulado: “Ocurrencia y factores de riesgo de necrosis pancreática infectada, en pacientes con pancreatitis aguda en la UCI tratadas de necrotización severa”. Cuyo objetivo fue identificar los factores de riesgo en pacientes con PN. La metodología fue de tipo descriptivo, retrospectivo, cuantitativo, de corte transversal y diseño correlacional, la muestra conformada por 163 historias clínicas. La técnica fue la observación y el instrumento las historias clínicas. Los resultados fueron que todos los pacientes experimentaron al menos una falla de órgano y aproximadamente el 60% con múltiples insuficiencias orgánicas dentro de las primeras 24 h de la admisión, 28.8% con PN dentro de los 90 días. Las conclusiones fueron que la amplia difusión anatómica de colecciones necróticas, etiología post intervención, bacteriemias precedentes y el tratamiento de abdomen abierto se identificó como uno de los factores de riesgo independientes para la PN ⁽⁸⁾.

Bada V; en el 2020, en Hyderabad: India, realizó un estudio titulado: "Evaluación de factores de riesgo independientes de pancreatitis aguda". Cuyo objetivo fue determinar los factores de riesgo de la pancreatitis aguda (PA) y sus condiciones inflamatorias repentinas del páncreas. La metodología fue de tipo descriptivo, retrospectivo, cuantitativo, y de corte transversal, la muestra estuvo constituido por 50 pacientes. La técnica fue la encuesta y el instrumento un cuestionario. Los resultados fueron que se pudieron evidenciar la presencia de consumo de tabaco con un 40%, consumo de bebidas alcohólicas 30%, sobrepeso 76%, hipertensión arterial 20%, diabetes 48%, y obesidad 24%, siendo la diferencia encontrada significativa ($p < 0.05$). las conclusiones fueron que los autores encontraron que el fumar, el alcoholismo, hipertensión, diabetes, peso > 70 kg y la obesidad como los principales factores de riesgo independientes que contribuyen a la pancreatitis aguda ⁽⁹⁾.

Yu B, Li N, He W, He C, Wan J, Zhu Y, Lu N; en el 2020, en Jiangxi: China, realizaron un estudio titulado: "La necrosis pancreática y la gravedad son factores de riesgo independientes para la insuficiencia endocrina pancreática (IEP) después de la pancreatitis aguda". Cuyo objetivo fue evaluar el impacto de los factores de riesgo en el desarrollo de la insuficiencia endocrina pancreática después de PA. La metodología fue de tipo descriptivo, retrospectivo, cuantitativo, de corte transversal, y de diseño correlacional, la muestra estuvo constituido por 361 de 4,533 pacientes. La técnica fue la observación y el instrumento las historias clínicas. Los resultados fueron que se diagnosticó un total de 150 (41.6%) con dysglucemia, el 211 (58.4%) con función endocrina normal, los intervalos de tiempo (IT) de los dos grupos anteriores fueron 18.73 ± 19.10 meses y 31.53 ± 27.27 IT, respectivamente ($P = 0.001$); las tasas de morbilidad fueron 46.7%, 28.0%, y 25.3%, respectivamente, los factores de riesgo para la IEP después de PA fueron la severidad (Odds Ratio) [OR] = 3.489; intervalo de confianza del 95% [IC]: 1.501 - 8.111; $P = 0.004$) y necrosis pancreática (OR = 4.152; IC 95%: 2.580 - 6.684; $P = 0.001$). Las conclusiones fueron que la NP y la gravedad son factores de riesgo independientes para la IEP después de PA, el área de necrosis pancreática puede afectar la función endocrina pancreática ⁽¹⁰⁾.

Bolourani S, Diao L, Thompson D, Wang P, Coppa G, Patel V, Giangola M; en el 2020, en Nueva York: Estados Unidos, realizaron un estudio titulado: “Factores de riesgo para la readmisión anticipada después de la pancreatitis aguda: Importancia de las intervenciones oportunas”. Cuyo objetivo fue identificar los factores de riesgo para la readmisión al hospital de los pacientes de manera anticipada. La metodología fue de tipo descriptivo, retrospectivo, cuantitativo, y de corte transversal, la muestra constituida por 188,757 pacientes, 25,476 recuperados. La técnica fue la observación y el instrumento las historias clínicas. Los resultados fueron que la PA se asocia con una tasa general de 13.5% de enfermedades preexistente, particularmente diagnósticos de enfermedad cardiovascular; entre los factores de riesgo en los recuperados se encontró complicaciones de la diabetes mellitus 7,410 (29.1%), hiperlipidemia 6,700 (26.3%), dependencia a la nicotina 6,527 (25.6%). Las conclusiones fueron que se identificaron varios factores de riesgo potencialmente modificables para la readmisión anticipada (RA) de pacientes hospitalizados con pancreatitis aguda, que incluía el tiempo de intervenciones biliares, y además varias complicaciones identificadas ⁽¹¹⁾.

Marin J; en el 2020, en Lima: Perú, realizaron un estudio titulado: “Factores de riesgo asociados a complicaciones en pacientes con pancreatitis aguda Hospital Nacional Arzobispo Loayza”. Cuyo objetivo fue la identificación de los factores influyentes en las complicaciones de pacientes con pancreatitis aguda. La metodología fue de tipo descriptivo, retrospectivo, cuantitativo, y de corte transversal, la muestra estuvo constituida por 84 pacientes. La técnica fue la observación y el instrumento las historias clínicas. Los resultados fueron que en cuanto a los factores de riesgo identificados se observó que el 27.4% con obesidad, con una etiología como la biliar que represento la mayoría de los pacientes observados con un 84.5%, la presencia de diabetes mellitus en un 26.2%, y casi la mitad de la población observado inicio su alimentación entre los 4 a 7 días, el tipo de nutrición recibida fue por vía oral 73.8%, y con un diagnostico persistente 36.9%. Las conclusiones fueron que los factores principalmente observados en las complicaciones serian la nutrición por vía oral como factor protector y la presencia de PA como factor de riesgo ⁽¹²⁾.

Palomino J; en el 2020, en Lima: Perú, realizó un estudio titulado: "Recurrencia de pancreatitis aguda y factores de riesgos asociados en pacientes atendidos en el Hospital de Vitarte". Cuyo objetivo fue determinar cómo repercuten los factores de riesgo asociados en la recurrencia de PA. La metodología fue de tipo descriptivo, retrospectivo, cuantitativo, de corte transversal, y de diseño correlacional, muestra 411 pacientes, casos 137, y control 274. La técnica fue la observación y el instrumento las historias clínicas. Los resultados fueron que se constató que presentaron obesidad en el grupo casos el 29.5% presente, en el grupo control 70.5%, con presencia de comorbilidades en el grupo casos 44.6% y grupo control 55.4%, con presencia biliar en el grupo casos 32.9%, y grupo control 67.1%, con colecistectomía en casos 46.2% y grupo control 66.5%, según la clasificación de la PA, moderada y severa grupo casos 20%, grupo control 91.9%, y leve grupo casos 34.2% y grupo control 66.8%; fallas orgánicas grupo casos 15.8% y grupo control 84.2%. Las conclusiones fueron que en la mayoría de los casos se pudo constatar que la no realización de la cirugía colecistectomía está fuertemente asociada a recurrencia del cuadro de pancreatitis aguda ⁽¹³⁾.

Jamanca H, Cano L; en el 2020, en Lima: Perú, realizaron un estudio titulado: "Factores pronósticos de severidad en pancreatitis aguda en un hospital peruano". Cuyo objetivo fue determinar los factores vinculantes que promueven los pronósticos de severidad de la pancreatitis aguda. La metodología fue de tipo descriptivo, retrospectivo, cuantitativo, y de corte transversal, muestra 162 historias clínicas. La técnica fue la observación y el instrumento las historias clínicas. Los resultados fueron que 54 pacientes presentaron pancreatitis aguda moderadamente severa en un 33.3%, mientras que el 66.7% evidenciaron un grado leve del padecimiento, en la mayoría de los casos se pudo constatar que tanto la PA moderadamente severa y la severa 55.6% fueron hombres, mientras que la PA leve predominaron las mujeres en un 91.7%, siendo la mayoría de casos de origen biliar en un 83.3%. Las conclusiones fueron que en la mayoría de casos predominó la edad, el tener más de 60 años, haber presentado derrame pleural, la presencia de hematocrito >40%, y una puntuación APACHE ≥ 8 ⁽¹⁴⁾.

