



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA DE RESIDENTADO MÉDICO Y ESPECIALIZACIÓN

Complicaciones de la Pancreatitis Aguda Biliar y Comorbilidades Asociada
en el Hospital de Vitarte. 2018-2020

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Para optar el Título de Especialista en Medicina Interna

AUTOR

Mestas Ramos, Mariela Isabel

(ORCID: 0000-0001-6961-5845)

ASESOR

Baluart Espinoza, Gerardo Manuel

(ORCID: 0000-0001-9931-2482)

Lima, Perú

2022

Metadatos Complementarios

Datos de autor

Mestas Ramos, Mariela Isabel

Tipo de documento de identidad del AUTOR: DNI

Número de documento de identidad del AUTOR: 29629607

Datos de asesor

Baluart Espinoza, Manuel Gerardo

Tipo de documento de identidad del ASESOR: DNI

Número de documento de identidad del ASESOR: 09360609

Datos del Comité de la Especialidad

PRESIDENTE: Soto Escalante, María Eugenia

DNI: 10135222

Orcid: 0000-0001-8062-7687

SECRETARIO: Chávez Miñano, Victoria

DNI: 06739291

Orcid:0000-0001-7544-3453

VOCAL: Patrón Ordoñez, Gino

DNI: 40787846

Orcid: 0000-0002-3302-360X

Datos de la investigación

Campo del conocimiento OCDE: 3.02.27

Código del Programa: 912599

INDICE

	Pág.
CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	5
1.1 Descripción de la realidad problemática	5
1.2 Formulación del problema	8
1.3 Objetivos	8
1.4 Justificación	9
1.5 Delimitación	9
1.6 Viabilidad	10
CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO	11
2.1 Antecedentes de la investigación	11
2.2 Bases teóricas	13
2.3 Definiciones conceptuales	20
2.4 Hipótesis	21
CAPÍTULO III METODOLOGÍA	21
3.1 Tipo de Estudio	21
3.2 Diseño de Investigación	21
3.3 Población y muestra	21
3.4 Operacionalización de variables	23
3.5 Técnicas de recolección de datos. Instrumentos	26
3.6 Técnicas para el procesamiento de la información	26
3.7 Aspectos éticos	26
CAPÍTULO IV RECURSOS Y CRONOGRAMA	28
4.1 Recursos	28
4.2 Cronograma	29
4.3 Presupuesto	30
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	31

ANEXOS	35
1. Matriz de consistencia	36
2. Instrumentos de recolección de datos	38

CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática

Se describe que la pancreatitis es una patología que genera una oleada de afecciones catastróficas al cuerpo humano como producto de un proceso inflamatorio agudo de la glándula pancreática que puede conducir a la falla orgánica múltiple y consecuentemente la muerte. La etiología es variable, siendo el origen biliar y la alcohólica las principales causas, el síntoma principal es el dolor epigástrico transfiectivo progresivo, obligando al paciente a acudir al servicio de emergencia para recibir atención médica. En 1992, se llevó a cabo una congregación en Atlanta; donde un grupo de expertos concretaron una categorización conforme a los aspectos hospitalarios y progresivos, examinándose distintas características de PA como son la PA leve y la PA grave, diferenciándose la última por presentar una falla orgánica como también ciertas complicaciones. Esta clasificación fue revisada y modificada en 2012 y más recientemente en 2016, definiendo a la pancreatitis como una condición inflamatoria aguda dividida en dos variantes las cuales son pancreatitis intersticial edematosa y pancreatitis necrotizante, con un rango de severidad que va de leve, moderadamente severa, y severa con la presencia o no de complicaciones locales o sistémicas. En esta última clasificación se anexó el término moderadamente severa para referirse a aquella PA que presenta falla orgánica transitoria menor a 48 h, o que presenta complicaciones locales, siendo de suma importancia la clasificación y estabilización del paciente ya que la mortalidad incrementa drásticamente en pacientes con pancreatitis severa con respecto a casos leves (1).

Se observa que la incidencia de pancreatitis aguda se informó en 17 países de Europa, la cual se estima entre 4,6 y 100 por 100 000 habitantes aproximadamente, aunque las tasas notificadas a menudo variaban según los criterios de clasificación de cada caso, por lo que estudios muestran una tendencia de aumentos porcentuales en el transcurso del tiempo siendo el aumento medio general = 3,4 % anual; rango = -0,4 %–73 %; mientras que

la mortalidad llega a alcanzar una tasa que se encuentra alrededor del 50% afectados por insuficiencia multiorgánica (2,3).

En Estados Unidos la PA es una de las principales causas de atención hospitalaria debido a condiciones a nivel gástrico: donde cerca de 275,000 pacientes al año requieren ser hospitalizado debido a la PA, con un precio adherido mayor a \$ 2.6 mil millones de dólares anuales, la incidencia altera de 5 a 30 nuevos casos por 100,000, de manera que se observa una incidencia en aumento durante los postreros años (4).

La tasa nacional de SA-CCY para pancreatitis biliar aguda leve (MABP) en EE. UU. fue del 40,8 %, la cual se asoció positivamente con IMC > 30 (OR = 1,4, IC del 95 % 1,2–1,6), origen étnico asiático (vs. negro; OR = 1,2, IC del 95 % 1,0–1,5), hospitales urbanos (vs. rurales; OR = 1,5, IC del 95 % 1,3–1,7), así como con colecistitis crónica (OR = 17,0, IC 95% 15,4–18,7) y hernias de la pared abdominal (OR = 5,2; IC 95% 3,0–8,9); los dos últimos predictores no se incluyeron en el modelo final, mientras que su asociación negativa fue con la edad > 40 (OR = 0,72; IC 95 % 0,66–0,79), sexo masculino (OR = 0,86, IC 95 % 0,80–0,93), demencia (OR = 0,88, IC 95% 0,72-1,1), comorbilidades crónicas (OR = 0,64; IC 95% 0,54-0,77) y ostomías (OR = 0,51; IC 95% 0,31-0,86) (5).

En América Latina no existen estadísticas confiables sobre la incidencia, prevalencia y mortalidad de la enfermedad, en Brasil se reporta incidencia de 15.9 casos por cada 100,000 habitantes. Perú tiene una incidencia de hasta 28 casos por cada 100,000 habitantes. La incidencia varía en cada región geográfica del mundo dependiendo de la frecuencia de la litiasis biliar y del consumo de alcohol. Se conoce que a nivel mundial el origen principal de la enfermedad es de etiología biliar (70%), pero existen diversas causas, como: alcohólica, hipertrigliceridemia, traumática, medicamentosa, obstructiva, idiopática, entre otras (4).

El agravamiento a nivel local de la patología se redefinieron en una actualización en las guías descritas en Atlanta 2012 términos cómo absceso

pancreático y pseudoquiste agudo, se discontinuaron por no ser adecuados, y se catalogaron en dos grandes grupos: Complicaciones locales tempranas y tardías con respecto al tiempo de evolución de 4 semanas como corte, siendo las tempranas la colección peri pancreática aguda y colección necrótica aguda, y las tardías, pseudoquiste pancreático, y necrosis pancreática amurallada, siendo cualquiera de éstas susceptibles a infección (6).

