



UNIVERSIDAD ANDINA
NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS RELACIONADOS CON
LA SEVERIDAD DE LA PANCREATITIS EN PACIENTES
DEL HOSPITAL SAN MARTIN DE PORRES,
MACUSANI 2024**

TESIS PRESENTADA POR:

Bach. ELIVELTON VALENCIA ROSELLO

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
MÉDICO CIRUJANO

JULIACA – PERÚ
2024



UNIVERSIDAD ANDINA

NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

**FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS RELACIONADOS CON
LA SEVERIDAD DE LA PANCREATITIS EN PACIENTES
DEL HOSPITAL SAN MARTIN DE PORRES,
MACUSANI 2024**

TESIS PRESENTADA POR:

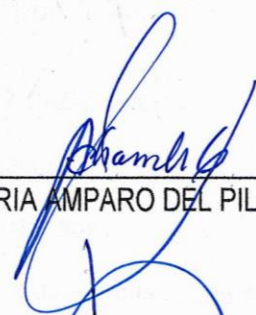
Bach. ELIVELTON VALENCIA ROSELLO

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

MÉDICO CIRUJANO

APROBADA POR EL JURADO REVISOR:

PRESIDENTE


Dra. MARIA AMPARO DEL PILAR CHAMBI CATA CORA

PRIMER MIEMBRO


Mgtr. SANTIAGO CRISTOBAL QUISPE PARI

SEGUNDO MIEMBRO


Dra. INGRID LIZ QUISPE TICONA

ASESOR DE TESIS


Dra. MARYLUZ CRUZ COLCA

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

MEDICINA CLÍNICA - P09



UNIVERSIDAD ANDINA
"NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"

RESOLUCIÓN DECANAL N°1225-2024-D-FCS-UANCV

Juliaca, 23 de setiembre del 2024

Vistos: El Expediente N° 2024-CU-13289 en el cual solicita fecha y hora para Sustentación de Tesis y el Dictamen de Aprobación, emitido por el Jurado Evaluador del trabajo de investigación titulado: **FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS RELACIONADOS CON LA SEVERIDAD DE LA PANCREATITIS EN PACIENTES DEL HOSPITAL SAN MARTIN DE PORRES, MACUSANI 2024**

CONSIDERANDO:

Que, es necesario dar cumplimiento a la Ley 30220, al Estatuto Universitario y al Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad y de la Facultad de Ciencias de la Salud, para la fijación de fecha y hora para la sustentación de tesis.

En uso de las atribuciones conferidas a la Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud y, estando al informe de la Comisión de Grados y Títulos de la Facultad

SE RESUELVE:

PRIMERO: Ratificar a los jurados para la Sustentación de Tesis para optar el Título Profesional de: **MÉDICO CIRUJANO** del (la) bachiller: **VALENCIA ROSELLO ELIVELTON** habiéndose designado por sorteo a los siguientes docentes:

- * **PRESIDENTE :** Dra. MARIA AMPARO DEL PILAR CHAMBI CATAORA
- * **1er. Miembro :** Mgr. SANTIAGO CRISTOBAL QUISPE PARI
- * **2do. Miembro :** Dra. INGRID LIZ QUISPE TICONA

- * **Asesor (a) :** Dra. MARYLUZ CRUZ COLCA

SEGUNDO: Fijar la programación de Sustentación de Tesis para el:

DIA : VIERNES 27 DE SETIEMBRE DEL 2024
HORA : 11:00 HORAS
LOCAL : Salón de Grados de la Facultad de Ciencias de la Salud

TERCERO: Realizada la Sustentación, el Jurado levantará el Acta en el libro respectivo, donde indicará el resultado obtenido por el Bachiller sustentante.

CUARTO: La Dirección de la Escuela Profesional de Medicina Humana, la Comisión de Grados y Títulos de la Facultad de Ciencias de la Salud y el jurado, quedan encargados de dar cumplimiento a la presente Resolución.

Regístrese, Comuníquese y Cúmplase.

Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez"
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DECANA
Dra. ELIZABETH MARGAS ONOFRE
COR 2034
DECANA

DISTRIBUCIÓN:
- Jurados (3)
- Interesado (1)
- Asesor de Tesis (1)
- Archivo FCS 2023(1)

**RESOLUCIÓN DECANAL N° 960 -2024-D-FCS-UANCV**

Juliaca, 01 de agosto del 2024

VISTOS:

El Informe N° 016-2024-UI-FCS-UANCV-J emitido por la Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud, de fecha 30 de julio de la E.P. de Medicina Humana; quien solicita la aprobación del Informe Final Titulado: **FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS RELACIONADOS CON LA SEVERIDAD DE LA PANCREATITIS EN PACIENTES DEL HOSPITAL SAN MARTIN DE PORRES, MACUSANI 2024** conducente para optar el título Profesional de **MÉDICO CIRUJANO**

Que, la Dirección de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud en cumplimiento a la Resolución N° 102-2023-CF-FCS-UANCV y con la aprobación del informe final por los siguientes miembros de jurado y asesor:

- * **PRESIDENTE** : Dra. MARIA AMPARO DEL PILAR CHAMBI CATAORA
- * **1er. Miembro** : Mgtr. SANTIAGO CRISTOBAL QUISPE PARI
- * **2do. Miembro** : Dra. INGRID LIZ QUISPE TICONA

- * **Asesor (a)** : Dra. MARYLUZ CRUZ COLCA

Estando la opinión técnica favorable de la Unidad de Investigación, en concordancia con el Reglamento de la Unidad de Investigación de Ciencias de la Salud y en uso de las atribuciones que le confiere la Ley Universitaria N° 30220, Ley de Creación de la UANCV N° 23738 y modificatoria, Resolución de Institucionalización 1287-92-NAR. D.L. N° 739 y el estatuto de la UANCV, la Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud.

SE RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO.- APROBAR, el **INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN**, presentado por el (la) egresado(a) **VALENCIA ROSELLO ELIVELTON** para optar el Título Profesional de **MÉDICO CIRUJANO** con la Tesis titulado: **FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS RELACIONADOS CON LA SEVERIDAD DE LA PANCREATITIS EN PACIENTES DEL HOSPITAL SAN MARTIN DE PORRES, MACUSANI 2024** conducente para optar el título Profesional de **MÉDICO CIRUJANO**

ARTICULO SEGUNDO.- DISPONER que, La Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud y secretaria académica de la facultad de ciencias de la salud, quedan encargados del cumplimiento de la presente Resolución.

Regístrese, Comuníquese, Archívese.

Universidad Andina "Nestor Cáceres Velásquez"
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUDDra. ELIZABETH VARGAS ONOFRE
COP2034
DECANA

Distribución: Decanato, EP: MEDICINA HUMANA, Secretaria Académica, Archivo.

**"NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"****RESOLUCIÓN DECANAL N° 380-2024-D-FCS-UANCV**

Juliaca, 26 de abril del 2024

VISTOS:

El Informe N° 025-2024-UI-FCS-UANCV-J emitido por la Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud, y la copia del acta de Registro de la Propuesta de Investigación de fecha 19 de abril de la E.P. de Medicina Humana, folio 0000006;

CONSIDERANDO:

Que, el (la) egresado (a) **VALENCIA ROSELLO ELIVELTON** presentado y solicitado la aprobación de la propuesta de Investigación titulado: **FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS RELACIONADOS CON LA SEVERIDAD DE LA PANCREATITIS EN PACIENTES DEL HOSPITAL SAN MARTIN DE PORRES, MACUSANI 2024**

Que, la Dirección de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud en cumplimiento a la Resolución N° 102-2023-CF-FCS-UANCV comunico que el **Comité de Investigación** para la evaluación de la propuesta de Investigación está conformado por los siguientes docentes

- * **Presidente** : **Dra. MARIA AMPARO DEL PILAR CHAMBI CATAORA**
- * **1er. Miembro** : **Dra. SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA**
- * **2do. Miembro** : **Dra. INGRID LIZ QUISPE TICONA**

Que, la Directora de la Unidad de Investigación ha emitido la Opinión Técnica N° 117 2024-UANCV-FCS-UI-CI sobre la evaluación de la propuesta de investigación, emitiendo opinión favorable para que se emita la resolución de aprobación de la propuesta de investigación;

Estando opinión técnica favorable de la Unidad de Investigación, en concordancia con el Reglamento de la Unidad de Investigación de Ciencias de la Salud y en uso de las atribuciones que le confiere la Ley Universitaria N° 30220, Ley de Creación de la UANCV N° 23738 y modificatoria, Resolución de Institucionalización 1287-92-NAR. D.L. N° 739 y el estatuto de la UANCV, la Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud.

SE RESUELVE:

APROBAR, la **PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN**, presentado por el (la) egresado(a) **VALENCIA ROSELLO ELIVELTON**, para optar el Título Profesional de **MÉDICO CIRUJANO** titulado: **FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS RELACIONADOS CON LA SEVERIDAD DE LA PANCREATITIS EN PACIENTES DEL HOSPITAL SAN MARTIN DE PORRES, MACUSANI 2024**

La propuesta de Investigación deberá **ejecutarse** de acuerdo a lo establecido en el Reglamento de la Unidad de Investigación con fines de obtención de Grados Académicos y Títulos Profesionales, y el Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Ciencias de la Salud.

ARTICULO SEGUNDO.- RECONOCER, como **ASESOR(A) DE LA PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN** al(la) Docente Ordinario(a) de la Facultad de Ciencias de la Salud **.Dra. MARYLUZ CRUZ COLCA**

ARTICULO TERCERO.- DISPONER que, La Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud y la Directora de la Escuela profesional de Medicina Humana, quedan encargados del cumplimiento de la presente Resolución.

Regístrese, Comuníquese, Archívese.