Peralta L; en el 2020, en Huacho: Perú, realizó un estudio titulado: “Obesidad como factor asociado a severidad en pacientes con pancreatitis aguda del Servicio de Emergencia del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz”. Cuyo objetivo fue determinar el grado de severidad presente como un factor de asociación entre la obesidad y la pancreatitis aguda. La metodología fue de tipo descriptivo, retrospectivo, observacional, cuantitativo, y de corte transversal, muestra 92 pacientes, casos 46, y control 46. La técnica fue la observación y el instrumento las historias clínicas. Los resultados fueron que se observó obesidad en los casos en un 26.1% de la población, y 8.7% en la población control, se asoció la obesidad con formas graves de la pancreatitis aguda de manera significativa ($p=0,000$). Las conclusiones fueron que se asoció con los cuadros más severos de pancreatitis aguda, se puede aseverar que a mayor peso posea el paciente mayores complicaciones para la PA ⁽¹⁵⁾.

Sánchez C; en el 2018, en Lima: Perú, realizó un estudio titulado: “Prevalencia y factores de riesgo asociados a la pancreatitis aguda de causa biliar en la población adulta femenina en el Hospital José Agurto Tello, Chosica”. Cuyo objetivo fue determinar cuál es la repercusión de la prevalencia y de los factores existentes en los pacientes que padecen de pancreatitis aguda de causa biliar en una población de mujeres que son atendidas en el Hospital José Agurto Tello. La metodología fue de tipo descriptivo, retrospectivo, observacional, cuantitativo, y de corte transversal, muestra constituida por 48 pacientes. La técnica fue la observación y el instrumento las historias clínicas. Los resultados fueron que la prevalencia se observó en un 15.96%, según el grado de severidad se pudo evidenciar un grado leve 93.8%, en el IMC encontrado se observó que existía una obesidad del tipo I 39.6%, el tiempo en la cual se acudió a la atención al iniciar los síntomas fue mayor de 2 días en un 79.2%, y en referencia a los días de estancia en el hospital debido a cuadros de severidad en un 95%. Las conclusiones fueron que la severidad en la pancreatitis aguda a causa biliar fue leve y con ausencia de complicaciones, en lo referente al IMC no se encontró relación como factor de riesgo, tampoco significó los días de hospitalización como factor de riesgo en la pancreatitis aguda causal biliar ⁽¹⁶⁾.

2.2. Bases Teóricas

Definición del páncreas y pancreatitis aguda

El páncreas está ubicado en la parte superior del abdomen detrás del estómago, y junto al intestino delgado, en la mayoría de los adultos mide entre seis y diez pulgadas de largo y dos pulgadas de ancho, se compone de una red de conductos pancreáticos, que liberan líquidos hacia la parte superior del intestino delgado (duodeno), el páncreas se divide en tres regiones, la cabeza, cuerpo y la cola. Tiene dos funciones, la función endocrina y exocrina, la función endocrina es la producción de sustancias químicas (hormonas) que tienen la misión de regula la glucosa como es la insulina, y la función exocrina que produce enzimas que colaboran en la digestión de los alimentos ⁽¹⁷⁾.

La amilasa pancreática es la encargada de descomponer los carbohidratos conocidos como los almidones, y de esta transformación surge la glucosa, las proteasas descomponen las proteínas y los transforma en aminoácidos, y las lipasas descomponen las grasas o lípidos, a consecuencia de su potencia estas enzimas están en un envoltorio protector mientras están en el páncreas. Para llegar al tracto gastrointestinal, las enzimas digestivas van a través de los conductos pancreáticos y se liberan en el duodeno en la papila mayor denominada ampolla de Vater, situada ya fuera del páncreas, la capa protectora se disuelve y las enzimas digestivas logran activarse ⁽¹⁸⁾.

Una vez desactivada la capa protectora de las enzimas digestivas, entra en función la bilis de la vesícula biliar entre en el duodeno en la papila mayor, es así que la bilis rompe la grasa en partes más pequeñas para que la lipasa pueda realizar su función de descomposición con mayor facilidad, cuando el páncreas se encuentra en condiciones óptimas, ayuda a mantener un aparato digestivo en perfecto estado. Sin embargo, cuando el páncreas no funciona de manera adecuada o se encuentra enfermo, pueden presentarse diversos problemas a la hora de la digestión o del procesamiento de los alimentos, o para mantener los valores normales de azúcar en la sangre ⁽¹⁹⁾.

El páncreas en su estado normal cumple su función, sin embargo, en la pancreatitis aguda las enzimas que están en un estado de inacción, suelen alterarse y se activan, es decir disuelven su capa protectora y comienzan a cumplir su función, pero dentro del páncreas y no en el duodeno como sería lo normal. En un estado de normalidad el páncreas en cuanto nota la presencia de los alimentos, las enzimas salen de los intestinos y prácticamente devoran a los alimentos. En la pancreatitis aguda es cuando estas enzimas se activan en el interior del páncreas y comienzan a destruir el tejido pancreático, a auto digerir el tejido que conforma el páncreas, siendo esta situación peligrosa para el individuo, y que pondrá en riesgo la salud ⁽²⁰⁾.

El páncreas suele enfermarse poco, pero cuando se enferma suele ser con consecuencias graves o que son motivo para prestar bastante atención, dado su condición y función fundamental que desempeña en el organismo, la pancreatitis aguda es muy peligrosa y está asociada a diversos factores de riesgo. La pancreatitis es una inflamación exacerbada del páncreas, por tal motivo suele ser devastador para el páncreas cuando las enzimas son activadas en el interior del páncreas, para tal propósito existe una sustancia que se encarga de que no sean sintetizadas estas enzimas en su forma activa, la enzima inhibidora de la tripsina es la que impedirá que estas enzimas producidas por el páncreas se activen en el páncreas en su forma activa ⁽²¹⁾.

Cuando el páncreas es incapaz de controlar la activación de estas enzimas en el interior del mismo, es cuando se desarrolla un desorden conocido como la pancreatitis, este padecimiento es la causante del daño al páncreas y el daño a los tejidos circundantes, es una afección inflamatoria del páncreas que es dolorosa y, en ocasiones, mortal, esto quiere decir que las hormonas que se encargan de la sintetización de los alimentos tales como la acetilcolina, secretina, y la principal de ellas la colecistocinina, esta incapacidad de las enzimas es a consecuencia de la lesión reversible del parénquima pancreático que está asociado con la inflamación y de etiologías diversas, como son la exposición de sustancias altamente tóxicas, asimismo de las obstrucciones de los conductos pancreáticos, entre otros motivos ⁽²²⁾.

Epidemiología

En la geografía mundial la incidencia de la pancreatitis aguda variará conforme la región geográfica, sin embargo, lo que sí es seguro es que sus valores de incidencia van en aumento y en coherencia con otros padecimientos o problemas de salud como la obesidad o el alcoholismo. De esta manera las estimaciones epidemiológicas apuntan que, la incidencia a nivel mundial fue del 4,9 - 80 / 100,000 personas, mientras que la mortalidad alcanzo una taza de 1.6 / 100,000 personas. En algunas poblaciones como son las embarazadas la pancreatitis aguda puede tener una incidencia estimada de 1 / 10,000, en esta población específicamente el 50% de los casos de pancreatitis tienen su ocurrencia durante el tercer trimestre, en otras poblaciones como los niños no están exentos a padecer esta enfermedad ⁽²³⁾.

La estimación de esta enfermedad, la pancreatitis tiene su presencia en esta población, las estimaciones mencionan que cada año esta enfermedad tiene presencia en esta población con 11,000 casos en todo el mundo, en la mayoría de los casos de pancreatitis aguda son moderadamente graves con un 30% y graves en 10%. La falla orgánica es una de las principales causales de mortalidad temprana, la mortalidad a nivel mundial es de 3 - 6% y aumenta en 30% en los casos de pancreatitis aguda grave ⁽²⁴⁾.

En todos estos casos las infecciones secundarias, incluyendo entre ellas la pancreatitis aguda necrotizante (PAN) como la variante más recurrente y mortal, lo cuales son las culpables de que se incremente las muertes a nivel mundial en los últimos años. A nivel nacional en el Perú se evidenciaron una incidencia de 28 de los casos por 100,000 habitantes que fue registrado por el MINSA en el año 2009, en donde las diversas variantes de la enfermedad se enfocan básicamente en las que están relacionadas a la vesícula biliar y las vías biliares. La tendencia tanto en el Perú como a nivel mundial es de incrementarse con el transcurrir de los años, la pancreatitis aguda es considerada como uno de los trastornos gastrointestinales más habituales, siendo el medio de abordaje más adecuado de la PA la hospitalización ⁽²⁵⁾.

Etiología

A nivel mundial la mayoría de estadísticas y basándose en la mayoría de bibliografías sobre esta enfermedad existe un acuerdo más o menos aproximado de que más del 40% de la presencia de pancreatitis aguda es debido a la causal biliar o que tiene origen en los cálculos biliares, como segundo determinante de causa es el consumo excesivo de alcohol o que el origen de la pancreatitis aguda es a consecuencia del hábito de consumo de alcohol en un 35%, mientras que un 10% tiene un origen idiopático, iatrogenias por procedimientos médicos (CPRE) con 5%, con un 4% hipertrigliceridemia, 2% medicamentos, y traumatismos 1.5%, en lo que tiene que ver con el género principalmente su presencia prevale en mujeres mayoritariamente ⁽²⁶⁾.