En estos estudios aún no se implementaban las modificaciones y los criterios revisados de Atlanta 2012, donde se redefinieron conceptos de la clasificación en temprana y tardía, que establecieron criterios de severidad con diferentes niveles como leve, moderado y severo, las complejidades locales son debido al depósito de líquido peripancreático, necrosis pancreática y peripancreática, el pseudoquiste y la necrosis de pared ya sea estéril o infectada (7).

En base a ello, un estudio a nivel nacional, reporta que los casos de pacientes que presentaron PA moderadamente severa (PAMS) o severa (PAS) fueron 33,3%, mientras que la PA leve se presentó en un 66,7%. De acuerdo con la etiología el 83,3% fueron de origen biliar, el sobrepeso y la obesidad determinados por un IMC ≥ 25 kg/m², tienen 2,08 veces la probabilidad de presentar una PAMS Y PAS en comparación con los que tuvieron un IMC < 25 (OR: 2,08; IC 95%: 1,02-4,21; p: 0,040). Respecto a los pacientes que presentaron PAMS Y PAS el 74,1% presentó derrame pleural, con un OR de 7,78 y un valor p $< 0,001$; los pacientes con un hematocrito $> 40\%$ presentaron 4,17 veces la probabilidad de desarrollar una PAMS Y PAS a diferencia de los que obtuvieron un hematocrito $< 40\%$ (OR: 4,17; IC 95%: 2,07-8,39; valor p: $< 0,001$); la puntuación apache ≥ 8 puntos se observó 7,88 veces la probabilidad de severidad en comparación con los puntajes < 8 (OR: 7,88; IC 95%: 3,77-16,45; p $< 0,001$). Además, los factores pronósticos de severidad fueron IMC ≥ 25 kg/m² (p=0,001), derrame pleural (p=0,001), hematocrito $> 40\%$ (p=0,004) y APACHE ≥ 8 puntos (p=0,001) (8).

En el Hospital de Vitarte, se estudió un total de 139 pacientes hospitalizados en el servicio de medicina por pancreatitis aguda donde se determinó que existe diferencia estadísticamente significativa entre el inicio de dieta blanda y la frecuencia de uso de analgésicos administrados ($p < 0,05$) (9). En consecuencia, se resalta la importancia del estudio con el objetivo de determinar las complicaciones de la pancreatitis aguda biliar y las comorbilidades asociadas en el Hospital de Vitarte, en el periodo 2018-2020.

1.2 Formulación del problema

¿Cuáles son las comorbilidades asociadas a complicaciones de la pancreatitis aguda biliar en pacientes atendidos en el Hospital de Vitarte 2018-2020?

1.3 Objetivos

Objetivo General

Determinar las comorbilidades asociadas a complicaciones de la pancreatitis aguda biliar en pacientes atendidos en el Hospital de Vitarte 2018-2020.

Objetivos Específicos

Describir las características epidemiológicas y clínicas en pacientes atendidos en el Hospital de Vitarte 2018-2020.

Determinar las comorbilidades asociadas a complicaciones locales de la pancreatitis aguda biliar en pacientes atendidos en el Hospital de Vitarte 2018-2020.

Determinar las comorbilidades asociadas a complicaciones sistémicas de la pancreatitis aguda biliar en pacientes atendidos en el Hospital de Vitarte 2018-2020.

Determinar la relación entre las complicaciones y la mortalidad por pancreatitis aguda biliar en pacientes atendidos en el Hospital de Vitarte 2018-2020.

1.4 Justificación

La pancreatitis aguda es un padecimiento que cada vez va incrementando su incidencia y que hasta el momento genera gastos importantes en el manejo médico, en ocasiones requiere manejo multidisciplinario, generando estancias hospitalarias prolongadas y que altera su comportamiento (6).

Se notifican diferentes tasas en cuanto a la pancreatitis leve en un 75%, con una mortalidad que no excede el 5%, mientras que contrario de la severa, se observa una proporción del 25%, llegando a una mortalidad máxima del 60% de los casos.

El presente estudio permitirá conocer acerca de las posibles complicaciones que abarca el diagnóstico de pancreatitis aguda contribuyendo a un mayor análisis de los casos que a su vez se identifiquen oportunamente las manifestaciones y las comorbilidades que pudieran asociarse a la enfermedad mediante un monitoreo minucioso y estricto en la atención.

Finalmente, la investigación servirá como aporte para el desarrollo de futuras investigaciones que comparen los resultados descritos con otras realidades de acuerdo al enfoque planteado, de manera que se extiendan la evidencia científica, que ayudará a visibilizar la problemática para adoptar medidas que prioricen el control de los posibles riesgos y escenarios en cada paciente.

1.5 Delimitaciones

Este estudio de investigación será realizado en las instalaciones del Hospital de Vitarte, el periodo de estudio comprende: enero del 2018 a diciembre del 2020, en pacientes mayores de 18 años.

1.6 Viabilidad

El estudio recoge características, aspectos técnicos y operativos, que avalan la consecución de sus metas y objetivos. El presente proyecto se basa en una investigación cuantitativa y completa sobre todo lo referente a

las complicaciones más frecuentes de la pancreatitis aguda biliar que se presentan en el Hospital Vitarte.

La dificultad en esta investigación radica en que no se encuentra amplia información documental, pese a ello se tiene como fin hacerlo con perspectiva cultural; sobre todo desde el punto de vista de los servicios de salud y del profesional de salud. Asimismo, la recolección de información se lleva a cabo a través de fuentes secundarias como las historias clínicas.

CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación

Chu et al. en 2022, evaluaron la incidencia de readmisiones tempranas no planificadas después de colecistectomía en el mismo ingreso por pancreatitis biliar aguda. Fue un estudio analítico que incluyó 269,395 participantes. Como principales resultados se encontró que la tasa de reingreso temprana fue del 7,25%, mientras que las complicaciones que se presentaron fueron la exacerbación de condiciones médicas previas (42,2%), secuelas de PA biliar como pancreatitis en resolución y recurrente (27,6%), sitio quirúrgico y otras complicaciones postoperatorias (16%), coledocolitiasis y/o fuga biliar (9,6%), y los predictores de reingreso incluyeron PA grave (OR 1,35, IC 95 % 1,21–1,50) y ≥ 3 comorbilidades Elixhauser (OR 1,55, IC 95% 1,41-1,69) (10).

Spagnolo et al. en 2022, evaluaron la prevalencia y las comorbilidades de la pancreatitis aguda y crónica. Fue un estudio de cohorte que incluyó 4200 participantes. Como principales resultados se encontró que la incidencia de PA aumentó a 48,2/100 000 por año. Los cálculos biliares y el tabaquismo se confirmaron como factores de riesgo clave para la PA y la PC, respectivamente. Los cálculos biliares fueron una comorbilidad significativa tanto en AP solo como en CP, pero con una asociación más fuerte en AP (AP solo OR = 31,85 [29,01, 34,97], CP OR = 10,45 [9,05, 12,07]) (11).