Distribución: Decanato, EP: ENH

Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez"
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Dra. ELIZABETH VARGAS ONOFRE

COP 2034
DECANA



FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS RELACIONADOS CON LA SEVERIDAD DE LA PANCREATITIS EN PACIENTES DEL HOSPITAL SAN MARTIN DE PORRES, MACUSANI 2024

INFORME DE ORIGINALIDAD

24%

INDICE DE SIMILITUD

22%

FUENTES DE INTERNET

5%

PUBLICACIONES

14%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE


FUENTES PRIMARIAS

1	Submitted to Universidad Andina Nestor Caceres Velasquez Trabajo del estudiante	7%
2	repositorio.uancv.edu.pe Fuente de Internet	1%
3	Submitted to Escuela de Posgrado Newman Trabajo del estudiante	1%
4	repositorio.unicauca.edu.co:8080 Fuente de Internet	1%
5	repositorio.upsc.edu.pe Fuente de Internet	1%
6	empendium.com Fuente de Internet	1%
7	repositorio.unjfsc.edu.pe Fuente de Internet	1%
8	repositorio.uncp.edu.pe Fuente de Internet	1%



Metadatos complementarios - UANCV

TITULO DE TESIS	
FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS RELACIONADOS CON LA SEVERIDAD DE LA PANCREATITIS EN PACIENTES DEL HOSPITAL SAN MARTIN DE PORRES, MACUSANI 2024	
Datos de autor	
Nombres y apellidos	Elivelton Valencia Rosello
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	71839635
URL de ORCID	https://orcid.org/0009-0000-5111-185X
Datos de asesor	
Nombres y apellidos	Maryluz Cruz Colca
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	29590767
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0003-4379-558X
Datos del jurado	
Presidente del jurado	
Nombres y apellidos	Maria Amparo del Pilar Chambí Catacora
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	02405808
Miembro del jurado 1	
Nombres y apellidos	Santiago Cristobal Quispe Pari
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	02379055
Miembro del jurado 2	
Nombres y apellidos	Ingrid Liz Quispe Ticona
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	02449475

Datos de investigación	
Línea de investigación	Medicina Clínica P09
Grupo de investigación	No aplica.
Agencia de financiamiento	Sin financiamiento.
Ubicación geográfica de la investigación	<p>Dirección: Hospital San Martín de Porres País: Perú Departamento: Puno Provincia: Carabaya Distrito: Macusani Calle: Av. Simón Bolívar s.n. - Carretera a Ayapata 5.7 Km, Macusani, Puno, Perú</p> <p>Coordenadas GD WHMP+G2 Macusani Latitud: 14°03'57.7"S Longitud: 70°24'53.9"W</p> 
Año o rango de años en que se realizó la investigación	Enero 2023 – abril del 2024
URL de disciplinas OCDE https://concytec-pe.github.io/Peru-CRIS/vocabularios/ocde_ford.html - Librería	<p>Medicina clínica https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.00 Gastroenterología, hepatología https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.19</p>

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN
DIRECTORA
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN FCS





DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo ELIVELTON VALENCIA ROSELLO, identificado con DNI Nro. 71839635 en mi condición de egresado de:

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

MEDICINA HUMANA

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

FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS RELACIONADOS CON LA SEVERIDAD DE LA PANCREATITIS EN PACIENTES DEL HOSPITAL SAN MARTIN DE PORRES, MACUSANI 2024

Asesorado por: DR. MARYLIZ CRUZ COLCA

Es un tema original.

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

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

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

El incumplimiento de lo declarado da lugar a responsabilidad del declarante, en consecuencia; a través del presente documento asumo frente a terceros, la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez y/o la Administración Pública toda responsabilidad que pueda derivarse por el trabajo final presentado. Lo señalado incluye responsabilidad pecuniaria incluido el pago de multas u otros por los daños y perjuicios que se ocasionen.

Juliaca, 25 de OCTUBRE del 2024


Firma del Asesor (obligatoria)


Firma del Estudiante (obligatoria)



Huella



DEDICATORIA

El presente trabajo va dedicado con mucho cariño a mí familia. Principalmente, a mis papitos que me apoyaron en los buenos y malos momentos. A mi hermanita Yenifer gracias por estar a mi lado apoyándome y demostrándome cómo afrontar las dificultades sin perder nunca mi propósito.

Familia querida ustedes fueron mi fuente de motivación e inspiración para hacer realidad mis sueños, la persona que hoy soy es el resultado de todo el esfuerzo que dieron cada día.



AGRADECIMIENTO

Me siento muy agradecido con mi Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez, por haberme impartido conocimientos a través de mis maestros. Además, agradezco a mi carrera de Medicina Humana por haberme permitido ser uno de los hijos que acogió para formar un gran profesional lleno de valores invaluables.



ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
ÍNDICE GENERAL	v
ÍNDICE DE TABLAS	viii
ÍNDICE DE FIGURAS.....	x
RESUMEN	xii
ABSTRACT	xiii
INTRODUCCIÓN	xiv

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.....	1
1.2. FORMULACIÓN DEL PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
Problema General.....	3
Problemas Específicos	3
1.3. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO.....	3
Justificación Teórica	3
Justificación Practica	4
Justificación Metodológica.....	5
1.4. OBJETIVOS.....	5
Objetivo general.....	5
Objetivos Específicos.....	5
1.5. HIPÓTESIS.....	6
Hipótesis General.....	6
Hipótesis Específicas	6



1.6. VARIABLES..... 7

1.7. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES 8

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN..... 9

 2.1.1. A Nivel Internacional 9

 2.1.2. Antecedentes a Nivel Nacional 13

 2.1.3. Antecedentes a Nivel Regional..... 17

2.2. MARCO TEÓRICO..... 22

2.3. MARCO CONCEPTUAL 47

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN 49

3.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN..... 49

3.3. MÉTODO O MÉTODOS APLICADOS A LA INVESTIGACIÓN..... 50

3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA 50

3.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS..... 51

3.6. PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS..... 51

3.7. CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS..... 52

3.8. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO. 52

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. RESULTADOS Y DISCUSIÓN..... 53

DISCUSIÓN 96

CONCLUSIONES 98



RECOMENDACIONES.....	100
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	102
ANEXOS	107
Anexo 1 Matriz de consistencia	108
Anexo 2 Matriz de sistematización de datos	110
Anexo 3 Ficha de recolección de datos.....	115
Anexo 4 Guía de observación.....	118
Anexo 5 Validación de expertos	119
Anexo 6 Constancia.....	125
Anexo 7 Evidencias	126



ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 01 Sexo y su relación con la severidad de la pancreatitis en pacientes del Hospital San Martin de Porres de Macusani 2024.....	56
Tabla 02 Edad cronológica y su relación con la severidad de la pancreatitis en pacientes del Hospital San Martin de Porres de Macusani 2024.....	59
Tabla 03 Procedencia y su relación con la severidad de la pancreatitis en pacientes del Hospital San Martin de Porres de Macusani 2024.....	62
Tabla 04 Etiología y su relación con la severidad de la pancreatitis en pacientes del Hospital San Martin de Porres de Macusani 2024.....	65
Tabla 05 IMC y su relación con la severidad de la pancreatitis en pacientes del Hospital San Martin de Porres de Macusani 2024.....	68
Tabla 06 Glicemia y su relación con la severidad de la pancreatitis en pacientes del Hospital San Martin de Porres de Macusani 2024.....	71
Tabla 07 Hematocrito y su relación con la severidad de la pancreatitis en pacientes del Hospital San Martin de Porres de Macusani 2024.....	74



Tabla 08	Escala de gravedad APACHE II y su relación con la severidad de la pancreatitis en pacientes del Hospital San Martín de Porres de Macusani 2024...	77
Tabla 09	BUN y su relación con la severidad de la pancreatitis en pacientes del Hospital San Martín de Porres de Macusani 2024.....	80
Tabla 10	Estado de salud mental y su relación con la severidad de la pancreatitis en pacientes del Hospital San Martín de Porres de Macusani 2024.....	83
Tabla 11	Respuesta inflamatoria y su relación con la severidad de la pancreatitis en pacientes del Hospital San Martín de Porres de Macusani 2024.....	86
Tabla 12	Evaluación pleural y su relación con la severidad de la pancreatitis en pacientes del Hospital San Martín de Porres de Macusani 2024.....	89
Tabla 13	Hallazgos tomográficos y su relación con la severidad de la pancreatitis en pacientes del Hospital San Martín de Porres de Macusani 2024....	92
Tabla 14	Pancreatitis según severidad en pacientes del Hospital San Martín de Porres de Macusani 2024....	95



ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1 Sexo y su relación con la severidad de la pancreatitis en pacientes del Hospital San Martin de Porres de Macusani 2024.....	57
Figura 2 Edad cronológica y su relación con la severidad de la pancreatitis en pacientes del Hospital San Martin de Porres de Macusani 2024.....	60
Figura 3 Procedencia y su relación con la severidad de la pancreatitis en pacientes del Hospital San Martin de Porres de Macusani 2024.....	63
Figura 4 Etiología y su relación con la severidad de la pancreatitis en pacientes del Hospital San Martin de Porres de Macusani 2024.....	66
Figura 5 IMC y su relación con la severidad de la pancreatitis en pacientes del Hospital San Martin de Porres de Macusani 2024.....	69
Figura 6 Glicemia y su relación con la severidad de la pancreatitis en pacientes del Hospital San Martin de Porres de Macusani 2024.....	72
Figura 7 Hematocrito y su relación con la severidad de la pancreatitis en pacientes del Hospital San Martin de Porres de Macusani 2024.....	75



Figura 8	Escala de gravedad APACHE II y su relación con la severidad de la pancreatitis en pacientes del Hospital San Martín de Porres de Macusani 2024...	78
Figura 9	BUN y su relación con la severidad de la pancreatitis en pacientes del Hospital San Martín de Porres de Macusani 2024.....	81
Figura 10	Estado de salud mental y su relación con la severidad de la pancreatitis en pacientes del Hospital San Martín de Porres de Macusani 2024.....	84
Figura 11	Respuesta inflamatoria y su relación con la severidad de la pancreatitis en pacientes del Hospital San Martín de Porres de Macusani 2024.....	87
Figura 12	Evaluación pleural y su relación con la severidad de la pancreatitis en pacientes del Hospital San Martín de Porres de Macusani 2024.....	90
Figura 13	Hallazgos tomográficos y su relación con la severidad de la pancreatitis en pacientes del Hospital San Martín de Porres de Macusani 2024....	93
Figura 14	Pancreatitis según severidad en pacientes del Hospital San Martín de Porres de Macusani 2024....	96



RESUMEN

Objetivo: Determinar los factores epidemiológicos relacionados con la severidad de la pancreatitis en pacientes del Hospital San Martín de Porres de Macusani 2024. **Metodología:** Trabajo de investigación de diseño no experimental, de tipo descriptivo, analítico y transversal, con una muestra de 114 pacientes, **Resultados:** Los factores epidemiológicos relacionados con la severidad de la pancreatitis en pacientes del Hospital San Martín de Porres, Macusani 2024, son: 68,42% es de sexo femenino ($ns=0,000$), 77,19% es menor a 60 años, 57,89% es de procedencia urbano ($ns=0,000$), 96,49% es de etiología biliar ($ns=0,000$), 57,89% con IMC < 25 KG/M² ($ns=0,000$), 88,60% tiene glicemia < 200 mg/dl ($ns=0,000$), 84,21% presenta hematocrito >40% ($ns=0,026$), 97,37% tiene una escala de <8 puntos de gravedad apache II ($ns=0,000$), 57,02% tiene una urea < 25 mg/dl ($ns=0,010$), 95,61% tiene un estado de salud mental normal ($ns=0,003$), 64,04% tiene una respuesta inflamatoria normal ($ns=0,033$), 74,56% tiene evaluación pleural normal ($ns=0,000$), 89,47% en la tomografía se hallaron páncreas normal ($ns=0,008$), según la severidad de la pancreatitis el 74,56% presenta una pancreatitis leve, el 18,42% es moderadamente grave, 7,02% presenta una pancreatitis grave. **Conclusión:** Los factores epidemiológicos están relacionados con el grado de severidad de la pancreatitis en pacientes del Hospital San Martín de Porres, Macusani 2024.

