

**UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
MANUEL HUAMÁN GUERRERO**



**Prevalencia y factores de riesgo asociados a la
pancreatitis aguda de causa biliar en la población
adulta femenina en el Hospital “Jose Agurto
Tello” Chosica durante el periodo enero -
diciembre 2016**

Presentado por la Bachiller:

Cristina Susana Sánchez Ames

Tesis para para optar el título de Médico Cirujano

Asesor de tesis:

Mg. Susana Juana Oshiro Kanashiro

Lima – Perú

- 2018 -

Agradecimiento

Quedo muy agradecida con el Dr. Jhony A. De La Cruz Vargas, Phd y con la Dra. Susana Juana Oshiro Kanashiro quienes me asesoraron y apoyaron para poder realizar la presente investigación y culminarla de la mejor manera posible.

Además, agradezco al Dr. Asmat Ramírez, Director del Hospital “Jose Agurto Tello” de Chosica, por su apoyo con el permiso, para poder a través de las historias clínicas recopilar la información para mí proyecto y poder obtener conocimientos para prevención de dichos factores de riesgo.

A mis padres y mis hermanos quienes han estado a mi lado para apoyarme no sólo de forma académica sino con su dedicación, confianza, paciencia en mí y su motivación de cada día.

Agradezco a quienes fueron mis docentes durante el tiempo de mi carrera, quienes inculcaron en mí no sólo los conocimientos requeridos científicamente sino su ejemplo como persona para convertirme en una profesional con ética y moral.

Finalmente, pero no menos importante agradezco a Dios quien me da la fuerza día a día para seguir adelante a pesar de presentarse adversidades en mi camino, brindándome la fe y confianza suficiente para seguir creyendo en mi misma.

Dedicatoria

Dedico esta tesis con mucho cariño para mis pilares y motivos de seguir a diario, mi madre Mirtha Ames y a mi padre Carlos Sánchez, quienes me enseñan a siempre ser agradecida con todo lo que tengo, por su ejemplo de cada día, por su bondad, dedicación, perseverancia, paciencia y sobre amor, para seguir emprendiendo nuevas metas y desafíos en la vida, al igual que a mis hermanos que sin ellos no me sentiría guerrera en todo lo que hago y a la vez demostrarles que si existen los sueños pero sobre todo que existen soñadores que no nos rendimos nunca.

Resumen

OBJETIVO: Determinar la prevalencia y los factores de riesgo asociados a pancreatitis aguda de causa biliar en la población adulta femenina atendidas en el servicio de Medicina Interna del Hospital “José Agurto Tello” durante el año 2016.

METODOLOGÍA: Estudio analítico, observacional (Transversal), retrospectivo. Población de estudio constituida por 48 pacientes adultas femenina con diagnóstico de pancreatitis aguda de causa biliar, según criterios de inclusión y exclusión establecidos, distribuidos en dos grupos: de causa biliar y no biliar. En el Hospital “José Agurto Tello” Chosica en el periodo enero - diciembre del 2016. Información obtenida de las historias clínicas mediante fichas de recolección de datos.

RESULTADOS: Tasa de prevalencia de la pancreatitis aguda de causa biliar en el Hospital “José Agurto Tello” Chosica durante enero - diciembre del 2016 fue de 15,96 casos por cada 1000 egresos hospitalarios. Genero más frecuente fue el femenino con 82,6%, su grado de severidad fue el leve con 93,8%, la media de la edad fue de 39,19 años, siendo la mínima 19 y la máxima 72 años, con un rango de 18 a 29 años (29,2%). Los factores de riesgo a considerar: IMC, nivel de instrucción, tiempo que se acude al hospital al iniciar síntomas y días de hospitalización para la severidad. El IMC encontrado con mayor frecuencia fue Obesidad tipo 1 con 39,6% en las pacientes, el nivel de instrucción con mayor valor fue secundario con 62,50%, el tiempo que se acudió al iniciar síntomas fue mayor de 2 días con porcentaje de 79,2% y de acuerdo los días de hospitalización referente a la severidad se obtuvo que el 95% estuvo por lo menos 5 días a más en el hospital.

CONCLUSIONES: La tasa de prevalencia encontrada fue de 15,69 casos siendo alto frente a otros estudios. Los factores de riesgo expuestos en el estudio no fueron estadísticamente significativo por presencia de muestra pequeña.

PALABRAS CLAVE: Pancreatitis aguda, etiología, severidad y factores de riesgo.

Abstract

OBJECTIVE: To determine the prevalence and risk factors associated with acute pancreatitis of biliary origin in the female adult population treated in the Internal Medicine service of the "José Agurto Tello" Hospital during 2016.

METHODOLOGY: Analytical, observational (Cross-sectional), retrospective study. Study population consisting of 48 adult patients diagnosed with acute pancreatitis of biliary origin, according to inclusion and exclusion criteria, divided into two groups: biliary and non-biliary. In the Hospital "José Agurto Tello" Chosica in the period January - December 2016. Information collected from the medical records by data collection forms.

RESULTS: Prevalence rate of acute biliary pancreatitis in the Hospital "José Agurto Tello" Chosica during January - December 2016 was 15.96 cases per 1000 hospital discharges. The most frequent gender was the female with 82.6%, degree of severity with 93.8%, the average age of 39.19 years, being the minimum 19 years with a range of 72 years. from 18 to 29 years old (29.2%). The risk factors to consider: BMI, level of instruction, time that goes to the hospital at the onset of symptoms and days of hospitalization for the severity. The most frequently found BMI was Type 1 Obesity with 39.6% in patients, 62.50%, the time it took to appear was greater than 2 days with a percentage of 79.2% and according to the days of hospitalization. They refer to the severity that was obtained that 95% was at least 5 days more in the hospital.

CONCLUSIONS: The prevalence rate was found of 15.69 cases being high compared to other studies. The risk factors exposed in the study were not statistically significant due to the presence of a small sample.

KEY WORDS: Acute pancreatitis, etiology, severity and risk factors.

Indice de contenido

AGRADECIMIENTO	2
RESUMEN	4
ABSTRACT	5
INDICE DE CONTENIDO	6
INDICE DE GRAFICOS	8
INDICE DE TABLAS	9
I. INTRODUCCIÓN	11
II. CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	14
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA: GENERAL Y ESPECÍFICOS	14
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	15
1.3. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	15
1.4. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA: LÍNEA DE INVESTIGACIÓN	16
1.5. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	16
1.5.1. <i>Objetivo General</i>	16
1.5.2. <i>Objetivos Específicos</i>	16
III. CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	17
2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	17
2.2. BASES LEGALES.....	25
2.3. BASES TEÓRICAS	25
2.4. DEFINICIÓN DE CONCEPTOS OPERACIONALES	47
IV. CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES	49
3.1 HIPÓTESIS: GENERAL, ESPECÍFICAS	49
3.1.1 <i>General</i>	49
3.1.2 <i>Específicas</i>	49
3.2 VARIABLES PRINCIPALES DE INVESTIGACIÓN	49
V. CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA	50
4.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	50
4.2. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	50

4.3 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES (VER ANEXO N°1).....	50
4.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	51
4.5 RECOLECCIÓN DE DATOS (VER ANEXO N°2).....	51
4.6 TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	51
VI. CAPÍTULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	52
5.1. RESULTADOS.....	52
5.2. DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	63
VII. CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	67
6.1. CONCLUSIONES.....	67
6.2. RECOMENDACIONES	67
BIBLIOGRAFÍA	69
ANEXOS	76
ANEXOS A.....	77
<i>Anexo 01: Matriz De Consistencia.....</i>	<i>78</i>
<i>Anexo 02: Paralización De Variables.....</i>	<i>79</i>
<i>Anexo 03: Ficha De Recoleccion De Datos:</i>	<i>83</i>
<i>Anexo 04: Presupuesto.....</i>	<i>84</i>
<i>Anexo 05: Cronograma De Actividad.</i>	<i>86</i>
ANEXOS B.....	87
<i>Anexo 01: Acta De Proyecto De Tesis Aprobada</i>	<i>88</i>
<i>Anexo 02: Carta De Compromiso Del Asesor De Tesis</i>	<i>89</i>
<i>Anexo 03: Documento De Registro Por La Facultad.....</i>	<i>90</i>
<i>Anexo 04: Documento De Autorización Del Hospital</i>	<i>93</i>
<i>Anexo 05: Acta De Aprobación De Borrador De Tesis</i>	<i>95</i>
<i>Anexo 07: Certificado de Asistencia Al Curso Taller</i>	<i>97</i>

Indice de Graficos

GRÁFICO N° 1: MARSHALL MODIFICADO PARA PANCREATITIS AGUDA.....	39
GRAFICO N°2. PUNTUACION DE APACHE II PARA PANCREATITIS AGUDA.....	42
GRAFICA 1: DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES MUJERES CON PANCREATITIS AGUDA DE CAUSA BILIAR SEGÚN NIVEL DE INSTRUCCIÓN.	57

Indice de Tablas

TABLA N°1. GRADO DE SEVERIDAD DE PANCREATITIS AGUDA, ATLANTA 2012	28
TABLA N°2. CRITERIOS DE RANSON EN LA EVALUACIÓN PRONOSTICA DE PANCREATITIS AGUDA.....	36
TABLA N°3. CRITERIOS DE GLASGOW PARA PANCREATITIS AGUDA.....	38
TABLA N° 4. CRITERIOS TOMGRÁFICOS DE BALTHAZAR EN PANCREATITIS AGUDA.	39
TABLA N° 5. PUNTAJE DE BISAP PARA PANCREATITIS AGUDA.....	43
TABLA 1. TASA DE PREVALENCIA DE PANCREATITIS AGUDA EN EL HOSPITAL “JOSÉ AGURTO TELLO” DURANTE EL PERIODO ENERO – DICIEMBRE 2016. CHOSICA 2017	53
TABLA 2: DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON PANCREATITIS AGUDA SEGÚN SEXO.....	53
TABLA 3: DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON PANCREATITIS AGUDA EN LA POBLACIÓN FEMENINA SEGÚN ETIOLOGÍA.....	54
TABLA 4: DISTRIBUCIÓN DE LA PANCREATITIS AGUA DE CAUSA BILIAR EN LA POBLACIÓN FEMENINA SEGÚN GRADO DE SEVERIDAD.....	54
TABLA 5: DISTRIBUCIÓN DE LA PANCREATITIS AGUA DE CAUSA BILIAR EN LA POBLACIÓN FEMENINA SEGÚN EDAD.....	55
TABLA 6: DISTRIBUCIÓN DE LA PANCREATITIS AGUA DE CAUSA BILIAR EN LA POBLACIÓN FEMENINA SEGÚN EDAD AGRUPADA.....	55
TABLA 7: DISTRIBUCIÓN DE LA PANCREATITIS AGUA DE CAUSA BILIAR EN LA POBLACIÓN FEMENINA SEGÚN ÍNDICE DE MASA CORPORAL.....	56
TABLA 8: DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES MUJERES CON PANCREATITIS AGUDA DE CAUSA BILIAR SEGÚN TIEMPO DE INICIO DE SÍNTOMAS.	58
TABLA 9: DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES MUJERES CON PANCREATITIS AGUDA DE CAUSA BILIAR SEGÚN DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN.....	58
TABLA 10: ASOCIACIÓN ENTRE ETIOLOGÍA DE LA PANCREATITIS AGUDA Y GRADO DE SEVERIDAD EN POBLACIÓN FEMENINA... ..	59
TABLA 11: ASOCIACIÓN ENTRE EDAD DE LA PACIENTE Y ETIOLOGÍA DE LA PANCREATITIS AGUDA EN POBLACIÓN FEMENINA. ..	59
TABLA 12: ASOCIACIÓN ENTRE ÍNDICE DE MASA CORPORAL Y ETIOLOGÍA DE LA PANCREATITIS AGUDA EN POBLACIÓN FEMENINA.	60
TABLA 13: ASOCIACIÓN ENTRE NIVEL DE INSTRUCCIÓN Y ETIOLOGÍA DE LA PANCREATITIS AGUDA EN POBLACIÓN FEMENINA. ..	60
TABLA 14: ASOCIACIÓN ENTRE TIEMPO DE INICIO DE SÍNTOMAS Y ETIOLOGÍA DE LA PANCREATITIS AGUDA EN POBLACIÓN FEMENINA.	61
TABLA 15: ASOCIACIÓN ENTRE DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN Y SEVERIDAD DE LA PANCREATITIS AGUDA EN POBLACIÓN FEMENINA.	61
TABLA 16. RESUMEN DE ANALISIS BIVARIADO	62

I. Introducción

La Pancreatitis Aguda es la enfermedad pancreática más frecuente a nivel mundial. Se presenta por inflamación aguda del páncreas, y esto a su vez puede ser debido por una gran variedad de etiologías.¹ Este proceso inflamatorio se debe a la producción de activación de las enzimas pancreáticas en la misma glándula generando un proceso de auto digestión; hasta presentar una falla orgánica que a su vez eleva la mortalidad.¹ Se evidencia que la frecuencia de la pancreatitis aguda en el mundo representa entre 4,9 a 73,4 casos por cada 100,000 habitantes a nivel mundial por año con una tasa de mortalidad cerca al 3%.²

Según varios estudios a nivel mundial, donde evidencian la prevalencia de la enfermedad, como en Japón (2011) donde presenta 49.4 casos por cada 100.000 habitantes y además de una tasa de mortalidad de 2 días en 10,1 de los casos con pancreatitis severa.³ Por otro lado, en Europa hay una tasa de incidencia de 24 a 35 por 100.000 habitantes al año en Adriático norte de Croacia.⁴ En ambos estudios la presencia de litiasis vesicular fue más frecuente.

Mientras que en América, en Brasil se reportó una incidencia de 15.9 casos por 100.000 habitantes⁵, en Estados Unidos se presenta de 220 000 a 300 000 casos nuevos al año⁶, en México de acuerdo a Secretaria de Salud, la pancreatitis aguda ocupa el lugar 20 de las causas de mortalidad⁷, donde la causa de origen biliar es más frecuente, dando el 5% mortalidad global⁸, y de acuerdo a datos de egreso del IMSS, las enfermedades inflamatorias del páncreas representan la 5ta causa del motivo de alta de los hospitalizados en México.

En Perú, es una enfermedad prevalente que muchas veces no es valorada ni vigilada, con una incidencia de 28 casos por 100.000 habitantes (2009) según Ministerio de Salud donde está incluida en las principales causas de morbilidad hospitalaria, estando en el 3º lugar a nivel nacional entre el 2013 y 2014.⁹ En el 2014 se mencionó un reporte con 27,076 casos, donde la mayor concentración fue en Lima con 10,167 casos reportados dando así el 37,54% del total, en los datos obtenidos se evidencio que la etiología más

frecuente es litiasis vesicular; con un predominio de género femenino más frecuente y una tasa de mortalidad de 2.1%.¹⁰

En varios países la etiología biliar es la causa más frecuente de pancreatitis, donde la incidencia de la pancreatitis aguda de causa biliar está incrementando a nivel mundial, posiblemente debido a un aumento de la obesidad, y esto a su vez como riesgo asociado a la enfermedad de litiasis vesícula.¹¹ Considerando que los cálculos biliares son la causa más común en pancreatitis aguda, aproximadamente el 80% de los casos de pancreatitis aguda de causa biliar son leves y se autolimitan.¹²

Este presente estudio se enfoca en la prevalencia y los factores de riesgo asociados de una forma analítica con el fin de poder plantear acciones de educación y prevención, que puedan contribuir con la toma de conciencia de la población y aportar al conocimiento de los trabajadores de salud pudiendo evitar complicaciones actuando tempranamente y así disminuir el riesgo de mortalidad.

El enfoque que se quiere dar es hacia la prevención que va de la mano con la promoción de la salud mediante estilos de vida saludables, para controlar los factores de riesgo como la edad, IMC, nivel de instrucción, el inicio de síntomas y los días de hospitalización. Es por eso, que el objetivo de este estudio es determinar la prevalencia y los factores de riesgo asociados a Pancreatitis Aguda de causa biliar para poder modificarlos y evitar así las posibles secuelas y el deterioro de la calidad de vida que ocasionaría la enfermedad, tomando en cuenta que este tema pertenece a la prioridad nacional número 6 (Enfermedades gastrointestinales) de las Prioridades Nacionales de Investigación en Salud 2015 – 2021.

El primer capítulo de este estudio presenta una descripción del problema de salud pública que representa la Pancreatitis Aguda de causa biliar a nivel nacional e internacional, formulando luego la pregunta de investigación, con su respectivo fundamento y justificación, adicionado de los objetivos de estudio.

El segundo capítulo presenta el marco teórico, el cual expone los antecedentes de la investigación y las bases teóricas que sustenten el trabajo, adicionando la descripción de las variables.

El tercer capítulo plantea las hipótesis de la investigación las cuales tratan de reafirmar o descartar mediante los resultados que se harán en el estudio.

El cuarto capítulo se comentara la metodología, identificando el tipo de investigación, la población y la muestra a tomar, además de los métodos, técnicas e instrumentos de recolección de datos, así como procedimientos a seguir para su procesamiento.

El quinto capítulo se presentara los resultados del presente estudio, junto su análisis y la discusión de los mismos.

En el sexto capítulo se presentan las conclusiones de la investigación con sus respectivas recomendaciones.

II. Capítulo I: Problema De Investigación

1.1. Planteamiento Del Problema: General Y Específicos

Las enfermedades gastrointestinales poseen una enorme importancia en la vida del paciente y de su familia, ya sea en el sistema de salud, aspectos económicos y sociales en general. Dentro de estas enfermedades, se encuentra a la Pancreatitis Aguda que va constituyendo el incremento de un problema de salud, está se debe a la inflamación aguda que presenta y puede ser dada por una gran variedad de etiologías. En este caso el enfoque será de la pancreatitis aguda de causa biliar, ya que es una enfermedad que todos los días se va presentado con mayor frecuencia a nivel mundial y sobre todo en el género femenino.¹³ Previo a esto se debe indicar la gravedad que reviste el fenómeno de mortalidad en ciertos pacientes que de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, evidencia que la pancreatitis de causa biliar tiene una mortalidad de 10 a 25%, empujando así en diferentes países a realizar estudios. El Perú abarca esos países y la Ciudad de Lima forma parte de ella. Sin embargo para la identificación de un caso no haya uniformidad así como la falta de medios para la atención rápida de la misma, en muchos casos hace ver que esta patología a pesar de tener una frecuencia alta no influyendo de esa manera el manejo frente a ella.