Cerpa et al. en 2021, determinaron las características clínico epidemiológicas, laboratoriales e imagenológicas en pacientes con pancreatitis aguda en el servicio de emergencias. Fue un estudio no experimental descriptivo que incluyó 110 participantes. Como principales resultados se encontró que 81.1% de los pacientes tenían un nivel patológico de amilasa, 78.1% de lipasa, 75% de los pacientes con PA moderada severa tuvo hematocrito $>40\%$, ecográficamente en el 15,40% se evidencia un páncreas con aumento de tamaño, y topográficamente se observó que el 33% de los pacientes obtuvo un Balthazar A, y el 36,6% no presenta ningún grado de necrosis (12).

García y Reyes en 2021, evaluaron las características epidemiológicas asociadas a la pancreatitis aguda. Fue un estudio descriptivo, transversal,

retrospectivo que incluyó 58 participantes. Como principales resultados se encontró que el grupo de edad más afectado fue de 18-29 años (31.03%). La etiología más común fue de origen biliar (60.34%), siendo el factor de riesgo más frecuente el consumo de tabaco (17.24%). El cuadro clínico más frecuente fue el dolor abdominal con irradiación a espalda, acompañado de náusea y vómito (29.31%). La amilasa y la lipasa estuvieron elevadas (91.23% y 94.83% respectivamente) (7).

Kayar et al. en 2020, compararon los resultados clínicos de la enfermedad PA en los pacientes de edad geriátrica y evaluar los factores de riesgo que afectan los resultados. Fue un estudio retrospectivo que incluyó 336 participantes. Como principales resultados se encontró que 58,3% de los pacientes eran mujeres con una edad media de $54,1 \pm 17,9$ años, en cuanto a absceso, pseudoquiste y necrosis, la necrosis pancreática y las complicaciones sistémicas fueron mayores en los pacientes de edad avanzada ($p < 0,05$), asimismo la hospitalización extensa, la tasa de mortalidad y la gravedad de la PA según los criterios de Ranson y Atlanta fueron significativamente mayores en la población geriátrica ($p < 0,05$); además, la edad y la gravedad de la PA resultaron ser factores predictivos independientes del desarrollo de complicaciones (13).

Roulin et al. en 2018, evaluaron el manejo y resultado entre los adultos mayores en comparación con los pacientes jóvenes ingresados por pancreatitis biliar aguda. Fue un estudio retrospectivo que incluyó 212 participantes. Como principales resultados se encontró que 35,8% eran pacientes mayores de 70 años, la mediana de la estancia hospitalaria fue mayor en adultos (11 días, RI 7-15) que en pacientes más jóvenes (7 días, RI 5-11) ($p < 0,001$), los pacientes de edad avanzada tenían una mayor puntuación en el índice de comorbilidad de Charlson al ingreso ($p < 0,001$), y no se observó diferencia en cuanto a la mortalidad intrahospitalaria a los 90 días ($p = 0,133$) (14).

Krishna et al. en 2018, evaluaron los factores modificables que afectan las readmisiones de 30 días después de las hospitalizaciones por pancreatitis aguda (PA). Fue un estudio analítico que incluyó 222 588 participantes. Como

principales resultados se encontró que 23% tenían PA biliar, la tasa de reingreso a los 30 días fue del 6,5 %, en comparación con el 15,1 % en los que no lo hicieron ($p < 0,001$). El fracaso del colecistectomía en el mismo ingreso (CCY) aumentó el riesgo de reingresos (OR 2,27; IC del 95 %, 2,04–2,56), la PA grave (OR, 0,73; IC 95 %, 0,65–0,81), sepsis (OR, 0,63; IC 95 %, 0,52–0,75), ≥ 3 comorbilidades (OR, 0,74; IC 95 %, 0,68–0,79) y los ingresos a hospitales pequeños (OR, 0,76; IC 95 %, 0,64–0,91) o rurales (OR, 0,78; IC 95 %, 0,65–0,95) tenían menos probabilidades de someterse a CCY en el mismo ingreso (15).

Rojas et al. en 2017, evaluaron las características clínicas de pacientes con pancreatitis aguda atendidos en un hospital de alta complejidad en Cali. Fue un estudio descriptivo que incluyó 386 participantes. Como principales resultados se encontró que la prevalencia de las comorbilidades fue inferior al 10 %, 38 % de los casos de pancreatitis se observaron en personas entre los 50 y 70 años de edad, la etiología de la PA de origen biliar fue el de mayor frecuencia, en el 52 % de los casos totales; seguido en un 19,7% de idiopático y 8,5 % CPRE, la manifestación clínica más frecuente fue 97,4 % el dolor abdominal y 73 % emesis. Respecto a las complicaciones, 10,9 % presentaron pancreatitis necrotizante, 2,3 % pseudoquiste pancreático, 2,1 % absceso pancreático y 1% diabetes mellitus, mientras que la mortalidad general fue del 4,1% (4).

2.2 Bases teóricas

2.2.1 Pancreatitis aguda biliar

Esta patología definida como pancreatitis aguda representa la patología pancreática más frecuente en el mundo. Sus episodios se modifican dependiendo de las distintas partes específicas principalmente asociada al alcohol y la repetición de litiasis biliar (16).

La incidencia mundial estimada es de 13 a 45 casos por 100,000 habitantes. Aproximadamente 80% de los casos son leves y autolimitados en el 20% restante, la enfermedad puede progresar a una forma necrotizante (pancreatitis aguda severa) con alto riesgo de falla orgánica y de tasas de

mortalidad del 3 hasta el 30%, siendo la infección del tejido necrosado y la sepsis secundaria las responsables de más muertes en los últimos años. La litiasis biliar constituye la etiología más frecuente (hasta 40%), la migración de los litos biliares causa obstrucción transitoria del ducto pancreático; dicho mecanismo es compartido con otras causas de PA tales como la secundaria a realización de colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE), la presencia de disfunción del esfínter de Oddi y páncreas divisum (17).

La ingesta de alcohol es la segunda causa más frecuente de PA (30%). Se estima que se requiere consumo prolongado (4 a 5 copas al día, que equivalen aproximadamente de 80 a 100 gramos de alcohol) por un periodo mínimo de 5 años para asociarse con el desarrollo del cuadro. El riesgo general de desarrollar pancreatitis entre los consumidores de alcohol es de aproximadamente 2 a 5%. En la mayoría de estos casos existe un fenómeno previo de lesión aguda sobre crónica, lo cual representaría más una agudización que un daño inicial. Los efectos que el alcohol genera pancreatitis ya sea en cualquier nivel resultan ser graves y contienen tanta malignidad celular como componentes inmunológicos.

La hipertrigliceridemia representa la tercera causa (5%), existe un riesgo significativo de desarrollar PA con niveles de triglicéridos mayores a 1000 mg/dL. En cuanto a su fisiopatología, se reconoce a los quilomicrones como obstáculos en el flujo de sangre por los lechos capilares, ocasionando la isquemia internamente del órgano, ésta resulta ser muy posiblemente la procedencia de que la lipasa pancreática hidrolice a los triglicéridos en ácidos grasos libres que a su vez implican ser tóxicos para las células tanto acinares y a las del endotelio vascular (17).