Palabras clave: Factores epidemiológicos, severidad, pancreatitis.



ABSTRACT

Objective: Determine the epidemiological factors related to the severity of pancreatitis in patients at the San Martin de Porres Hospital in Macusani 2024.

Methodology: Non-experimental research work, descriptive, analytical and transversal, with a sample of 114 patients. **Results:** The epidemiological factors

related to the severity of pancreatitis in patients at the San Martin de Porres Hospital in Macusani 2024 are: 68.42% are female (ns=0.000), 77.19% are under 60 years of age, 57.89% are of urban origin (ns=0.000), 96.49% are of biliary etiology (ns=0.000), 57.89% have IMC < 25 KG/M2 (ns=0.000), 88.60% have glycemia < 200 mg/dl (ns=0.000), 84.21% have hematocrit >40% (ns=0.026), 97.37% have a scale of < 8 Apache II severity points (ns=0.000), 57.02% have a urea < 25 mg/dl (ns=0.010) , 95.61% have a normal mental health status (ns=0.003), 64.04% have a normal inflammatory response (ns=0.033), 74.56% have a normal pleural evaluation (ns=0.000), 89.47 % in the tomography a normal pancreas was found (ns=0.008), according to the severity of the pancreatitis, 74.56% had mild pancreatitis, 18.42% had moderately severe pancreatitis, and 7.02% had severe pancreatitis. **Conclusion:** Epidemiological factors are related to the severity of pancreatitis in patients at the San Martin de Porres Hospital in Macusani 2024.

Keywords: Epidemiological factors, severity, pancreatitis.



INTRODUCCIÓN

Para culminar satisfactoriamente a nivel universitario y poder obtener mi título profesional de médico cirujano fue imperioso elaborar un trabajo de investigación, habiendo planteado este estudio titulado: "FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS RELACIONADOS CON LA SEVERIDAD DE LA PANCREATITIS EN PACIENTES DEL HOSPITAL SAN MARTIN DE PORRES, MACUSANI 2024" considerando que es un problema de salud cada vez más prevalencia en la población de la región de Puno. Este trastorno gastrointestinal requiere hospitalización y, aunque predomina los cuadros leves, un 30% son moderadamente severos y un 10% son severos. Las consecuencias más severas incluyen el fallo orgánico, el primordial determinante de severidad y causa de mortalidad temprana. La mortalidad en casos de pancreatitis aguda puede llegar hasta un 3 a 6%, aumentando a 30% en pacientes con pancreatitis severa. Infecciones secundarias, como la pancreatitis necrosada, infectada y los cuadros sépticos, son los causantes de un número significativo de muertes en las últimas décadas. Esta condición según la clasificación de Atlanta se divide en tres categorías: pancreatitis leve, si no existe un fallo de orgánico ni complicaciones locales o sistémicas, pancreatitis moderadamente severa si da si existe falla temporal de órganos resuelta en menos de 48h o complicaciones locales o sistémicas en falta de falla orgánica constante y pancreatitis severa, en la que se desarrolla falla orgánica constante, pudiendo ser una falla única o multiorgánica. El capítulo I contiene: el planteamiento del problema, justificación, objetivos hipótesis, variables; el capítulo II contiene: marco teórico; el capítulo III contiene: metodología de la investigación; el capítulo IV contiene: resultados y discusión.



CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

A nivel internacional

La Organización Mundial de la Salud, describe a la pancreatitis aguda como la inflamación aguda del tejido pancreático, que representa el tercer origen de hospitalización de origen gastrointestinal en países desarrollados como EEUU, del total de pacientes diagnosticados el 80% ha desarrollado cuadro de pancreatitis aguda leve, llegando a complicarse el 20% lo cual generó incremento en la morbilidad con un alto riesgo de mortalidad, los datos epidemiológicos en cuanto a la pancreatitis aguda por lo general resulta muy escasos, estudios realizados en países como: Perú, Ecuador, Argentina, Chile y Brasil, el factor de mayor incidencia etiológica es de etiología biliar 60 a 70%, el consumo de alcohol en un 10 a 20%, en cuanto a la mortalidad puede alcanzar hasta un 5 a 30%, presentando diferencias clínicas, desde formas leves, hasta cuadros severos presentando elevada mortalidad sobrepasando el 30%, el diagnóstico oportuno dentro de las 48h y la identificación del cuadro clínico así como diagnóstico y la clasificación según los criterios



severidad, son primordiales para el inicio precoz de abordaje terapéutico, esto nos va a garantizar resultados e impactos favorables sobre el pronóstico de los pacientes. ⁽¹⁾

A NIVEL NACIONAL

En Perú, la severidad de la pancreatitis aguda puede identificarse en las primeras 48 horas si se realiza un buen diagnóstico. El predictor ideal para evaluar la severidad debe ser dinámico, sencillo, mínimamente invasivo y puntual, esto para reconocer a los pacientes que presenten elevado riesgo de mortalidad.

Existen varios sistemas de clasificación que se desarrollaron con el fin de diagnosticar la pancreatitis aguda, entre los que se incluyen. Aunque estos sistemas determinan los niveles de especificidad y sensibilidad admisibles, se da por lo general pasadas las 24 horas.

La pancreatitis aguda presenta una prevalencia elevada en pacientes inferiores de 60 años y en mujeres, según diversas revisiones bibliográficas e investigaciones. Los pacientes afectados suelen ser ingresados a través del servicio de emergencia. ⁽²⁾

A nivel regional

En la región Puno el problema de la pancreatitis aguda, también se presentó con bastante recurrencia, además se encuentra estrechamente relacionado a una serie de patologías agudas y/o crónicas, por lo que hablamos de una enfermedad con elevada prevalencia, es motivo de preocupación, especialmente si hay factores etiológicos que la causan. Para abordar este problema, es importante identificar los factores epidemiológicos relacionados con la pancreatitis aguda. Esto incluye

identificar los riesgos que conllevan al ingreso de pacientes adultos con esta condición en el Hospital de Macusani. El análisis de los factores epidemiológicos permitirá comprender mejor las causas subyacentes en la región, facilitando la implementación de medidas preventivas y tratamientos más efectivos. ⁽³⁾

1.2. FORMULACIÓN DEL PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Problema General

PG ¿Cuáles son los factores epidemiológicos relacionados con la severidad de la pancreatitis en pacientes del Hospital San Martín de Porres, Macusani 2024?

Problemas Específicos

PE₁ ¿Cuáles son los factores demográficos relacionadas con la severidad de la pancreatitis en pacientes del Hospital San Martín de Porres?

PE₂ ¿Cuáles son los factores de la valoración clínica relacionadas con la severidad de la pancreatitis en pacientes del Hospital San Martín de Porres?

PE₃ ¿Cuáles son los factores del Score BISAP relacionadas con la severidad de la pancreatitis en pacientes del Hospital San Martín de Porres?

PE₄ ¿Cuál es la severidad de la pancreatitis en pacientes del Hospital San Martín de Porres?

1.3. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO.

Justificación Teórica



Se justifica el estudio de la pancreatitis aguda debido a su prioridad en la atención de emergencias y al incremento de su prevalencia con el pasar del tiempo. Esta patología se ha convertido en una de las primordiales causas de hospitalización, con un grado severidad que variable 20 y el 25%, y mortalidad del 30% en cuadros severos.

La pancreatitis aguda, se distingue por la tumefacción súbita de la glándula pancreática, puede incrementar significativamente la morbilidad y la mortalidad si no se identifica y trata oportunamente.

Es crucial reconocer a los pacientes que necesiten tratamiento intensivo a la admisión. Además, es necesario clasificarlos en subgrupos en presencia de problemas persistentes o complicaciones locales o sistémicas. Este estudio permitirá: Mejorar la atención de emergencias: Identificando rápidamente a los pacientes que requieren intervención inmediata. Desarrollar estrategias de prevención y tratamiento: Basadas en una disección exhaustiva de los causantes epidemiológicos y de amenaza. Reducir la morbilidad y mortalidad: A través de un diagnóstico y tratamiento temprano y efectivo.

Justificación Practica

Se justifica en este estudio de análisis que las primordiales causas de pancreatitis son la presencia de litos de origen biliar, ingesta excesiva de alcohol, pudiendo desencadenar daños colaterales en la morbilidad de la población, por ello es primordial la organización de una medición inmediata y violento en cuadros más severos es crucial para reducir las complicaciones y las estancias hospitalarias, esta patología en su mayoría presenta una mayor incidencia en pacientes en menores de



60 años, existen guías, escalas y biomarcadores que ayudan a predecir la evolución en los pacientes e identificar los casos con mayor severidad, sin embargo este proyecto realizó una investigación debido al incremento de casos de pancreatitis en los últimos años y la elevada prevalencia, que se da en esta parte de la región de Puno.

Justificación Metodológica

Se justifica el análisis de este estudio para poder revisar la bibliografía y estudios recientes que nos permitan comprender y abordar la problemática de la pancreatitis punzocortante, mediante el procedimiento de investigación adecuada, poder entender y dar respuestas a esta problemática de salud, considerando que la severidad de la pancreatitis punzocortante aun es considerado el componente relevante para estudiar esta patología, dado que las causas variable de la enfermedad impacta directamente en su severidad durante su evolución, teniendo una alta probabilidad de desencadenar la morbimortalidad.

1.4. OBJETIVOS

Objetivo general

OG Determinar los factores epidemiológicos relacionados con la severidad de la pancreatitis en pacientes del Hospital San Martin de Porres de Macusani 2024.

Objetivos Específicos

OE₁ Analizar los factores demográficos relacionadas con la severidad de la pancreatitis en pacientes del Hospital San Martin de Porres.



- OE₂** Describir los factores de la valoración clínica relacionadas con la severidad de la pancreatitis en pacientes del Hospital San Martin de Porres.
- OE₃** Estudiar los factores del Score BISAP relacionadas con la severidad de la pancreatitis en pacientes del Hospital San Martin de Porres.
- OE₄**: Describir la severidad de la pancreatitis en pacientes del Hospital San Martin de Porres.

1.5. HIPÓTESIS

Hipótesis General

- HG** Los factores epidemiológicos están relacionados con la severidad de la pancreatitis en pacientes del Hospital San Martin de Porres de Macusani 2024.