La base principal causal de la pancreatitis aguda es que las enzimas hacen el efecto de auto digestión del órgano, combinada con reacciones inflamatorias locales y sistémicas, ambas son en gran medida independientes de la causa subyacente. Las causas más comunes se encuentran en el área biliar y abuso de alcohol, la duración del consumo crónico y la cantidad ingerida influyen directamente, los desencadenantes adicionales de pancreatitis aguda son la inflamación, que conduce a un aumento de la presión pancreática o en el parénquima (trauma, operaciones abdominales, colangiografía), hipertrigliceridemia, hipercalcemia y efectos secundarios de ciertos medicamentos (ácido valproico, glucocorticoides, citostáticos) ⁽²⁷⁾.

Una causa rara, pero no insignificante representa la pancreatitis hereditaria, familiar, esto quiere decir que esta enfermedad se puede basar en varias mutaciones genéticas, no solamente de los familiares de primera orden, sino con antecedentes de familiares lejanos. El más común es el gen para el tripsinógeno catiónico (gen PRSS1). El daño celular inicial se acompaña de una reacción inflamatoria y la activación de las células inmunes, en particular los granulocitos y los macrófagos, las citocinas liberadas y mediadores proinflamatorios causan daños locales y sistémicos junto con las proteínas digestivas, a consecuencia a la distribución de sustancias vasodilatadoras ⁽²⁸⁾.

Fisiopatología

Uno de los componentes más importantes dentro de la fisiopatología es el estado inflamatorio, cuando el daño celular (célula acinar con lesión y necrosis) es inminente, la producción de manera descontrolado de las enzimas y la proteólisis (degradación de las proteínas), tiende a la generación del (estrés oxidativo y la activación de manera prematura del tripsinógeno), estas acciones producen la liberación de patrones celulares que están asociados al daño celular, estos estímulos recibidos por las células polimorfonucleares (neutrófilos) interpretan como amenaza, por tal motivo estas células son activadas y a la vez realizan el reclutamiento de más células encargadas de la inflamación como (neutrófilos, macrófagos, mastocitos) ⁽²⁹⁾.

En este ambiente suelen ser sostenidos por las grandes cantidades de citocinas (Interferón e interleucinas), aparentemente en un principio la respuesta inflamatoria podría ser beneficiosa, posteriormente las células de la respuesta inmune, tomaran un papel que causará un daño importante, estas células producirán a la vez otra clase de enzimas y mediadores que lesionarán con mucho más rigor a las células acinares y al tejido intersticial del páncreas, este proceso se convierte en un círculo vicioso, por lo tanto se volverá a repetir interminablemente y cada ciclo producirá cada vez más daño al páncreas ⁽³⁰⁾.

En la etapa inicial el ambiente toxico se ubicará en el páncreas, pero solo será cuestión de tiempo para que el daño se extienda a los tejidos peri pancreáticos, y causará daños a otros órganos. En el ámbito más reducido como es el celular, lo que sucede en la pancreatitis aguda, es que internamente en las células acinares se puede observar una disfuncionalidad a nivel mitocondrial y del retículo sarcoplásmico, esto causará modificaciones en las regulaciones de los niveles de concentración de calcio intracelular, siendo el responsable de la estimulación enzimática. También se estimula la inducción de la autofagia y activación de las vías inflamatorias mediadas por el factor nuclear NF- κ B, al final las alteraciones en el transporte de iones culminan en la disminución de la ATP y en última instancia en necrosis ⁽³¹⁾.

Síntomas

La pancreatitis aguda se caracteriza por dolor abdominal superior agudo y / o torácico, estos a menudo tiran del cinturón en la espalda, en los cálculos biliares, el dolor puede ser cólico, sin embargo, los cursos sin dolor de la enfermedad suelen ser muy raros. Además, pueden ocurrir náuseas y vómitos que pueden llegar a ser constantes según el grado en la que este, a menudo, la aparición del meteorismo (flatulencias) o un íleo paralítico (paralización de la función intestinal) o con un ruido intestinal escaso. También pueden ocurrir ascitis (acumulación de líquidos en los alrededores del abdomen) o en la zona pleural, caracterizado por hinchazón abdominal ⁽³²⁾.

En el contexto de la pancreatitis aguda, las equimosis azuladas o verdosas (moretones causados por la fuga de sangre) también pueden desarrollarse en localizaciones periféricas características, como son la zona periumbilical (alrededor del ombligo) se denomina el signo de Cullen, en la zona de los flancos (signo de Gray-Turner) o en la ingle. Todos estos síntomas son raros y tienen un pronóstico precario, el vientre de goma o abdomen hinchado (ascitis) es una tensión que puede estar en el grado de leve, moderada a grave en la pared abdominal típico de la pancreatitis aguda, que está caracterizada en un incremento del volumen abdominal exagerado ⁽³³⁾.

Diagnóstico

El diagnóstico de pancreatitis aguda se puede realizar de acuerdo con las guías internacionales si es que se cumplen dos de los siguientes criterios: La lipasa y/o amilasa en el suero aumenta en más de tres veces de lo normal; si es que hay dolor en la parte superior del abdomen, y si es que hay hallazgos de imagen característicos de la enfermedad. En cuanto a los procedimientos de diagnóstico de la pancreatitis aguda comienza con la anamnesis (descripción clínica del estado de salud del paciente), es decir los síntomas típicos, historial de cálculos biliares y consumo de alcohol, a esto le sigue el examen clínico los cuales deben contener al menos los parámetros vitales ⁽³⁴⁾.

Entre estos exámenes básicos deben estar incluidos la presión arterial y pulso, deberán auscultar los pulmones y medir la temperatura corporal. Se examina el abdomen en busca de sensibilidad y tensión defensiva, se auscultan los ruidos intestinales y se presta atención a signos como la ascitis, el signo de Cullen, o el signo de Gray-Turner. Es así que entre los diagnósticos están los parámetros químicos de laboratorio, así como también varios métodos disponibles para la diferenciación: Criterios de Ranson (un resultado significativo solo es posible después de 2 días), puntaje APACHE II (con resultado significativo después de 2 días); puntuación BISAP (índice de gravedad de la pancreatitis aguda), entre otros métodos de diagnóstico ⁽³⁵⁾.

Tratamiento

Una pancreatitis aguda suele ser muy dolorosa, el dolor puede ser aliviado con diferentes fármacos, a menudo se necesitan analgésicos fuertes (opioides), por lo general, se administran por vía intravenosa o por catéter (anestesia peridural), a veces es posible adaptar la dosis de los analgésicos según sea necesario. Esto se denomina tratamiento de dolor controlado por el paciente, esto utiliza una bomba sobre la cual se puede administrar los medicamentos, cuando el dolor disminuye, se pueden usar analgésicos más débiles como el paracetamol o el ibuprofeno. Si no es posible comer en unos pocos días, se puede suministrar con nutrientes importantes, como proteínas, carbohidratos, grasas, vitaminas y minerales usando sonda estomacal ⁽³⁶⁾.

Prevención

La prevención en esta letal enfermedad es básicamente el adoptar una vida sana, en donde se de preferencia al autocuidado preventivo, esto quiere decir que las personas que se encuentren en los grupos de alto riesgo de padecerla, adopten un cambio fundamental en el estilo de vida. Individuos que tienen periodos largos en la cual mantengan vicios o el habito nocivo del consumo de alcohol, sin embargo, el consumo indiscriminado de alimentos descualificados como el consumo de grasas trans y alimentos procesados ⁽³⁷⁾.

Factores de riesgo

Una pancreatitis aguda es causada casi en la mitad de los casos por los casos por cálculos biliares (pancreatitis biliar): la bilis (se produce en el hígado y almacenada de manera temporal en la vesícula biliar), así como las secreciones digestivas del flujo en el páncreas (jugo pancreático) generalmente fluyen hacia el páncreas a través de un conducto común, el conducto intestino delgado. Si este pasaje está bloqueado por cálculos biliares, el jugo pancreático retrocede en el páncreas y la bilis en dirección al hígado, estas enzimas digestivas contenidas en el jugo pancreático se activan en el interior del páncreas en lugar del intestino como sería lo natural ⁽³⁸⁾.

Todo lo mencionado anteriormente es el resultado del desencadenamiento de los síntomas a consecuencia de la exacerbación de alguno de los diversos factores de riesgo, los cuales pueden ser muy diversos, sin embargo, los principales factores de riesgo suelen estar entre las obstrucciones biliares, el alcoholismo, tabaquismo, entre otros. Entendiendo como factores de riesgo a la acumulación de los posibles riesgos potenciales o leves, sin embargo, eso no significa que la causal sea la enfermedad, se refiere a condiciones predisponentes a una enfermedad, pero que pueden ser evitables, resulta crucial definir adecuadamente la definición de los factores de riesgo; en la ciencia médica los factores de riesgo son importantes ya que permiten ver acciones erróneas de salud para aplicar medidas correctivas ⁽³⁹⁾.