Si se observaran con mayor énfasis los factores etiológicos en la población femenina referente a la causa biliar, se podría dar cuenta como en muchos otros países que sería la primera causa de la pancreatitis aguda y no tendría referencia a la frecuencia con las demás etiologías.

Tomado en cuenta que la litiasis biliar es una causa de enfermedad muy frecuente en nuestro medio también viene hacer la posible asociación que existe de esta como etiología de cuadro de pancreatitis aguda, por ello es de gran importancia realizar un estudio de la misma, ya que no se cuenta con este tipo de estudios, además para poder establecer parámetros que nos ayuden a tomar decisiones que beneficien la salud de los pacientes.

1.2. Formulación Del Problema

Expuesto la problemática de la pancreatitis aguda de causa biliar, se plantea la siguiente interrogante: ¿Cuál es la prevalencia y los factores de riesgo asociados a pancreatitis aguda de causa biliar en la población adulta femenina atendida en el hospital “José Agurto Tello” Chosica durante el periodo enero – diciembre 2016?

1.3. Justificación De La Investigación

En la realización de este estudio es importante establecer la prevalencia y los principales factores de riesgo en la pancreatitis aguda de causa biliar en la población femenina a nivel local. Estudios realizados mencionan múltiples factores considerados de riesgo que pueden estar o no presenten en nuestro medio. Teniendo en cuenta que la pancreatitis aguda de causa biliar es una de las causas de morbilidad a nivel mundial que afectan más a la población femenina¹³, que a su vez hacen que esta enfermedad se pueda manifestar, generando riesgo y complicaciones que puedan llevar a la mortalidad.

Por lo antes expuesto, es necesario la considera de realizar un estudio para determinar el comportamiento clínico y el abordaje de atención medica que se realice en las pacientes que tengan esta patología en nuestro medio, con la intención de optimizar el manejo y poder brindar una buena atención para disminución de complicaciones y costos en la hospitalización.

De acuerdo al punto de vista clínico se postularon múltiples trabajos para establecer una asociación entre aquellos factores que podrían ser de riesgo para la enfermedad, así como escalas donde se pueden predecir el grado de severidad y el pronóstico de la enfermedad, como más representativos tenemos la escala de MARSHALL, BISAP, APACHE II.

Además, se puede decir que hasta en la actualidad no existen estudios referente a pancreatitis de causa biliar en este centro hospitalario por lo que brindara poder tener el conocimiento sobre el comportamiento de la patología, que factores pueden ser riesgo y que medidas podrían ejercerse más adelante para su prevención, y mejora de calidad al momento de la atención de las pacientes que consulten por pancreatitis aguda de causa biliar.

1.4. Delimitación Del Problema: Línea De Investigación

Este estudio se realizó en el Servicio de Medicina Interna del Hospital “José Agurto Tello”, Chosica –Lima, Perú durante el año 2017. Se estudiaron la prevalencia y los factores de riesgo asociados a Pancreatitis Aguda de causa biliar en la población adulta femenina mayor de 18 años con diagnóstico de la misma. Este tema pertenece a la prioridad nacional número 6 (Enfermedades gastrointestinales) de las Prioridades Nacionales de Investigación en Salud 2015 – 2021.

1.5. Objetivos De La Investigación

1.5.1. Objetivo General

- Determinar la prevalencia y los factores de riesgo asociados a pancreatitis aguda de causa biliar en la población adulta femenina atendida en el hospital “José Agurto Tello” Chosica durante el periodo enero-diciembre 2016.

1.5.2. Objetivos Específicos

- Determinar la prevalencia de pancreatitis aguda de causa biliar.
- Determinar el grado de severidad en pancreatitis aguda de causa biliar.
- Determinar la asociación entre edad y pancreatitis aguda de causa biliar.
- Determinar la asociación entre IMC y pancreatitis aguda de causa biliar.
- Determinar la asociación de nivel de instrucción asociado a pancreatitis aguda de causa biliar.
- Determinar el tiempo en el que se acude al hospital al iniciar síntomas en la pancreatitis aguda de causa biliar
- Determinar si los días de hospitalización están asociadas al grado de severidad de la pancreatitis aguda de causa biliar.

III. Capítulo II: Marco Teórico

2.1. Antecedentes De La Investigación

ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA A NIVEL NACIONAL DE PANCREATITIS AGUDA EN JAPÓN ¹⁴

Hamada S, Masamune A, Kikuta k y colaboradores.¹⁴ En Japón en el año 2014 se publicó un estudio que fue observacional, retrospectivo en el cual se basó en determinar el número de casos que presentaban como diagnóstico Pancreatitis Aguda, sus características clínicas y el índice de severidad. Este trabajo fue realizado en el año 2011; donde se realizaron dos encuestas que fueron dadas a los distintos centros hospitalarios. Los resultados que se permitieron obtener fueron: 63.080 pacientes con Pancreatitis aguda en el 2011, fue el número total, obteniendo una tasa de prevalencia general de 49,4 por cada 100.000 habitantes. En relación al género hubo una relación de 1,9 entre varón y mujer. La edad media que se presentó en los varones fue de 58.5 y en las mujeres fue de 65.3. Referente a las causas etiológicas menciona una relación entre el género y su etiología dando así un resultado en donde los varones tienen más frecuente la causa alcohólica y en las mujeres la causa más común es por cálculo biliar. La Mortalidad global de la Pancreatitis aguda tuvo una estimación de 2,6% y en la pancreatitis severa se concluyó con un valor de 10.1%. Agregándose que en el estudio los números de pacientes con este diagnóstico siguieron incrementándose.

CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICOS DE PANCREATITIS AGUDA ATENDIDOS ENTRE ENERO 2008 Y DICIEMBRE DE 2011 EN UN CENTRO DE CUARTO NIVEL ¹⁵

Álvaro a, Gómez V, MD Alberto y colaboradores.¹⁵ En Colombia en el año 2015 se publicó un estudio descriptivo de corte transversal que buscó establecer las características demográficas, clínicas, el manejo recibido y evolución de aquellos pacientes con Pancreatitis aguda. Este trabajo fue realizado en enero 2008 y diciembre 2011; donde se revisaron historias clínicas para recolectar datos. Los resultados que se obtuvieron: 222 pacientes con diagnóstico de pancreatitis aguda (intervalo de confianza

95%). En relación a las características de los pacientes se obtuvo un 60% fueron mujeres, con la edad promedio de 52 años. Los síntomas más frecuentes que presentaron fueron en un 99% el dolor abdominal, seguido de un 65% por vómitos y un 13% ictericia. Se presentó un cuadro clínico compatible en un 99%. Con respecto a la confirmación del diagnóstico se evidencio que un 96% de los casos presento alteración enzimática, solo un 7% necesito de criterio de imagen y en su etiología, se evidencio más frecuencia un 67% por cálculo biliar, un 6% por causa alcohólica y un 27% por otras causas. A su vez se vio que un 63% del total de paciente tenían un grado de severidad leve, y un 32% requirió manejo en cuidados intensivos; el 10% solo con soporte vasopresor y ya un 4% de mortalidad global. Agregándose que el porcentaje alto de paciente con pancreatitis aguda severa podía ser por una baja especificidad de escalas usadas.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE PACIENTES CON PANCREATITIS AGUDA EN MÉXICO ¹⁶

Gonzales J. Castañeda R, Martínez M y colaboradores.¹⁶ En México en el año 2012 se publicó un estudio retrospectivo transversal que buscó determinar en población mexicana; la frecuencia, la etiología y la mortalidad de la Pancreatitis aguda. El estudio abarco 6 años, con 605 pacientes diagnosticados, con 40 años como edad promedio de. Se evidencio un 64% con obesidad y/o sobrepeso por índice de masa corporal. En la etiología se encontró un 66.60% de los casos es por litiasis vesicular, un 15.90% por consumo de alcohol, un 7.80% por hipertrigliceridemia, un 2.10% por una post colangiopancreatografía retrograda endoscópica (CPRE) y un 7.20% que tiene etiología no determinada; donde la causa por alcohol fue la atribución a mayor complicación, presentando necrosis con mayor frecuencia, infección pancreática y hasta mortalidad.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLOGIAS DE LA PANCREATITIS AGUDA EN EL CENTENARIO HOSPITAL MIGUEL HIDALGO: EXPERIENCIA DE 5 AÑOS ¹⁷

Moreno V.¹⁷ En México en el año 2015 se publicó un estudio retrospectivo, exploratorio y descriptivo en la cual describe y caracteriza el perfil clínico-epidemiológico de los pacientes con diagnósticos de pancreatitis aguda en periodo 1 de enero del 2008 al 31 de diciembre del 2012, donde hubo 232 casos diagnosticados. Evidenciándose en la

etiología un 50.2% de origen biliar con mayor incidencia, luego con un 30.2% presentaron ingesta alcohólica y con menor porcentaje la hipertrigliceridemia. De acuerdo al género se evidencio que 60% fueron mujeres frente a los hombres, dando una relación de 1.5:1 de forma general. En la edad se vio entre los 20 y 49 años, y la edad promedio fue de 41.8 años +/- 19.7 años (rango de 16-86; moda 38; mediana 38). Para los hombres el promedio fue de 46.1 años +/- 19.7 (rango 21-84; moda 46; media 42) y en mujeres 38.9 años +/- 19.7 (rango 16-86; moda 28; mediana 37), Evidenciándose que la mujer es la más afectada, excepto cuando son mayores de 60 años. Según su nivel de instrucción un 70% tiene nivel bajo (primaria –secundaria) y el 14.3% analfabeta. En relación a los días de hospitalización el 41.4% duro entre 6 a 10 días y el 35.7% de 1 a 5 días. De acuerdo a la sintomatología el 100% presencia de dolor abdominal como principal, luego 54.3% con presencia de náuseas y vómitos y un 25% que tuvo ictericia. En cuanto al tiempo que acude para su atención un 50% tardo más de 24 horas para atención, evidenciándose un promedio de 42.1 +/- 35.57 horas (rango 1-168; moda 48; mediana de 30). El 71.4% se mostró con obesidad o sobrepeso, un 42.9% mostro mujeres con índice de masa corporal mayor y un 28.6% en hombres. Agregando que la mortalidad actualmente es baja pero el costo y atención asociados a la estancia hospitalaria y morbilidad son muy altos.

PREVALENCIA Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA PANCREATITIS AGUDA EN EL HOSPITAL “VICENTE CORRAL MOSCOSO”, DURANTE EL PERIODO 2007 – 2011. CUENCA ¹⁸

Gladys P, Niveló V, Luis M y colaboradores.¹⁸ En Ecuador en el año 2013 publicaron un estudio descriptivo retrospectivo donde determinan la prevalencia y características clínicas de la pancreatitis aguda a través de la revisión de las historias clínicas de los pacientes. Este trabajo fue realizado entre enero 2007 – diciembre 2011, hubieron 407 pacientes diagnosticados, con tasa de prevalencia 9.6. En la edad se evidencia una media 43.58 años, con desviación estándar de 15.81 años; dando un grupo de edad mayor en un 24.8% que fue entre 25-34 años. Se evidencio mayor prevalencia en mujeres de un 64.9% y que de etiología principal biliar con un 55.8%. La característica clínica más frecuente el dolor abdominal (96.8%). De acuerdo a complicaciones se evidencio que dentro de las sistémicas; 2.9% fue la insuficiencia renal y en las locales un 5.9% fue la obstrucción biliar. De acuerdo a los días de hospitalización tubo un

promedio de 4 a 6 días y que la mortalidad puede darse en 0.55 en este estudio referente a la pancreatitis aguda.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, EPIDEMIOLÓGICAS Y TERAPÉUTICAS DE LA PANCREATITIS AGUDA GRAVE¹⁹

Juan C. Molina S.¹⁹ En Perú – Trujillo en el año 2015 presentan un estudio para la descripción de las características epidemiológicas, clínicas y terapéuticas de la pancreatitis aguda grave. Donde hubo 34 pacientes con diagnóstico, que se hospitalizaron tanto en UCI como en UCIN, viéndose una prevalencia de hospitalización de 17.6 de pancreatitis aguda grave en UCI y 82.4 en UCIN, la prevaecía de genero fue masculino, y la característica clínica más predominante al 100% fue el dolor abdominal. Concluyéndose que los factores mencionados fueron semejantes a los que se menciona en otros reportes nacionales e internacionales.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS DE PACIENTES CON PANCREATITIS AGUDA ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO EN EL PERIODO 01 ENERO DEL 2007 AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2011²⁰

Zevallos A.²⁰ En Perú – Trujillo en el año 2015 publico un estudio retrospectivo transversal, su objetivo, establecer las características clínico epidemiológicas de los pacientes con pancreatitis aguda. Hubo 144 pacientes atendidos en el servicio de gastroenterología en el Hospital. Resultados encontrados fueron: etiología más frecuente, litiasis vesícula; de acuerdo al género con más frecuencia fue mujeres, encontrándose en la edad entre los 53 y 60 años.

PREVALENCIA Y DISFUNCIÓN ORGÁNICA SEGÚN MARSHALL EN PANCREATITIS AGUDA EN EL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL DE VITARTE EN EL PERIODO ENERO – DICIEMBRE 2015²¹

Valencia J.²¹ En Perú – Lima en el año 2015 realizo un estudio descriptivo, retrospectivo, transversal donde se determinó la prevalencia de pacientes adultos hospitalizados por pancreatitis aguda, en el periodo de Enero– julio 2015. Llevándose

cabo mediante revisión de historias clínicas y trabajadas con el programa de SPSS. Se tuvo 114 pacientes para el estudio y con estos resultados: la prevalencia fue 21.39% de pacientes hospitalizados, con más frecuencia en mujeres con el 96%. La edad media de 40.48 años. La etiología más frecuente con 97.4% fue litiasis biliar. El promedio de días referente a la estancia hospitalaria fue de 4 -6 días. Refiriendo a si al dolor abdominal como la más prevalente.

LA INCIDENCIA DE PANCREATITIS AGUDA: IMPACTO DE LA PRIVACIÓN SOCIAL, CONSUMO DE ALCOHOL, FACTORES ESTACIONALES Y DEMOGRÁFICOS ²²

Roberts SE1, Akbari A, Thorne K y colaboradores.²² En USA en el año 2013 publicaron un estudio descriptivo de tipo corte transversal usando registros de pacientes 10.589 casos hospitalizados diagnosticados entre 1999 y 2010 donde se buscó establecer la incidencia y mortalidad de la pancreatitis aguda en Gales, Reino Unido, y evaluar como la incidencia puede estar relacionada con factores que incluyen la privación social, los efectos estacionales y el consumo de alcohol. Obtuvo una incidencia de 30.0 por 100.000 habitantes en general con diagnóstico de pancreatitis aguda, una mortalidad de 6.4% a los 60 días; esta incidencia aumentó a 36.4 (promedio anual =2.7%), con poca tendencia a la mortalidad (0.2% de reducción anual), mayor distribución según sexo fue mujeres menores de 35 años (7.9% por año) y hombres de 35 a 44 años (5.7%) y 45 – 54 (5.3%). De acuerdo al quintil más exclusivo de pacientes en comparación con los ricos se evidenció 1.9 veces mayor (3.9 veces mayor para pancreatitis alcohólica y 1.5 para pancreatitis aguda por cálculos biliares). Se vio aumento significativo durante fechas festivas (navidad y año nuevo) en 48% (IC 95%= 24-77%) para etiología alcohólica pero no biliar 9%.

FACTORES DE RIESGO PARA LA PANCREATITIS EN MUJERES MAYORES: LA SALUD DE LAS MUJERES DE IOWA ²³

Prizment A, Jensen E, Hopper A y colaboradores.²³ En USA en el año 2015 publicaron un estudio de cohorte prospectivo, las exposiciones fueron autoinformadas al inicio del estudio determinado por vínculos a los registros de Medicare (1986-2004) obteniendo 6512 participantes mujeres, mayores de 65 años donde se categorizo a la pancreatitis de la siguiente manera: mujeres con pancreatitis aguda en un episodio (n=511) o con

pancreatitis crónica en 2 episodios de aguda o más; o 1 episodio de crónico (n=149). Obteniéndose mediante la regresión logística multinominal que el consumo de alcohol no se asoció con la pancreatitis ni aguda ni crónica, el consumo de tabaco en exceso si presentaría asociación con un aumento del OR a 2 veces para la pancreatitis crónica. Con respecto al índice de masa corporal se asoció con un riesgo moderado de aumento en la pancreatitis aguda, esto puede ser a través de la inflamación del páncreas que acompaña a la obesidad y/o la enfermedad de cálculos biliares, que es un factor de riesgo conocido para la pancreatitis. Caso contrario con pancreatitis crónica asociándose inversamente dado que el 75% de los pacientes con pancreatitis crónica pierden peso debido a las dificultades para digerir alimentos.

FACTORES DE RIESGO PARA EMPEORAR LA PANCREATITIS AGUDA EN PACIENTES ADMITIDOS CON PANCREATITIS AGUDA LEVE ²⁴

Jin Z, Xu L, Wang X y colaboradores.²⁴ En China en el año 2017 publicaron un estudio prospectivo desde marzo 2013 hasta mayo 2016 en China, donde se obtuvieron 602 pacientes ingresados por pancreatitis aguda leve (256 hombres y 346 mujeres) y se identificó algunos factores de riesgos posibles para desarrollar pancreatitis aguda moderada y grave, para poder hallar se utilizó modelos de regresión logística univariante y multivariante. Obteniéndose setenta y cuatro pacientes (12,3%) que desarrollaron pancreatitis moderada y grave, según la regresión univariante se indicó que hubo 5 diferencias significativas entre los pacientes que desarrollaron pancreatitis aguda moderada, grave y aquellos que no ; estos fueron VFA (marcador de obesidad visceral) presentando $>100\text{cm}^2$ ($p=0,003$), un IMC $\geq 25\text{kg/m}^2$ ($p=0,001$), puntuación de APACHE II ≥ 5 ($p=0,001$), puntuación de ranson ($p=0,004$) y el nivel de glucosa en sangre al ingreso ($>11.1\text{ mmol/L}$) con un $p=0,040$ y en análisis multivariados de regresión logística se dieron resultados como IMC $\geq 25\text{kg/m}^2$ ($p=0,005$) identificando la obesidad como un factor de riesgo además que ha sido asociado constantemente con un curso complicado de pancreatitis tanto moderado como grave, además que los que tuvieron pancreatitis aguda moderada y grave tuvieron una tasa de mortalidad del 5,4%.