Independientemente de su etiología, es fundamental clasificar adecuadamente la enfermedad de acuerdo a su severidad para lo cual se emplean los criterios revisados de Atlanta 2012 (a partir de la clasificación de Atlanta 1992) los cuales consisten en una nomenclatura clínico-

radiológica estandarizada para PA y sus complicaciones asociadas. Dicha clasificación comprende los siguientes grupos:

1. PA leve: Sin presencia de falla orgánica ni complejidades locales o sistémicas.
2. PA moderadamente severa: Presencia de riesgo orgánico transitoria (menos de 48 horas) y/o complejidades locales o sistémicas sin presencia de riesgo orgánico persistente.
3. PA severa: Presencia de falla orgánica persistente.

Recientemente, la Society of Critical Care Medicine ha desarrollado una nueva clasificación denominada Modified Determinant-Based Classification que incluye las siguientes categorías:

- Grupo 1: Pacientes con falla orgánica transitoria y sin complejidades locales (mortalidad 2.26% y morbilidad 5.38%).
- Grupo 2: Pacientes con falla orgánica transitoria y con complejidades locales (mortalidad 6.67% y morbilidad 60.71%).
- Grupo 3: Pacientes con falla orgánica persistente y sin complejidades locales (mortalidad 41.46% y morbilidad 8.33%).
- Grupo 4: Pacientes con falla orgánica persistente y complejidades locales (mortalidad 59.09% y morbilidad 88.89%).

Dicha distribución fue comparada con la Determinant-Based Classification y la Clasificación revisada de Atlanta con una mejor capacidad discriminadora para predecir morbilidad y mortalidad asociada:

1. Cuadro clínico sugerente (dolor abdominal localizado en epigastrio, y con irradiación a la espalda, intensidad progresiva acompañado de náusea y vómito).

2. Variaciones bioquímicas (incremento de lipasa y/o amilasa al menos tres veces por encima del valor de referencia).
3. Variaciones estructurales tanto del páncreas como de estructuras adyacentes vistas en los estudios de imagen (18).

Se presentan como características clínicas más comunes que se presentan en la pancreatitis aguda: Dolor abdominal, que se expande a espalda, anorexia, fiebre, náuseas, vómito y reducción del peristaltismo. Se propone valorar la semiología del dolor abdominal (localización, intensidad, irradiaciones, curso y duración mayor de 24 horas) al igual que determinar si se encuentra presente cierto grado de ictericia.

Fases de la Pancreatitis Aguda: Abarca un proceso dinámico que presenta dos fases: Temprana y tardía, que son relevantes tenerlas en cuenta separadamente.

Fase temprana: dura de 7 a 10 días, la severidad se relaciona con una falla orgánica secundaria al efecto inflamatorio sistémica del huésped y esta se ve abrupta por el deterioro a los tejidos.

La respuesta por inflamación pancreática origina una gran cantidad de citocinas siendo estas manifestadas de manera clínica como el SIRS, y si es constante, entonces hay más riesgo de desarrollo de Falla Orgánica (FO). En la fase temprana las complicaciones locales, son identificables, sin embargo, estas complicaciones locales no indican la amenaza de la patología. Adicionalmente, los cambios morfológicos se encuentran presentes de manera directamente proporcional a la Falla Orgánica, siendo la última que alcanza a solucionarse o empeorar.

Fase tardía: Caracterizada a la subsistencia de figuras sistémicas que se presenten junto a complicaciones locales, que suceden en pacientes con pancreatitis de grado moderado o grave. Se señala que la FO constante

sigue siendo el primordial concluyente de la gravedad, por ende, la caracterización durante la fase tardía necesita de criterios clínicos y morfológicos. Mientras que la mortalidad en la segunda fase se encuentra relacionada a infecciones locales o sistémicas y se presenta empezando la siguiente semana dos. Las fases presentan distintas fisiopatologías, donde la originaria está más caracterizada por mostrar o no una FO, y no tanto por los hallazgos morfológicos en el páncreas o en sus cercanías.

Los parámetros empleados como “funcionales o clínicos”, permiten catalogar la dificultad y su manejo. Por el contrario, la segunda fase del tratamiento está determinada por la presencia de síntomas y/o complicaciones. El manejo adoptado se determina por las alteraciones morfológicas de la región pancreática/peripancreática, evaluada en las pruebas de imagen con mayor facilidad (TCC) y por la existencia de dificultades como una infección de tejido necrótico. En consecuencia, los criterios “morfológicos” pueden aplicarse para la categorización en la fase dos.(12,19,20)

Factores de riesgo y pronóstico

Relacionados a la PA grave son: Edad (mortalidad aumentada en mayores de 60 años de edad), comorbilidades (insuficiencia cardiaca, enfermedad renal crónica, enfermedad hepática o cáncer), consumo de alcohol a largo plazo y obesidad (riesgo aumentado de 3 veces más de gravedad y mortalidad dos veces mayor). En la etapa temprana, el riesgo de la PA debe ser considerada diariamente mientras la pancreatitis se encuentre en cuadro evolutivo (21).

Tratamiento Médico.

Medidas generales:

Mantener al paciente hospitalizado en una pancreatitis aguda leve; a diferencia de la pancreatitis aguda severa, donde se requiere tener un

monitoreo estricto de la diuresis, ritmo cardiaco, presión arterial, incluso otros parámetros. La saturación de oxígeno se debe mantener por encima del 95%; como medida antitrombótica se opta por la compresión neumática intermitente a causa del riesgo teórico de transformación hemorrágica con la anticoagulación. Se encarga el uso de recursos intravenosos cristaloides para la hidratación, a 250-300 ml/h durante las primeras 48 horas. (17)

Ciertas opciones han manifestado ser infructíferas, y no se recomienda su utilización, como: descompresión nasogástrica, antagonistas del receptor H2 de histamina, anticolinérgicos, glucagón, plasma fresco congelado y lavado peritoneal.

Analgesia:

Analgésicos no esteroideos llegan administrarse tipo: diclofenaco o ketoprofeno, siendo meperidina la recomendada. El fentanilo es utilizado en ciertos pacientes que necesitan altas dosis meperidina. Se niega que existe evidencia clínica que la morfina puede agravar una patología como pancreatitis o colecistitis.

Dieta:

La indicación de ayuno para “reposo pancreático” utilizado universalmente, ya que la nutrición enteral no facilita la función exocrina del páncreas si es administrada a través de una sonda nasoyeyunal. Así mismo, la nutrición por vía enteral suele tolerarse mejor en aquellos pacientes con íleo. Es importante calcular adecuadamente los requerimientos energéticos, por el catabolismo muscular incrementa en 80%, en caso se diagnóstique necrosis pancreática el consumo de energía se incrementa a 120% de la aproximada por la ecuación de Harris-Benedict.