Permiten dilucidar las actividades que podrían ser determinantes en el estado de salud del individuo, en ellas se comprenden un sin número de grados de peligrosidad que, si no son atendidas, estos desequilibrios o mermas en las condiciones de salud del individuo, pueden llegar a enfermar, a niveles o grados de empeoramiento de las condiciones físicas. En el caso de una enfermedad como la pancreatitis, los factores de riesgo aumentan la posibilidad de contraerlo o de tener la enfermedad podría exacerbar los síntomas e incluso podría ingresar a un grado de afectación o de severidad en la cual no se encuentre recuperación o una regresión en la enfermedad ⁽⁴⁰⁾.

Litiasis vesicular (cálculos biliares)

La litiasis o cálculos biliares, suele ser el factor de riesgo principal, muchas personas tienen cálculos biliares, de los cuales en su mayoría no se dan cuenta, solo cuando ocurren quejas y complicaciones es donde el individuo es consciente, se habla de una enfermedad en donde se puede identificar piedra biliar o la solidificación de la bilis. A veces se produce congestión biliar e inflamación de la vesícula biliar, con tales complicaciones, se necesita tratamiento con urgencia, las mujeres, en particular, tienen un mayor riesgo de desarrollar cálculos biliares, se cree que la hormona sexual femenina estrógeno promueve la formación de cálculos biliares, la obesidad, antecedentes, etc., ⁽⁴¹⁾.

Alcoholismo

En el pasado se ha afirmado que la composición de la bebida alcohólica o los hábitos nocivos específicos de bebida desempeñan un papel en el desarrollo de la pancreatitis inducida por el alcohol. Mientras que en algunos países se daba como una posibilidad que se acusará a la cerveza como un factor de riesgo, el vino o los licores de alta graduación, en el contenido de alcohol se tenían más probabilidades de ser considerados como un factor de riesgo principal. Sin embargo, las observaciones de los profesionales reflejan los hábitos de bebida de algunos individuos, que cuando se convierten en alcohólicos el riesgo de aparición de la pancreatitis aumenta drásticamente ⁽⁴²⁾.

Los componentes de las bebidas alcohólicas tienen efectos muy diferentes sobre la secreción gástrica y pancreática, esto quiere decir, que bebidas alcohólicas en donde tengan un contenido mayor de alcohol y sumado a eso un consumo adictivo y frecuente se convierte en el segundo factor de riesgo más importante en la presencia de la pancreatitis aguda. Sin embargo, un consumo intermitente no está relacionado fuertemente en la presencia de la enfermedad, cuando el individuo pierde el control sobre el hábito de bebida, es entonces que los ataques agudos se hacen recurrentes en el caso de poseer el padecimiento, y de no haber cambio, la enfermedad entrará a su fase final ⁽⁴³⁾.

Tabaquismo

El abuso de la nicotina o del tabaquismo tiene un efecto dañino en el páncreas, la nicotina inhibe la secreción pancreática, mientras que dosis excesivas aumentan la síntesis de enzimas en el páncreas, esto quiere decir que, aunque los estudios clínicos que intentaron establecer una conexión entre el tabaquismo y la pancreatitis inducida por alcohol encontraron una relación directa. Esto se puede interpretar que el consumo de nicotina es un factor importante cuando se asocia con bebidas alcohólicas, esto demuestra también que los hábitos nocivos no solamente actúan individualmente, sino que vienen asociados con otros factores, a diferencia del alcohol que por sí solo es un factor de primer orden, que sin embargo se ven reforzados cuando se asocian a otros factores y son los causantes de las diversas cronicidades de la enfermedad ⁽⁴⁴⁾.

Hiperlipidemia

La hipertrigliceridemia es una causa establecida de pancreatitis, dado que el consumo excesivo de alimentos con abundante contenido de grasas, también está asociado con el alcohol, sin embargo, los desórdenes alimenticios como la comida chatarra que contienen grasas trans, al ser consumido con regularidad suele presentarse como triglicéridos (presencia de altos niveles de colesterol en la sangre). Al haber la presencia de muchos triglicéridos en la sangre, los quilomicrones (lipoproteínas), los VLDL (lipoproteína de muy baja densidad), normalmente son degradadas por la lipoproteína lipasa (LPL) ⁽⁴⁵⁾.

Cuando los quilomicrones pasan por los conductos pancreáticos obstruyendo estos canales y causan isquemia, presentándose lesiones en el tejido pancreático. Esta isquemia desarrolla un proceso inflamatorio, normalmente la lipasa pancreática es liberada a los intestinos, sin embargo, por la obstrucción, la lipasa pancreática actúa sobre el quilomicron creando ácidos grasos libres, que son sumamente tóxicos para el páncreas, el páncreas ante su incapacidad de procesamiento de los altos niveles de grasa a consecuencia del daño de los tejidos pancreáticos, causan el colapso total del páncreas ⁽⁴⁶⁾.

Diabetes mellitus

Sin lugar a dudas un individuo con presencia de una comorbilidad como es la diabetes mellitus tiene una gran probabilidad de contraer pancreatitis, es un factor de riesgo importante, una de las principales funciones del páncreas es la generación de la insulina a través de las células beta, siendo su función de la insulina el permitir que la glucosa ingrese al interior de las células, lo que sucederá es que la glucosa en la sangre disminuirá, es el gran problema con los individuos con diabetes, ya que no ingresará la glucosa en las células a consecuencia de una deficiencia en la insulina, lo que hace que proliferen la glucosa, por lo tanto la glucosa estará en la sangre y en un nivel elevado ⁽⁴⁷⁾.

Sin embargo, la diabetes también puede ser la manifestación de cáncer de páncreas o pancreatitis, esto quiere decir que con el paso del tiempo la diabetes por su deficiente producción de insulina y la proliferación de niveles de azúcar en la sangre elevados y en los diferentes tejidos y órganos afectará un mal funcionamiento de los mismos. Esto producirá una degeneración en el organismo, es así que cuando el páncreas se encuentra con una obstrucción a consecuencia de daño en el tejido pancreático suele haber un taponamiento. Esta obstrucción causa que las enzimas que segrega el páncreas y que deberían ingresar o ser liberadas en el intestino comiencen a destruir aún más los tejidos pancreáticos, o causan daños en la estructura del páncreas ⁽⁴⁸⁾.

Cuando se establece el daño de la glándula, por parte de estas sustancias químicas que se encargan del procesamiento de alimentos, mediante el procesamiento de las proteínas, la producción de la insulina y el glucagón disminuye aun más ya que el tejido pancreático está dañado y habrá menos capacidad de generación de enzimas a consecuencia de que el tejido pancreático es insuficiente. Cuando el daño en el páncreas se acelera ocasionará inevitablemente un daño multiorgánico, ya que el páncreas no podrá generar los niveles de enzimas y junto con el daño de las mismas enzimas en el páncreas hará que el daño se acelere, y con sus consecuencias, unos niveles elevados de glucosa en la sangre ocasionando daños en todo el organismo ⁽⁴⁹⁾.

Antecedentes de pancreatitis

El pronóstico desfavorable constante del páncreas se debe principalmente a la tumoración avanzada en el momento del diagnóstico. Se puede utilizar un análisis de árbol genealógico para identificar a las personas con mayor riesgo familiar de pancreatitis, esto incluye a familiares con cáncer de páncreas y familiares con ciertos síndromes de predisposición tumoral hereditaria, como el síndrome de Peutz-Jeghers (tumores llamados pólipos en los intestinos), pancreatitis hereditaria, síndrome familiar atípico de marcas de nacimiento múltiples, melanomas, y cáncer hereditario de mama y de ovario ⁽⁵⁰⁾.

La detección de mutaciones de la línea germinal (células sexuales, óvulos y espermatozoides) en los genes, incluidos factores de riesgo exógenos (ambiental, biológicos y sociales), que en el futuro podría utilizarse para especificar el riesgo de enfermedad. El registro de enfermedades familiares con cáncer de páncreas de acuerdo con criterios clínico-genéticos y sociodemográficos es esencial para crear la base de datos necesaria para determinar los riesgos de pancreatitis, sin embargo, no hay en la actualidad un registro riguroso sobre antecedentes familiares específicamente del cáncer de páncreas, siendo esta falencia un agravamiento de este factor de riesgo ⁽⁵¹⁾.