Hipótesis Específicas

- HE₁** Los factores demográficos están relacionados con la severidad de la pancreatitis en pacientes del Hospital San Martin de Porres.
- HE₂** Los factores de la valoración clínica están relacionados con la severidad de la pancreatitis en pacientes del Hospital San Martin de Porres.
- HE₃** Los factores del Score BISAP están relacionados con la severidad de la pancreatitis en pacientes del Hospital San Martin de Porres.
- HE₄** La severidad de la pancreatitis en pacientes del Hospital San Martin de Porres es leve la que se presenta con mayor frecuencia.



1.6. VARIABLES

Variable 1: Factores epidemiológicos.

Variable 2: Severidad de la pancreatitis.



1.7. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE VALOR	TIPO DE VARIABLE	
1. Variable 1 Factores epidemiológicos	1.1. Factores demográficos	1.1.1. Sexo	a) Masculino b) Femenino	Nominal	
		1.1.2. Edad cronológica	a) Menor a 60 b) Mayor a 60	Ordinal	
		1.1.3. Procedencia	a) Urbano b) Rural	Nominal	
	1.2. Valoración clínica	1.2.1. Etiología	a) Biliar b) Alcohólica c) Otras	Nominal	
		1.2.2. IMC	a) < 25 kg/m ² b) ≥ 25 kg/m ²	Ordinal	
		1.2.3. Glicemia	a) < 200 mg/dl b) ≥ 200 mg/dl	Ordinal	
		1.2.4. Hematocrito	a) < 40% b) > 40%	Ordinal	
		1.2.5. Escala de gravedad Apache II	a) < 8 puntos b) ≥ 8 puntos	Ordinal	
	1.3. SCORE BISAP	1.3.1. Nitrógeno ureico en sangre (BUN)	a) < 25 mg/dl b) > 25 mg/dl	Ordinal	
		1.3.2. Estado de salud mental	a) Normal b) Alterado	Nominal	
		1.3.3. Respuesta inflamatoria	a) Normal b) Síndrome de respuesta inflamatoria sistema SIRS	Nominal	
		1.3.4. Efusión pleural	a) Normal b) Presencia de efusión pleural	Nominal	
		1.3.5. Hallazgos tomográficos	a) Páncreas típico b) Aumento del tamaño del páncreas c) Agravamiento de la grasa pancreática y peripancreática d) Un surtido de fluidos e) Al menos dos surtidos de fluidos así como aire circulante por retroperitoneo	Nominal	
	2. Variable 2 Severidad de la Pancreatitis		2.1. Pancreatitis según severidad	a) Leve b) Moderadamente grave c) Grave	Ordinal



CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1. A Nivel Internacional

García L. Objetivo: Describir pacientes con pancreatitis intensa según indicación terapéutica obtenida en la Clínica Clínic Quirúrgico Lucia Iñiguez Landín. Estrategias: Investigación caso-control en pacientes con pancreatitis intensa. Se desglosaron factores clínicos y epidemiológicos. Resultados: El grupo etario entre 45 - 54 años de edad ganó con el 40%, con una media y desviación estándar de $52,56 \pm 14,65$, el sexo femenino predominó con el 60%, el signo primario fue tormento estomacal el 100%, en alusión a la etiología, la más continua fue la biliar 53. 33%, según la disposición morfológica la ocurrencia más notable fue edematosa intersticial 62,22%, 40,00% introdujo pancreatitis suave; y según Ranson, abordado por pancreatitis intensa no grave en 53,33%, 44,44% introdujo Escala de Balthazar tipo C, los enredos cardiovasculares ganaron 33,33%. Fin: En la revisión, los pacientes con pancreatitis intensa que recibieron tratamiento



médico y preciso actuaron igual, las variables presuntivas de gravedad fueron más críticas en los pacientes que recibieron terapia cuidadosa. (4)

Rodríguez C. Se evaluó el uso del biomarcador PSP como indicador pronóstico de gravedad en pacientes con pancreatitis aguda, y sus resultados se compararon con los de otros biomarcadores. El proceso: En el estudio multicéntrico prospectivo, participaron los pacientes admitidos con un diagnóstico de pancreatitis aguda según los criterios de Atlanta de 2012. En última instancia, los resultados: El promedio era de 68.6 años, y el 51.9% de los participantes eran mujeres. En el 87.3% de los casos, se encontró pancreatitis edematosa aguda, mientras que el 12.7% restante de los casos presentó pancreatitis necrotizante. El 24,6% de los pacientes experimentó insuficiencia de órganos durante su estancia en el hospital. Los casos se clasificaron como pancreatitis leve en 72,8% de los casos, moderada a grave en 14,9%, grave en 9,0% y crítica en 3,4%. Durante su estancia en el hospital, el 4,1% de los pacientes con pancreatitis aguda murieron y el 14,9% fueron admitidos en UCI. En términos de extermínio hospitalaria, admisión a la unidad de atención intensiva y severidad de la predicción de la enfermedad, el PSP tenía un mayor ROC de AUC que los otros marcadores (0.828, 0.777-0.871, 0.794, and 0.742-0.841). PlayStation portátil Durante las siguientes 48 horas, el biomarcador mostró una capacidad predictiva aún mayor para el evento de



gravedad [0.891 (0.846-0.927)]. y aceptación a la UCI [0.887 (0.843-0.922)]. La tasa de mortandad intrahospitalaria es de 0.837 (IC del 95%: 0.786-0.881). Desenlace: Existe una necesidad indiscutible de escalas que ayuden al personal a evaluar el pronóstico de la pancreatitis aguda al llegar a los servicios de emergencia, y el marcador de PSP es de la máxima importancia en la evaluación del páncreas ⁽⁵⁾

Bogan P. Bretaña, D. Factores que son constantes y pertinentes para mejorar la atención al paciente. Estados Unidos de América: 2022. El objetivo era analizar la importancia de la recurrencia en la pancreatitis aguda, incluyendo su causa y los factores de riesgo asociados. Los métodos de investigación incluyen enfoques descriptivos, correlacionales, prospectivos y transversales. Resultados finales: La pancreatitis sutil es una causa común de hospitalización y está asociada con estrictas pautas de readmisión para garantizar resultados clínicos óptimos. En casos severos de pancreatitis biliar, la realización inmediata de una colonoscopia después de la admisión y la abstención del consumo de alcohol en casos graves de pancreatitis causada por el consumo excesivo de alcohol reducen significativamente las tasas de readmisión. Es determinado que, debido a las numerosas clasificaciones que señalan la gravedad del malestar, deberíamos enfocarnos en las tasas de recurrencia en pacientes con pancreatitis sutil que presentan el mayor riesgo. ⁽⁶⁾



Abdul-Rahman H. L. Pancreatitis en pacientes de una clínica de EE.UU.; 2022. Objetivo: Analizar la pancreatitis súbita sin necrosis ni contaminación en pacientes de un Hospital de EE.UU. Método: estudio no experimental, descriptivo, transversal. Resultados: Se evidenció que los pacientes en su mayoría reingresaron a los 90 días después del alta, tuvieron la mayor tasa de ingreso en segunda oportunidad a los 90 días, El diagnóstico primario más común en las readmisiones fue la pancreatitis aguda sin necrosis o infección. Una conclusión del análisis de los factores que pueden indicar la readmisión más probable es que los pacientes femeninos y los grupos de edad mayor presentaban tasas de readmisión más bajas. Un segundo episodio era más probable en los pacientes despedidos contra el asesoramiento médico. La úlcera gástrica tenía el mayor riesgo de readmisión entre las comorbidades estudiadas. Se determinó que los pacientes con pancreatitis biliar aguda que no cogieron procedimientos durante su estancia en el hospital tenían un riesgo más alto de necesitar una readmisión. (7)

Vivek K. Pacientes con pancreatitis aguda: predictores de readmisión. Estados Unidos de América: 2022. Objetivo final: Se examinaron las tasas de readmisión a 30 días, la carga económica entre los pacientes con pancreatitis aguda y el impacto perjudicial de la rehospitalización en los resultados de los pacientes. Enfoque: Diseño de estudio transversal, descriptivo, analítico,



experimental. Resultados finales: Entre las causas primarias de alto riesgo, como la deficiencia cardíaca subita, el shock y un aumento de la tasa de mortalidad hospitalaria, el 14,6% de los pacientes que regresaron al hospital dentro de los 30 días siguientes a su visita no selectiva a la sala de emergencia tenían un mayor riesgo de recurrencia durante la primera semana después de la visita. Se ha demostrado que la readmisión está asociada con un aumento de la morbilidad y la mortalidad en los hospitales. ⁽⁸⁾

2.1.2. Antecedentes a Nivel Nacional

Rojas E. F. Objetivo final: Se identificaron La frecuencia de la pancreatitis tratada en el Hospital Regional de Enseñanza de Cajamarca y elementos relacionados de peligro conocidos. Para ello llevó una tesis descriptivo, retrospectivo y analítico de asuntos y inspecciones. Durante la ejecución se examinaron 124 documentos médicos registrados. Los resultados finales fueron: La edad media era de cuarenta a siete \pm 11,1 años, y el 75,1% de los participantes eran mujeres. En nuestro estudio, encontramos que la etiología biliar representaba el 95,8% de las recurrencias de pancreatitis, que ocurrían en el 11,03% de la población. Además, se identificaron elementos de peligro significativos para la pancreatitis aguda antes de la admisión como comorbilidades, incumplimiento de la colonoscopia y ERCP. Colicistectomía (OR 5,72; $p < 0,05$), ERCP (OR 3,07; $P < 0,05$) y comorbilidad (OR 10,6; $p < 0,05$). En conclusión, comorbilidad, mal funcionamiento de la



colecistectomía y ERCP fueron los elementos de riesgo vinculados con la pancreatitis aguda recurrente. ⁽⁹⁾

Espinoza G. Y. Objetivo: Este estudio se enfocó en determinar una serie de tipos, longitudinal y retrospectivo. Conclusiones: En relación con los resultados, el 61,2% de las mujeres estaban en un estado de cohabitación matrimonial, el 48,6% tenían al menos un nivel secundario de educación, y la duración medio del recinto en el hospital fue de 11,13 días. Además, había una prevalencia del 100% de dolor de estómago, el 66% tenía cálculos biliares, el 90,3% tenía derrame pleural, el 47,8% tenía un nivel de Balthazar E, y el fundamento primordial era de inicio biliar con el 78,3%. Con 38.44 casos por cada 10.000 admisiones, la tasa de mortalidad era del 13,95%, y el 13,18% de los pacientes enviados a la UCI murieron como resultado. Conclusión: Se observó que las mujeres eran más comunes, con una edad media de 41,71 años y un nivel de educación secundaria. El síntoma principal era el dolor de estómago, y la etiología más prominente era el origen biliar, que representaba el 78,3%., con referencia a la evolución de imágenes la ecografía abdominal determino que hubo una elevada prevalencia de colelitiasis. ⁽¹⁰⁾

Girón C. A. Objetivo final: El objetivo era decidir la visualización de la pancreatitis intensa relacionada con la gravedad clínica y la administración de remedios en el Consultorio Local de Huacho. Procedimiento a seguir: Un centenar de pacientes internados con

pancreatitis sutil que recibieron tratamiento en la instalación fueron objeto de un estudio de correlación cuantitativa descriptiva. Se informó de un total de 106 pacientes con pancreatitis aguda, con mujeres representando el 73,6% de los casos. En el grupo masculino, el 92,3% de los casos se diagnostican como pancreatitis aguda leve y el 7,3% como pancreatitis grave aguda. Además, el 93,3% presenta un grado de pancreatitis aguda leve y el 6,7% muestra criterios de gravedad severa. Reflexiones finales: Se demostró que el pronóstico de los pacientes con pancreatitis aguda tiene una estrecha relación entre la gravedad clínica y la gestión terapéutica.⁽¹¹⁾

Palomino J. B. Factores de contingencia y recurrencia de la pancreatitis aguda en pacientes tratados en el Hospital Vitarte.