PANCREATITIS AGUDA: NUESTROS RESULTADOS EN 350 CASOS APLICANDO LA CLASIFICACIÓN DE PETROV ²⁵

Ferreira M, Ramirez J, Grance J, y colaboradores.²⁵ En Paraguay en el año 2015 publicaron un estudio observacional, descriptivo, prospectivo, de pacientes con pancreatitis aguda, que ingresaron al servicio de cirugía general en Paraguay desde abril del 2013 hasta abril 2015, y se dieron como resultado 350 pacientes de los cuales el 72% fueron mujeres y varones 28%, con edad promedio de 43 años (16 años – 86 años), la etiología más predominante en un 93% fue la biliar en 327 pacientes, luego en 9 pacientes dislipidemia, post cpre 7 pacientes, alcohol 3 pacientes al igual que de etiología traumática. En 82% se pueden ver pancreatitis aguda leve y moderada. Se encontró además incluido 18,4% de litiasis coledociana, un 72% de necrosis pancreática infectada con manejo de drenaje percutáneo, un 10% de mortalidad en las graves y 55% en críticas de acuerdo a la clasificación de Petrov para estratificar la gravedad de la pancreatitis aguda.

FACTORES QUE AL INGRESO INFLUYEN EN LA EVALUACIÓN DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE PANCREATITIS AGUDA ²⁶

Ojeda M, Gonzales J, Frometa A y colaboradores.²⁶ En Cuba en el año 2012 presentaron un estudio longitudinal prospectivo, analítico, observacional de cohorte en pacientes atendidos, diagnosticados en el servicio de Urgencias de Cirugía general del Hospital general universitario “Carlos Manuel de Céspedes de Bayamo”, Granma, Cuba desde el primero de enero del 2005 hasta el 31 de diciembre del 2011. Tuvieron como objetivo de identificar y cuantificar la influencia de factores clínicos como imagenológicos en pacientes diagnosticados. En el análisis univariado de las variables, encontraron a la influencia de edad con RR de 1,6, un IC 95% 1,06 – 2,42; en cifra de glicemia un RR 1,75, IC 95% 1,09 – 2,26 y en el tiempo de evolución un RR 2,3 IC 95% 1,00 – 5,34. En relación al desarrollo de muerte estos fueron tomados como variables cuantitativas mientras que la cualitativa fue la forma clínica severa de la enfermedad con un RR 2,4 IC 95% 1,5 – 3,9. En el análisis multivariado se vio una gran relación con las variables independientes con respecto a identificación de factores de riesgo para la misma. El OR fue ajustado por las demás variables tanto para la edad con 3,09 (IC95% 1,2 – 7,7) esto indicó que en el estudio hubo pacientes mayores de 53 años que triplicaban el riesgo de fallecer, referente a la glicemia el RR ajustado 2,4 (IC95% 0,9 – 6,6) dio un “odds” de fallecer en un promedio 2 veces mayor en los que tiene glicemia de 6,5 mmol/L.

FACTORES ASOCIADOS A COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS EN PACIENTES ADULTOS MAYORES SOMETIDOS A COLESITECTOMIA LAPAROSCOPICA EN EL HOSPITAL VITARTE 2012-2015²⁷

Salirrosas M.²⁷. En Lima- Perú en el año 2016 realizo un estudio de casos y controles, de tipo observacional analítico, retrospectivo y enfoque cuantitativo. Se recolecto datos de pacientes mayores de 60 años que fueron sometidos a laparoscopia atendidos en el servicio de cirugía general del Hospital Vitarte de enero 2012 a diciembre de 2015. Encontrándose que el 73,2% fueron mujeres y 26,8% varones, con una media de edad 67,4 +/- 6,1 años, siendo la mínima 60 años y máxima 89 años. Se encontró que la obesidad y antecedentes de cirugía de abdomen previa fueron factores asociados a la complicación de pancreatitis aguda ($p < 0,005$), y asociando IMC mayor de 25 asociado también a complicación en adultos mayores ($p < 0,05$), con factores clínicos asociado como nauseas, vómitos y signos de Murphy.

FACTORES BIOQUIMICOS COMO PREDICTORES DE PANCREATITIS AGUDA DE ETIOLOGIA BILIAR. HOSPITAL III CAYETANO HEREDIA PIURA 2013-2015.²⁸

Segura N.²⁸ En Piura – Perú en el año 2016 presentó un estudio tipo correlacional, analítico, seccional transversal. Tuvo como población en estudio 117 pacientes diagnosticados según los criterios de inclusión y exclusión, estos a su vez se distribuirían en un grupo de etiología biliar y el otro no biliar. Obteniendo 68 casos de mujeres (58,1%) y 49 varones (41,9%) con una media de edad de 51,8 años, los cuales que tuvieron etiología biliar fueron 73,5%. Realizando un análisis bivariado se encontró en forma significativa las variables de sexo femenino, AST, ALT y urea con respecto a su asociación.

CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE PANCREATITIS AGUDA EN EL HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA DURANTE EL PERIODO 2014-2015²⁹

Hulsa J.²⁹ En Tacna – Perú en el año 2016 presentó un estudio de tipo descriptivo, retrospectivo de corte transversal. Considerando que tuvo una población de 6549 pacientes con egresos hospitalarios, durante el periodo 2014 y 2015, con una muestra

fue de 42 pacientes diagnosticados, donde se obtuvo una tasa de prevalencia de 64,13 casos por cada 10000 egresos hospitalarios, el género femenino fue el más afectado, con 42,23 años como promedio de edad de y un grupo etario (38,1%) de 25 a 34 años de edad, se mostró que la etiología encontrada fue la litiasis biliar y la idiopática. Los factores de riesgo significativos fueron la diabetes mellitus 2, colecistitis crónica calculosa, coledocolitiasis, obesidad y alcoholismo. Con predominio de colelitiasis 92,9%, riesgo de severidad según escala de Balthazar se evidencio pancreatitis aguda de índice bajo 28,6%; referente a los pacientes que tuvieron pancreatitis aguda leve con estancia hospitalaria se evidencio que el 47,6% estuvieron de 1 a 15 días con un promedio de 14 días.

2.2. Bases Legales

Los procedimientos realizados del presente estudio preservaron la integridad y los derechos fundamentales de los pacientes sujetos a investigación.

Garantizándose la confidencialidad de datos obtenidos, debido a que no hubo necesidad del consentimiento informado ya que se trabajó con el documento médico legal que es la historia clínica.

Para la obtención de historias clínicas, se presentó una solicitud a la Oficina de Ética e Investigación y Estadística del HJAT.

Está presente tesis cuenta con aprobación emitida por el Área de Docencia e Investigación, autorizando la ejecución de la investigación en el HJAT.

2.3. Bases Teóricas

DEFINICIÓN CONCEPTUAL

La pancreatitis Aguda es un proceso inflamatorio del páncreas que puede dañar a órganos adyacentes o distantes. Los casos que se presentan en su mayoría son leves (75-80%)^{30,31} pero hasta el 20 -35 % pueden ser graves y esto puede llevar a una serie de complicaciones incluso a tener una mortalidad de 5 a 10%.^{30,31}

El páncreas es una glándula ubicada en el abdomen de forma tipo cónica y que se divide en cabeza, cuello, cuerpo y cola, midiendo de 12 a 15 cm y pesando entre 70 y 110

gramos. Encontrándose adosado en la pared posterior a nivel de primera y segunda vértebras lumbares junto a las glándulas suprarrenales y por detrás del estómago formando parte del espacio retroperitoneal. Tiene funciones digestivas y hormonales, las enzimas que secreta favorecen el metabolismo de carbohidratos, grasas, proteínas y ácidos en el duodeno. Al haber inflamación va a haber aumento de su volumen y en los casos de gravedad produce destrucción del tejido mismo, la “necrosis pancreática”. Si la necrosis pancreática se complica con infección, lleva a que el individuo pueda padecer alto riesgo de fallecimiento.³²

La pancreatitis aguda es más frecuente entre la edad de los 40 y 50 años afectando más a las mujeres si es complicación de la producción de cálculos en vesícula y vías biliares y en los varones se da por ingesta abundante de alcohol.³³

ETIOLOGIA

Las enfermedades gastrointestinales van a ser diversas, por ello poseen una variada nomenclatura que dependen de algunos factores como: su naturaleza de la lesión, el tamaño y la morfología de la misma, su forma de instauración y evolución posterior, topografía, el mecanismo de producción y la etiología. La clasificación etiopatológica de Pancreatitis Aguda es particular, ya sea para el manejo terapéutico de PA, como para su prevención tanto primaria y secundaria.³³

Existen varias causas por las cuales se produce la pancreatitis aguda como efecto de otras enfermedades o factores que permiten su aparición: evidenciándose que la principal causa y de mayor porcentaje (60-80%) es la litiasis biliar, esto se debe a la movilización de los cálculos vesiculares al colédoco y su impregnación temporal en la ampolla de váter, como segundo lugar tenemos al alcohol en un 35%, por consumo excesivo y con mayor incidencia en varones, también están las hiperlipemias; entre los trastornos en la etiología se encuentran las hipertrigliceridemias, ocurriendo una crisis de pancreatitis aguda donde los niveles de triglicéridos son superiores a 1000 a 2000 mg/dl, están los post-CPRE, por evidencia de hiperamilasemia en un 50% de las CPRE y síntomas en 1 al 10%.

Las causas postquirúrgicas en su mayoría son las cirugías mayores cardíacas y abdominales, generalmente presentan alta mortalidad (10-45%), están las generadas por

fármacos donde hay evidencia de que algunos fármacos dan ya sea por uso prologado o por algún mecanismo la presencia de pancreatitis aguda como lo son: Azatioprina, valproato, estrógenos, metronidazol, pentamidina, sulfonamidas, tetraciclinas, eritromicina, trimetropina, nitrofurantoina, diuréticos de asa, tiazidas, metildopa, paracetamol, salicilatos, cimetidina, ranitidina, corticoides, Lasparinas, 6-mercaptopurina, procainamida, cocaína, IECA, otras son las idiopáticas donde el 15 al 20% no se encuentra causa, y por último se da por infecciones que pueden ser por virus, parásitos o bacterias, otra es la dada por traumatismo abdominal, de forma metabólica, de forma obstructiva, por tóxicos, problema vascular y misceláneas.

CLASIFICACION:

Según clasificación de grados de severidad podemos tener:

Según Consenso de Atlanta 2012. Nos refiere que mediante bases reales del paciente y no solo con base a escalas pronosticas se puede clasificar a la patología toma en cuenta que la falla orgánica como es la renal, cardiovascular y respiratorio que pueden persistentes o transitorios, además de la presencia de necrosis que puede ser infectada o estéril.³⁴ nos mencionan:

A la Pancreatitis aguda leve (PAL): como la ausencia de falla orgánica y necrosis

A la Pancreatitis aguda moderada (PAM): como cualquier tipo de necrosis pancreática estéril y presencia de falla orgánica transitoria

A la Pancreatitis aguda grave (PAG): como cualquier grado de necrosis ya infectada y presencia de falla orgánica persistente.

A la Persistente aguda crítica (PAC): como presencia de necrosis ya infectada y presencia de falla orgánica persistente.

A la Falla orgánica transitoria: como un periodo tras inicio de medidas

A la Falla orgánica persistente: como que se resuelve en un periodo corto.

En definición de falla orgánica ³⁴ encontramos a:

Hipotensión: que va ser dada por presión arterial sistólica < 90 mmHg, con disminución de presión arterial media basal de 40 mmHg.

Falla respiratoria: por la presencia de Pa O₂ < 60 mmHg (sin oxígeno), y el Índice de Kirby PaO₂/ Fio₂ < 300,

Lesión renal aguda: presentando aumento de creatinina > 2 mg/ sobre lo basal o AKI-2 RIFFLE 1. O oliguria < 0.5 ml/ kg/ hora.

Encontramos también, los Criterios de Atlanta 2012 donde divide a la severidad en:

Tabla N°1. Grado de severidad de Pancreatitis Aguda, Atlanta 2012

GRADO DE SEVERIDAD DE PANCREATITIS AGUDA

PANCREATITIS LEVE

No hay falla de órganos

No hay complicaciones locales o sistémicas

PANCREATITIS MODERADA SEVERA

Presenta falla de órgano que se resuelve en menos de 48 horas

Presenta complicaciones locales o sistémicas

PANCREATITIS SEVERA

Presenta falla de órgano persistente

falla de un órgano

falla multiorgánica

Fuente: Rau B, Et al. Evaluación precoz de las infecciones pancreáticas, y el pronóstico general en varias pancreatitis agudas por procalcitonina, Surg 2007, 245: 745-54.

Tenemos la Pancreatitis Leve como un proceso inflamatorio agudo cuyo hallazgo patológico es la presencia de edema intersticial de la glándula con una mínima repercusión sistémica, presentándose un 75% de los casos y una mortalidad no mayor de 5%, generalmente se resuelve en una semana; la Pancreatitis moderada severa se define por la presencia de una falla transitoria de órgano con complicaciones locales o la comorbilidad por exacerbación de la enfermedad. Por otro lado tenemos a la Pancreatitis severa o grave como la falla orgánica persistente, quiere decir >48hrs y con complicaciones locales, donde encontramos necrosis, abscesos o pseudoquistes.³⁵ También hay fallas orgánicas, que pueden ser demostrados por criterios de gravedad de Marshall modificado (2 o más puntos)³⁵ y mediante evaluación de Apache II (8 o más puntos); estos son solos el 25 % de los casos pero su mortalidad puede ser hasta 60%.³⁶

Según anatomía patológica:

Encontramos a la Pancreatitis edematosa intersticial o leve, vienen a ser benignas y las más frecuentes. La glándula estará tumefacta y brillante con presencia de congregación vascular, edema y el infiltrado de polimorfonucleares en la parte interlobulillar. Está la Pancreatitis necrotizante o grave: se evidencia tejido necrótico que dañara a los tejidos ductales y acinares, así como los islotes de Langerhans.

La Necrosis, abarca ya el tejido graso peri pancreática, como epiplón, mesenterio del intestino donde se pueden identificar glóbulos de grasa. Están las colecciones liquidas, que se encontraran en mayor proporción en la cavidad peritoneal como liquido seroso.³⁷

FISIOPATOLOGIA

Hay teorías y varios mecanismos que son propuestos para que se desencadene la pancreatitis. La fisiopatogenia va a incluir tanto la activación y liberación de enzimas pancreáticas en el intersticio, llegando a desarrollar la autodigestión de la misma.³⁸ Estas enzimas son las proteasas como tripsina, quimio tripsina, carboxipeptidasa, además amilasa, lipasas como hidrolasas, fosfolipasa A2 y las nucleasas que normalmente se encuentran almacenadas en gránulos en forma de zimógenos, en cambio las hidrolasas lo hacen en vacuolas. En la mucosa duodenal se va producir la colecistoquinina y la secretina ambas estimulan la secreción pancreática. Especialmente

la hidrolasa lisosomal catepsina B va ser la que active el tripsinogeno para formar tripsina, y a su vez es responsable de activar al resto de zimógenos pancreáticos.

Se establecieron algunas teorías tratando de explicar el mecanismo desencadenante de la pancreatitis aguda:

Teoría del reflujo duodenal. Menciona que el esfínter de Oddi, dañado por el paso del cálculo, permitiría el reflujo del jugo duodenal en el conducto pancreático, que a su vez activaría las proenzimas proteolíticas. Esto puede generar un papel en algunos casos sobre la patología, pero no es apoyada por la falta de evidencia.

Teoría del reflujo Biliar. Aquella está limitada como hipótesis principalmente en Pancreatitis aguda asociada con colelitiasis, debido a la impactación de un cálculo en la porción distal del conducto común que va a facilitar el reflujo de bilis hacia el conducto pancreático.

Teoría de la obstrucción del flujo pancreático. Trata sobre la litiasis biliar, sosteniendo que un cálculo biliar o la inflamación secundaria al paso del mismo, generaría una obstrucción transitoria del conducto biliar común y pancreático a nivel de la ampolla de Váter.

Debiéndose a los mecanismos desencadenantes, se dará paso a la activación del tripsinógeno, siendo este imprescindible para la iniciación de la cascada proteolítica. Teóricamente, es el que divide para generar un trastorno en el metabolismo celular producido por una serie de factores, resultando así un aumento en la permeabilidad de la membrana que rodea las hidrolasas lisosomales en la célula acinar, y la activación de las mismas. Por otro lado producirá la activación de otros sistemas, tales como del complemento, la cascada de la coagulación, las cinasas y el sistema fibrinolítico. Obteniéndose que la acción de las enzimas proteolíticas y de los péptidos vasoactivos explicarían los hallazgos histopatológicos de la patología¹⁹. Los ácidos grasos son causantes de edema pancreático, la activación de tripsina intracelular y la inducción de factores de transcripción pro inflamatorios, los que conduciran a una respuesta inflamatoria sistémica e insuficiencia orgánica³⁸.

PANCREATITIS AGUDA DE CAUSA BILIAR

Se conoce que la movilización de cálculos a través del conducto hacia el duodeno viene a ser hasta el momento el único factor demostrado que puede producir la patología esto es dado por que el cálculo migrado obstruye de forma temporal el conducto durante su paso, y esto a su vez de acuerdo a la anatomía puede producir un reflujo biliopancreático o una hipertensión ductal. En un primer momento, la bilis podría activar el jugo pancreático en el conducto y posterior a eso difundir al intersticio glandular, donde se iniciará la pancreatitis. En un segundo momento, la obstrucción completa del conducto y asociada a la estimulación aguda del páncreas va generar un aumento de presión ductal canalicular con exacerbación enzimática,

Ambos mecanismos fueron descritos por Opie, en 1901, que se mantiene hasta el momento, pero ninguno de los dos momentos explica la activación enzimática ya que el mecanismo de activación ductal por el reflujo biliar no es aceptable por que al haber presión ductal pancreática esta se presenta superior a la presión biliar. Y está a su vez generar la ruptura canalicular por dicha presión alta que podría activar el jugo pancreático en el intersticio.³⁹

FACTORES DE RIESGO

La Pancreatitis aguda es una enfermedad que puede evitarse si se controla los principales factores de riesgo siendo estos modificables y no modificables. Dentro de los no modificables están la edad, el sexo y la etiología y por el contrario, los que son modificables son los relacionados con la prevención primaria y secundaria dichos factores van a ser el IMC, nivel de instrucción, obesidad, el tiempo de inicio de síntomas y los días de estancia hospitalaria, entre otros.

Edad y sexo. La diferencia entre mujeres y varones es particularmente importante en adultos jóvenes. La razón fundamental está en el embarazo y esteroides sexuales³⁸, en hombres el riesgo se eleva a edad más avanzada, en comparación con las mujeres.