Infecciones

Microorganismos infecciosos que incluyen virus, (paperas, coxsackie y hepatitis), bacterias (neumonía por micoplasma y leptospirosis), y parásitos (áscaris lumbricoides, fasciola hepática (infección por ingesta de plantas acuáticas)) y enfermedad hidatídica (contagio por parásitos de animales). También los citomegalovirus (virus del herpes), virus de inmunodeficiencia humana (VIH), virus del herpes simple (HSV), virus de la varicela-zoster; bacterias legionella, salmonella y leptospira; hongos (aspergillus); y parásitos (toxoplasmosis, criptosporidio y áscaris), cada uno de esos organismos causa pancreatitis a través de varios mecanismos, la elevada proliferación de estos agentes causa inflamación pancreática y por consiguiente la pancreatitis ⁽⁵²⁾.

2.3. Definiciones conceptuales

Factores de riesgo. Algo que aumenta la posibilidad, riesgo o susceptibilidad de desarrollar una enfermedad, se asocia con una mayor probabilidad de un resultado generalmente desagradable.

Factor de riesgo fijo. Es un factor de riesgo que no se puede demostrar que cambie, son rasgos como el sexo, etnia y genética.

Factor de riesgo variable. Se puede demostrar que un factor de riesgo cambia espontáneamente dentro de un sujeto o resultado de una intervención.

Factor de riesgo causal. Si se puede demostrar que el factor de riesgo es manipulable y cuando se manipula cambia la probabilidad del resultado.

Pancreatitis. Es la inflamación del páncreas; de las muchas causas de pancreatitis, las más comunes son el consumo de alcohol y cálculos biliares.

Pancreatitis aguda. Ocurre repentinamente y es una afección a corto plazo, la mayoría de personas con pancreatitis aguda mejoran y desaparece en varios días con tratamiento, algunos pueden tener una forma más grave de pancreatitis aguda, que requiere una hospitalización prolongada.

Pancreatitis crónica. La pancreatitis crónica es una enfermedad de larga duración. El páncreas no se cura ni mejora. En cambio, empeora con el tiempo, lo que puede provocar daños duraderos en el páncreas.

Páncreas. Es una glándula grande detrás del estómago, cerca de la primera parte del intestino delgado, llamada duodeno; tiene dos funciones principales: producir insulina y producir jugos digestivos o enzimas para ayudarlo a digerir los alimentos en el intestino.

Cálculos biliares. Los cálculos biliares son "piedras" que se forman en la vesícula biliar o en los conductos biliares. Los tipos comunes de cálculos biliares son el colesterol, el pigmento negro y el pigmento marrón.

Bilis. Líquido alcalino (básico) secretado por el hígado y almacenado en la vesícula biliar entre comidas. Al comer, la bilis se descarga en el duodeno, donde ayuda a digerir las grasas.

Duodeno. La primera parte del intestino delgado que conecta el estómago con el yeyuno, la segunda parte del intestino delgado. El duodeno es la parte más corta del intestino delgado.

Insulina. Hormona que induce a las células a absorber glucosa de la sangre. Cuando la insulina no está presente, las células no pueden absorber glucosa y utilizar la grasa como fuente de energía alternativa. La incapacidad para producir insulina es la causa principal de la diabetes mellitus tipo I.

Enzimas. Biomoléculas que aumentan la velocidad de (catalizan) reacciones químicas. Casi todas las enzimas son proteínas. Casi todas las reacciones en un sistema biológico necesitan enzimas para avanzar a velocidades significativas.

Conducto pancreático. Un conducto que une el páncreas con el conducto biliar común para suministrar jugos pancreáticos que ayudan en la digestión; el conducto se une con el colédoco y termina en el duodeno.

Pancreatectomía distal. Por lo general, se realiza una pancreatectomía distal cuando un paciente tiene un tumor en el cuerpo o la cola ("extremo delgado") del páncreas. Este procedimiento implica la extracción de la cola y el cuerpo del páncreas, dejando intacta la cabeza del páncreas. Su cirujano normalmente extirpará su bazo al mismo tiempo porque está ubicado al lado de la cola del páncreas.

2.4. Hipótesis

Hipótesis General

Existen factores de riesgo asociados a pancreatitis aguda en mujeres adultas atendidas en el Hospital de Vitarte, 2021.

Hipótesis Secundarias

La litiasis vesicular es un factor de riesgo asociado a pancreatitis aguda en mujeres adultas atendidas en el Hospital de Vitarte, 2021.

El alcoholismo es un factor de riesgo asociado a pancreatitis aguda en mujeres adultas atendidas en el Hospital de Vitarte, 2021.

El tabaquismo es un factor de riesgo asociado a pancreatitis aguda en mujeres adultas atendidas en el Hospital de Vitarte, 2021.

La hiperlipidemia es un factor de riesgo asociado a pancreatitis aguda en mujeres adultas atendidas en el Hospital de Vitarte, 2021.

La diabetes mellitus es un factor de riesgo asociado a pancreatitis aguda en mujeres adultas atendidas en el Hospital de Vitarte, 2021.

La pancreatitis anterior es un factor de riesgo asociado a pancreatitis aguda en mujeres adultas atendidas en el Hospital de Vitarte, 2021.

Las infecciones es un factor de riesgo asociado a pancreatitis aguda en mujeres adultas atendidas en el Hospital de Vitarte, 2021.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1. Tipo de estudio

El tipo de investigación corresponde a un estudio casos y controles: según sus factores de riesgo de tipo observacional, diseño de investigación del presente estudio es de tipo transversal y retrospectivo.

3.2. Diseño de la investigación

El presente estudio es de enfoque cuantitativo porque se medirá la variable de forma numérica o estadísticamente; además, es descriptivo porque describirá las características o comportamiento de la variable.

3.3. Población y muestra

La población de estudio estará conformada 120 pacientes mujeres adultas diagnosticados con pancreatitis aguda en el Hospital de Vitarte y tratados durante el periodo de noviembre del 2018 a enero del 2020.

El proceso de selección será aleatorio simple, considerando que cada paciente de la población de estudio tiene la probabilidad de ser seleccionado para el presente estudio. Para efecto del estudio se ha utilizado la fórmula de comparación de las poblaciones independientes.

Asimismo, para el cálculo de la muestra de estudio se consideró necesario hacer uso de la fórmula del muestreo probabilístico aleatorio simple, con un nivel de confianza del 95%, con un margen de error del 5%; el cual se procederá a realizar los respectivos cálculos, según la formula establecida.

$$n = \frac{N Z^2 p.q}{(N - 1) E^2 + (Z^2 p.q)}$$

Donde:

- n = Tamaño de la muestra
- Z = Nivel de confianza
- p = Proporción de la población deseada
- q = Proporción de la población no deseada
- E = Nivel de error dispuesto a cometer
- N = Tamaño de la población

Reemplazando:

$$n = \frac{(120) (1.96) (1.96) (0.50) (0.50)}{(120-1) (0.05) (0.05) + (1.96) (1.96) (0.50) (0.50)}$$

$$n = \frac{115.248}{0.2975 + 0.9604} = \frac{115.248}{1.2579} = 91.619365 = 92$$

La muestra quedo constituida por 92 mujeres adultas atendidas.

Asimismo, para la selección de la muestra de estudio se tuvo en cuenta los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión:

- Pacientes mujeres adultas que presento algún factor asociado a pancreatitis aguda durante el periodo noviembre 2019- enero 2020.
- Pacientes mujeres adultas que no presento algún factor asociado a pancreatitis aguda durante el periodo noviembre 2019- enero 2020.

Criterios de exclusión:

- Pacientes admitidos en el Hospital de Vitarte, periodo 2019 - 2020. con pancreatitis aguda que han terminado el tratamiento en otra institución de salud.

3.4. Operacionalización de variables

Variable: Factores de riesgo asociados a pancreatitis aguda

Dimensiones	Indicador	Tipo	Medición	Escala	Método de recolección
Litiasis vesicular	Factor de riesgo	Cuantitativo	Si / No	Nominal	Ficha de recolección de datos
Alcoholismo	Factor de riesgo	Cuantitativo	Si / No	Nominal	Ficha de recolección de datos
Tabaquismo	Factor de riesgo	Cuantitativo	Si / No	Nominal	Ficha de recolección de datos
Hiperlipidemia	Factor de riesgo	Cuantitativo	Si / No	Nominal	Ficha de recolección de datos
Diabetes mellitus	Factor de riesgo	Cuantitativo	Si / No	Nominal	Ficha de recolección de datos
Pancreatitis anterior	Factor de riesgo	Cuantitativo	Si / No	Nominal	Ficha de recolección de datos
Infecciones	Factor de riesgo	Cuantitativo	Si / No	Nominal	Ficha de recolección de datos

3.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

El proceso de recolección de datos se realizará mediante las historias clínicas de mujeres adultas diagnosticadas con pancreatitis aguda atendidas en el Hospital de Vitarte durante los períodos 2018-2019 (Ficha de recolección de datos), las informaciones obtenidas serán de manera confidencial de acuerdo a los principios éticos actualmente (Ley de Salud N° 26842).