Lima; 2020. Objetivo: identificar los elementos de peligro que están relacionados con la pancreatitis recurrente aguda. Ingredientes y procedimientos: Se realizó un estudio retrospectivo, caso-control y observacional. Se utilizaron frecuencias y porcentajes para describir los factores cualitativos. Para cada caso, se evaluaron las variables cuantitativas empleando sus sobrias de tendencia central y residuos. Los resultados mostraron que el incumplimiento de la colectomía era, con una relación de probabilidad ajustada de 9,4 (IC del 95%: 4,88–18,3). A mediana edad de 40,09 ± 18,8 años, la población era más femenina. Muchos casos de pancreatitis aguda se consideraron leves. Además, este estudio afirmó que la

colecistectomía es fundamental para prevenir posibles episodios recurrentes de pancreatitis aguda. ⁽¹²⁾

Jamanca H. I. Objetivo final: El objetivo del servicio gastrointestinal HNSEB es identificar factores estadísticamente significativos en pacientes con pancreatitis aguda. Comprende elementos y técnicas: Se identificó las fichas endémicas, clínicos y de laboratorio necesarios para en la escala APACHE-II mediante revisión de los antecedentes clínicos de pacientes determinados con pancreatitis aguda. Los resultados finales fueron: Se examinaron un total de 162 antecedentes clínicos; el 33,3% de los pacientes tenían pancreatitis aguda, de gravedad moderada o severa; el 66,7% tenían pancreatitis agudas, que era leve. Basándose en la etiología, el 55,6% de los pacientes con PAMS y PAS eran hombres, mientras que el 91,7% eran mujeres. El 83% tenía un origen biliar, el 11% tenía un consumo excesivo de alcohol y el 4% tenía otras causas. Es 2.08 veces más probable que un IMC de 25 kg/m² o más desarrolle un PAS y PAMS (OR: 2.08; IC 95%: 1.02-4.21; p: 0.040). La efusión pleural se observó en el 74,1% de los pacientes con PAMS y PAS, con una relación de probabilidad de 7,78 y un valor de p inferior a 0,001. La probabilidad de desarrollar un PAS era 4,17 veces mayor en los pacientes con hemoglobina > 40% que en los que tenían hemoglobina inferior a 40% (OR: 4,17; IC 95%: 2.07-8.39; p: < 0,001). Obtuvimos una relación de probabilidades de 7.88; intervalo de confianza del 95%:



3.7716.45; valor p: <0.001 para una puntuación APACHE de 8 o superior. Es crucial señalar que la única variable que carecía de importancia era los niveles de glucosa de 200 mg/dl o más. Conclusión: Este estudio nos permitió determinar que la efusión pleural era la más prevalente en pacientes con pancreatitis aguda grave y estaba significativamente asociada con la escala APACHE.

(13)

2.1.3. Antecedentes a Nivel Regional.

Quispe A. U. Objetivo final: Este estudio tiene como objetivos establecidos los elementos predictivos propios con la dificultad de la pancreatitis subita en el Hospital San Martín de Porres de Macusani. La investigación carecía de un diseño experimental y era en su lugar observacional, retrospectiva, transversal y relacional en la naturaleza. Resultados finales: Se recopilaron datos de De los 95 La escala APACHE II dio los siguientes resultados: especificidad 89%, sensibilidad 64%, VPP 64%, y VPN 89%. Además del 46% VPN, el 97% específico, el 83% VPP y el 45% razonable, se menciona en la escala Marshall. Pensamientos finales. Consideraciones: Se identificaron factores relacionados con el embarazo como la edad de más de 60 años, la progresión del icterus, pacientes en fase aguda con un nivel de creatinina superior a 1,4 mg/dl y una PCR igual o superior a 10 mg/dL. Para ello se utilizaron las escalas de baja sensibilidad y alta especificidad APACHE II y Marshall. (14)



Mamani, M. Ranson proteína C-reactiva y criterios en pancreatitis aguda. Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca; 2020. Objetivo: Hemos encontrado una correlación entre los criterios de Ranson y la proteína C-reactiva en pacientes que padecen pancreatitis aguda. Enfoque: Este estudio utilizó un diseño cuantitativo, analítico, correlacional, retrospectivo, transversal y no experimental. Los resultados mostraron que entre los criterios de Ranson, los más prevalentes en el momento de la admisión fueron: aumento del número de glóbulos blancos ($> 18.000/mm^3$) (15%), aumento del nivel de transaminasas séricas (> 250 UI/L) (13%), y aproximadamente 48 horas después de la ingestión: aumento de la concentración de nitrógeno de urea (> 2 mg/dl) (99%), disminución de los niveles de fue el siguiente: aumento ligero en los leucocitos ($> 18000/mm^3$) 5%, moderadamente grave 8%, grave 2%; elevación leve en la transaminasa sérica TGO (> 250 UI/L) 9%, moderado 3%, grave 1%; dentro de 48 horas, se observó un aumento en el nitrógeno de la urea (> 2 mg/dL) con moderada gravedad en el 76% de los casos, moderadamente severo en el 17% y grave en el 6% del caso; disminución ligera en el calcio (< 8 mg/dl) fue observada en el 1% de los pacientes. 10% moderadamente grave, 6% grave. Los resultados fueron: 80 % moderados y 20 % severos según los criterios establecidos por Ranson. Los juicios de Ranson y el desarrollo de la pancreatitis aguda mostraron una correlación



positiva moderada (0.837, $p=0.000$). Los resultados fueron los siguientes: < 150 mg/dl: 83% y ≥ 150 mg / dl: 17% según la proteína C-reactiva. Se observó una correlación positiva moderada (0,503, $p=0.000$) entre correlación es moderadamente positivo en 0.428 ($p=0.001$).⁽¹⁵⁾

Flores P. D. El objetivo es: Hemos tenido que encontrar la mejor manera de predecir lo malo que sería la pancreatitis en las personas que vienen a la sala de emergencia del Hospital Regional de Puno como nuestro objetivo. Un estudio de correlación de tipo retrospectivo y observacional se realizó. Usando el análisis de la zona bajo la curva (ROC), se compararon los dos sistemas de clasificación. Resultados finales: La edad media era de $49,8 + 12,4$ años, con una predominancia femenina del 71,9% y una predominancia masculina del 28,07%. La etiología más común fue la aparición de cálculos biliares (71,9%) y el gasto exagerado de alcohol (14.04% de los pacientes). Finalmente, ambos sistemas de puntos son muy útiles para investigar el mal que es la pancreatitis aguda en la sala de emergencias, utilizando MARSHALL como ejemplo. Un poco más que BISAP.⁽¹⁶⁾

Yerba L. A. Objetivo: Analizar la frecuencia, características sociodemográficas, características clínicas y factores de riesgo relacionados con la pancreatitis aguda en el Hospital Manuel Núñez Butrón en Puno. Se formaron dos grupos para el estudio:



uno consistía en pacientes que no tenían un diagnóstico de pancreatitis aguda y otro para aquellos que lo habían tenido. Este fue un estudio interdisciplinario, retrospectivo y observacional que utilizó el control de casos en lugar de la experimentación. Los hallazgos mostraron una prevalencia del 5,5%, una disminución del 27,0% en el conjunto de edad de 40 a 49 años (OR:12.1, CI:0.6-2.5, p:0.3), y un aumento del 36,5% en comparación con los hombres (OR:1.2, CI:0.6-2.5, p: 0.3). Además, el 63,5% de los encuestados eran empleados (OR: 2.2, CI: 1.1-4.4, p: 0.01), y el 59,5% sólo había completado la enseñanza secundaria. ⁽¹⁷⁾

Luque R. El objetivo es determinar la frecuencia y la composición genética de la pancreatitis aguda en pacientes que reciben tratamiento en el Hospital San Martín de Porres en Macusani, desde una perspectiva epidemiológica y clínica. El proceso: La investigación se caracterizó por su naturaleza descriptiva, enfoque multidisciplinario y dependencia de observaciones. Está compuesto por pacientes que están hospitalizados en el hospital de la localidad. Resultado: La prevalencia general de huida fue del 8.2%, consistente con datos epidemiológicos previos. La mayor incidencia se observó en el grupo de edad de 30 a 39 años, con una tasa del 31.2%; en su mayoría el sexo femenino 62.5%, sexo masculino 37.5%; además hubo una mayor frecuencia en amas de casa 51.0%; con un nivel de estudio secundario 55.3%; presentando en su mayoría pacientes con estado civil de



convivientes 50.0%; y con un IMC de 25 a 29.9 Kg/m² 61.5%; originarios de zona urbana 62.5%; con una mayor prevalencia de etiología Biliar 87.5%; referente al tiempo enfermedad de 1 a 3 días 56.3%; según Al revisar el historial, se descubrió que la mayor cantidad de pacientes (69,8%) presentaban síntomas de dolor de estómago, náuseas y vómitos. En relación con los exámenes laborales, se observó que en el 92,7% de los casos los grados de amilasa estaban elevados por encima de 375 U/dl, los niveles lipásicos se elevaron por debajo de 180 U/dL en el 50,0% de los pacientes, el nivel de lactato deshidrogenasa fue elevado por encima de 450 U/l en el 11,5% de los niños, los valores de calcio estaban inferiores a un 8 mg/dl y los de glucosa superiores a 110 mg/ dl en el 55,2% de los hombres. Conclusiones: La prevalencia de la pancreatitis aguda fue del 8,2%. El registro epidemiológico mostró la mejor periodicidad en pacientes femeninas de entre 30 y 39 años de edad, que vivían en pareja, eran empleados domésticos con un nivel de educación secundaria, y sobrepesar y provienen de áreas urbanas. A partir de la historia clínica, se observaba una gran prevalencia de casos con etiología biliar, que duraban de uno a tres días, y un incremento en los niveles de lipasa y amilasa. La condición fue clasificada como leve de gravedad según las puntuaciones APACHE II y MARSHALL. El tiempo que pasó en el hospital varió de un año a seis. Había una tasa de mortalidad del 5,4%. ⁽¹⁸⁾



2.2. MARCO TEÓRICO

1. Factores epidemiológicos.

1.1. Características demográficas.

1.1.1. Sexo.

Los estudios han encontrado mayor prevalencia de casos de pancreatitis en el sexo femenino. Sin embargo, con los cambios en las conductas y la variación de los factores se presenta también entre los varones.