Sobrepeso y obesidad. La prevalencia de la obesidad va aumentando a nivel mundial y en Latinoamérica especialmente.³⁸ Por lo que en algunos estudios se evidencio que la obesidad y/o sobrepeso están relacionadas con IMC que al aumentar causa un respuesta generando riesgo para pancreatitis.²⁴

Índice de masa corporal, se evidencia que a mayor IMC aumenta el riesgo de pancreatitis aguda y a su vez la prevalencia de la obesidad.²⁴

El tiempo en el que acuden al inicio de síntomas en una pancreatitis de causa biliar es un 50% más de 24 horas ya que la aparición del cuadro clínico es de forma intensa en epigastrio con irradiación en banda o hacia espalda, confundiendo este síntoma con el dolor de litiasis vesicular que es frecuentemente de tipo urente y constante, no calmando con analgésicos y siendo recurrente y de tipo persistente.^{17,39}

Los días de hospitalización. Se evidencia un promedio de días de hospitalización de 4-6 días, que reduciría la estancia del cuadro de la enfermedad al tratar directamente la causa biliar.²¹

CUADRO CLÍNICO

Va a ver una variedad de sintomatología que va comenzar con malestar abdominal inespecífico pudiendo llegar hasta un choque o una insuficiencia orgánica. El dolor presente es característico ya que súbito, intenso, localizándose en epigastrio, irradiándose hacia la espalda, presentarse agregado distensión abdominal, junto con náuseas, vómitos y fiebre.⁹

El síntoma característico es el dolor abdominal que se relaciona con ingesta previa de comida o alcohol, siendo descrita por el paciente como localizado en epigastrio irradiando hacia hipocondrios hasta incluso, en ocasiones espalda. Van haber casos donde puede ser generalizada en todo el abdomen debido a que los exudados pancreáticos se difunden rápidamente. El dolor hace que el paciente adopte una postura antalgica, flexionado el tronco sobre las piernas. En la mayoría de pacientes, este dolor va ir acompañado de náuseas y vómitos (90% de los casos).^{31,40} El vómito puede ser de contenido alimentario o biliosos, y rara vez, hemáticos, este último debe ser considerado como signo de gravedad o mal pronóstico.^{41, 42, 43}

En el examen físico se encontrará a un paciente con aspecto de gravedad presentando taquicardia y en ocasiones hipotensión. Al palpar el abdomen puede encontrarse distendido, con ruidos hidroaereos disminuidos o ausentes, además de un epigastrio doloroso. En las pancreatitis de causa biliar el dolor y resistencia serán ubicados en

hipocondrio derecho. Se podría apreciar una coloración azulada peri umbilical (signo de Cullen) o en flancos (signos de grey Turner) se presentan con menos frecuencia.⁴⁴

También se encuentra ictericia donde se puede sospechar de coledocolitiasis que puede ser persistente o haber edema de cabeza de páncreas.^{45, 46, 47}

DIAGNÓSTICO

Para el diagnóstico de Pancreatitis aguda de causa biliar es necesario tener al menos 2 criterios de los 3 principales:

El cuadro clínico característico de causa biliar.

Presencia de amilasa o lipasa sérica o ambas aumentadas por encima de 3 veces su valor normal

Cambios estructurales que se dan en el páncreas como también en las estructuras adyacentes como la vesícula, conductos biliares donde se evidencia presencia de cálculo migratorio vistas en estudios de imágenes como RMN, TAC.⁴⁵

Al momento del examen clínico en el paciente con se sospecha de pancreatitis aguda de causa biliar se pide poder tener: resultados de lipasa, amilasa, biometría completa, glucosa en ayuno, urea, creatinina, gasometría arterial, perfil hepático, fosfatasa alcalina, perfil de coagulación , perfil lipídico y electrolitos séricos.⁴⁵

La elevación de los niveles de las enzimas pancreáticas, amilasa y lipasa van a confirma el diagnóstico. La amilasa se mostrará elevada dentro de las primeras 2 a 12 horas después del inicio de la enfermedad. Se considera que, para que pueda ser útil, debe estar elevada tres veces su valor normal (90 UI/L). La hiperamilasemia no va ser específica ya que puede presentarse por otras alteraciones intraabdominales graves.

Se menciona que en la pancreatitis aguda la lipasa sérica se encuentra elevada y permanece con esos valores por mucho más tiempo que la amilasa, presentando mayor sensibilidad y especificidad. Los niveles de diagnóstico son tres veces por encima del valor normal (200UI/L). Se refiere que también se encuentra en la mucosa intestinal, gástrica, el tejido adiposo, los leucocitos y leche materna, y puede elevarse en el suero de pacientes con otras alteraciones abdominales.

Pruebas de función hepática:

La prueba ayuda a diferenciar entre pancreatitis biliar y la no biliar, ya que es de mucha importancia para la decisión terapéutica. Tenemos que la elevación de ALT da el origen biliar, esta debe interpretada a la par con datos ecográficos, los valores normales no excluyen el origen biliar. Se evidencio mediante un cuadro diferente de pancreatitis aguda que en combinación con la elevación de amilasa sérica y lipasa (razón amilasa /lipasa >5) y niveles de ALT <150 UI/dl (3 veces el valor normal) va a ver un valor predictivo de 95%⁴⁷ para diagnosticar una causa biliar con una sensibilidad de 48% y una especificidad de 96%.³¹. Además los niveles de bilirrubina y fosfatasa alcalina son útiles, por lo que sus cifras van a predecir la presencia de cálculos residuales en la vía biliar y la necesidad de una CPRE (colangiopancreatografía retrograda endoscópica).⁹

Pruebas de imágenes:

Ecografía: la principal utilidad del USG abdominal se debe para descarta litiasis vesicular.³⁴ Se evidencia que el USG endoscópico presenta mayor sensibilidad frente a la resonancia magnética ya que detecta barro biliar o microlitiasis.⁴⁷ Si se observa un páncreas hipoecoico o aumentado de tamaño no se verá como diagnóstico en un 35% de los casos por presencia de gas intestinal.⁴⁸

Tomografía axial computarizada de abdomen: se muestra como no necesaria para establecer diagnóstico, pero puede ser requerida cuando el resultado clínico y bioquímicos no permitan hacerlo, sobre todo si se sospechara de una urgencia abdominal como perforación intestinal.⁹ sin considerar la evolución del cuadro, se debe realizar un TAC dinámica multicorte a todos los pacientes que tiene pancreatitis aguda y que después puedan presentar insuficiencia orgánica, sepsis o deterioro del estadio clínico pasado las 48hr de manejo con el cual se inicial.³⁰ se evidencia que las áreas de necrosis miden más de 3 cm y se observan hipodensas (menos de 50 U Housfield) después del contraste intravenoso. Teniendo una sensibilidad de 87-90% con especificidad de 90-92%.⁹

Algunos investigadores mencionan que la TAC se utiliza solo en las formas graves o en casos donde se empiecen a transformarse en un mal pronóstico, durante las primeras 24

horas cuando haya duda diagnóstica, y que sea preferible después de las 72 horas donde se pueda valorar necrosis pancreáticas. (Evidencia IB).⁹

No se ha demostrado que al realizar una TAC en etapas tempranas haya incremento de mortalidad, se recomienda que se efectúe en el transcurso de los primeros 4 días del inicio del cuadro clínico, ya que antes puede generar la extensión de la necrosis.⁹

Evaluación de la gravedad:

La atención hacia el paciente inicia con la evaluación de la gravedad de la enfermedad, permitiendo determinar la forma oportuna en los pacientes, esto beneficiaría un buena práctica de medidas terapéuticas especializadas y el buen manejo multidisciplinario que incluya ingreso a la unidad de cuidados intensivos, los antibióticos, el apoyo nutricional, cirugía, etc.

El manejo de escalas pronósticas es útil. Considerando que toda escala como se sabe da una puntuación la cual permite evaluar el grado que se da en la pancreatitis. Es así que la presencia de necrosis en la TAC según criterios de Balthazar correlaciona el riesgo con complicaciones locales y sistémicas, sobre todo cuando se compromete a más del 50% de la glándula como tejido necrótico.

El interrogatorio y el examen físico nos va permitir detectar las manifestaciones de gravedad, como lo es la hemorragia intraabdominal que se va a manifestar con equimosis en flanco izquierdo o peri umbilical conocido como signo de Grey Turner y de Cullen, respectivamente. El IMC (índice de masa corporal) >25 que unido con la distribución de grasa del tipo androide, va ser hallada a partir del medir el índice cintura/cadera que nos va permitir vincular con mayor precisión el riesgo de complicaciones.⁸ Los parámetros bioquímicos que van a utilizarse para suponer la gravedad van a comprender a la proteína C reactiva donde niveles aumentados más de 150 mg/L se van a correlacionar con la presencia de complicaciones y mal pronóstico. Por otro lado el péptido de activación del tripsinogeno como la carboxipeptidasa B probé para la información pronóstica adecuada en la pancreatitis aguda, pero no va a sustituir los marcadores clásicos más disponible.

Signos de alarma que son analíticos: está la presencia de PCR > 150 mg/l o el aumento progresivo durante primeras 48 horas, presencia hematocrito encima de 44%, procalcitonina > 0.5 mg/dl este valor durante las primeras 24 horas.

Signos de alarma radiológicos: presencia de derrame pleural y líquido libre intraperitoneal

Escalas pronósticas: APACHE II > 8, APACHE 0 > 6, Glasgow > 3, Ranson >3 y Marshall >2.

PRONOSTICO

La Pancreatitis Aguda de causa biliar, conocida como una enfermedad potencialmente mortal. En un estudio considerado se encontró que el 15-20% de los pacientes afectados llegaron a desarrollar un fallo multiorgánico, mencionado que si se encuentra con una severidad grave 25% de casos la mortalidad puede llegar hasta el 60%. Por el contrario, en el mismo estudio se halló que el 80 - 85% de los pacientes presentaron la pancreatitis aguda leve con nula mortalidad. Por lo que el manejo temprano de diferentes medidas terapéuticas, que abarcan durante primeras 72 horas desde el inicio del dolor, evidencia que es un aspecto importante en cuanto el pronóstico de pancreatitis severa. Es por esta razón que es de vital importancia pronosticar precozmente a aquellos pacientes que están en riesgo de desarrollar complicaciones mayores.²³

ESTRATIFICACION DEL RIESGO

Existen varias escalas que pueden pronosticar el riesgo de presentar una pancreatitis aguda severa, mostrándose que algunas carecen de consenso.³⁰ El uso de una u otra junto con el examen clínico, van a ser muy importantes para dar seguimientos al paciente. Entre ellas tenemos:

RANSON (1974)

Muestra sensibilidad 63% y una especificidad 76%, presentando más de 3 puntos la enfermedad se puede considerarse como pancreatitis aguda severa.³⁰ se demuestra también que la mortalidad varía según la puntuación:

Tabla N°2. Criterios de Ranson en la evaluación pronóstica de pancreatitis aguda.

CRITERIOS	ORIGINALES	MODIFICADOS
EN EL INGRESO		
EDAD (años)	>55	>70
LEUCOCITOS (X10⁹/l)	>16	>18
GLUCOSA (mg/dl)	>200	>220
LDH (UI/l)	>350	>400
AST (UI/l)	>250	>250
A LAS 48HRS		
DESCENSO DE HEMATOCRITO	>10	>10
ELEVACION DE BUN (mg/dl)	>5	>2
CALCIO (mg/dl)	<8	<8
PaO₂ (mmHg)	<60	
Déficit de bases (mEq/l)	>4	>5
Perdida de líquidos (l)	>6	>4

Fuente: Yousaf M, Mc Callion K, Diamond T. Manejo de la pancreatitis aguda grave Br J Surg 2003; 90: 407-20

La mortalidad se mide de acuerdo a los criterios, donde 0-2 da una mortalidad de 1%, de 3-4 (16%), 5-6 (40%), 7-8 una severidad de 100%.

GLASGOW (IMRIE 1984. 1997)

Muestra una sensibilidad 72% y una especificidad 84%, se evidencia que los resultados pueden recolectarse en el transcurso de 48 horas, y obtener una puntuación mayor a 3 la cual predecirá una pancreatitis aguda severa.

Tabla N°3. Criterios de Glasgow para pancreatitis aguda

Criterios de Glasgow (Imrie)	
Leucocitosis	>15 000
Glucosa	>180 mg/dl
Urea	>45 mg/dl
Calcio	< 8mg/dl
PaO2	< 60 mmHg
AST o ALT	>200
DHL	>600
Albumina	< 3.2

Fuente: Yousaf M, Mc Callion K, Diamond T Manejo de la pancreatitis aguda grave Br J Surg 2003; 90: 407-20.

CRITERIOS DE ATLANTA (2012)

Presenta que hay condiciones que indican pancreatitis aguda severa.³⁵ en especial insuficiencia orgánica múltiple, las complicaciones sistémicas o locales, presencia de Marshall >2 (Gráfico N°1), APACHE II >8.

Organ system	Score				
	0	1	2	3	4
Respiratory (PaO ₂ /FiO ₂)	>400	301-400	201-300	101-200	≤101
Renal*					
(serum creatinine, μmol/l)	≤134	134-169	170-310	311-439	>439
(serum creatinine, mg/dl)	<1.4	1.4-1.8	1.9-3.6	3.6-4.9	>4.9
Cardiovascular (systolic blood pressure, mm Hg)†	>90	<90, fluid responsive	<90, not fluid responsive	<90, pH<7.3	<90, pH<7.2
For non-ventilated patients, the FiO ₂ can be estimated from below:					
Supplemental oxygen (l/min)	FiO ₂ (%)				
Room air	21				
2	25				
4	30				
6-8	40				
9-10	50				

Fuente: Banks P. Bollen T. Dervenis C. and colab. Clasificación de la pancreatitis aguda -2012: revisión de la clasificación de Atlanta y definiciones por consenso internacional. Gut 2013 62: 102-111 originalmente publicado en línea el 25 de octubre de 2012. <http://gut.bmj.com>

GRÁFICO N° 1: MARSHALL MODIFICADO PARA PANCREATITIS AGUDA.

Una puntuación de 2 o más en cualquier sistema define la presencia de falla orgánica. * Un puntaje para pacientes con insuficiencia renal crónica preexistente depende de la extensión del deterioro adicional de la función renal inicial.

No existe una corrección formal para un suero basal creatinina $\geq 134 \mu\text{mol} / \text{lo} \geq 1.4 \text{ mg} / \text{dl}$. Desactivado el soporte inotrópico.

CRITERIOS TOMOGRAFICOS DE BALTHAZAR

Se evidencio para saber el grado de severidad que pueden presentar de acuerdo a la toma precoz de TAC

Tabla N° 4. Criterios tomográficos de Balthazar en pancreatitis aguda.

PUNTUACION SEGÚN HALLAZGOS EN TC (GRADOS DE BALTHAZAR- RANSON PARA TC)

GRADO	HALLAZGOS	PUNTUACION
A	PANCREAS NORMAL	0

B	AUMENTO DE TAMAÑO FOCAL O DIFUSO	1
C	PANCREAS ANORMAL CON INFLAMACION PERIPANCREATICA	2
D	UNA COLECCIÓN INTRA O PERIPANCREATICA	3
E	DOS O MAS COLECCIONES INTRA O PERIPANCREATICAS	4

PUNTUACION SEGÚN LA EXTENSION DE LA NECROSIS EN LA TC CON CONTRASTE

PORCENTAJE DE NECROSIS	PUNTUACION
0	0
<30%	2
30-35%	4
>50%	6

Fuente: Yousaf M. Mc Callion K, Diamond T. Manejo de la pancreatitis aguda grave Br J Surg 2003; 90: 407-20

Grado de Balthazar – Ranson (0-4) + necrosis (0-6)= puntuación total (0-10). TC (tomografía computarizada).

De acuerdo a la mortalidad, tenemos que 0-3 hay una mortalidad de 3% con una morbilidad de 8%, mientras que 7-10 hay una mortalidad de 17% con una morbilidad de 92%.

SISTEMA DE PUNTUACION APACHE II

Se utilizó como alternativa, intentando aplicar a la evaluación de pancreatitis aguda el sistema APACHE II (Gráfico N°2) desde la década de los 90, que habitualmente se usa en Unidad de Cuidados Intensivos para predecir mortalidad.

Tiene la ventaja de ser cuantificada durante las primeras horas del ingreso y vigilarla sucesivamente.²³ seguido de una adecuada restitución hidroelectrolítica en forma inicial al paciente, evidenciando una puntuación en APACHE > 8 (>6 en obesos) siendo indicativa para riesgo de pancreatitis grave¹⁹ y por eso, es obligatorio a una monitorización intensiva y aplicación de medidas específicas oportunas.²³

Este sistema de puntuación se divide en dos partes. Mostrando así que la primera consta de las doce variables fisiológicas. Donde las primeras 11 se les asigna valores de 0 a 4 puntos según el grado de desviación al estándar de la normalidad, con calificación cero. La puntuación retribuye a la variable restante, la escala de coma de Glasgow (GCS), va ser calculada restando de 15 el valor GCS para el paciente en estudio. La determinación en base a la puntuación tiene lugar durante las primeras 24 horas del ingreso, escogiendo el valor más desfavorable de cada variable durante ese periodo de acuerdo a la evaluación del paciente. La variable restante se relaciona a la GCS; y se calcula restando de 15 el valor GCS. La determinación del primer componente se hace durante el primer día que ingreso, y se debe de escoger la cifra más desfavorable de cada una de las variantes que se mencionan en el recuadro superior. La suma resulta en este primer componente o Acute Physiology Score, y va representar la gravedad del enfermo.