La nutrición por vía parenteral está relacionada con efectos complejos sobre todo metabólicas (hiperglucemia), infección de catéteres (2%) y con costos hospitalarios mayores (la nutrición parenteral tiene cuatro veces el costo de la nutrición enteral). Lo que se requiere es empezar con el régimen de alimentos por vía oral durante las primeras 48-72 horas, cuando sea aceptada por el paciente. Mientras que la elevación enzimática no es una

contraindicación para iniciar la dieta. El contenido calórico se incrementa desde 160 hasta 640 kcal por comida. Se propone el primer día iniciar con 250 kcal/día y menos de 5 g de grasa, avanzando de tal forma que en el quinto día reciba 1,700 kcal/día y 35-40 g. de grasa (otra recomendación es: calorías 24.1 kcal/kg, proteínas 1.43 g/kg).

Si se agregan *Lactobacillus plantarum* inactivados (109 /día) a la fibra de la nutrición enteral se reducen tasas de infección y la necesidad de cirugía. Sin embargo, como muchos temas de pancreatitis aguda, existen reportes contradictorios que, en pacientes con pancreatitis aguda severa, la profilaxis con pro bióticos no sólo es ineficaz para prevenir infecciones, sino que se asocia con aumento en la mortalidad (17,18,22,23).

2.2.2 Complicaciones

Colección líquida subaguda:

Se desarrolla comúnmente en la fase temprana y se manifiestan en el 30-50% de las PA, se encuentran en el páncreas o alrededor, su manejo es clínico y se suelen resolver espontáneamente sin intervención, pero entre el 10 al 15% evolucionan posiblemente a Pseudoquistes verdaderos.

Necrosis estéril:

Se encuentra asociado con necrosis grasa peripancreática sin infección comprobada, su evolución es autolimitada y no pasa más de 96 horas, su proceso estacionario en la severidad clínica, continuo por un período de remisión en el mejor de los casos. El manejo en UCI suministra un soporte orgánico vital, con un manejo conservador, se ha demostrado una mayor tasa de mortalidad con la necrosectomía precoz.

Necrosis Infeccionada:

Es la PA con necrosis tisular regional complicada junto a una infección bacteriana o fúngica. La sospecha clínica se da por el deterioro clínico del paciente o por la presencia de gas dentro de la colección corroborada por TAC.

Absceso pancreático:

Se define a la colección intraabdominal reducida de pus, cercana al páncreas, y con cierto grado de necrosis pancreática que se presenta como consecuencia de pancreatitis aguda o trauma pancreático (24).

Pseudoquistes pancreáticos:

Definida como una colección peri pancreática que no desaparece en 4 semanas, por lo que se desarrolla más organizada y definida a su alrededor. El 50% de los pseudoquistes se suelen resolver espontáneamente y son asintomáticos (25).

2.3 Definiciones conceptuales

- Pancreatitis aguda leve (PAL). Se caracteriza por la ausencia tanto de la necrosis (peri) pancreática como de FO.
- Pancreatitis aguda moderada (PAM). Se caracteriza por la presencia de cualquier tipo de necrosis (peri) pancreática estéril o FO transitorio.
- Pancreatitis aguda grave (PAG). Se caracteriza por la presencia de cualquier grado de necrosis (peri) pancreática infectada o FO persistente.
- Pancreatitis aguda crítica (PAC). Se caracteriza por la presencia de necrosis (peri) pancreática infectada y FO persistente.
- Fallo orgánico transitorio. Datos de FO que se resuelven en un periodo corto de tiempo tras aplicar las medidas de soporte adecuadas.
- Fallo orgánico persistente. Datos de FO que no se resuelven en un periodo corto de tiempo tras aplicar las medidas de soporte adecuadas. (16,19,26–29)

2.4 Hipótesis

Ha: Existen comorbilidades asociadas a complicaciones de la pancreatitis aguda biliar en pacientes atendidos en el Hospital de Vitarte 2018-2020

Ho: No existen comorbilidades asociadas a complicaciones de la pancreatitis aguda biliar en pacientes atendidos en el Hospital de Vitarte 2018-2020

CAPÍTULO III METODOLOGÍA

3.1 TIPO DE ESTUDIO

Enfoque cuantitativo, de alcance analítico. Proyección retrospectiva y de acuerdo al control de la variable observacional. De estadística inferencial.

3.2 DISEÑO DE INVESTIGACION

Es cuantitativo, pues se recopilarán y analizarán datos numéricos para probar las hipótesis y objetivos(30).

Analítico, ya que se busca determinar relación entre las variables en estudio (31).

Retrospectivo, debido a que su inicio es anterior a los hechos estudiados, de forma que los datos se recogen a medida que van sucediendo (31).

Observacional, ya que el investigador no manipulará las variables en estudio De estadística inferencial, pues se hará uso de pruebas estadísticas como chi-cuadrado (30).

3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

Población

117 pacientes con pancreatitis aguda atendidos en el Hospital de Vitarte durante el periodo de enero del 2018 a diciembre del 2020.

Criterios de inclusión:

- Pacientes mayores de 18 años.
- Pacientes con diagnóstico de pancreatitis aguda durante el periodo de estudio.
- Pacientes con historia clínica completa.

Criterios de exclusión:

- Pacientes con datos incompletos en historia clínica.
- Pacientes gestantes
- Pacientes referidos a otras instituciones de salud

Muestra

Para el cálculo de la muestra se aplicará la fórmula para población finita (N=117), donde el nivel de confianza será del 95% y error de precisión del 5%. A continuación, se presenta la fórmula antes expuesta.

$$n = \frac{N \times Z_{\alpha}^2 \times p \times q}{d^2 \times (N - 1) + Z_{\alpha}^2 \times p \times q}$$

Dónde:

Tamaño de Población:	N=117
Nivel de Confianza (95%):	Z _α =1.96
Prevalencia de la enfermedad:	p=0.5
Prevalencia sin enfermedad:	q=0.5
Error de precisión:	d=0.06

Tamaño de la Muestra n = 90

Se llevará a cabo un muestreo probabilístico, a través del muestreo aleatorio simple teniendo 90 pacientes; a todos los participantes se les otorgará un número arábigo de acuerdo con su orden de ingreso, se les ordenará de manera ascendente desde el primero hasta el último paciente atendido en la fase de estudio.