En las mujeres se presenta con mayor frecuencia debido a que se les atribuye debido a malos hábitos en la dieta, consumo de alimentos ricos en grasas, antecedentes de litiasis biliar, sedentarismo, y en los varones situaciones de consumo de alcohol, hábitos alimentarios, falta de ejercicio, son varios los factores que desempeñan un papel importante que conllevan a desencadenar la pancreatitis y entre otras patologías. ⁽¹⁹⁾

1.1.2. Edad cronológica.

En los menores de 60 años, la pancreatitis aguda se ha presentado con mayor frecuencia, aunque también se observó en los últimos años hubo aumento alarmante en su prevalencia en edades mayores. Este argumento general en la población es motivo de preocupación y resalta la necesidad de un estudio exhaustivo y medidas preventivas efectivas. En tal sentido la creciente incidencia de pancreatitis aguda en menores de 60 años y su aumento en edades mayores se trata de un problema de salud pública que necesita una urgente atención. ⁽²⁰⁾

1.1.3. Procedencia.

Entre las poblaciones que viven en zonas rurales y urbanas existen diferencias significativas en cuanto a conductas sociales, culturales y económicas que pueden influir en la prevalencia de la pancreatitis aguda.

Zonas Urbanas: Existe una mayor prevalencia de consumo de alcohol, lo que aumenta la exposición a este factor de riesgo, como la ingesta de alimentos procesados y ricos en grasas, son más comunes.

Zonas Rurales: Aunque el consumo de alcohol también puede estar presente, la prevalencia suele ser menor, la poca disponibilidad de una variedad de alimentos y a establecimientos de salud adecuados también influirá en la incidencia de la pancreatitis. ⁽²¹⁾

1.2. Valoración clínica.

1.2.1. Etiología.

La pancreatitis aguda posee variados elementos etiológicos, siendo los más recurrentes la litiasis biliar y el consumo desmesurado de alcohol.

Litiasis Biliar: La impactación de litos a nivel de la ampolla de Vater, aunque sea transitorio, puede obstruir el conducto pancreático, llevando al reflujo del contenido del conducto de Wirsung y desencadenando la autólisis pancreática.

Ingesta Alcohólica: Existen varias teorías como; acción directa tóxica del alcohol sobre las células pancreáticas; variación del jugo pancreático; alteraciones en las lipoproteínas plasmáticas. El alcohol



produce cuadros de pancreatitis aguda luego de varios años de extralimitación en el consumo de alcohol.

Otros Factores Etiológicos: como los fármacos, el uso indiscriminado de medicamentos como paracetamol, ranitidina, salicilatos, furosemida, entre otros. Procedimientos Médicos: Post-CPRE (colangiopancreatografía retrógrada endoscópica). Infecciones Víricas. Traumatismos Abdominales. Enfermedades Sistémicas (hiperlipemias, hiperparatiroidismo primario, insuficiencia renal, isquemia Pancreática), Otras Causas (divertículo duodenal, ulcera péptica penetrante en el páncreas). ⁽²²⁾

1.2.2. Índice de masa corporal (IMC).

La pancreatitis aguda es una patología que se expone por medio de una variedad de manifestaciones clínicas que suelen presentarse desde cuadros leves, mayor al 75% de los casos, alcanzando una mortalidad entre 1-2%, hasta cuadros severos asociados a obstáculos locales y generales con una letalidad superior al 20%.

En los últimos años la obesidad y el sobrepeso ha alcanzado proporciones epidémicas, incrementándose la prevalencia de adultos con un IMC superior o igual a 25, se elevó de 28,8% a 36,9% aproximadamente en varones y en mujeres de 29,8% a 38% en las últimas décadas; la repercusión negativa del sobrepeso u obesidad en el curso de patologías crónicas está definida, sin embargo, aún falta delimitar el niveles de marca que despliega sobre patologías irritantes agudas como sería el caso de la pancreatitis aguda. La corpulencia puede aumentar la probabilidad de complicaciones



locales y sistémicas, así como la mortalidad asociada a la pancreatitis aguda. La inflamación crónica relacionada con la obesidad podría exacerbar la respuesta inflamatoria aguda en la pancreatitis. La adiposidad visceral puede contribuir a la independencia de citocinas proinflamatorias, aumentando la gravedad de la inflamación pancreática. ⁽²³⁾

1.2.3. Glicemia.

La pancreatitis aguda es un cuadro inflamatorio agudo, causado por la aceleración intraparenquimatosa de las enzimas pancreáticas, que llega a afectar a tejidos circundantes.

Por otro lado las enfermedades metabólicas como la diabetes mellitus (DM) determinada por hiperglicemia aflora como resultado de acción insuficiente de la insulina o defectos en la secreción, al inicio podríamos hallar una glicemia sobresaltada Por otro lado, la diabetes digresiva a enfermedades pancreáticas comunica 0,5% de todas las raíces de Diabetes Mellitus, algunas infecciones del páncreas exocrino, como pancreatitis, pancreatectomías, fibrosis quística, lesiones, entre otras, pueden estar conectadas con la intolerancia a la glucosa. ⁽²⁴⁾

1.2.4. Hematocrito

La pancreatitis aguda sigue siendo una de las patologías gastrointestinales de mayor prevalencia la cual en algunos casos

puede provocar incremento en la mortalidad, con base a la severidad que constituye un cuadro de pancreatitis aguda, se han creado varias metodologías que nos ayudan a prever en forma significativa el probable desenlace de cada paciente.

Últimamente, la hemoconcentración fue determinada como un factor de riesgo de relevancia, además de ser tomado en cuenta como marcador temprano de pacientes que desarrollen cuadro de pancreatitis necrotizante y fallo orgánico, un recuento del hematocrito > 40% durante el ingreso y un intento fallido al disminuir el hematocrito en las primeras 24 horas, representa un mayor peligro de desarrollar necrosis pancreática, pero no para fallo orgánico, la importancia del hematocrito como un marcador de cuadros de pancreatitis necrotizante es de 72% al ingreso y 94% posterior a las 24 horas. Los valores de hematocrito son herramientas valiosas en la valoración diagnosticada de la pancreatitis aguda. ⁽²⁶⁾

1.2.5. Escala de gravedad APACHE II

La escala APACHE II (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II) fue establecido con el fin de predecir la supervivencia en la unidad de arreglados intensivos (UCI); de gran utilidad al momento de estimar variables fisiológicas dentro de las primeras 24 y 48 horas, en esta escala una puntuación mayor de 8 predice en un 68% de desencadenar cuadros severos de pancreatitis aguda, si bien es necesario estimar varios criterios, algunos de ellos poco relevantes respecto al pronóstico de la pancreatitis aguda y otros valores no son



tomados en cuenta como el daño pancreático, las complicaciones locales, la edad. ⁽²⁷⁾

1.3. Score BISAP.

El score de BISAP (Bedside Index for Severity in Acute Pancreatitis) es una herramienta sencilla y efectiva utilizada para evaluar el alcance de la inclemencia de la pancreatitis aguda. El score de BISAP ayuda a predecir el riesgo de complicaciones y mortalidad en pacientes que presenten sospecha o diagnosticados con pancreatitis aguda.

1.3.1. Nitrógeno ureico en sangre (BUN)

El BUN calcula la cantidad de nitrógeno en la sangre que desciende de la urea, un fruto de desechos que se causa cuando las proteínas se descomponen en el hígado y luego son despejadas por los riñones. En la pancreatitis severa, el BUN fue definido como un indicio de la gravedad y mortalidad, y se mostró que una elevación de > 25 mg/dl aumentaba el peligro de muerte en 2,2 casos cuando el BUNA estaba bajo la curva de 0,79. El problema con este punto, sin embargo, es que no se ha probado con otros puntos.

La combinación de BUN con otros parámetros y scores pronósticos puede mejorar la precisión de la predicción y ayudar a identificar mejor a los pacientes en riesgo, permitiendo una intervención más eficaz y oportuna. ⁽²⁹⁾

1.3.2. Estado de salud mental

El estado de salud mental es mejor evaluado con la Escala de Coma de Glasgow (GCS) el cual es un instrumento neurológico aplicada para valorar y documentar el grado de razón en pacientes con



contusiones cerebrales agudas. La GCS evalúa tres aspectos de la función neurológica: respuesta ocular, respuesta verbal y respuesta motora.

Cada componente tiene un rango de puntuaciones, y la suma de estos da una puntuación completa que va de 3 (que muestra un estado de trance profundo o pérdida de conciencia) a 15 (que muestra pleno conocimiento).

La escala de estado de trance de Glasgow (Glasgow Trance State Scale, GCS) es un instrumento que puede utilizarse para evaluar esencial en medicina de emergencia para valorar el nivel de razón y el compromiso de las lesiones cerebrales. Su uso estandarizado permite una evaluación objetiva y consistente, facilitando la toma de decisiones clínicas. ⁽³⁰⁾

1.3.3. Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica SIRS

El Síndrome de Réplica Inflamatoria Sistémica (SIRS) es una contestación inflamatoria generalizada del cuerpo a una variedad de agresiones, que pueden incluir infecciones, traumatismos, pancreatitis aguda, quemaduras y otras condiciones médicas severas. SIRS se define por la aparición de al menos dos de los siguientes discernimientos:

- Temperatura Corporal Anormal: Fiebre ($>38^{\circ}\text{C}$) o hipotermia ($<36^{\circ}\text{C}$).
- Frecuencia Cardíaca Elevada: Taquicardia (>90 latidos por minuto).



- Frecuencia Respiratoria Elevada: Taquipnea (>20 respiraciones por minuto) o una $\text{PaCO}_2 < 32$ mmHg.
- Glóbulos Blancos: Leucocitosis (>12,000/mm³) o leucopenia (<4,000/mm³) o >10% de leucocitos inmaduros (bandas).

La presencia de SIRS en las primeras 2 días de La pancreatitis intensa se ha relacionado con una mayor probabilidad de crear complejos severas, incluyendo necrosis pancreática y fallo orgánico. ⁽³¹⁾

1.3.4. Edad.

La edad es un valor significativo en la presentación, evolución y pronóstico en los cuadros de pancreatitis aguda.

Se observa más comúnmente en adultos jóvenes y de mediana edad la pancreatitis aguda. En este rango de edad, las principales causas suelen ser el consumo excesivo de alcohol y la formación de cristales en la vesícula biliar; con referencia a la severidad tienden a tener una mejor respuesta al tratamiento y una menor tasa de complicaciones severas en comparación con los pacientes mayores.