Puntuación APACHE II									
APS	4	3	2	1	0	1	2	3	4
Tª rectal (°C)	> 40,9	39-40,9		38,5-38,9	36-38,4	34-35,9	32-33,9	30-31,9	< 30
Pres. arterial media	> 159	130-159	110-129		70-109		50-69		< 50
Frec. cardíaca	> 179	140-179	110-129		70-109		55-69	40-54	< 40
Frec. respiratoria	> 49	35-49		25-34	12-24	10-11	6-9		< 6
Oxigenación: Si FIO2 ≥ 0.5 (AaDO2) Si FIO2 ≤ 0.5 (paO2)	> 499	350-499	200-349		< 200				
pH arterial	> 7,69	7,60-7,69		7,50-7,59	7,33-7,49		7,25-7,32	7,15-7,24	< 7,15
Na plasmático (mmol/l)	> 179	160-179	155-159	150-154	130-149		120-129	111-119	< 111
K plasmático (mmol/l)	> 6,9	6,0-6,9		5,5-5,9	3,5-5,4	3,0-3,4	2,5-2,9		< 2,5
Creatinina * (mg/dl)	> 3,4	2-3,4	1,5-1,9		0,6-1,4		< 0,6		
Hematocrito (%)	> 59,9		50-59,9	46-49,9	30-45,9		20-29,9		< 20
Leucocitos (x 1000)	> 39,9		20-39,9	15-19,9	3-14,9		1-2,9		< 1
Suma de puntos APS									
Total APS									
15 - GCS									
EDAD	Puntuación	ENFERMEDAD CRÓNICA		Puntos APS (A)	Puntos GCS (B)	Puntos Edad (C)	Puntos enfermedad previa (D)		
≤ 44	0	Postoperatorio programado	2						
45 - 54	2	Postoperatorio urgente o Médico	5						
55 - 64	3								
65 - 74	5								
≥ 75	6								
				Total Puntos APACHE II (A+B+C+D)					
				Enfermedad crónica: Hepática: cirrosis (biopsia) o hipertensión portal o episodio previo de fallo hepático Cardiovascular: Disnea o angina de reposo (clase IV de la NYHA) Respiratoria: EPOC grave, con hipercapnia, policitemia o hipertensión pulmonar Renal: diálisis crónica Inmunocomprometido: tratamiento inmunosupresor inmunodeficiencia crónicas					

Fuente: C. Rozman, Compendio de Medicina Interna, 5º Edición, Editorial Elsevier. España 2014, 56-60 pp.

GRAFICO N°2. PUNTUACION DE APACHE II PARA PANCREATITIS AGUDA.

La segunda parte se da por la edad y el estado previo de salud (enfermedad crónica cardiovascular, pulmonar, hepática, renal y del sistema inmune). Estas variables se verificaran en la segunda escala que se ha llamado Crónica o Health Evaluation. Así la suma de ambas partes resulta de la puntuación APACHE donde la suma máxima posible va ser de 71 puntos. Pero si el enfermo alcanza 55 puntos ya menciona mal pronóstico.

PUNTAJE DE BISAP:

La escala de BISAP, ha sido comparada con otras. Se ve que refleja las alteraciones sistémicas pero tiene poca especificidad para poder valorar complicaciones locales que pueda darse en la pancreatitis.

Tabla N° 5. Puntaje de Bisap para pancreatitis aguda.

Sistema pronóstico de Bisap (2)	
Bun	BUN >25 mg/dl
Estatus mental	Alteración de la conciencia
SIRS	Presencia de criterios de SIRS
Años	Más de 60 años
Efusión Pleural	Derrame pleural

Fuente: Z, ADRIÁN et al. Evaluación de la escala de BISAP en el pronóstico de la pancreatitis aguda. Rev Chil Cir [online]. 2010, vol.62, n.5, pp. 465-469.

Teniendo en cuenta que se puntaje estratifica a pacientes en bajo y alto riesgo de complicaciones sistémicas. Por ello, los de bajo riesgos van a tener un puntaje menor a 3 y de alto riesgo un puntaje mayor a 3 respectivamente.

Con esta puntuación se ha podido observar que aquellos pacientes con un puntaje menor a 3 presentan menor riesgo de complicaciones sistémicas pero que van a relacionarse con mayores complicaciones locales. Conforme incrementa el puntaje de BISAP va observar riesgo de presencia de falla orgánica múltiple.

El puntaje tiene alta especificidad y alto valor predictivo negativo por ello nos indica que ante un puntaje de BISAP alto es escaso poder predecir la ocurrencia de morbilidad y mortalidad, en cambio un puntaje bajo nos indica que aquellos pacientes con pancreatitis que no van a cursar con complicaciones o mortalidad.

Resumiéndose así, ya sea por su alta especificidad y su valor predictivo negativo, que se puede considerar como un sistema sencillo que no incrementa el costo de hospitalización permitiendo poder hallar en las primeras 24 horas a aquellos pacientes que tienen bajo riesgo de cursar una pancreatitis grave, en comparación con pacientes que tienen BISAP mayor a 3 o aquellos que empeoran aun que tengan manejo médico

desde el inicio, requiriendo la aplicación de otros métodos para estratificar de manera más fidedigna su riesgo (particularmente APACHE II y el CTSI (Tomográfica) ya mencionados.³⁷

TRATAMIENTO

La recomendación para el manejo es con un grupo multidisciplinario y con una amplia experiencia que a su vez cuente con urgenciólogo, médico internista, servicio de UCI, servicio de radiodiagnóstico con la posibilidad de realizar TAC, que cuenta con cirugía biliopancreática.

Mencionándose así los 3 objetivos más importantes en el tratamiento de la pancreatitis aguda los cuales son:³³

Una Terapia de soporte donde se prevenga de las complicaciones

Una Terapia directa que cubra las causas específicas de la pancreatitis

El Reconocimiento temprano y manejo de manera agresiva para las complicaciones.

Medidas de soporte:

Al momento del ingreso todo paciente tiene que estar monitorizado, tanto funciones vitales como los parámetros analíticos. Así mismo, todo ello nos va permitir detectar precozmente si hay falla orgánica, el poder guiar en el aporte de fluidos ya sea hemoconcentración, aumento de BUN; y poder detectar complicaciones.³⁸ Es por eso que en pacientes con peligro de sobrecarga de fluidos excepto la cardiopatía, hemodiálisis, oliguria siendo los que no responde a sobrecarga de fluidos, puede ser necesario el uso de medición de la presión venosa central o incluso colocación de catéter de Swan – Ganz para la medición de la precarga.

A pesar de lo mencionado sobre la necesidad de una administración temprana y abundante de fluidos para prevención de falla orgánica y probablemente necrosis pancreática, no habido como demostrar su beneficio ni tampoco poder evidenciar de forma directa algún beneficio para recomendar pautas basándose en estas evidencias, pero pueden recomendarse una serie de medidas orientativas como:

Asociada al secuestro de líquido en retro peritoneo, vasodilatación, vómitos e incremento de pérdidas insensibles, donde debe haber aportes diarios de fluidos superiores a los normales.

Todo paciente que presente signos de deshidratación, un hematocrito $> 44\%$), niveles altos de urea plasmática (> 43 mg/dl) o de BUN (> 20 mg/dl) a la hora del ingreso o que a las 12- 24 horas de ingreso presenten un aumento de los mismos, se debe favorecer con una carga extra de fluidos.

Referente a la diuresis es fundamentalmente útil en el manejo de los fluidos. Teniendo como objetivo llegar a una diuresis de 40-50 ml/h (aprox. 400ml cada 8horas). Si presentara una diuresis menor necesitaría un mayor aporte de fluidos.

Si no se puede obtener una respuesta de fluido terapia se debe sospechar la medición de la presión venosa central. Mencionando que el paciente debe ser monitorizado en todo momento por cualquier signo de sobrecarga.³⁹

Analgesia:

El principal síntoma del paciente como ya fue mencionado es un dolor abdominal de intensidad relevante. Por este motivo el objetivo primordial del tratamiento es mantener al paciente libre de este síntoma, y se tiene que dar mediante un tratamiento analgésico que pueda resultar eficaz. Para ello existe un amplio margen terapéutico. El metamizol es el analgésico más usado, pero pueden existir otras opciones. No hay evidencia que el uso de los opiáceos empeore el curso de la patología al producir hipertonía en el esfínter de Oddi.

También se puede disponer de anestésicos por vía intravenosa como AINE y anestesia epidural.⁴⁰

Por falta de estudios controlados donde se demuestre si hay superioridad de un determinado fármaco frente a otros, si es recomendable saber que:

Primer alternativa: utilizar metamizol 2g cada 6 – 8h, con rescates de meperidina (50-100mg) o morfina (5-10mg) subcutáneas cada 4h, si es necesario.

Segunda alternativa: utilizar la bomba de analgesia de 6-8g de metamizol + 30mg de opiáceos como tramadol a esto se puede agregar metoclopramida como antiemético en 500cc suero fisiológico como infusión continua para poder pasarlo por vía endovenosa en 24h (20ml/h); adicionalmente se podría emplear como fármaco de rescate morfina o meperidina subcutáneas.

Tercera alternativa: el uso analgesia epidural

Soporte nutricional:

La pancreatitis aguda leve, no va requerir de un soporte nutricional, puesto que el paciente comienza la alimentación oral a los pocos días. En general, y es evidenciado en estudios que el momento de probar la tolerancia a la dieta oral el paciente se encuentra sin síntomas, y con presencia favorable de peristaltismo. Se puede reiniciar la ingesta con una dieta blanda pobre en grasa (en un estudio menciona que no hay ventajas si se comienza la dieta en forma gradual, con inicio de líquidos).

En pancreatitis grave, se sitúa al paciente en un estado de gran catabolismo. Presentando tanto íleo paralítico, dolor abdominal y compresión por coleccionamiento en tubo digestivo, además de un posible empeoramiento no demostrado aun, referente al cuadro con la presencia de alimentos, refiere que es aconsejable dar soporte nutricional. Por otro lado existe hallazgo científico donde se recomienda la nutrición enteral por sonda nasoyeyunal (colocando el extremo de la sonda al menos en el ángulo de Treitz) antes que la nutrición parenteral porque va estar asociada a un menor costo, y a una menor tasa de complicaciones sépticas, metabólicas (hiperglicemia) y tromboembólicas, unido a una menor probabilidad de cirugía.

En un meta análisis reciente se puede describir una menor mortalidad en pacientes con nutrición enteral frente a la parenteral.⁷³ En condiciones ideales se debe dar inicio a la nutrición enteral en forma precoz, recomendando durante primeras 48h. Si no es posible la nutrición enteral, se debe escoger la parenteral; teniendo en cuenta iniciar la NPT a los 5 días del ingreso con el fin de minimizar riesgos de hiperglicemia e infecciones.

COMPLICACIONES: ⁷¹

Se podrá encontrar entre complicaciones en la pancreatitis aguda de causa biliar que se pueden clasificar en sistémicas y locales que se presentan en 3 fases: temprana (1 a 4 días), intermedia (5 – hasta la 2da semana) y tardía (a partir de la 3era semana).

Complicaciones sistémicas: es una enfermedad que tiene respuesta inflamatoria por ende su mecanismo es liberar citoquinas y enzimas, radicales libres, produciendo hipovolemia secundaria por presencia de vómitos. Esto como consecuencia genera falla cardiovascular agregado la hipotensión y choque, insuficiencia respiratoria, renal y la falla multiorganica.

Complicaciones locales: se tiene la presencia de colecciones liquidas que se presenta la primera semana del ataque; el líquido es exudado inflamatorio que s reabsorbido espontáneamente, necrosis pancreática se caracteriza por áreas localizadas o difusas de parénquima pancreático no viable asociado a necrosis de la grasa peri pancreática, presencia de absceso pancreático de contenido de pus que se presenta como cuadro de infección ubicado en la transcavidad de los epiplones y por ultimo está el pseudoquiste esto en la pancreatitis aguda de causa biliar son más frecuentes acompañado de necrosis y ruptura ductal que en su mayoría pueden tener mayor retención y mayor posibilidad de complicarse.

2.4. Definición De Conceptos Operacionales

Pancreatitis aguda: Es una enfermedad inflamatoria de aparición temprana que afecta al páncreas comprometiendo a su vez tejidos adyacentes y a distancia.⁵⁴ Su presentación clínica es muy variable y en algunos casos tiene una morbimortalidad importante.

Pancreatitis aguda de causa biliar: Es la inflamación aguda que presenta el páncreas y puede extenderse al tejido peri pancreática junto a los órganos adyacentes, manifestándose clínicamente con el dolor abdominal y presentación de enzimas pancreatitis elevadas, eso es causado por obstrucción del conducto biliar común por la presencia de cálculos biliares o barro biliar.⁷²

Pancreatitis aguda leve: Es el tipo más común, se identifica por ausencia tanto de necrosis (peri) pancreática y compromiso de organos.⁷¹

Pancreatitis aguda grave: Es el tipo que presenta falla orgánica persistente y puede llegar a falla multiorganica además esta caracterizado por la presencia de necrosis (peri) pancreática que puede llegar a estar infectada.⁵⁹

IMC: Índice de masa corporal (IMC) es un número que se calcula con base en el peso y la estatura de la persona. Es un indicador confiable de la gordura y se usa para identificar las categorías de peso que pueden llevar a problemas de salud. Se calcula al dividir el peso de una persona en kilos sobre el cuadrado de su talla en metros (kg/m²).⁷⁰

IV. Capítulo III: Hipótesis Y Variables

3.1 Hipótesis: General, Específicas

3.1.1 General

La pancreatitis aguda de causa biliar se asocia a factores de riesgo en la población adulta femenina del Hospital “José Agurto Tello” de Chosica.

3.1.2 Específicas

En pancreatitis aguda de causa biliar hay un mayor grado de severidad.

La edad como factor de riesgo está asociado a Pancreatitis aguda de causa biliar.

El IMC alto como factor de riesgo está asociado a Pancreatitis Aguda de causa biliar.

El nivel de instrucción como factor de riesgo está asociado a Pancreatitis aguda de causa biliar.

3.2 Variables Principales De Investigación

Variable dependiente: Pancreatitis Aguda de causa biliar. Grado de severidad

Variables independientes: edad, IMC, nivel de instrucción, tiempo de inicio de síntomas y días de hospitalización.

V. Capítulo IV: Metodología

4.1. Tipo Y Diseño De Investigación

Es un estudio retrospectivo, debido a que se tomaron datos del año anterior 2016; observacional (no experimental); analítico, por asociación los factores de riesgo de la enfermedad asociada a patología biliar; cuantitativo, ya que se expresa numéricamente con resultados y uso de estadísticas; y de estadística inferencial con la prueba de chi - cuadrado y OR.

4.2. Población Y Muestra

La población de estudio está intergrada por pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del HJAT durante el 2016. Se obtuvo 69 casos diagnosticados de Pancreatitis Aguda; de los cuales 48 fueron mujeres que presenten un diagnóstico de causa biliar para este estudio. Por lo tanto esa fue la muestra con la cual se trabajó.

Unidad de Análisis: pacientes femeninas hospitalizadas en el Servicio de Medicina General del HJAT durante el 2016.

- CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Toda historia clínica de la población adulta femenina mayores de 18 años con diagnóstico de Pancreatitis Aguda, que acudieron a emergencia y fueron hospitalizadas en el servicio de medicina interna del Hospital “José Agurto Tello” de Chosica durante el periodo enero a diciembre 2016.

- CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Historias clínicas que se encuentren incompletas.

4.3 Operacionalización De Variables (Ver Anexo N°1)

4.4 Técnicas E Instrumentos De Recolección De Datos

Se recolectó información de las Historias Clínicas de los pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del HJAT durante el 2016 a través de una ficha de Recolección de Datos. La información fue ingresada en las fichas de recolección de datos, siendo utilizadas de forma confidencial en los principios éticos actualmente vigentes. Ley General de Salud N° 26842 – Artículo 25.

Sobre las historias clínicas que no cumplieron dichos criterios fueron excluidas para mayor eficacia en el estudio.

Seguidamente, la información obtenida fue escrita en la ficha de recolección de datos (Ver anexo N°2) para su análisis.

4.5 Recolección de Datos (Ver Anexo N°2)

4.6 Técnica de Procesamiento y Análisis de Datos

Se hizo un análisis descriptivo de cada una de las variables. Donde en las variables cuantitativas se halló las medidas de tendencia central (media, mediana y moda) tanto como las medidas de dispersión (varianza y desviación estándar). En cambio en las variables cualitativas se halló las frecuencias como los porcentajes. Se trabajó con un análisis bivariado de chi cuadrado o f de Fisher para la determinación sobre probable asociación entre variables para conseguir un p valor \leq a 0.05 para su análisis estadístico, todos los datos que fueron recopilados a través de las historias clínicas, utilizando la ficha de recolección de datos, y registradas en una base de datos, por lo que se utilizó para su proceso el paquete estadístico SPSS V 24.0.

VI. Capítulo V: Resultados Y Discusión

5.1. Resultados

El Hospital “José Agurto Tello” Chosica perteneciente a Minsa, contó con un total de 4321 internamientos durante el 2016. Pertenecieron 560 al departamento de Medicina Interna, de los cuales 69 (15,96%) presentaron Pancreatitis Aguda. De estos, se observó mayor predominancia de etiología biliar en una relación de 1 de 10 con respecto a la no biliar.

El presente estudio se enfocó en la Pancreatitis aguda y su relación a la etiología biliar para identificar los principales factores de riesgo asociados. Para ello, se obtuvo de la población, 69 casos de pacientes con la enfermedad, con predominio de población femenina de 57 casos (82,6%) y 12 (17,4%) casos de masculino. Utilizando los criterios de inclusión y exclusión se tomó como muestra para el estudio a 57 casos que cumplían con los criterios establecidos, creándose dos grupos: biliar con 48 casos y no biliar con 9.

Del total de 48 pacientes estudiadas, la media de edad fue de 39,19, con una desviación estándar de 12,94, teniendo como edad mínima 19 años y máxima de 72 años.

De la muestra femenina las 57 pacientes que presentaron pancreatitis aguda, 48 (84,2%) fueron de etiología biliar y 9 (15,8%) fueron de etiología no biliar. De estos 48 casos de pancreatitis aguda de causa biliar, se encontró un mayor porcentaje de grado de severidad de 45 (93,85%) casos que fueron leve.

Tabla 1. Tasa de prevalencia de pancreatitis aguda en el hospital “José Agurto Tello” durante el periodo enero – diciembre 2016. Chosica 2017

Total egresos ene – dic. 2016	Casos de Pancreatitis	Tasas x 1000 egresos
4321	69	15,69

FUENTE: HISTORIAS CLINICAS DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HJAT

La tasa de prevalencia de la pancreatitis aguda en el Hospital José Agurto Tello de Chosica durante el año 2016 fue 15,69 casos por cada 1000 egresos hospitalarios.

Tabla 2: Distribución de pacientes con pancreatitis aguda según sexo

SEXO	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	Media	Desviación estándar
FEMENINO	57	82,6%	82,6%	1,17	0,382
MASCULINO	12	17,4%	100,0%		
Total	69	100,0%			

Fuente: Ficha de recolección de datos.

En la presente tabla se observa que el sexo femenino tiene el mayor porcentaje de pacientes con pancreatitis aguda con un 82,6%, en cambio el 17,4% corresponde para el sexo masculino. Se tuvo una desviación estándar de 0,382.

Tabla 3: Distribución de pacientes con pancreatitis aguda en la población femenina según etiología.

ETIOLOGIA DE LA PANCREATITIS AGUDA	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	Media	Desviación estándar
BILIAR	48	84,2%	84,2%	1,16	0,368
NO BILIAR	9	15,8%	100,0%		
Total	57	100,0%			

Fuente: Ficha de recolección de datos.