3.4 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES:

	VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	TIPO DE VARIABLE	CATEGORIA O UNIDAD
Características epidemiológicas	Edad	Periodo transcurrido desde el nacimiento hasta la actualidad	Años cumplidos al momento del diagnóstico.	Discreta	Cuantitativa	Años
	Sexo	Características biológicas y fisiológicas que definen al hombre y a la mujer.	Conjunto de peculiaridades que caracterizan a los individuos de una especie.	Nominal	Cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> - Femenino - Masculino
	Grado de instrucción	Último grado o año de estudios cursado por la persona.	Grado más elevado de estudios realizados o en curso.	Nominal	Cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> - Sin instrucción - Primaria - Secundaria - Técnico - Superior
Características clínicas	Severidad de la pancreatitis	Clasificación de la pancreatitis aguda, señala la severidad de la pancreatitis en función a criterios clínicos, bioquímicos y radiológicos	De acuerdo con la clasificación de Atlanta. Se evalúa a las 24 y 48 h de inicio de los síntomas, incluye criterios clínicos, bioquímicos y de imagen.	Nominal	Cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> - Leve Moderadamente severa - Severa
	Etiología de la Pancreatitis Aguda	Causa de la pancreatitis en aquellos pacientes con diagnóstico.	Causa de pancreatitis	Nominal	Cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> - Biliar - Alcohólica - Post CPRE

			aguda determinada mediante clínica, laboratorio y exploraciones complementarias			– Idiopática
	Presentación clínica	Indicio o señal que pone de manifiesto la existencia de una enfermedad.	Señal referida por el paciente como aviso de la existencia de una Enfermedad	Nominal	Cualitativa	– Dolor abdominal característico – Náuseas – Vómitos – Fiebre – Ictericia – Otros
	Diagnostico por imágenes	Estudios auxiliares por imágenes realizados durante hospitalización para catalogar diagnóstico o gravedad de la pancreatitis.	Estudios de imágenes realizados al ingreso o durante la hospitalización.	Nominal	Cualitativa	- Ecografía abdominal - Radiografía – Tomografía
Variable dependiente	Comorbilidades asociadas	Estado mórbido o alteración en el estado de salud del individuo estudiado.	Enfermedades concomitantes previas en el individuo.	Nominal	Cualitativa	– Diabetes Mellitus. – Hipertensión Arterial – Alcoholismo crónico – Obesidad – Enfermedad Renal Crónica – Hepatopatía crónica – Otra
Variable dependiente	Complicaciones locales de pancreatitis	Proceso inflamatorio secundario a patología de predominio biliar	Conjunto de signos y síntomas de la enfermedad de acuerdo a historia	Nominal	Cualitativa	– Ninguna – Colecciones agudas – Necrosis infectada – Absceso pancreático

		(Pseudoquiste pancreático, necrosis pancreática, colecciones peri pancreáticas).	clínica en pacientes con factores de riesgo.			Pseudoquiste pancreático
	Complicación sistémica de pancreatitis	Se define como la exacerbación de las comorbilidades preexistentes, a causa de la pancreatitis.	Conjunto de signos que se presentan durante la estancia hospitalaria que exacerbaban la pancreatitis	Nominal	Cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> - Ninguna - Hipoxemia PO2<60 Shock (PAS<90 mmHg) - Creatinina sérica (>2mg/dl) - Hemorragia digestiva >500 cc/24 h
	Mortalidad	Fallecimiento del paciente con pancreatitis	Condición de alta	Nominal	Cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> - Si - No

3.5 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS: INSTRUMENTOS

En la presente Investigación se utilizó las técnicas de observación, el que será elaborado tomando las consideraciones respecto a los objetivos planteados.

Para la información primaria se utilizó una ficha de recolección de datos, la cual constará de las siguientes secciones:

- A. Características epidemiológicas
- B. Características clínicas
- C. Comorbilidades
- D. Complicaciones

Validez: Asimismo, será sometido a juicio de expertos en el tema, los cuales contrastarán ítems para determinar la validez de contenido del instrumento, donde altos valores indicarán que el instrumento queda validado para su uso posterior.

3.6 TÉCNICAS PARA EL PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

La información completa del instrumento será digitalizada y analizada por medio del programa SPSS 26.0 y Microsoft Excel 365.

Asimismo, el análisis estadístico se realizará a través de un análisis descriptivo univariado en el que se calcularán frecuencias absolutas y relativas para el caso de las variables cualitativas, mientras que se realizarán cálculos de medidas de tendencia central y dispersión para las cuantitativas. Posterior para el análisis bivariado para determinar las comorbilidades y las complicaciones se aplicará la prueba de chi cuadrado, con un nivel de significancia de 0.05. Finalmente, se presentarán tablas simples y dobles para responder a los objetivos, además de gráficos como el de barras y el circular.

3.7 ASPECTOS ÉTICOS

Tomando en cuenta que el estudio en cuestión no puso en riesgo la integridad física de las personas participantes, debido a que en ningún momento se les realizaron pruebas físicas invasivas, así mismo a las participantes se les solicitó su participación voluntaria. De igual forma se les

aseguro y garantizó el anonimato y confiabilidad de la información proporcionada ya que no se dará a conocer su identificación de ninguna de ellas puesto que al manejar la información será a través de claves o códigos y nunca identificándolas con su nombre.

CAPÍTULO IV RECURSOS Y CRONOGRAMA

4.1 RECURSOS

Recursos Humanos

- Autor e investigador
- Asesor de la Investigación
- Analizador estadístico

Recursos Materiales

- Material de oficina
- Computadora
- Acceso a Internet
- Fotocopias
- Movilidad

Recursos Financieros

- Costeados por el Investigador

4.2 CRONOGRAMA

MESES/AÑO	2021					
PROYECTO	Junio	Julio	Agosto	Setiembre	Octubre	Noviembre
1. Selección y delimitación del problema						
2. Planteamiento del problema						
3. Justificación						
4. Marco teórico						
5. Hipótesis						
6. Método de estudio						
INVESTIGACION						
7. Revisión de fuentes						
8. Búsqueda de información complementaria						
ELABORACION						
9. Redacción del borrador						
10. Introducción y conclusiones						
REDACCION FINAL						

4.3 PRESUPUESTO

	Costo Unitario en soles	Cantidad	Total
BIENES			
Lapiceros	1	10	10
Papel	25 x paquete de 1000 hojas	2 paquetes	40
USB	25	2	50
SERVICIOS			
Asesoramiento	100	6	600
Digitado	0.10	1000	100
Horas de Internet	1	60 horas	60
Movilidad y viáticos	30 x día	4	120
Otros			50
TOTAL			1030.00