3.6. Técnicas para el procesamiento de la información

De acuerdo al proceso descriptivo los datos estadísticos obtenidos serán procesados en tablas y figuras de acuerdo al tamaño de la muestra y porcentaje de acuerdo a las variables y dimensiones de estudio. Para determinar la asociación entre las variables cualitativas se aplicará Chi cuadrado; dicha asociación se considerará significativa si la probabilidad de error es menor al 5% ($p < 0.05$).

Asimismo, se evaluará la asociación entre las dos variables de acuerdo a los casos y controles, se calculará mediante el Odds ratio (OR) (factor de riesgo), de acuerdo al nivel de confianza al 95%. Si el punto inferior del intervalo del OR es > 1 se considera factor de riesgo. Para su análisis estadístico, los datos serán recopilados a través de las historias clínicas, utilizando la ficha de recolección de datos y registradas en una base de datos, para ser procesados en el paquete estadístico SPSS V 26.0.

3.7. Aspectos éticos

Para la realización de dicho estudio se tendrá en cuenta los criterios éticos para hacer trabajos de investigación en el área de salud, es por ello será evaluado por el Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad Ricardo Palma y el Hospital de Vitarte. De igual manera, se respetará los derechos de autores mencionados en el marco teórico de acuerdo a la variable de estudio, como revistas, libros, páginas web, etc.

CAPÍTULO IV: RECURSOS Y CRONOGRAMA

4.1. Recursos

Recursos humanos

- Asesora de Tesis
- Investigador
- Asesor Estadístico

Recursos materiales

- Papel Bond A4 80 grs.
- Tinta de impresora
- Lapiceros
- Lápiz
- Engrampadora
- Clips
- Folder de manila
- Impresiones
- Fotocopias
- Espiralados
- USB
- Internet
- Biblioteca
- Pasajes
- Refrigerio

4.2. Cronograma

ACTIVIDADES	2019			2020												
	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
Elaboración del protocolo	X	X														
Planteamiento del problema			X													
Marco teórico			X	X												
Diseño metodológico					X	X	X	X								
Revisión por el Comité de Ética									X	X						
Recolección de datos											X	X	X			
Análisis de datos														X		
Informe final																X

4.3. Presupuesto

PERSONAL	COSTO UNITARIO	COSTO SUBTOTAL
Digitador	200.00	S/. 1,300.00
Secretaria	500.00	
Corrector	100.00	
Análisis estadístico	500.00	
SERVICIOS	COSTO UNITARIO	COSTO SUBTOTAL
Movilidad	200.00	S/. 700.00
Alimentación (refrigerio)	100.00	
Fotocopias, anillado, empastado	200.00	
Internet	100.00	
Autorización del hospital	100.00	
SUMINISTROS E INSUMOS	COSTO UNITARIO	COSTO SUBTOTAL
Papel	50.00	S/. 2,150.00
Folder, archivador, sobres manila	50.00	
CD, USB	50.00	
PC	2,000.00	
OTROS	COSTO UNITARIO	COSTO SUBTOTAL
Otros gastos	100.00	100.00
	TOTAL	S/. 4,250.00

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Pancreatitis como afectación en poblaciones. Ginebra: OMS. 2020. [Internet]. [Fecha de acceso: 17 junio 2021]. Disponible en: <https://tinyurl.com/2j74dv8c>
2. Organización Panamericana de la Salud. Prevalencia y factores de riesgo que contribuyen a la Pancreatitis. Washington: OPS. 2020. [Internet]. [Fecha de acceso: 17 junio 2021]. Disponible en: <https://tinyurl.com/ywpctwrh>
3. Ministerio de Salud del Perú. Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico, Tratamiento y Control de la Diabetes Mellitus Tipo 2 en el Primer Nivel de Atención. Lima: MINSA. 2018. [Internet]. [Fecha de acceso: 18 junio 2021]. Disponible en: <https://tinyurl.com/345mvyp2>
4. Kundumadam S, Fogel E, Gromski M. Pancreatitis de cálculos biliares: enfoque clínico general y el papel de la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica. Indianápolis: Korean Journal Internal Medical. 2021. [Artículo]. 36(01):25-31. [Fecha de acceso: 18 junio 2021]. Disponible en: <https://tinyurl.com/4awt4mmt>
5. Boxhoorn L, Voermans R, Bouwense S, Bruno M, Verdon R, Boermeeste M, Santvoort H, Besselink M. Pancreatitis aguda. Ámsterdam: The Lancet. 2020. [Artículo]. 396(10252):726-734. [Fecha de acceso: 19 junio 2021]. Disponible en: <https://tinyurl.com/8xz82bmm>
6. Bálint E, Fűr G, Kiss L, Németh D, Soós A, Hegyi P, Szakács Z, Tinusz B, Varjú P, Vincza Á, Erőss B, Czimmer J, Szepes Z, Varga G, Rakonczay Z. Evaluación del curso de la pancreatitis aguda a la luz de la etiología: una revisión sistemática y un metanálisis. Szeged: Journal Scientific Reports. 2020. [Artículo]. 10(17936):01-17. [Fecha de acceso: 19 junio 2021]. Disponible en: <https://acortar.link/MWTZWp>

7. Weiss F, Laemmerhirt F, Lerch M. Pancreatitis aguda: riesgo genético e implicaciones clínicas. Greifswald: Journal of Clinical Medicine. 2021. [Artículo]. 10(190):73-81. [Fecha de acceso: 20 junio 2021]. Disponible en: <https://tinyurl.com/y8ejpuvd>
8. Husu H, Valkonen M, Leppäniemi A, Mentula P. Ocurrencia y factores de riesgo de necrosis pancreática infectada, en pacientes con pancreatitis aguda en la UCI tratadas de necrotización severa. Helsinki: Journal of Gastrointestinal Surgery. 2021. [Artículo]. 10(190):73-81. [Fecha de acceso: 20 junio 2021]. Disponible en: <https://acortar.link/yQmmEe>
9. Bada V. Evaluación de factores de riesgo independientes de pancreatitis aguda. Hyderabad: International Surgery Journal. 2020. [Artículo]. 07(09):2899-2902. [Fecha de acceso: 20 junio 2021]. Disponible en: <https://acortar.link/1FwleS>
10. Yu B, Li N, He W, He C, Wan J, Zhu Y, Lu N. La necrosis pancreática y la gravedad son factores de riesgo independientes para la insuficiencia endocrina pancreática (IEP) después de la pancreatitis aguda. Jiangxi: World Journal of Gastroenterology. 2021. [Artículo]. 26(23):3260-3270. [Fecha de acceso: 21 junio 2021]. Disponible en: <https://acortar.link/CAgNDX>
11. Bolourani S, Diao L, Thompson D, Wang P, Coppa G, Patel V, Giangola M. Factores de riesgo para la readmisión anticipada después de la pancreatitis aguda: Importancia de las intervenciones oportunas. Nueva York: Journal of Surgical Research. 2020. [Artículo]. 2020(252):96-106. [Fecha de acceso: 22 junio 2021]. Disponible en: <https://acortar.link/6EMvuh>

12. Marin J. Factores de riesgo asociados a complicaciones en pacientes con pancreatitis aguda Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Lima: Universidad Nacional Federico Villareal. 2020. [Tesis]. [Fecha de acceso: 22 junio 2021]. Disponible en: <https://tinyurl.com/ewjt7zm2>
13. Palomino J. Recurrencia de pancreatitis aguda y factores de riesgos asociados en pacientes atendidos en el Hospital de Vitarte. Lima: Universidad Ricardo Palma. 2020. [Tesis]. [Fecha de acceso: 23 junio 2021]. Disponible en: <https://acortar.link/KPUMmU>
14. Jamanca H, Cano L. Factores pronósticos de severidad en pancreatitis aguda en un hospital peruano. Lima: Revista de la Facultad de Medicina Humana. 2020. [Artículo]. 20(01):14-19. [Fecha de acceso: 23 junio 2021]. Disponible en: <https://acortar.link/zz0b4j>
15. Peralta L. Obesidad como factor asociado a severidad en pacientes con pancreatitis aguda del Servicio de Emergencia del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz. Huacho: Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión. 2020. [Tesis]. [Fecha de acceso: 24 junio 2021]. Disponible en: <https://tinyurl.com/4xz765dw>
16. Sánchez C. Prevalencia y factores de riesgo asociados a la pancreatitis aguda de causa biliar en la población adulta femenina en el Hospital José Agurto Tello, Chosica. Lima: Universidad Ricardo Palma. 2020. [Tesis]. [Fecha de acceso: 24 junio 2021]. Disponible en: <https://acortar.link/LxurrV>
17. Estepa J, Santana T, Estepa P, Acea Y, Pérez R. Caracterización clínico- quirúrgica de pacientes con pancreatitis aguda. Cienfuegos: Revista Medisur. 2021. [Artículo]. 19(02):245-259. [Fecha de acceso: 24 junio 2021]. Disponible en: <https://acortar.link/00DC1m>