En la presente tabla, se aprecia que la etiología con mayor porcentaje para las pacientes femeninas con pancreatitis aguda es la biliar con 84,2% y 15,8% corresponde a no biliar. Obteniéndose una desviación estándar de 0,368.

Tabla 4: Distribución de la Pancreatitis aguda de causa biliar en la población femenina según grado de severidad.

SEVERIDAD DE PANCREATITIS AGUDA	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	Media	Desviación estándar
GRAVE	3	6,3	6,3	1,94	0,245
LEVE	45	93,8	100,0		
Total	48	100,0			

Fuente: Ficha de recolección de datos.

En la presente tabla, se observa que la severidad de mayor porcentaje para las pacientes femeninas con pancreatitis aguda de causa biliar es la leve con 93,8% y 6,3% corresponde a grave. Teniendo una desviación estándar de 0,245.

Tabla 5: Distribución de la Pancreatitis aguda de causa biliar en la población femenina según edad.

EDAD		
N	Válido	48
	Perdidos	0
Media		39,19
Desviación estándar		12,948
Mínimo		19
Máximo		72

Fuente: Ficha de recolección de datos.

En la presente tabla, se observa la edad en población femenina que tiene una media de 39,19 años, donde el valor mínimo es 19 años y el máximo es de 72 años. Teniendo una desviación estándar de 12,95.

Tabla 6: Distribución de la Pancreatitis aguda de causa biliar en la población femenina según edad agrupada.

EDAD (Agrupada)	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
18-29	14	29,2	29,2
30-39	12	25,0	54,2
40-49	10	20,8	75,0
50-59	9	18,8	93,8
>60	3	6,3	100,0
Total	48	100,0	

Fuente: Ficha de recolección de datos.

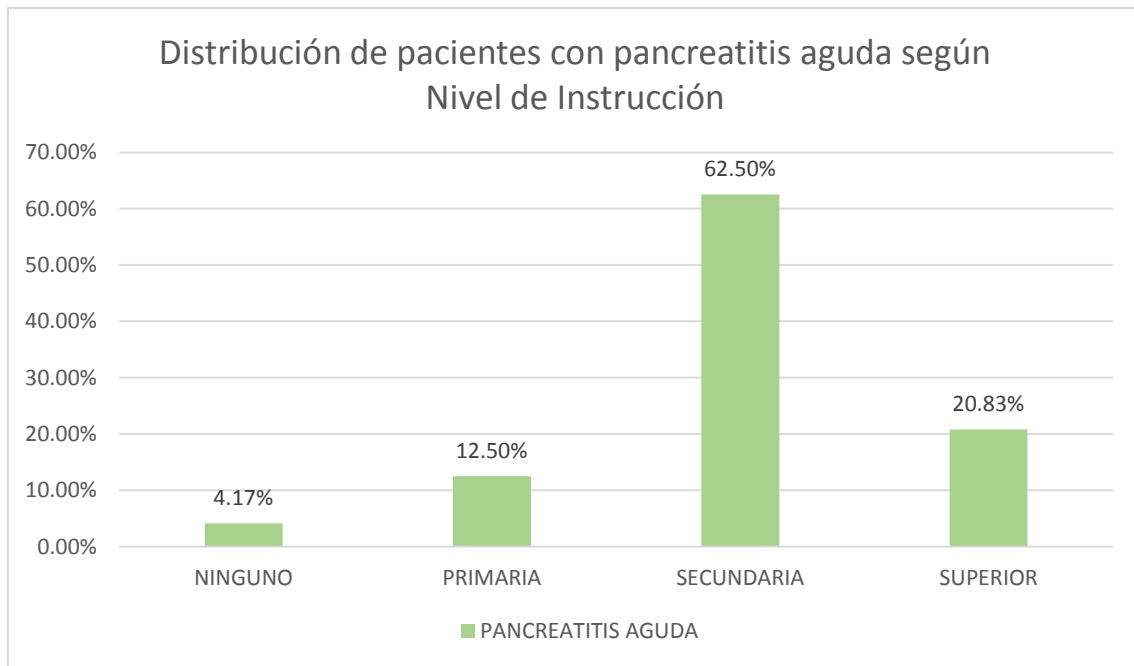
En la presente tabla, se obtuvo que el mayor porcentaje de edad agrupada es de 18 a 19 años con un 29,2%, seguido de 30 a 39 años y 40 a 49 años de edad respectivamente, encontrándose un porcentaje menor (6,3%) en las mujeres mayores de 60 años.

Tabla 7: Distribución de la Pancreatitis aguda de causa biliar en la población femenina según Índice de Masa Corporal.

IMC (Agrupada)	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	Media	Desviación estándar
=<24,99	6	12,5	12,5	2,54	0,874
25-29,99	16	33,3	45,8		
30-34,99	20	41,7	87,5		
>35	6	12,5	100,0		
Total	48	100,0			

Fuente: Ficha de recolección de datos.

En la presente tabla, se observa que el mayor porcentaje de pacientes mujeres con pancreatitis aguda de causa biliar tienen Obesidad tipo 1 con un porcentaje de 41,7%, seguido de sobrepeso (33,3%), encontrándose un porcentaje menor (12,5%) de IMC en las mujeres con peso normal y obesidad tipo 2.



Fuente: Ficha de recolección de datos.

Grafica 1: Distribución de pacientes mujeres con pancreatitis aguda de causa biliar según nivel de instrucción.

En el presente gráfico, se observó que las pacientes con pancreatitis aguda de causas biliar, 62,50% presento un nivel de instrucción de secundaria, mientras que 4,17% no presento ningún nivel de instrucción.

Tabla 8: Distribución de pacientes mujeres con pancreatitis aguda de causa biliar según Tiempo de inicio de síntomas.

TIEMPO DE INICIO DE SINTOMAS (Agrupada)	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	Media	Desviación estándar
>2 DIAS	38	79,2	79,2	1,21	0,410
<=2 DIAS	10	20,8	100,0		
Total	48	100,0			

Fuente: Ficha de recolección de datos.

En la presente tabla, se observa que el tiempo desde el inicio de síntomas en pacientes femeninas con pancreatitis aguda de causa biliar es mayor a 2 días con 79,2% y el 20,8% corresponde a un tiempo menor e igual a 2 días. Teniendo una desviación estándar de 0,410.

Tabla 9: Distribución de pacientes mujeres con pancreatitis aguda de causa biliar según días de hospitalización.

DIAS DE HOSPITALIZACION (Agrupada)	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	Media	Desviación estándar
1-3 DIAS	7	14,6	14,6	2,21	0,683
4-6 DIAS	24	50,0	64,6		
>6 DIAS	17	35,4	100,0		
Total	48	100,0			

Fuente: Ficha de recolección de datos.

En la presente tabla, se observa que los días de hospitalización con mayor porcentaje para las pacientes femeninas con pancreatitis aguda de causa biliar son entre 4 a 6 días con 50% y 14,6% corresponde al menor porcentaje entre 1 a 3 días. Teniendo una desviación estándar de 0,683.

Tabla 10: Asociación entre etiología de la pancreatitis aguda y grado de severidad en población femenina.

Etiología	Grado de Severidad				p valor	OR	IC 95%
	Grave		Leve				
	n	%	n	%			
Biliar	3	6,25 %	45	93,75%	0.600	0.533	0,04-5,79
No Biliar	1	11,11%	8	88,89%			

Fuente: Ficha de recolección de datos.

En la presente tabla se evidencia que las pacientes con etiología biliar de pancreatitis aguda, solo el 6,25 % presentaron un grado de severidad grave mientras que el 93,75% fueron leves. Evaluando la asociación de pancreatitis biliar respecto a la no biliar como factor de riesgo del grado de severidad, se encontró un OR 0.533 y un intervalo de confianza de 0,04-5,79, con una p 0,600, es decir no estadísticamente significativo.

Tabla 11: Asociación entre edad de la paciente y etiología de la pancreatitis aguda en población femenina.

Edad	Etiología de la Pancreatitis Aguda				p valor	OR	IC 95%
	Biliar		No Biliar				
	n	%	n	%			
<39	26	86,66 %	4	13,34%	0.592	1.47	0.353 – 6.186
≥39	22	81,48%	5	18,52%			

Fuente: Ficha de recolección de datos.

En la presente tabla se observa que las pacientes con edad < a 39 años, el 86,66 % presenta pancreatitis aguda de etiología biliar, con un OR 1.47, un p 0.592, y un intervalo de confianza de 0.353 – 6.186, pero no es estadísticamente significativo.

Tabla 12: Asociación entre Índice de Masa Corporal y etiología de la pancreatitis aguda en población femenina.

Índice de Masa Corporal	Etiología de la Pancreatitis Aguda				p valor	OR	IC 95%
	Biliar		No Biliar				
	n	%	n	%			
>25 kg/m2	42	85,71 %	7	14.29%	0.441	2.00	0.334 – 11.969
<=25 kg/m2	6	75%	2	25%			

Fuente: Ficha de recolección de datos.

En la presente tabla se observa que las pacientes con índice de Masa corporal >25 kg/m2, el 85,71% presenta pancreatitis aguda de etiología biliar, con un p 0.441, un OR 2.00 y un intervalo de confianza de 0.334 – 11.969, pero no es estadísticamente significativo. El IMC es importante porque dependerá para desarrollar una patología biliar y a su vez esta generar pancreatitis aguda debido a que los pacientes con obesidad tienen mayor riesgo de desarrollo de sufrir una lesión de la vía biliar.

Tabla 13: Asociación entre Nivel de Instrucción y etiología de la pancreatitis aguda en población femenina.

Nivel de Instrucción	Etiología de la Pancreatitis Aguda				p valor	OR	IC 95%
	Biliar		No Biliar				
	n	%	n	%			
Con estudios	46	86,79%	7	13.21%	0.052	6.571	0.793 – 54.481
Sin Estudios	2	50%	2	50%			

Fuente: Ficha de recolección de datos.

En la presente tabla se evidencia que las pacientes con Nivel de Instrucción con estudios, el 86,79% presenta pancreatitis aguda de etiología biliar, con un p 0.052, un OR 6.571 y un intervalo de confianza de 0.793 – 54.481, pero no es estadísticamente significativo. El nivel de instrucción es importante ya que ayudaría a concientizar la preocupación frente a esta patología y poder lograr un manejo temprano pudiendo evitar posteriores complicaciones.

Tabla 14: Asociación entre Tiempo de inicio de síntomas y etiología de la pancreatitis aguda en población femenina.

Tiempo de inicio de síntomas	Etiología de la Pancreatitis Aguda				p valor	OR	IC 95%
	Biliar		No Biliar				
	n	%	n	%			
>2 días	38	92,68%	7	7.32%	0,005	7,600	1,611 - 35,847
<=2 días	10	62,5%	2	37.5%			

Fuente: Ficha de recolección de datos.

En la presente tabla se evidencia que las pacientes con Tiempo de inicio de síntomas mayor a 2 días, el 92,68% presenta pancreatitis aguda de etiología biliar, con un p 0,005, un OR 7,600 y un intervalo de confianza de 1,611 - 35,847, y es estadísticamente significativo.

Tabla 15: Asociación entre días de hospitalización y severidad de la pancreatitis aguda en población femenina.

Tiempo de Hospitalización	Severidad				p valor	OR	IC 95%
	Grave		Leve				
	n	%	n	%			
<5 días	2	7,14%	26	92,86%	0,762	1,462	0,123 - 17,318

≥5 días 1 5% 19 95%

Fuente: Ficha de recolección de datos.

En la presente tabla se observa que el 95% de las pacientes con pancreatitis biliar, con más de 5 días de hospitalización, presento un grado de severidad leve. El OR fue de 1.462, sin embargo la p fue de 0.762 y el intervalo de confianza de 0.123 – 17.318, por lo que no fue estadísticamente significativa.

TABLA N°16. RESUMEN DE ANALISIS BIVARIADO

VARIABLES	OR	IC 95%	p
GRADO DE SEVERIDAD	0,533	0,04 5,79	0,600
EDAD	1,477	0,353 6,186	0,592
IMC	2,00	0,334 11,969	0,441
NIVEL DE INSTRUCCIÓN	6,571	0,793 54,481	0,052
TIEMPO DE INICIO DE SINTOMAS	7,600	1,611 35,847	0,005
DIAS DE HOSPITALIZACION	1,462	0,123 17,318	0,762

FUENTE: HISTORIAS CLINICAS DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HJAT

5.2. Discusión De Resultados

La Pancreatitis Aguda es la enfermedad pancreática que se da muy frecuente a nivel mundial¹, representando entre 4,9 a 7,4 casos por cada 100.000 habitantes a nivel mundial por año con una tasa de mortalidad cerca al 3%². En nuestro nosocomio encontramos que durante el año 2016, la prevalencia fue de 15,96 casos por cada 1000 egresos hospitalarios. Estudios similares realizado en el 2015, en Trujillo por Juan C. et al¹⁷, encontró una prevalencia de 17,6 casos por cada 10000 egresados; en cambio en el año 2013 en Ecuador Gladys P. et al¹⁶ encontró una prevalencia de 9,6 casos por cada 10000 egresados hospitalarios.

Con respecto al sexo, en nuestro estudio se encontró que el mayor porcentaje de pacientes diagnosticados que fueron mujeres el cual corresponde a un 82,6%; así mismo en un estudio realizado por Valencia J. et al¹⁹ en Lima, también encontró datos similares con una prevalencia para el sexo femenino de 96%. Así mismo estudios internacionales se evidencian resultados similares como en Colombia en un estudio realizado por Álvaro A, et al.¹³, en el año 2015 donde encontró que el sexo más frecuente para pancreatitis aguda fue el femenino con el 60%; en México en el año 2015, en un trabajo realizado por Moreno V et al¹⁵, también encontró que el sexo predominante fue el femenino con un 60% y en Paraguay en el 2015, Ferreira M et al²³, evidencian que el sexo con mayor porcentaje fue el femenino con 72%.

En relación al grado de severidad, en nuestro estudio se encontró que el 93,8% presento pancreatitis leve. Resultados similares se evidenciaron en un estudio realizado por Ferreira M. et al²³ en Paraguay en el año 2015, donde la pancreatitis aguda leve fue de 82%, en cambio en Colombia en un estudio realizado por Álvaro A, et al.¹³, en el año 2015 encontró una frecuencia de pancreatitis leve fue de 67%. El alto porcentaje de pancreatitis leve en nuestro estudio, se debe en gran parte a que los pacientes que ingresan por emergencia con signos de gravedad son referidos a hospitales de mayor complejidad.

Con respecto a la edad, en nuestro estudio se evidencian que la edad media de las pacientes mujeres diagnosticadas de pancreatitis biliar fue 39,19 años, siendo la mínima 19 años y la máxima 72 años y el mayor rango de pancreatitis de origen biliar fue de 18 a 29 años (29,2%). Así mismo en México, Moreno V et al.¹⁵ en el año 2015 evidencian

resultados similares con una edad promedio de mujeres es 38,9 años pero que cuando la paciente presenta la edad mayor de 60 años este agrava la enfermedad. Por otro lado, en Ecuador en el año 2013, en un estudio realizado por Niveló G, et al.¹⁶, encontró un aumento de la edad media el cual fue de 43,58 años, pero el rango de presentación de la enfermedad va de 25 a 34 años. Caso similar en Japón en el año 2014, Hamada S, et al.¹², demostró en su estudio que la media de edad fue 58,50 años y la edad de 65 años en adelante tuvo mayor presentación. También en un estudio realizado en Trujillo en el año 2015 por Zevallos A et al.¹⁸, encontró que la edad media fluctúa entre los 53 a 60 años.

En relación al Índice de Masa Corporal (IMC), se encontró que la media de la población femenina que presenta pancreatitis aguda de causa biliar, posee un IMC de 30.4 y el mayor porcentaje 41,7% se obtuvo del rango de 30 a 34,9 kg/m² identificándose como valores de obesidad tipo 1. Estudios similares realizados en México en el año 2015 realizado por Moreno V et al.¹⁵, y por Gonzales J, et al.¹⁴ en el año 2012, encontraron que la prevalencia de obesidad y/o sobrepeso fue de 71,4% y 64% respectivamente, el cual predominaba en mujeres. Resultados similares se evidenciaron en China, en un estudio realizado por Jin Z. et al.²² en el año 2017, donde encontró que un IMC ≥ 25 es un factor de riesgo para el desarrollo de pancreatitis aguda biliar con un valor $p = 0,001$, en cambio en nuestro estudio no se encontró significancia estadística ($p = 0,441$). Por otro lado, hay que tener en consideración que la obesidad es un factor de riesgo conocido para el desarrollo de litiasis vesicular y por ende de pancreatitis de origen biliar, de tal forma que puede ser un marcador de enfermedad.

Con respecto al nivel de instrucción se encontró que el 86,79%, son pacientes con pancreatitis aguda biliar que presentan estudios. Otro resultado se evidenció en México, en el año 2015 en un estudio realizado por Moreno V et al.¹⁵, donde encontró que grado de instrucción de primaria tenía el mayor porcentaje con un 70% y secundaria el menor porcentaje con un 14,3 %. Refiriendo que a mayor grado de instrucción menos se evidenciaría los casos de pancreatitis aguda, teniendo en consideración que los de mayor nivel de instrucción tendrían más preocupación por saber sobre la patología que presentan e implementarían medidas primarias para evitarla.

De acuerdo al tiempo que acuden al iniciar síntomas al hospital se encontró que el 92,68%, son pacientes con pancreatitis aguda biliar que acudieron después de 2 días al

hospital. Resultados similares se evidencio en México, en el año 2015 en un estudio por Moreno V et al¹⁵, donde encontró que el 50% acude al iniciar síntomas en un tiempo mayor de 24hrs. Por otro lado hay que tener en consideración que el tiempo en el que acuden al hospital de manera tardía es por asumir que sea solo el dolor abdominal consecuente de su patología biliar, agregado que puede haber acudido antes a emergencia y haber calmado síntomas por dicha patología.

Por último, en relación a los días de hospitalización se encontró que el 95% de las pacientes con pancreatitis aguda biliar con más de 5 días de hospitalización, presentaron un grado de severidad leve. Resultados similares se evidencio en México, en el año 2015 en un estudio por Moreno V et al¹⁵, donde encontró que el 41,4% presentaba una estancia hospitalaria de 6 a 10 días con severidad leve. Así mismo en Ecuador, en el año 2013 en un estudio por Niveló G et al¹⁶, encontró que el promedio de días de estancia hospitalaria fue de 4 a 6 días con una severidad leve.