Mayores de 60 años: En personas mayores, la causa predominante es la litiasis biliar. Además, la incidencia de pancreatitis inducida por medicamentos y post-CPRE (colangiopancreatografía retrógrada endoscópica) también aumenta con la edad. Además, la pancreatitis aguda suele ser más severa y tiene un peor pronóstico en personas mayores debido a la presencia de comorbilidades y una menor capacidad de recuperación.

La edad es un determinante crucial en la presentación, evolución y pronóstico de la pancreatitis aguda. Mientras que los adultos jóvenes tienen una mejor capacidad de recuperación y una menor incidencia de complicaciones severas, los pacientes mayores enfrentan un riesgo significativamente mayor de complicaciones y mortalidad. ⁽³¹⁾

1.3.5. Efusión pleural

Efusión pleural pancreática se define como la colección de líquido al interior del espacio pleural, área ubicada entre las dos capas pleurales.

El mecanismo fisiopatológico más aceptable es la inflamación con contigüidad desplegando un cuadro de respuesta inflamatoria sistémica, ya que puede afectar la pleura y llevar a la acumulación de líquido.

La efusión pleural en pancreatitis puede ser unilateral o bilateral, aunque es más común en el lado izquierdo. Los pacientes pueden presentar síntomas respiratorios como disnea (dificultad para respirar), dolor torácico y tos.

En cuanto al diagnóstico se puede realizar: Radiografía de Tórax: Una radiografía puede mostrar la presencia de líquido en el espacio pleural. Ecografía Torácica: Útil para identificar y cuantificar la efusión pleural. Tomografía Computarizada (TC): Puede proporcionar detalles adicionales sobre la extensión de la efusión y la inflamación pancreática. Toracocentesis: La aspiración del líquido pleural puede ayudar a diferenciar entre una efusión transudativa (generalmente

menos grave) y exudativa (más común en pancreatitis y asociada con procesos inflamatorios).

La efusión pleural es una complicación significativa de la pancreatitis aguda y puede variar en severidad. El reconocimiento temprano y el manejo adecuado de esta condición son esenciales para mejorar los resultados clínicos y reducir la morbilidad asociada. ⁽³²⁾

1.4. Hallazgos tomográficos

La tomografía computarizada (TC) es un instrumento esencial en la evaluación de la pancreatitis aguda debido a su tonelaje para proporcionar imágenes precisas del páncreas y las organizaciones circundantes. Los hallazgos tomográficos en la pancreatitis aguda pueden variar ampliamente según la gravedad y la fase de la enfermedad.

Engrosamiento del Páncreas:

Edema Pancreático: El páncreas puede aparecer agrandado y con bordes mal definidos debido al edema inflamatorio.

Realce Disminuido: En la fase aguda, puede observarse un realce heterogéneo del páncreas tras la administración de contraste intravenoso, debido a la inflamación y edema.

Colecciones Líquidas:

Colecciones Agudas Peripancreáticas: Pueden verse áreas de líquido sin paredes definidas, generalmente ubicadas alrededor del páncreas.



Pseudoquistes: Si persisten las colecciones líquidas, pueden desarrollar paredes bien definidas y encapsuladas, formando pseudoquistes.

Necrosis Pancreática:

Realce Heterogéneo: Las áreas de necrosis pancreática no se enaltecen tras el régimen de contraste, en contraste con el tejido pancreático viable que sí lo hace.

Colecciones Necróticas: Puede haber áreas de necrosis encapsuladas con contenido sólido y líquido.

Complicaciones Vasculares:

Trombosis Venosa: La trombosis de la vena esplénica, portal o mesentérica puede ser visualizada.

Pseudovasos: Los pseudoaneurismas pueden formarse debido a la autodigestión de los vasos sanguíneos por las enzimas pancreáticas.

Complicaciones Locales:

Abscesos Pancreáticos: Áreas encapsuladas de pus pueden desarrollarse en el páncreas o en el retroperitoneo.

Fístulas: La formación de fístulas pancreáticas puede ser evidente, especialmente si hay comunicación con estructuras adyacentes.

Ascitis: Puede haber provisión de líquido en la concavidad peritoneal, visible como ascitis.

Cambios en el Tejido Adyacente:

Edema y Estriación de la Grasa Peripancreática: La inflamación del tejido adiposo circundante es común.

Infiltración de Líquido: El líquido inflamatorio puede infiltrar el mesenterio, los espacios pararenales y otros tejidos circundantes.

Clasificación de la Pancreatitis Según la TC

La TC también se utiliza para clasificar la gravedad de la pancreatitis aguda. La clasificación más utilizada es el sistema de Balthazar:

- **Grado A:** Páncreas normal.
- **Grado B:** Incremento del tamaño del páncreas, bordes mal definidos.
- **Grado C:** Inflamación peripancreática.
- **Grado D:** Una única colección líquida mal definida.
- **Grado E:** Presencia de dos o más colecciones líquidas y/o gas en el páncreas o en los tejidos adyacentes.

La tomografía computarizada es una herramienta esencial para la evaluación y manejo de un cuadro de pancreatitis aguda. Proporciona información detallada sobre el páncreas, las colecciones líquidas, la necrosis y otras complicaciones, permitiendo una mejor planificación del tratamiento y un pronóstico más preciso. ⁽³³⁾

2. Pancreatitis aguda.

La pancreatitis intensa es una irritación inesperada y extrema del páncreas. Se produce por el inicio intempestivo de catalizadores que se digestivos dentro del páncreas, liberación intersticial lo que trae como consecuencia la autodigestión del parénquima pancreático.

La autodigestión ocurre cuando las enzimas estomacales, que habitualmente se impulsan en el intestino delgado, se activan



apresuradamente adentro del páncreas. Esto induce la degradación del tejido pancreático y la liberación de enzimas inflamatorias, lo que resulta en daño y necrosis del tejido pancreático. La inflamación también puede extenderse a los tejidos circundantes y órganos a distancia. ⁽³⁴⁾

La etiología de la pancreatitis crónica puede variar dependiendo de la zona geográfica; sin embargo, las piedras biliares y el consumo desmedido de alcohol son dos de las causas más significativas. Se ve más probable que se produzcan episodios de pancreatitis aguda en los cálculos con un tamaño menor de 6 mm, consumo de alcohol continuo es considerado como abuso mayor de cinco años, además de 100 g/día de alcohol. ⁽³⁵⁾

La pancreatitis aguda esta ocasionada por factores como (medicamentos, infección, o trastornos metabólicos), así como la activación anticipada del tripsinógeno desencadenará una respuesta inflamatoria. La presencia de CD4, B, T y linfocitos monocitos es una característica definidora de la respuesta inflamatoria. La obstrucción de los conductos pancreáticos y la isquemia microvascular, que causan la degradación de las enzimas pancreáticas, son las consecuencias del deterioro pancreático.

En la pancreatitis aguda severa se da una serie de obstáculos generales, como sepsis, escasez pulmonía, insuficiencia cardiaca, insuficiencia renal y Uno puede morir como resultado de múltiples



fallos orgánicos. La pancreatitis no es causada únicamente por los antibióticos; sin embargo, están fuertemente asociados con su progresión. Esto estimula las células Kupffer y regula la respuesta inflamatoria sistémica y local al movimiento circular de la vena portal. De esta forma, estimula la elaboración de una mayor cantidad de citocinas y albúminas que participan en la respuesta inflamatoria aguda. Esto aumenta la respuesta y, en combinación con receptores específicos, inicia un proceso inflamatorio en esos receptores. Este proceso a menudo resulta en daños graves y conduce al estrés oxidativo múltiple. (36)

La hiperglucemia, la hipercalcemia y los coágulos circulantes son los principales instrumentos desfavorables integrales de la pancreatitis aguda, que son causados por la degradación de enzimas digestivas como la proinsulina, la hormona paratiroide (PTH) y las enzimas de coagulación. Elastasa deshacerá la pared de los vasos sanguíneos, lo que conduce a hemorragias; bradicinina y calicreína aumentan la permeabilidad vascular y causan edema; la fosfolipasa A2 causa daño pulmonar. El edema, la necrosis y las hemorragias pueden resultar del uso de quimiotripsinógeno y tripsinógeno. La trombosis y la coagulación intravascular difusa pueden resultar de estos y otros mediadores. La activación de la lipasa resulta en necrosis grasa peripancreática; los espacios de necrosis tumoral y la acumulación de líquido extravascular podrían beneficiarse potencialmente de un medio de crecimiento rico en infecciones bacterianas, que conduce a

daños a otros órganos vitales y contribuye a la proporción y mortalidad experimentada por los pacientes con pancreatitis aguda. (37)

Diagnóstico:

Se considera completo cuando se cumplen dos o por otro lado una mayor cantidad de los descubrimientos que acompañan: presencia de tormento estomacal en el cuadrante superior derecho, niveles séricos de amilasa y lipasa elevados en múltiples veces el valor típico, o potencialmente identificación de irregularidades en las imágenes estomacales, por ejemplo, ultrasonografía, tomografía registrada o imágenes de reverberación atractiva. Historia clínica y evaluación real general.

El dolor abdominal localizado en el hipocondrio derecho y / o la región epigástrica a menudo aparece repentinamente y puede extenderse e irradiar a la región lumbar, resultando en dolor de mandíbula. Este dolor ocurre posteriormente al consumo de alimentos grasos o alcohol. Además, en la totalidad de los asuntos, se asocia con dispepsia, náuseas, vómitos, distensiones abdominales y oliguria.

Los hallazgos físicos logran variar; sin embargo, en la mayoría de los casos, incluyen hemorragia, ictericia, hipertensión, taquicardia y un nivel alterado de conciencia. Además, se pueden observar hipersensibilidad abdominal y resistencia, así como signos de irritación peritoneal, durante la palpación abdominal. La mayoría de los signos de Cullen (equimosis periférica) y Grey Turner (equimosis de flanco) están asociados con pancreatitis aguda grave, lo que conduce a un mal pronóstico para los pacientes. Es esencial contar

con información previa sobre casos de pancreatitis aguda, inflamación de la vesícula biliar, consumo excesivo de alcohol, uso de medicamentos, hiperlipidemia, trauma o procedimientos invasivos en el abdomen. ⁽³⁸⁾

Grados de severidad:

La Clasificación de Atlanta los define:

- a) Pancreatitis aguda Leve: Inexistencia de FO y obstáculos locales o totales. En su mayoría el cuadro remite durante la primera semana y los exámenes de imágenes son alternativos, además la mortalidad es casi inexistente.
- b) Pancreatitis aguda Moderadamente Grave: La FO se da de forma temporal o complicaciones locales o sistémicas. Este cuadro suele remitir durante las iniciales 48 horas posterior al ingreso (FO transitoria o colección líquida aguda), este cuadro se llega a resolver en 2 o 3 semanas, con una morbimortalidad <8%.
- c) Pancreatitis aguda Grave: La FO es constante (única o múltiple) entando asociado a una o más obstáculos locales o totales. Este cuadro presenta una alta mortalidad de 36-50%.
(39)

Predicción de severidad y pronóstico

La determinación de la inclemencia posterior a la admisión es de vital calidad para:

- a) Determinar si los pacientes requerirán ingresar a la unidad de pulcros intermedios o demoledores.



b) Dilucidar el inicio de terapia positiva y pertinente.

c) Estimar el peligro de morbimortalidad.