18. Li W. Estudio de la función y potencial pronóstico de las proteínas de unión a RNA, PIWI y UNR, en cáncer de páncreas. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid. 2020. [Tesis]. [Fecha de acceso: 24 junio 2021]. Disponible en: <https://tinyurl.com/5xa92vvz>
19. Iglesia D. Relevancia clínica y tratamiento de la insuficiencia pancreática exocrina en pancreatitis crónica. Santiago de Compostela: Universidad de Santiago de Compostela. 2020. [Tesis]. [Fecha de acceso: 24 junio 2021]. Disponible en: <https://tinyurl.com/27cp92af>
20. Chávez S. Complicaciones asociadas al grado de severidad en pacientes con pancreatitis aguda atendidos en el Hospital Regional Loreto. Iquitos: Universidad Nacional de la Amazonia Peruana. 2020. [Tesis]. [Fecha de acceso: 25 junio 2021]. Disponible en: <https://tinyurl.com/nxxc4utn>
21. Yerba L. Pancreatitis aguda, incidencia, características sociodemográficas, clínicas y factores asociados en pacientes hospitalizados en el hospital Manuel Núñez Butron. Puno: Universidad Nacional del Altiplano. 2020. [Tesis]. [Fecha de acceso: 25 junio 2021]. Disponible en: <https://acortar.link/TDsvC3>
22. Sarmiento J. Atención de enfermería al paciente con pancreatitis aguda en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional Manuel Núñez Butron. Puno: Universidad Nacional del Altiplano. 2020. [Tesis]. [Fecha de acceso: 25 junio 2021]. Disponible en: <https://acortar.link/SA8t1B>
23. Herrero J. Infecciones en trasplante de páncreas-riñón. Epidemiología, factores de riesgo e impacto en la función del injerto pancreático a largo plazo. Madrid: Universidad Complutense de Madrid. 2018. [Tesis]. [Fecha de acceso: 25 junio 2021]. Disponible en: <https://tinyurl.com/nc5445du>

24. Pacheco A. Cáncer de páncreas, un reto al sistema sanitario. Camagüey: Revista Archivos Médicos. 2018. [Artículo]. 22(05):847-876. [Fecha de acceso: 26 junio 2021]. Disponible en: <https://acortar.link/Gw1pyu>
25. Valencia J. Prevalencia y disfunción orgánica según Marshall en pancreatitis aguda en el Servicio de Medicina del Hospital de Vitarte. Lima: Universidad Ricardo Palma. 2016. [Tesis]. [Fecha de acceso: 26 junio 2021]. Disponible en: <https://acortar.link/YAeLIM>
26. Bogantes R. Revisión bibliográfica sobre las guías para el manejo adecuado por imágenes de los pacientes con pancreatitis aguda. Ciudad Universitaria Rodrigo Facio: Universidad de Costa Rica. 2015. [Tesis]. [Fecha de acceso: 26 junio 2021]. Disponible en: <https://tinyurl.com/y9ht9ks9>
27. Olivos S. Factores clínicos asociados a pancreatitis aguda en pacientes atendidos en emergencia del Hospital de Ventanilla. Lima: Universidad Ricardo Palma. 2018. [Tesis]. [Fecha de acceso: 27 junio 2021]. Disponible en: <https://tinyurl.com/rs3w2rbb>
28. Beltrán E, Valencia R. Pancreatitis hereditaria: un problema de salud pública desamparado en Colombia. Bogotá: Universidad Distrital Francisco José de Caldas. 2019. [Tesis]. [Fecha de acceso: 27 junio 2021]. Disponible en: <https://tinyurl.com/4yebdbrb>
29. Aguilar C. Factores de riesgo asociados a la severidad de la pancreatitis aguda en pacientes del Hospital Nacional Sergio Bernales. Lima: Universidad Ricardo Palma. 2018. [Tesis]. [Fecha de acceso: 28 junio 2021]. Disponible en: <https://acortar.link/PzYfPs>

30. Álvarez P, Dobles C. Pancreatitis aguda: fisiopatología y manejo inicial. San José: Revista Acta Medica Costarricense. 2019. [Artículo]. 61(01):13-21. [Fecha de acceso: 29 junio 2021]. Disponible en: <https://acortar.link/Gqnpks>
31. Sainz S, Basile G, Manino M, Pérez C, Zandanel L. Pancreatitis Aguda: Evidencia actual. Buenos Aires: Revista Bioreview. 2020. [Artículo]. 08(102):01-78. [Fecha de acceso: 29 junio 2021]. Disponible en: <https://tiny.one/bj8z3r9j>
32. Ruiz Y. Cuadro clínico y parámetros laboratoriales de pancreatitis aguda en pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna Hospital Regional de Huacho. Huacho: Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión. 2021. [Tesis]. [Fecha de acceso: 29 junio 2021]. Disponible en: <https://rotf.lol/d45s7678>
33. Oshiro A. Factores clínico epidemiológicos asociados a pancreatitis aguda leve y severa en pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital José Agurto Tello. Lima: Universidad Ricardo Palma. 2018. [Tesis]. [Fecha de acceso: 29 junio 2021]. Disponible en: <https://tiny.one/57cr9ha4>
34. Garro V, Thuel M. Diagnóstico y tratamiento de pancreatitis aguda. Cartago: Revista Médica Sinergia. 2020. [Artículo]. 05(07):01-16. [Fecha de acceso: 01 julio 2021]. Disponible en: <https://tinyurl.com/4vsm7hsc>
35. Russo J. Perfil epidemiológico de pancreatitis aguda del Hospital General Ambato del IESS. Ambato: Universidad Regional Autónoma de Los Andes. 2018. [Tesis]. [Fecha de acceso: 01 julio 2021]. Disponible en: <https://acortar.link/FK4Zm4>

36. Milian W. Tratamiento de pacientes con pancreatitis aguda severa y pronóstico en una unidad de cuidados intensivos de EsSalud. Lima: Universidad Nacional Federico Villareal. 2020. [Tesis]. [Fecha de acceso: 01 julio 2021]. Disponible en: <https://acortar.link/FZKtXO>
37. Concepción M. Prevención y predicción precoz de la pancreatitis aguda tras la realización de una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona. 2017. [Tesis]. [Fecha de acceso: 03 julio 2021]. Disponible en: <https://tiny.one/3taypp4d>
38. Sequeiros M. Factores relacionados a pancreatitis aguda severa en el servicio de gastroenterología del Hospital Goyeneche. Arequipa: Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa. 2020. [Tesis]. [Fecha de acceso: 03 julio 2021]. Disponible en: <https://acortar.link/mj8O2E>
39. Castro C. Incidencia y factores de riesgo de pancreatitis aguda en el Hospital Regional Cayetano Heredia III, EsSalud. Piura: Universidad Privada Antenor Orrego. 2020. [Tesis]. [Fecha de acceso: 04 julio 2021]. Disponible en: <https://acortar.link/wlwgwJ>
40. Gorgoso A, Capote G, Martínez D, Casado P, Fernández A. Factores que al ingreso influyen en la evolución de pacientes con diagnóstico de pancreatitis aguda. Granma: Revista Cubana de Cirugía. 2020. [Artículo]. 59(01):01-14. [Fecha de acceso: 05 julio 2021]. Disponible en: <https://tiny.one/asa3rwjw>
41. Llanos F. Factores de riesgo de la enfermedad litiásica vesicular en pacientes del HNSEB. Lima: Universidad Ricardo Palma. 2020. [Tesis]. [Fecha de acceso: 06 julio 2021]. Disponible en: <https://acortar.link/1fgX9I>

42. Mosquera C. Prevalencia de la pancreatitis asociada a la ingesta alcohólica en pacientes del Hospital Teodoro Maldonado Carbo. Guayaquil: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. 2017. [Tesis]. [Fecha de acceso: 07 julio 2021]. Disponible en: <https://acorta.co/4scMt8>
43. Jaramillo M. Prevalencia y factores de riesgo de pancreatitis aguda en pacientes ingresados en el Área de Gastroenterología en el Hospital José Carrasco Arteaga. Cuenca: Universidad Católica de Cuenca. 2020. [Tesis]. [Fecha de acceso: 09 julio 2021]. Disponible en: <https://acorta.co/9FwxGV>
44. Peinado D. Evaluación de las escalas Ranson y Bisap para predecir severidad de pancreatitis aguda en pacientes procedentes de ciudades de más de 2.000 msnm en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé; EsSalud - Huancayo. Tacna: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann. 2016. [Tesis]. [Fecha de acceso: 11 julio 2021]. Disponible en: <https://acorta.co/cD78aO>
45. Rozo E, Vargas L, Borda M, Najjar F. Pancreatitis aguda secundaria a hipertrigliceridemia grave: caso clínico. Boyacá: Revista de la Asociación Colombiana de Gastroenterología. 2020. [Artículo]. 35(04):522-526. [Fecha de acceso: 12 julio 2021]. Disponible en: <https://tiny.one/2mec6m79>
46. Uribe V, Holguín J, Valero N, Yépez J. Prevalencia de dislipidemias en pacientes de la zona sur de Manabí, Provincia de Manabí-Ecuador. Manabí: Revista Polo del Conocimiento. 2020. [Artículo]. 05(05):520-539. [Fecha de acceso: 16 julio 2021]. Disponible en: <https://acorta.co/6Npsl3>