VII. Capítulo VI: Conclusiones Y Recomendaciones

6.1. Conclusiones

La tasa de prevalencia de la pancreatitis aguda en el Hospital “José Agurto Tello” Chosica durante enero – diciembre 2016 fue de 15,69 casos por cada 1000 egresos hospitalarios.

El grado de severidad que presenta la pancreatitis aguda de causa biliar es leve sin presentar complicaciones.

El IMC no es un factor de riesgo de pancreatitis aguda de causa biliar en pacientes femeninas.

El nivel de instrucción no es un factor de riesgo de pancreatitis aguda de causa biliar en pacientes femeninas.

El tiempo que se acude al iniciar síntomas no es un factor de riesgo de severidad para pancreatitis aguda de causa biliar en pacientes femeninas.

Los días de hospitalización no son un factor de riesgo para la severidad de pancreatitis aguda de causa biliar en pacientes femeninas.

6.2. Recomendaciones

Se recomienda elaborar un estudio similar para mejorar la investigación con ampliación de periodo de tiempo y con un grupo de muestra mayor.

Integrar los resultados del estudio para una mejor atención del paciente y orientarlos sobre los factores de riesgo, con realización de charlas o campañas preventivas con la finalidad de disminuir el grado de severidad del cuadro que esta patología causa considerando las consecuencias por las que pasa.

Realizar estudios posteriores para que se pueda evaluar los factores mencionados y evaluar sobre todo el grado de instrucción para poder concientizar sobre la patología.

Considerar en estudios posteriores el estado nutricional como factor de estudio al igual que el antecedente familiar de etiología biliar.

BIBLIOGRAFÍA

1. E. de-Madaria Pascual, P. and J. Martínez, S. (2012). Pancreatitis Aguda. *Medicine*, 11(8), pp.457 - 464.
2. Tenner S, Baillie J, DeWitt J, Vege SS. American College of Gastroenterology American College of Gastroenterology guideline: management of acute pancreatitis. *Am J Gastroenterol* Sep 2013; 108(9): 1400-1415.
3. Hamada, S., Masamune, A., Kikuta, K., Hirota, M., Tsuji, I. and Shimosegawa, T. (2014). Nationwide Epidemiological. Survey of Acute Pancreatitis in Japan. *Pancreas*, 43(8), pp.1244-1248.
4. Stimac, D., Mikolasevic, I., Krznaric-Zrnic, I., Radic, M. and Milic, S. (2013). Epidemiology of Acute Pancreatitis in the North Adriatic Region of Croatia during the Last Ten Years. *Gastroenterology Research and Practice*, 2013, pp.1-5.
5. Kuryura L, Parreira J, Soldá S, Perlingeiro J, Assef J, Rasslan S. Morbimortality Indicators in Severe Acute. Pancreatitis. *Journal of the Pancreas* 2008; 9:690 - 7.
6. Wysocki AP, Carter CR. Acute pancreatitis. *Surgery*. 2007; 25(2):49-56
7. Flores R, Werge G, Ibáñez O, Vargas E, Meza MA, Calvo Ibarrola JB. Evaluación de las escalas y factores pronóstico en pancreatitis aguda grave. *Cirujano General*. 2005; 27(2):137-143
8. González-González, J., Castañeda-Sepúlveda, R., Martínez-Vázquez, M., García-Compean, D., Flores-Rendón, A., Maldonado-Garza, H., Bosques-Padilla, F. and Garza-Galindo, A. (2012). Características clínicas de la pancreatitis aguda en México. *Revista de Gastroenterología de México*, 77(4), pp.167-173.
9. INFORMATICA OdEe. Perfil epidemiológico de pacientes en consulta externa y hospitalización. MINSA 2009.
10. Zevallos Esquivel, A. (2015). Características clínico-epidemiológicas de pacientes con pancreatitis aguda atendidos en el Hospital Regional Docente de Trujillo en el periodo 01 enero del 2007 al 31 de diciembre del 2011. Tesis Doctoral. Universidad Nacional de Trujillo.

11. Estrada, C. Pancreatitis Aguda. Artículo disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos16/pancreatitis/pancreatitis.shtml>
12. Venkatesan T, Moulton JS, Ulrich CD, Martin SP. Prevalence and Predictors of Severity as Defined by Atlanta Criteria Among Patients Presenting with Acute Pancreatitis. *Pancreas*. 2003; 26(2): 107-110.
13. Martínez Cano, C. Generalidades de Pancreatitis Aguda. Artículo disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos/pancreatitisaguda/pancreatitisaguda.shtml>.
14. Hamada, S., Masamune, A., Kikuta, K., Hirota, M., Tsuji, I. and Shimosegawa, T. (2014). Nationwide Epidemiological Survey of Acute Pancreatitis in Japan. *Pancreas*, 43(8), pp.1244-1248. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25084001>
15. Álvaro A. Gómez V., MD, Alberto Rodríguez V., MD. Características de los pacientes con diagnósticos de pancreatitis aguda atendidos entre enero 2008 y diciembre de 2011 en un centro de cuarto nivel. *Rev Col Gastroenterol / 30 (2) 2015*. <http://www.redalyc.org/html/3377/337740056005/>
16. González-González, J., Castañeda-Sepúlveda, R., Martínez-Vázquez, M., García-Compean, D., Flores-Rendón, A., Maldonado-Garza, H., Bosques-Padilla, F. and Garza-Galindo, A. (2012). Características clínicas de la pancreatitis aguda en México. *Revista de Gastroenterología de México*, 77(4), pp.167-173.
17. Víctor Hugo Moreno Munguía. Características clínicas y epidemiológicas de la pancreatitis aguda en el Centenario Hospital Miguel Hidalgo: Experiencia de 5 años. Tesis para obtención de título de especialidad en Medicina Interna: Universidad Autónoma de Aguascalientes, México. Febrero del 2015.
18. Niveló G., Ojeda M. y Orellana T. Prevalencia y Características Clínicas de la pancreatitis Aguda en el Hospital “Vicente Corral Moscoso”, durante el periodo 2007 – 2011, Cuenca. Tesis para obtención de Especialidad de Médico y Médica: Universidad de Cuenca –Ecuador 2013.
19. Molina Socola, J. (2015). Características clínicas, epidemiológicas y terapéuticas de la pancreatitis aguda grave. Tesis Doctoral. Universidad Nacional de Trujillo.

20. Zevallos Esquivel, A. (2015). Características clínico-epidemiológicas de pacientes con pancreatitis aguda atendidos en el Hospital Regional Docente de Trujillo en el periodo 01 enero del 2007 al 31 de diciembre del 2011. Tesis Doctoral. Universidad Nacional de Trujillo.
21. Valencia Cardozo, J. (2016). Prevalencia y disfunción orgánica según Marshall en pancreatitis aguda en el servicio de medicina del Hospital de Vitarte en el periodo enero – diciembre 2015. Tesis para obtención de título profesional de Médico Cirujano. Universidad Ricardo Palma.
22. Roberts SE1, Akbari A, Thorne K, Atkinson M, Evans PA.(2013). The incidence of acute pancreatitis: impact of social deprivation, alcohol consumption, seasonal and demographic factors. *Aliment Pharmacol Ther.* 2013 Sep;38(5):539-48. doi: 10.1111/apt.12408. Epub 2013 Jul 16.
23. Prizment AE1, Jensen EH2, Hopper AM3, Virnig BA4, Anderson KE5. Risk factors for pancreatitis in older women: the Iowa Women's Health Study. *Ann Epidemiol.* 2015 Jul;25(7):544-8. doi: 10.1016/j.annepidem.2014.12.010. Epub 2015 Jan 7.
24. Jin Z1,2, Xu L2, Wang X2, Yang D1. Risk Factors for Worsening of Acute Pancreatitis in Patients Admitted with Mild Acute Pancreatitis. *Med Sci Monit.* 2017 Feb 26; 23:1026-1032
25. Ferreira Bogado, M; Ramirez Sotomayor,J; Grance, J; Aquino, Cesar.(Dic. 2015) pancreatitis aguda: nuestros resultados en 350 casos aplicando la clasificación de Pertrov en Paragay. *Rev. Cir. Parag.* vol.39 no.2 Asunción Dec. 2015. <http://dx.doi.org/10.18004/sopaci.2015.diciembre.12-15>
26. Ojeda Ojeda, M; Gonzales Aguilera, J; Frometa Guerra, A; Palacios Ojeda, L. (2012) Factores que al ingreso influyen en la evaluación de pacientes con diagnóstico de pancreatitis aguda. *Multimed. Revista Médica. Granma, Cuba.* Vol 16, No.3 (2012). <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/565>.
27. Salirrosas Sepúlveda, M (2017). Factores asociados a complicaciones postoperatorias en pacientes adultos mayores sometidos a colesitotomía laparoscópica en el hospital vitarte 2012-2015. Tesis para obtención de título profesional de Médico Cirujano. Universidad Ricardo Palma.

28. Segura Plasencia, N (2016). Factores bioquímicos como predictores de pancreatitis aguda de etiología biliar. Hospital III Cayetano Heredia Piura 2013-2015. Tesis para obtención de título profesional de Médico Cirujano. Universidad Privada Antenor Orrego.
29. Hulsa Chura, J. (2016). Características de los pacientes con diagnóstico de pancreatitis aguda en el hospital regional de Moquegua durante el periodo 2014-2015. Tesis para obtención de título profesional de Médico Cirujano. Universidad Privada de Tacna.
30. Manual del Instituto Nacional de Nutrición y Terapéutica Médica y procedimientos de Urgencias, 6º Edición, Editorial Mc Graw Hill, México 2011, 226-234 pp
31. Rau B, Kemppainen E, Gumbs A Et al. Early assessment of pancreatic, infections and overall prognosis in severe acute pancreatitis by procalcitonin, A prospective international multicenter study *Ann Surg* 2007, 245: 745-54.
32. Puentes A, Prieto J. Universidad de Ciencias Médicas de Pinar Del Río, Hospital General Abel Santamaría Cuadrado. Pancreatitis Aguda. Artículo de Revisión [internet]. 2014 [citado www.intramed.net. Vol. 3 / Número 2] disponible en: <http://rmedicina.ucsg.edu.ec/ojs/index.php/medicina/article/>. Working party of the British Society of Gastroenterology UK guidelines for the management of acute pancreatitis. *Gut* 2005,54 (Suppl.3) iii 119.
33. Tenner, S., Baillie, J., DeWitt, J. and Vege, S. (2013). American College of Gastroenterology Guideline: Management of Acute Pancreatitis. *Am J Gastroenterol*, 108(9), pp.1400-1415.
34. Ramos G., Marquez R. Utilidad de la escala de BISAP como predictor de buen o mal pronóstico en pacientes que ingresan al servicio de urgencias de la Unidad médica de alta especialidad N° 14 del IMSS comprendido 1er Marzo – Septiembre 2014. Protocolo de Investigación. Universidad medica de alta especialidad número14 del Instituto Mexicano del Seguro Social.
35. Banks P. Bollen T. Dervenis C. and colab. Classification of acute pancreatitis - 2012: revisión of the Atlanta classification and definitions by international consensus. *Gut* 2013 62: 102-111 originally published online October 25, 2012. <http://gut.bmj.com>

36. Singh V, Conwell DL, Banks PA. Acute pancreatitis. *Pancreatic Diseases; Gastroenterol hepatol* diciembre 2011;(25): 291-300
37. M. Tejedor Bravao y A. Albillos Martínez. (2012). *Enfermedad litiásica biliar*. elsevier, 11, 481-488
38. Jiménez G. López A. Lizarraga G. y colaboradores. (2015). Pancreatitis aguda biliar. A propósito de un caso clínico. *Revista médica electrónica, portales médicos*. En:<https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/pancreatitis-aguda-biliar-caso-clinico/2>
39. Swaroop VS, Chari ST, Clain JE severe acute pancreatitis *JAMA* 2004; 291(23), 2865-8
40. C. Rozman, *Compendio de Medicina Interna*, 5º Edición, Editorial Elsevier. España 2014, 56-60 pp.
41. Kingsnorth A, O Reilly y D, Acute pancreatitis *BMJ*2006, 332 : 1072-6
42. Toouli J. Brooke-Smith. M Bassi et al. Working party report, guidelines for management of acute pancreatitis *J Gastroenterol Hepatol* 2002, 17:51
43. Frossard JL. Steer M, Pastor C, Acute pancreatitis, *Lancet* 2008; 371: 143-162.
44. Pando S. Acute pancreatitis. *Curr Opin Gastroenterol* 2005;21: 243-247
45. Soler VR, Riverón PR, Cárdenas JCP, Águila VL, González SR, Villavicencio CPA, et al. Pancreatitis Aguda: Temas para la docencia de Cirugía [Internet]. Ciudad de la Habana: Editorial Científico Técnica; 2008 [citado 2 Sep 2013]. Disponible en: http://scholar.google.com/cu/scholar?start=0&q=R%C3%B3mulo+Soler+Vallant&hl=es&as_sdt=0,5.
46. Fernández GA, Sánchez MAC Pujol LPM, López AY. Necrosectomía laparoscópica en pancreatitis aguda. *Rev Cubana Cir [Internet]*. 2013[citado 14 Ene 2014]; 52(4): [aprox. 9 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932013000400008&nrm=iso
47. Haney JC, Pappas TN. Necrotizing pancreatitis: diagnosis and management. *Surg Clin North Am [Internet]*. 2007 [citado 22 Sep 2013]; 87: [aprox. 15 p.]. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0039610907001211?via=sd>
48. Surco Y, Huerta Mercado J, Pinto J, Piscocoya A, De Los Ríos R, Prochazka R, et al. Predicción precoz de severidad en pancreatitis aguda. *Rev Gastroenterol Perú*

- [Internet]. 2012 jul/set [citado 14 Sep 2013]; 32(3): [aprox. 12 p.]. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S102251292012000300002&script=sci_arttext
49. Tenner, S., Baillie, J., DeWitt, J. and Vege, S. (2013). American College of Gastroenterology Guideline: Management of Acute Pancreatitis. *Am J Gastroenterol*, 108(9), pp.1400-1415.
 50. Hanck C, Whitcomb D, Alcoholic pancreatitis. *Gastroenterolo clinic North Am.* 2004; 33, 751-765 pp
 51. Whitcomb D. Acute pancreatitis N engl, *J Med* 2005;354: 2142-50
 52. Yousaf M. Mc Callion K, Diamond T Management of severe acute pancreatitis *Br J Surg* 2003; 90: 407-20
 53. Dr.Oscar Vera Carrasco. Manejo y tratamiento de la pancreatitis aguda en la unidad de cuidados intensivos. *Rev Med La Paz*, 2011; 17(1): 47-59
 54. Swaro op VS, Chari ST, Clain JE severe acute pancreatitis *JAMA* 2004; 291(23), 2865-8
 55. C. Rozman, Compendio de Medicina Interna, 5º Edición, Editorial Elsevier. España 2014, 56-60 pp.
 56. Kingsnorth A, O Reilly y D, Acute pancreatitis *BMJ*2006, 332 : 1072-6
 57. ToouliJ. Brooke-Smith. M bassi et al. Working party report, guidelines for tremanagement of acute pancreatitis *J Gastoenterol Hepatol* 2002, 17:51
 58. Frossard JL. SteerM, Pastor C, Acute pancreatitis, *Lancet* 2008: 371: 143-162.
 59. Guía de práctica clínica y Guía de referencia rápida de diagnóstico y tratamiento de pancreatitis Aguda.
 60. Dahl PR. Su WP, Cullimore KC, Dicken CH. pancreatic paniculitis *J Am Acad Dermatol.* 1995 (23) 2865-8
 61. Bennett RG, Petrozzi JW, Nodular subcutaneous fat necrosis A manifestation of silent .*Arch. Dermatol* 1975 ,111(7); 896-8
 62. Tenner S, Dubner H. Steinberg W. Predicting gallstone pancreatitis with laboratory parameters an meta-analysis. *Am J, Gastroenterol* 1994: 89 :1863-6
 63. Agarwal N. Pitchumoni CS, Siv aprasad AV, Evaluating tesis for acute pancreatitis *Am Gastroenterology* 2000; 8: 356-66
 64. Bartolomei S, Aranalde G- Keller L, Manual de Medicina Interna, cálculos, scores y abordajes, México 2011. Sección de Gastroenterología

65. Agarwal N, Pitchumoni CS, Siv aprasad AV, Evaluating tesis for acute pancreatitis *Am Gastroenterology* 2005; 10: 455-57.
66. Ramos G., Dr. Marquez R. Utilidad de la escala de BISAP como predictor de buen o mal pronóstico en pacientes que ingresan al servicio de urgencias de la Unidad médica de alta especialidad N° 14 del IMSS comprendido 1er Marzo – Septiembre 2014. Protocolo de Investigación. Universidad medica de alta especialidad número14 del Instituto Mexicano del Seguro Social.
67. Petrov M, Santvoort H, Basselink M et al. Early endoscopic retrograde cholangiography versus consecutive magagement in acute biliary pancreatitis Without cholangitis a meta- analysis of randomidez trials, *Ann Surg.* 2008; 247: 250- 7
68. Z, ADRIÁN et al. Evaluación de la escala de BISAP en el pronóstico de la pancreatitis aguda. *Rev Chil Cir* [online]. 2010, vol.62, n.5, pp. 465-469. ISSN 0718-4026.<http://dx.doi.org/10.4067/S0718-40262010000500007>.
69. Navarro S, Amador J, Argüello L et al. Recomendaciones del Club Español Biliopancreático para el tratamiento de la pancreatitis aguda. Conferencia de consenso. *Gastroenterol Hepatol* 2008; 31:366-87
70. De-Madaria E, Soler-Sala G, Sánchez-Payá J, López-Font I, Martínez J, Gómez-Escolar L, Sempere L, Sánchez-Fortuna C, Pérez-Mateo M. Influence of Fluid Therapy on the Prognosis of Acute Pancreatitis: a Prospective Cohort Study. *American Journal of Gastroenterology* 2011; en prensa.
71. Peiró AM, Martínez J, Martínez E et al. Efficacy and Tolerance of Metamizole versus Morphine for Acute Pancreatitis Pain. *Pancreatology* 2008; 8:25-9.