La presente investigación será financiada en su totalidad por la investigadora.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pila R, González EA, Amador J, Lezpona H. Pancreatitis aguda: etiología de 110 pacientes. *Revista Cubana de Medicina* [Internet]. 5 de enero de 2021 [citado 12 de octubre de 2021];25(4). Disponible en: <http://www.revmedicina.sld.cu/index.php/med/article/view/2334>
2. Roberts S, Morrison-Rees S, John A, Williams J, Brown TH, Samuel D. The incidence and aetiology of acute pancreatitis across Europe. *Pancreatology*. 1 de marzo de 2017;17(2):155-65.
3. Thomasset S, Carter C. Acute pancreatitis. *Surgery (Oxford)*. 1 de abril de 2022;40(4):258-65.
4. Rojas C, Otoya N, Copete M, Gutierrez C, Llanos A, Cordoba Y, et al. Características clínicas de pacientes con pancreatitis aguda atendidos en un hospital de alta complejidad en Cali. *Revista colombiana de Gastroenterología*. 15 de septiembre de 2021;36(3):341-8.
5. Shmelev A, Axentiev A, Hossain MB, Cunningham SC. Predictors of same-admission cholecystectomy in mild, acute, biliary pancreatitis. *HPB*. 1 de noviembre de 2021;23(11):1674-82.
6. Motta M. Pancreatitis aguda. Universidad José Carlos Mariátegui [Internet]. 2021 [citado 12 de octubre de 2021]; Disponible en: <https://repositorio.ujcm.edu.pe/handle/20.500.12819/1049>
7. Mateo T, Ciriaco M. 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 [Internet] [Thesis]. Santo Domingo: Universidad Iberoamericana (UNIBE); 2021 [citado 12 de octubre de 2021]. Disponible en: <https://repositorio.unibe.edu.do/jspui/handle/123456789/589>
8. Jamanca-Milian H, Cano-Cardenas L. Factores pronósticos de severidad en pacientes con pancreatitis aguda en el servicio de gastroenterología del Hospital Nacional Sergio E. Bernales. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*. 2020;20(1):1-1.
9. Amorós L. Beneficios de la dieta blanda hipograsa frente a la dieta progresiva en pacientes de 18 a 60 años con pancreatitis aguda leve atendidos en el Hospital Vitarte durante el año 2016 [Internet]. [LIMA - PERÚ]: Universidad

- Ricardo Palma; 2018 [citado 27 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://repositorio.urp.edu.pe/handle/20.500.14138/1164>
10. Chu B, Gnyawali B, Cloyd JM, Hart PA, Papachristou GI, Lara LF, et al. Early unplanned readmissions following same-admission cholecystectomy for acute biliary pancreatitis. *Surg Endosc.* 2022;36(5):3001-10.
 11. Spagnolo D, Greer P, Ohlsen C, Mance S, Ellison M, Breze C, et al. Acute and Chronic Pancreatitis Disease Prevalence, Classification, and Comorbidities: A Cohort Study of the UK BioBank. *Clinical and Translational Gastroenterology [Internet]*. 2022 [citado 26 de octubre de 2022];13(1). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8806365/>
 12. Cerpa S. Características clínico epidemiológicas, laboratoriales e imagenológicas en pacientes con pancreatitis aguda del Hospital I Edmundo Escomel, Arequipa 2019-2020. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann [Internet]. 2021 [citado 12 de octubre de 2021]; Disponible en: <http://repositorio.unjbg.edu.pe/handle/UNJBG/4274>
 13. Kayar Y, Dertli R, Konur S. Clinical outcomes of acute pancreatitis in elderly patients: An experience of single tertiary center. *Pancreatology.* 1 de octubre de 2020;20(7):1296-301.
 14. Roulin D, Girardet R, Duran R, Hajdu S, Denys A, Halkic N, et al. Outcome of elderly patients after acute biliary pancreatitis. *BioScience Trends.* 2018;12(1):54-9.
 15. Krishna S, Kruger A, Patel N, Hinton A, Yadav D, Conwell DL. Cholecystectomy During Index Admission for Acute Biliary Pancreatitis Lowers 30-Day Readmission Rates. *Pancreas.* 2018;47(8):996-1002.
 16. Revoredo F, Reaño G, De Vinatea De Cárdenas J, Kometter F, Alfaro Ita S, Vereau Robles J. Pancreatitis aguda necrotizante infectada. Desbridamiento retroperitoneal video asistido. *Medicina (Buenos Aires).* 2021;81(1):115-8.
 17. Cruz C. Predictores bioquímicos de mortalidad y complicaciones en pancreatitis aguda: un artículo de revisión. Universidad Privada Antenor Orrego [Internet]. 2021 [citado 12 de octubre de 2021]; Disponible en: <https://repositorio.upao.edu.pe/handle/20.500.12759/7394>
 18. Gómez L. Hipertensión intraabdominal en pacientes con pancreatitis aguda grave en el servicio de urgencias. abril de 2021 [citado 12 de octubre de 2021];

- Disponible en:
<https://repositorioinstitucional.buap.mx/handle/20.500.12371/14053>
19. Palomino M. Comparación de las puntuaciones: Apache II, SIRS y Marshall modificado, en la predicción de severidad en pancreatitis aguda, en pacientes del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé, Huancayo, enero 2017 a diciembre 2018. Universidad Continental [Internet]. 2021 [citado 12 de octubre de 2021]; Disponible en:
<https://repositorio.continental.edu.pe/handle/20.500.12394/9139>
 20. Estepa J, Santana T, Estepa J, Acea Y, Estepa J, Santana T, et al. Caracterización clínico- quirúrgica de pacientes con pancreatitis aguda. Cienfuegos, 2018-2020. *MediSur*. 2021;19(2):245-59.
 21. Arana M. Factores asociados a complicaciones de pancreatitis aguda en pacientes pediátricos hospitalizados en el Hospital Goyeneche de Arequipa 2010 - 2020. Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa [Internet]. 2021 [citado 12 de octubre de 2021]; Disponible en:
<http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/20.500.12773/12552>
 22. Cid S. APACHE II y BISAP: mortalidad a 7 días en pacientes con pancreatitis aguda. 2021 [citado 12 de octubre de 2021]; Disponible en:
<https://repositorioinstitucional.buap.mx/handle/20.500.12371/14452>
 23. Durán G, Iveth G. Colecistectomía temprana en pancreatitis aguda biliar leve. febrero de 2021 [citado 12 de octubre de 2021]; Disponible en:
<http://bdigital.dgse.uaa.mx:8080/xmlui/handle/11317/2112>
 24. Castillo K. Pancreatitis aguda de origen biliar [Internet]. [Ambato – Ecuador]: Universidad Técnica de Ambato; 2018. Disponible en:
<https://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/28150/2/Pancreatitis%20aguda%20de%20origen%20biliar.pdf>
 25. Urbina V, Gutiérrez M. Diagnóstico y tratamiento de pancreatitis aguda. *Revista Médica Sinergia*. 2020;5(7):e537-e537.
 26. Amesquita V, Larrañaga N, Espil G, Romualdo J, Prado F, Kozima S. Hallazgos en tomografía computada de las complicaciones de la pancreatitis aguda. *Revista Argentina de Radiología / Argentinian Journal of Radiology*. 2021;85(2):41-5.
 27. Ocaña E. Análisis de pancreatitis aguda en el servicio de emergencia del Hospital III Essalud Chimbote 2020. Universidad José Carlos Mariátegui

[Internet]. 2021 [citado 12 de octubre de 2021]; Disponible en: <https://repositorio.ujcm.edu.pe/handle/20.500.12819/1087>

28. Reyes-Cerecedo A, Tapia-Brito LS, González-Ortiz B. Pancreatitis aguda, secundaria a hiperparatiroidismo primario. *Rev Mex Pediatr.* 2021;88(2):75-7.
29. Rodríguez V. Estenosis del colon descendente como complicación de pancreatitis aguda grave y su repercusión en la nutrición. 2021 [citado 12 de octubre de 2021]; Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/handle/10324/48234>
30. Hernández R, Fernández C, Baptista M. Metodología de la investigación. 6ta edición. México: McGraw-Hill; 2014.
31. Argimón J, Jiménez J. Métodos de investigación clínica y epidemiológica. 3era edición. Elsevier; 2004.