47. Arana M. Factores asociados a complicaciones de pancreatitis aguda en pacientes pediátricos hospitalizados en el Hospital Goyeneche de Arequipa. Arequipa: Universidad Nacional de San Agustín. 2021. [Tesis]. [Fecha de acceso: 16 julio 2021]. Disponible en: <https://acortar.link/Zas>
48. Bustamante D, García A, Umanzor W, Leiva L, Barrientos A, Diek L. Pancreatitis Aguda: Evidencia Actual. Tegucigalpa: Revista Archivos de Medicina. 2018. [Artículo]. 14(01):01-10. [Fecha de acceso: 18 julio 2021]. Disponible en: <https://tiny.one/brst8m59>
49. Campos A. Caracterización de los pacientes con diagnóstico de pancreatitis aguda ingresados a la unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Calderón Guardia. San José: Universidad de Costa Rica. 2019. [Tesis]. [Fecha de acceso: 20 julio 2021]. Disponible en: <https://acortar.link/55578>
50. Weiss U, Lerch M. Genética de pancreatitis aguda. Greifswald: Pancreapedia. 2016. [Internet]. [Fecha de acceso: 21 julio 2021]. Disponible en: <https://acortar.link/Maxastf>
51. Ouyang G, Pan G, Liu Q, Wu Y, Liu Z, Lu W, Li Sh, Zhou Z, Wen Y. La carga global, regional y nacional de la pancreatitis en 195 países y territorios, 1990-2017: un análisis sistemático para la carga global del estudio de la enfermedad 2017. Guangxi: BMC Medicine. 2020. [Artículo]. 18(388):01-13. [Fecha de acceso: 21 julio 2021]. Disponible en: <https://acorta.co/UTjtaK>
52. Valverde F. Comparación de biomarcadores, Bisap, Ranson y lactato en predicción de pancreatitis aguda grave. Granada: Universidad de Granada. 2018. [Tesis]. [Fecha de acceso: 23 julio 2021]. Disponible en: <https://acortar.link/CcsZas>

ANEXOS

Anexo 1. Matriz de consistencia

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLE E INDICADORES	METODOLOGÍA
<p>Formulación del Problema</p> <p>¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a pancreatitis aguda en mujeres adultas atendidas en el Hospital de Vitarte, 2021?</p>	<p>Objetivo General</p> <p>Determinar los factores de riesgo asociados a pancreatitis aguda en mujeres adultas atendidas en el Hospital de Vitarte, 2021.</p> <p>Objetivos Específicos</p> <p>Identificar si la litiasis vesicular es un factor de riesgo asociado a pancreatitis aguda en mujeres adultas atendidas en el Hospital de Vitarte, 2021.</p> <p>Identificar si el alcoholismo es un factor de riesgo asociado a pancreatitis aguda en mujeres adultas atendidas en el Hospital de Vitarte, 2021.</p> <p>Identificar si el tabaquismo es un factor de riesgo asociado a pancreatitis aguda en mujeres adultas atendidas en el Hospital de Vitarte, 2021.</p> <p>Identificar si la hiperlipidemia es un factor de riesgo asociado a pancreatitis aguda en mujeres adultas atendidas en el Hospital de Vitarte, 2021.</p> <p>Identificar si la diabetes mellitus es un factor de riesgo asociado a pancreatitis aguda en mujeres adultas atendidas en el Hospital de Vitarte, 2021.</p> <p>Identificar si la pancreatitis anterior es un factor de riesgo asociado a pancreatitis aguda en mujeres adultas atendidas en el Hospital de Vitarte, 2021.</p> <p>Identificar si las infecciones es un factor de riesgo asociado a pancreatitis aguda en mujeres adultas atendidas en el Hospital de Vitarte, 2021.</p>	<p>Hipótesis General</p> <p>Existen factores de riesgo asociados a pancreatitis aguda en mujeres adultas atendidas en el Hospital de Vitarte, 2021.</p> <p>Hipótesis Secundarias</p> <p>La litiasis vesicular es un factor de riesgo asociado a pancreatitis aguda en mujeres adultas atendidas en el Hospital de Vitarte, 2021</p> <p>El alcoholismo es un factor de riesgo asociado a pancreatitis aguda en mujeres adultas atendidas en el Hospital de Vitarte, 2021</p> <p>El tabaquismo es un factor de riesgo asociado a pancreatitis aguda en mujeres adultas atendidas en el Hospital de Vitarte, 2021</p> <p>La hiperlipidemia es un factor de riesgo asociado a pancreatitis aguda en mujeres adultas atendidas en el Hospital de Vitarte, 2021</p> <p>La diabetes mellitus es un factor de riesgo asociado a pancreatitis aguda en mujeres adultas atendidas en el Hospital de Vitarte, 2021</p> <p>La pancreatitis anterior es un factor de riesgo asociado a pancreatitis aguda en mujeres adultas atendidas en el Hospital de Vitarte, 2021</p> <p>Las infecciones es un factor de riesgo asociado a pancreatitis aguda en mujeres adultas atendidas en el Hospital de Vitarte, 2021</p>	<p>Variable</p> <p>Factores de riesgo asociados a pancreatitis aguda</p> <p>Dimensiones</p> <p>Litiasis vesicular</p> <p>Alcoholismo</p> <p>Tabaquismo</p> <p>Hiperlipidemia</p> <p>Diabetes mellitus</p> <p>Pancreatitis anterior</p> <p>Infecciones</p>	<p>Tipo de investigación</p> <p>Observacional Analítico Transversal</p> <p>Diseño de investigación</p> <p>No experimental De corte transversal</p> <p>Población</p> <p>120 mujeres adultas con diagnóstico de pancreatitis aguda atendidas en el Hospital de Vitarte</p> <p>Muestra</p> <p>92 mujeres adultas con diagnóstico de pancreatitis aguda atendidas en el Hospital de Vitarte</p> <p>Instrumento</p> <p>Ficha de recolección de datos (Historias clínicas)</p> <p>Análisis de datos</p> <p>Chi Cuadrado Odds Radio (OR)</p>

2. Instrumentos de recolección de datos

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

DATOS GENERALES:

Nº DE HISTORIA CLÍNICA: FECHA:

EDAD: De 30 a 39 años
De 40 a 49 años
De 50 a 59 años

GRADO DE INSTRUCCIÓN: Primaria
Secundaria
Superior
Ninguna

ESTADO CIVIL: Soltera
Casada
Viuda
Conviviente
Otras

ESTABILIDAD LABORAL: Con empleo
Sin empleo
Otros

DATOS ESPECÍFICOS:

VARIABLES INDEPENDIENTES	SI	NO
LITIASIS VESICULAR		
ALCOHOLISMO		
TABAQUISMO		
HIPERLIPIDEMIA		
DIABETES MELLITUS		
PANCREATITIS ANTERIOR		
INFECCIONES		

VARIABLE DEPENDIENTE	SI	NO
PANCREATITIS AGUDA		

3. Solicitud de permiso institucional

SOLICITO : AUTORIZACION PARA PROYECTO DE INVESTIGACION.

SEÑOR(A) DIRECTOR(A) EJECUTIVA DEL HOSPITAL DE VITARTE

MC. ROSA BERTHA GUTARRA VILCHEZ

Atención.- Unidad de CAPACITACION

Yo Gerardo Martin Elizalde Gomez, con el cargo de Médico Residente de la Especialidad de Medicina Interna, con DNI. N° 09811353, ante usted, con el debido respeto me presento y expongo.

Que al ser medico residente de su digna institucion ,para mi titulacion se requiere de un proyecto de investigacion por lo cual solicito el permiso correspondiente y para ello ordene a quien corresponda se me otorgue dicho permiso para realizar la investigación sobre FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A PANCREATITIS AGUDA EN MUJERES ADULTAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE VITARTE, 2018-2020.

Agradeciéndole de antemano la atención brindada a la presente, quedo de Ud.

ATE, 26 de AGOSTO 2020.

Atentamente.

Gerardo Martin Elizalde Gomez
DNI. N° 09811353
Medico residente