ANEXOS

ANEXOS

A

TITULO: PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGOS ASOCIADOS A LA PANCREATITIS AGUDA DE CAUSA BILIAR EN LA POBLACION ADULTA FEMENINA EN EL HOSPITAL "JOSE AGURTO TELLO" CHOSICA DURANTE EL PERIODO ENEREO-DICIEMBRE 2016

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION	HIPOTESIS DE INVESTIGACION	VARIABLES DE ESTUDIO	METODOLOGIA DE INVESTIGACION
<p>1.Problema General</p> <p>¿Cuál es la prevalencia y los factores de riesgo asociados a pancreatitis aguda de causa biliar en la población adulta femenina atendidas en el Hospital "José Agurto Tello" Chosica durante el período enero – diciembre 2016?</p> <p>2.Problema Especifico</p> <p>2.1 ¿De qué forma los factores de riesgo afectan a la pancreatitis aguda de causa biliar?</p> <p>2.2 ¿De qué forma la prevalencia de asociación a patología biliar afecta a la pancreatitis aguda?</p> <p>2.3 ¿De qué forma las características clínicas en forma de presentación prevalecen en la pancreatitis aguda de causa biliar?</p> <p>2.4 ¿De qué manera el beneficio del diagnóstico y la importancia temprana al dolor abdominal influye en la pancreatitis aguda?</p>	<p>1. Objetivo General</p> <p>Determinar la prevalencia y los factores de riesgo asociados a pancreatitis aguda de causa biliar en la población adulta femenina atendida en el hospital "José Agurto Tello" durante el período enero – diciembre 2016.</p> <p>2. Objetivos Especificos</p> <p>2.1 Determinar la prevalencia de pancreatitis aguda de causa biliar.</p> <p>2.2 Determinar el grado de severidad en pancreatitis aguda de causa biliar.</p> <p>2.3 Determinar la asociación entre edad y pancreatitis aguda de causa biliar.</p> <p>2.4 Determinar la asociación de IMC y pancreatitis aguda de causa biliar.</p> <p>2.5 Determinar la asociación de nivel de instrucción y pancreatitis aguda de causa biliar.</p> <p>2.6 Determinar el tiempo en el que se acude al hospital al iniciar síntomas en la pancreatitis aguda de causa biliar.</p> <p>2.7 Determinar si los días de hospitalización se asocian a la severidad de la pancreatitis aguda de causa biliar.</p>	<p>1. Hipótesis General</p> <p>La pancreatitis aguda de causa biliar se asocia a factores de riesgo en la población adulta femenina del Hospital "José Agurto Tello" de Chosica.</p> <p>2. Hipótesis Especificos</p> <p>2.1 En la pancreatitis aguda de causa biliar hay mayor severidad.</p> <p>2.2 La edad como factor de riesgo está asociado a Pancreatitis aguda de causa biliar.</p> <p>2.3 El IMC alto como factor de riesgo está asociado a Pancreatitis aguda de causas biliar.</p> <p>2.4 El nivel de instrucción como factor de riesgo está asociado a Pancreatitis aguda de causa biliar.</p>	<p>1. Identificación de las variables</p> <p>1.1 Variable Independiente Factores de Riesgo asociados</p> <p>1.2 Variable Dependiente Pancreatitis aguda de causa biliar</p> <p>2. Indicadores</p> <p>2.1 Sub Variable Independiente Edad Índice de masa corporal Nivel de instrucción Tiempo de manifestación clínica Días de hospitalización</p> <p>2.2 Sub Variable Dependiente Pancreatitis aguda Causa biliar</p>	<p>1. Tipo de Investigación El tipo de investigación que se adapta al presente trabajo es el Analítico Observacional</p> <p>2. Método de Investigación El método de investigación es cualitativo y cuantitativo</p> <p>3. Diseño de la Investigación Para el presente trabajo de investigación de acuerdo a su naturaleza corresponde el diseño Analítico Observacional Retrospectivo</p> <p>4. Técnica Se aplicara la técnica de recolección de datos de las historias clínicas mediante un formulario de recolección de datos (instrumento)</p> <p>5. Población Población adulta femenina asociada a pancreatitis aguda de causa biliar que acudieron a emergencia y fueron hospitalizadas en el servicio de medicina interna del hospital "José Agurto Tello" Chosica.</p>

Anexo 02: Paralización De Variables

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	TIPO DE VARIABLE, RELACION Y NATURALEZA	CATEGORIA O UNIDAD
SEXO	Genero orgánico	Genero señalado en la historia clínica	Nominal Dicotómica	Independiente Cualitativa	1= Femenino 2=Masculino
ETIOLOGIA DE LA PANCREATITIS AGUDA	Causa de Pancreatitis Aguda determinada por la clínica, laboratorio y exploración complementaria	Tipo de etiología definida por la presencia de litiasis en estudios de imágenes (ecografía, TAC o RMN) de los últimos 6 meses	Nominal Policotomica	Dependiente Cualitativa	1= Biliar 2=No Biliar

GRADO DE SEVERIDAD DE PANCREATITIS AGUDA	Presencia de pancreatitis aguda con falla orgánica	Grado de severidad catalogado al momento del alta hospitalaria y registrado en la historia clínica utilizando las escalas de APACHE II y Marshall	Nominal Dicotómica	Independiente Cualitativa	1= Leve 2= Grave
EDAD	Nº de años del paciente al momento de su hospitalización	Nº de años indicados en la historia clínica	Ordinal Policotomica	Independiente Cuantitativa	1= 18-19 2=30-39 3=40-49 4= 50-59 5= >60
IMC	Índice sobre la relación entre peso y	Medida calculada dividiendo el peso en	Ordinal	Independiente	1=Peso normal

	altura	kilogramos por cuadrado de altura	Discreta	Cuantitativa	2= Sobrepeso 3= Obesidad I 4= Obesidad II
NIVEL DE INSTRUCCION	Nivel educativo	Nivel de instrucción cursado registrado en la historia clínica de hospitalización	Nominal Policotomica	Independiente Cualitativa	1= Ninguno 2= Primaria 3= Secundaria 4= Superior
TIEMPO DE INICIO DE SINTOMAS	Periodo determinado que se da al presentar los síntomas de la enfermedad	Tiempo desde la aparición de los síntomas hasta el ingreso al hospital	Ordinal Dicotómica	Independiente Cuantitativa	1= <=2 días 2= >2 días
DIAS DE	Tiempo otorgado por	Días de pertenencia en	Ordinal	Independiente	1= 1-3 días

HOSPITALIZACION	estancia en hospital por enfermedad	el hospital desde su ingreso a emergencia y estancia en hospitalización hasta su alta	Policotomica	Cuantitativa	2= 4-6 días 3= >7 días
-----------------	-------------------------------------	---	--------------	--------------	---------------------------

Anexo 03: Ficha De Recoleccion De Datos:

FORMULARIO NÚMERO: _____

FECHA: _____

NUMERO DE HISTORIA CLINICA: _____

EDAD EN AÑOS: _____

SEXO:

MASCULINO

FEMENINO

NIVEL DE INSTRUCCIÓN:

NINGUNA

PRIMARIA

SECUNDARIA

SUPERIOR

ETIOLOGIA DE LA PANCRETITIS

BILIAR

ALCOHOLICA

IDIOPATICA

OTRAS

TIEMPO DE INICIO DE SINTOMAS:

GRADO DE SEVERIDAD SEGÚN ESCALA:

LEVE

GRAVE

DIA DE HOSPITALIZACION:

Anexo 04: Presupuesto

Aspectos administrativos:

RECURSOS HUMANOS

ALUMNA	HORA X DIA (3MESES)	H-H	NUEVOS SOLES /HORA	TOTAL
SANCHEZ AMES, CRISTINA	3HR X 2 D X 12SEM	72	S/. 5.00	720.00

MATERIALES

DISPOSITIVOS	CANTIDAD	PRECIO (S/.)	SUBTOTAL (S/.)
MATERIALES DE ESCRITORIO:			
CURSO DE TESIS	1	5000	5000
PAQUETE HOJAS BOND (500H)	1	10.00	10.00
LAPICEROS	10	1	10.00
FOLDER MANILA	3	0,80	2.40
FOTOCOPIA	400	0.1	40.00
ANILLADO	5	3	15.00

CARTUCHO DE TINTA	2	30.00	60.00	
GASTOS OPERATIVOS			100.00	150.00
		TOTAL (SOLES)	5287.40	

FECHA DESDE JUNIO - SETIEMBRE 2017 Y ENERO 2018																																									
ACTIVIDADES	JUNIO					JULIO				AGOSTO					SETIEMBRE					OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE			ENERO										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	1	2	3	3	3	3	3			
SELECCIÓN DE TEMA	X																																								
REVISION																																									
BIBLIOGRAFIA	X	X																																							
PLANTEAMIENTO DEL TEMA			X	X																																					
FORMULACION DEL PROTOCOLO			X	X	X	X																																			
ENTREGA Y APROBACION DEL PROTOCOLO							X	X	X	X																															
RECOLECCION DE DATOS											X	X	X	X	X																										
ANALISIS DE LA INFORMACION																X	X	X	X	X	X																				
PREPARACION DEL INFORME FINAL																						X	X	X	X	X	X	X	X	X	X										
PRESENTACION DE TESIS																																					X	X	X	X	X

ANEXOS B

Anexo 01: Acta De Proyecto De Tesis Aprobada



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
Manuel Huaman Guerrero
Oficina de Grados y Títulos

ACTA DE APROBACIÓN DE PROYECTO DE TESIS

Los miembros que firman la presente acta en relación al Proyecto de Tesis "PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A PANCREATITIS AGUDA DE CAUSA BILIAR EN LA POBLACION ADULTA FEMENINA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL "JOSE AGURTO TELLO" DURANTE EL PERIODO ENERO - DICIEMBRE 2016", que presenta la alumna CRISTINA SUSANA SANCHEZ AMES, para optar el Título Profesional de Médico Cirujano, declaran que el referido proyecto cumple con los requisitos correspondientes, tanto en forma como en fondo; indicando que se proceda con la ejecución del mismo.

En fe de lo cual firman los siguientes docentes:



Dra. Susana Oshiro Kanashiro
ASESOR DE LA TESIS



Dr. Jhony A. De La Cruz Vargas
DIRECTOR DEL CURSO-TALLER

Lima, 20 de Julio de 2017

Anexo 02: Carta De Compromiso Del Asesor De Tesis



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

Manuel Huamán Guerrero

Instituto de Investigaciones de Ciencias Biomédicas

Oficina de Grados y Títulos

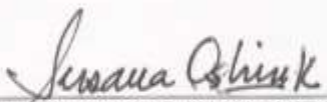
Formamos seres humanos para una cultura de paz

Carta de Compromiso del Asesor de Tesis

Por la presente acepto el compromiso para desempeñarme como asesor de Tesis del estudiante de Medicina Humana, Srta. SANCHEZ AMES CRISTINA SUSANA de acuerdo a los siguientes principios:

1. Seguir los lineamientos y objetivos establecidos en el Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Medicina Humana, sobre el proyecto de tesis.
2. Respetar los lineamientos y políticas establecidos por la Facultad de Medicina Humana y el INICIB, así como al Jurado de Tesis, designado por ellos.
3. Propiciar el respeto entre el estudiante, Director de Tesis Asesores y Jurado de Tesis.
4. Considerar seis meses como tiempo máximo para concluir en su totalidad la tesis, motivando al estudiante a finalizar y sustentar oportunamente
5. Cumplir los principios éticos que corresponden a un proyecto de investigación científica y con la tesis.
6. Guiar, supervisar y ayudar en el desarrollo del proyecto de tesis, brindando asesoramiento para superar los puntos críticos o no claros.
7. Revisar el trabajo escrito final del estudiante y que cumplan con la metodología establecida
8. Asesorar al estudiante para la presentación de la defensa de la tesis (sustentación) ante el Jurado Examinador.
9. Atender de manera cordial y respetuosa a los alumnos.

Atentamente,



SUSANA OSHIRO KANASHIRO

Lima, 19 de Julio de 2017

Anexo 03: Documento De Registro Por La Facultad

Oficio N° 3132-2017-FMH-D

Lima, 08 de agosto de 2017

Señorita
CRISTINA SUSANA SANCHEZ AMES
Presente.-

ASUNTO: Aprobación del Proyecto de Tesis

De mi consideración:

Me dirijo a usted para hacer de su conocimiento que el Proyecto de Tesis "**PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A PANCREATITIS AGUDA DE CAUSA BILIAR EN LA POBLACION ADULTA FEMENINA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL "JOSE AGURTO TELLO" DURANTE EL PERIODO ENERO - DICIEMBRE 2016**", presentando ante la Facultad de Medicina Humana para optar el Título Profesional de Médico Cirujano ha sido aprobado por el Consejo de Facultad en sesión de fecha jueves 03 de agosto del 2017.

Por lo tanto queda usted expedita con la finalidad de que prosiga con la ejecución del mismo, teniendo en cuenta el Reglamento de Grados y Títulos.

Sin otro particular,

Atentamente,



Hilda Jurupé Chico
Dra. Hilda Jurupé Chico
Secretaria Académica

Susana Sánchez Ames

c.c.: Oficina de Grados y Títulos.

Anexo 04: Documento De Autorización Del Hospital

INFORME N° 023-2018-UADI/HJATCH

A : **SRTA. SANCHEZ AMES, CRISTINA SUSANA**
Investigadora Principal

ASUNTO : AUTORIZACION PARA REALIZAR PROYECTO DE TESIS

Fecha : Chosica, 05 de Febrero de 2018

Es grato dirigirme a usted para saludarla cordialmente y al mismo tiempo comunicarle que la Unidad de Docencia e Investigación luego de haber evaluado el Proyecto de Tesis titulado:

"PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGOS ASOCIADOS A PANCREATITIS DE CAUSA BILIAR EN LA POBLACION ADULTA PREVENTIVA EN EL HOSPITAL JOSE AGURTO TELLO DE CHOSICA"

En tal sentido, esta oficina en coordinación con la jefatura del Departamento de Medicina y la Unidad de Estadística e Informática autoriza la realización del presente Proyecto de Tesis. Consecuentemente, el investigador deberá cumplir con el compromiso firmado, mantener comunicación continua sobre el desarrollo del trabajo y remitir una copia de la investigación realizada.

La presente aprobación tiene vigencia a partir de la fecha y expira el 28 de Febrero del 2018.

Si aplica, los trámites para su renovación deberán iniciarse por lo menos 30 días previos a su vencimiento.

Sin otro particular, me despido de Ud.

Atentamente,


MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL JOSE AGURTO TELLO DE CHOSICA
Dr. SULEIMAN YESAN HUAMAN
C.M.P. 34385
DIRECTOR EJECUTIVO


MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL JOSE AGURTO TELLO DE CHOSICA
Dr. SERGIO S. MARCELO LOPEZ
DIRECCIÓN DE LA UNIDAD DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA


MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL JOSE AGURTO TELLO DE CHOSICA
Dr. JAIME MARTINEZ HEREDIA
C.M.P. 20853 RNE: 18398
UNIDAD DE DOCENCIA E INVESTIGACION

Cc Arch

Anexo 05: Acta De Aprobación De Borrador De Tesis



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
MANUEL HUAMAN GUERRERO
INSTITUTO DE INVESTIGACION EN CIENCIAS
BIOMEDICAS
Oficina de Grados y Títulos

ACTA DE APROBACIÓN DE BORRADOR DE TESIS JURADO EVALUADOR

El Jurado designado por la Facultad de Medicina Humana y el Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas, según el reglamento vigente de la oficina de Grados y Títulos, después de haber sido aprobado por su respectivo Asesor y Director, dentro del III Curso Taller de Titulación por Tesis, en relación a dicho proyecto titulado: "PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA PANCREATITIS AGUDA DE CAUSA BILIAR EN LA POBLACION ADULTA FEMENINA EN EL HOSPITAL "JOSE AGURTO TELLO" CHOSICA DURANTE EL PERIODO ENERO - DICIEMBRE 2016", que presenta la Srta. "CRISTINA SUSANA SÁNCHEZ AMES", para optar el Título Profesional de Médico Cirujano, declaran que: La Tesis cumple con los requerimientos necesarios, tanto en forma como en fondo; indicando que se proceda con la ejecución del mismo.

En fe de lo cual firman los siguientes docentes y miembros del Jurado Evaluador:



Dr. Luis Cano Cárdenas
PRESIDENTE DEL JURADO



Dr. Raúl Chocano Muñoz
MIEMBRO DEL JURADO



Dr. Gino Patrón Ordoñez
MIEMBRO DEL JURADO



Dra. Susana Oshiro Kanashiro
ASESOR DE TESIS



Dr. Jhony De La Cruz Vargas
DIRECTOR DEL CURSO DE TITULACION POR TESIS

31 de Enero del 2018

PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA PANCREATITIS AGUDA DE CAUSA BILIAR EN LA POBLACION ADULTA FEMENINA EN EL HOSPITAL "JOSE AGURTO TELLO" CHOSICA DURANTE EL PERIODO ENERO - DICIEMBRE 2016

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	docplayer.es Fuente de Internet	9%
2	cybertesis.urp.edu.pe Fuente de Internet	5%
3	repositorio.upt.edu.pe Fuente de Internet	2%
4	ri.ues.edu.sv Fuente de Internet	2%
5	repositorio.unp.edu.pe Fuente de Internet	1%
6	www.medigraphic.com Fuente de Internet	1%
7	Submitted to Universidad Andina del Cusco Trabajo del estudiante	1%
8	dspace.ucuenca.edu.ec Fuente de Internet	1%
9	tesis.ucsm.edu.pe Fuente de Internet	1%

Excluir citas Activo Excluir coincidencias < 1%
 Excluir bibliografías Activo

Anexo 07: Certificado de Asistencia Al Curso Taller



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
MANUEL HUAMÁN GUERRERO

III CURSO TALLER PARA LA TITULACIÓN POR TESIS

CERTIFICADO

Por el presente se deja constancia que la Señorita

SÀNCHEZ AMES CRISTINA SUSANA

Ha cumplido con los requerimientos del curso-taller para la Titulación por Tesis, durante los meses de Mayo, Junio, Julio, Agosto y Setiembre del presente año, con la finalidad de desarrollar el proyecto de Tesis, así como la culminación del mismo, siendo el Título de la Tesis:

**“PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA
PANCREATITIS AGUDA DE CAUSA BILIAR EN LA
POBLACIÓN ADULTA FEMENINA EN EL HOSPITAL “JOSÈ
AGURTO TELLO” CHOSICA DURANTE EL PERIODO
ENERO-DICIEMBRE 2016”**

Por lo tanto, se extiende el presente certificado con valor curricular de **06 créditos académicos**, de acuerdo a artículo 15° del Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Medicina Humana (aprobado mediante Acuerdo de Consejo Universitario N° 2717-2015), considerándosele apto para la sustentación de tesis respectiva.

Lima, 21 de setiembre del 2017



Hilda Jurupe Chico
Mg. Hilda Jurupe Chico
Secretaria Académica



Altrista Gutiérrez Vda. de Bambarén
Dra. Altrista Gutiérrez Vda. de Bambarén
Decana