ANEXOS

1. MATRIZ DE CONSISTENCIA

Problema general	Objetivo general	Variable	Hipótesis	Metodología
<p>¿Cuáles son las comorbilidades asociadas a complicaciones de la pancreatitis aguda biliar en pacientes atendidos en el Hospital de Vitarte 2018-2020?</p>	<p>Determinar las comorbilidades asociadas a complicaciones de la pancreatitis aguda biliar en pacientes atendidos en el Hospital de Vitarte 2018-2020.</p>	<p>Variable dependiente - Complicaciones de pancreatitis Variable independiente - Comorbilidades</p>	<p>Ha: Existen comorbilidades asociadas a complicaciones de la pancreatitis aguda biliar en pacientes atendidos en el Hospital de Vitarte 2018-2020 Ho: No existen comorbilidades asociadas a complicaciones de la pancreatitis aguda biliar en pacientes atendidos en el Hospital de Vitarte 2018-2020</p>	<p>Tipo de investigación: Enfoque cuantitativo, de alcance analítico. Proyección retrospectiva, de acuerdo al control de la variable observacional. De estadística inferencial.</p>
	<p>Objetivos Específicos</p>	<p>Dimensiones</p>		
	<ul style="list-style-type: none"> • Describir las características epidemiológicas y clínicas en pacientes atendidos en el Hospital de Vitarte 2018-2020. • Determinar las comorbilidades asociadas a complicaciones locales de la pancreatitis aguda biliar en pacientes atendidos en el Hospital de Vitarte 2018-2020. • Determinar las comorbilidades asociadas a 	<p>Complicación local Complicación sistémica Mortalidad</p>		

	<p>complicaciones sistémicas de la pancreatitis aguda biliar en pacientes atendidos en el Hospital de Vitarte 2018-2020.</p> <ul style="list-style-type: none">• Determinar la relación entre las complicaciones y la mortalidad por pancreatitis aguda biliar en pacientes atendidos en el Hospital de Vitarte 2018-2020.			
--	--	--	--	--

2. Instrumentos de recolección de datos

Ficha de recolección

Complicaciones de la pancreatitis aguda biliar y comorbilidades asociadas en el Hospital de Vitarte. 2018-2020

ID: _____

Fecha: __/__/__

A. Características epidemiológicas

Edad: _____ años

Sexo: Masculino () Femenino ()

Grado de instrucción: Sin instrucción ()

Primaria ()

Secundaria ()

Técnica ()

Universitario ()

B. Características clínicas

Severidad de la pancreatitis aguda

	Ingreso	24 horas	48 horas
a) Leve			
b) Moderadamente severa			
c) Severa			

Etiología:

a) Biliar ()

b) Alcohólica ()

c) Idiopática ()

d) Post CPRE ()

e) Otro: _____

Presentación clínica:

Dolor abdominal característico

Náuseas:

Vómitos:

Fiebre:

Ictericia:

Otros : _____

Si	No

Diagnóstico por imágenes: _____

1. Ecografía abdominal	Si	No
a) Lítiais vesicular		
b) Coledoco dilatado		
c) Pancreas alterado		
d) Liquido peripancreático		

2. Radiografía de tórax	Si	No
a) Derrame pleural		

3. Tomografía abdominal	Si	No
BALTHAZAR A		
BALTHAZAR B		
BALTHAZAR C		
BALTHAZAR D		
BALTHAZAR E		

C. Comorbilidades: Sí () No ()

a) Diabetes mellitus	Si	No
b) Hipertensión arterial	Si	No
c) Alcoholismo crónico	Si	No
d) Obesidad	Si	No
e) Enfermedad renal crónica	Si	No
f) Enfermedad pulmonar	Si	No
g) Hepatopatía crónica	Si	No

Otro: _____

D. Complicaciones: Sí () No ()

Complicación local

a) Colecciones agudas	Si	No
b) Necrosis esteril	Si	No
c) Necrosis infectada	Si	No
d) Absceso pancreático	Si	No
e) Pseudoquiste pancreático	Si	No

Complicación sistemática

Hipoxemia $PO_2 < 60$:

Shock (PAS < 90 mmHg)

Creatinina sérica (> 2 mg/dl)

Hemorragia digestiva > 500 cc/24 h

Si	No

Mortalidad: Sí () No ()

Días de estancia hospitalaria: _____

Validación

Estimado juez experto (a): _____

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjuntan:

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión.

Id	Criterios	Si	No	Observación
1	El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.			
2	El instrumento responde a los objetivos del estudio.			
3	La estructura del instrumento es adecuado.			
4	Los ítems del instrumento responden a la operacionalización de la variable.			
5	La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.			
6	Los ítems son claros y comprensibles.			
7	El número de ítems es adecuado para su aplicación.			

Sugerencias:.....
.....
.....
.....
.....
.....

Firma y sello



Recibo digital

Este recibo confirma que su trabajo ha sido recibido por Turnitin. A continuación podrá ver la información del recibo con respecto a su entrega.

La primera página de tus entregas se muestra abajo.

Autor de la entrega: Mariela Isabel Mestas Ramos
Título del ejercicio: Proyectos de investigación Residentado
Título de la entrega: Complicaciones de la Pancreatitis Aguda Biliar y Comorbilid...
Nombre del archivo: Mariela_Mestas_11_1.docx
Tamaño del archivo: 161.87K
Total páginas: 40
Total de palabras: 7,335
Total de caracteres: 43,088
Fecha de entrega: 24-nov.-2022 08:18a. m. (UTC-0500)
Identificador de la entre... 1962617245



Complicaciones de la Pancreatitis Aguda Biliar y Comorbilidades Asociada en el Hospital de Vitarte. 2018-2020

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.unjbg.edu.pe Fuente de Internet	4%
2	contenidos.usco.edu.co Fuente de Internet	4%
3	www.scielo.org.pe Fuente de Internet	3%
4	Submitted to Universidad de San Martín de Porres Trabajo del estudiante	2%
5	cirugiaconcompetencias.blogspot.com Fuente de Internet	2%
6	repositorio.unibe.edu.do Fuente de Internet	2%
7	repositorio.uta.edu.ec Fuente de Internet	1%
8	www.slideshare.net Fuente de Internet	1%

9	repositorio.usmp.edu.pe Fuente de Internet	1 %
10	repositorio.unp.edu.pe Fuente de Internet	1 %
11	revistagastrocol.com Fuente de Internet	1 %
12	Submitted to Universidad Privada San Juan Bautista Trabajo del estudiante	1 %
13	doku.pub Fuente de Internet	<1 %
14	documents.mx Fuente de Internet	<1 %
15	Submitted to Universidad Católica de Santa María Trabajo del estudiante	<1 %
16	www.medigraphic.com Fuente de Internet	<1 %

Excluir citas
 Apagado
 Excluir coincidencias < 20 words
 Excluir bibliografía
 Activo