Los siguientes criterios se utilizan para determinar y evaluar la admisión después de 48 horas: Parámetros clínicos: La edad de 60 años o más, la enfermedad preexistente (punto de índice de comorbilidad de Charles de 2 o superior), la obesidad (IMC > 25), y el consumo excesivo de alcohol desarrollan el riesgo de obstáculos o muerte. ⁽⁴⁰⁾

Sistemas de puntuación

a) Es una herramienta de puntuación utilizada para valorar en grado de severidad de la pancreatitis aguda y predecir el riesgo de mortalidad y complicaciones. Esta escala se basa en cinco parámetros clínicos al ingreso del paciente, y su utilidad radica en su simplicidad y rapidez. Se evalúa: BUN, estado de conciencia, SIRS, edad y efusión pleural.

Cada componente de la escala BISAP recibe un punto si está presente. La puntuación total puede variar de 0 a 5. Interpretación del Puntaje: 0-2 puntos: Bajo riesgo de mortalidad y complicaciones graves. 3-4 puntos: Riesgo moderado de complicaciones graves y mortalidad. 5 puntos: Alto riesgo de mortalidad y complicaciones graves.

b) Reglas de Ranson: Presenta una capacidad de respuesta del 80% en las 48 horas iniciales tras la confirmación. Se

encuestarán 11 reglas (5 a la confirmación y 6 a las 48 horas), una puntuación ≥ 3 focos se considerará como pancreatitis intensa extrema.

- c) APACHE II y APACHE-O: APACHE II tiene una capacidad de respuesta del 95% y es extremadamente útil en pacientes confesados a cuidados intensificados y evalúa 12 modelos. Una puntuación ≥ 8 se considera una apuesta de muerte y es mayor a medida que aumenta la puntuación. APACHE-O se utiliza cuando se añade la corpulencia como componente de la puntuación..
- d) Criterios de Glasgow modificada (Imrie): Esta escala se utiliza para evaluar la gravedad de la pancreatitis aguda y se basa en varios parámetros clínicos y de laboratorio evaluados en las primeras 48 horas de hospitalización. Los criterios incluyen:
- Edad: Mayor de 55 años.
 - Leucocitos: Más de 15,000/mm³.
 - Glucosa Sérica: Más de 10 mmol/L (180 mg/dL).
 - Nitrógeno Ureico en Sangre (BUN): Más de 16 mmol/L (45 mg/dL).
 - Calcio Sérico: Menos de 2 mmol/L (8 mg/dL).
 - Lactato Deshidrogenasa (LDH): Más de 600 U/L.
 - Aspartato Aminotransferasa (AST): Más de 200 U/L.
 - Albumina Sérica: Menos de 32 g/L (3.2 g/dL).
 - Presión Parcial de Oxígeno en Sangre Arterial (PaO₂): Menos de 8 kPa (60 mmHg).



Cada criterio que cumple se cuenta como un punto: 0-2 puntos: Pancreatitis leve. 3-4 puntos: Pancreatitis moderada. 5-8 puntos: Pancreatitis grave.

Complicaciones:

La pancreatitis aguda puede presentar una variedad de complicaciones, tanto locales como sistémicas, que pueden aumentar significativamente la morbilidad y mortalidad de los pacientes.

Complicaciones Locales

Colecciones Líquidas Agudas: Es la acumulación de líquido en o alrededor del páncreas. Suele aparecer dentro de las primeras 4 semanas.

Pseudoquiste Pancreático: Se trata de una colección de líquido rica en enzimas pancreáticas rodeado por una pared no epitelial se presenta después de 4 semanas de inicio.

Necrosis Pancreática y Peripancreática: La necrosis del tejido pancreático y/o tejido circundante, puede infectarse, aumentando la gravedad.

Absceso Pancreático: Colección de pus debido a la infección de la necrosis pancreática.

Fístulas Pancreáticas: Es la comunicación anormal entre el páncreas y otros órganos o superficies corporales debido a la ruptura de un pseudoquiste o la necrosis.

Ascitis Pancreática: Se entiende como la colección de líquido dentro de la cavidad peritoneal debido a la fuga de secreciones pancreáticas.



Trombosis de la Vena Esplénica: Coágulo de sangre en la vena esplénica, que puede causar hipertensión portal segmentaria.

Obstrucción Biliar: Bloqueo del conducto biliar común por inflamación o compresión externa, puede llegar a causar ictericia.

Complicaciones Sistémicas

Falla Orgánica Múltiple: Deterioro funcional de varios órganos y sistemas.

Insuficiencia Respiratoria:

Síndrome de Distrés Respiratorio del Adulto (SDRA): Edema pulmonar no cardiogénico, que causa hipoxemia grave.

Derrame Pleural: Colección de líquido en la cavidad pleural, puede contribuir a la dificultad respiratoria.

Insuficiencia Renal:

Deterioro agudo de la función renal.

Insuficiencia Cardiovascular:

Hipotensión severa que puede llevar a choque, debido a hipovolemia y respuesta inflamatoria sistémica.

Sepsis: Infección sistémica grave que puede derivar en choque séptico.

Coagulación Intravascular Diseminada (CID): Desorden grave de la coagulación que puede causar hemorragias y trombosis simultáneamente.



Hipocalcemia: Niveles bajos de calcio en sangre, que pueden causar tetania y otros síntomas neuromusculares.

Hiperglucemia y Diabetes Mellitus Secundaria: Elevación de los niveles de glucosa en sangre, que puede persistir incluso después de la resolución de un cuadro de pancreatitis aguda. (41)

Manejo terapéutico:

La hidratación intravenosa es una parte fundamental en el manejo inicial de la pancreatitis aguda, especialmente 24 horas inmediatas al ingreso.

En la hidratación Intravenosa (IV) es recomendable utilizar soluciones de electrolitos isotónicas, como: Solución ringer lactato, cloruro de sodio 0.9% a una velocidad de infusión: 250-350 ml/h.

Monitoreo de Parámetros Clínicos y Bioquímicos

Es importante mantener una Diuresis como objetivo: $>0.5-1$ ml/kg/h, porque una diuresis adecuada indica una hidratación eficaz y una adecuada perfusión renal.

Además, a nivel cardiaco debemos manejar una Presión Arterial Media (PAM) entre 65-85 mm Hg, es de suma importancia mantener una PAM adecuada para asegurar una perfusión adecuada de los órganos vitales. Esto también va asociado a manejar una Frecuencia Cardíaca <120 latidos por minuto porque una frecuencia elevada puede indicar hipovolemia o un estado de shock.

A nivel renal es necesario evaluar parámetros como el Nitrógeno Ureico en Sangre (BUN) con un objetivo <25 mg/dl. Si el BUN es superior, es primordial disminuir en ≥ 5 mg/dl dentro de las primeras



24 horas. Ya que un BUN elevado puede ser una señal de deshidratación o insuficiencia renal.

El Hematocrito (Hto) debe mantenerse entre 35-44%, puesto que puede aumentar debido a la hemoconcentración, que puede ser un signo de deshidratación.

El monitoreo constante es fundamental para vigilar los parámetros clínicos y bioquímicos para ajustar la hidratación y el tratamiento según la evolución del estado del paciente. La tasa de infusión de soluciones IV puede necesitar ajustes según la evolución clínica del paciente, su evolución hemodinámica y los resultados de las pruebas.

Monitorización de Fluidos:

En las primeras 6 Horas desde el ingreso evaluar y ajustar los requerimientos de fluidos, monitorear signos de hipovolemia grave (hipotensión, taquicardia).

En las siguientes 24 a 48 Horas debemos continuar la monitorización estrecha de la contestación del paciente a la hidratación, concuerda la velocidad de infusión según los parámetros clínicos y bioquímicos.

La hidratación acelerada en hipovolemia severa puede ser necesaria en bolo IV (10 ml/kg) para pacientes con hipovolemia.

Para una hidratación moderada podemos infundir de Líquidos IV (1.5 ml/kg/h), así evitar la hiperhidratación, que puede afectar negativamente los resultados terapéuticos.

Corrección de Trastornos Electrolíticos

Hipopotasemia: debemos corregir inmediatamente cualquier deficiencia de potasio.



Transfusión de Hematíes cuando el hematocrito $<25\%$, es necesario transfundir concentrados de hematíe y alcanzar valores de hematocrito del 30-35%.

Manejo de Hiperglucemia (≥ 250 mg/dl) puede ser necesario administrar insulina para vigilar los grados de glucosa en sangre.

Manejo del dolor:

Metamizol IV. 1g en caso de emergencia; indicada para dolor leve a moderado.

En aquellos casos en el que los pacientes presenten dolor intenso será necesario emplear opioides como el tramadol subcutánea o IV 50 mg cada 6-8 h o buprenorfina IV 0,2-0,6 mg cada 6 h.

La analgesia epidural es un procedimiento recomendado por su buen efecto analgésico es recomendable utilizar bupivacaina (10 ml del capacitado al 0,25 %, subsiguientemente infusión 5 ml/h).

El manejo del dolor en pancreatitis aguda debe ser individualizado, asegurando una adecuada analgesia mientras se monitorean posibles efectos secundarios. ⁽⁴¹⁾

Tratamiento Nutricional en Pancreatitis Aguda

Pancreatitis Aguda Leve: No se recomienda tratamiento nutricional especial si no hay datos de desnutrición.

Ingesta Oral: Iniciar después de que ceda el dolor, con una dieta pobres en grasa.

Pancreatitis Aguda Moderada severa o severa:

Pacientes Hemodinámicamente Estables: La alimentación Oral Temprana se debe iniciar durante las primeras 24 horas desde del



pronóstico, se podría retrasar el inicio en casos de dolor abdominal persistente y vómitos.

Pacientes Hemodinámicamente Inestables: Iniciar con la nutrición enteral después de 24-48 horas si es posible y complementar con la nutrición parenteral si necesario. La alimentación temprana puede reducir complicaciones y mejorar la recuperación.

a) Nutrición enteral completa:

Se utilizará sonografía nasogástrica; se emplearán dietas elementales, semielementales y poliméricas; la infusión será continua (24 horas o con un descanso nocturno de 4 horas), administrándose inicialmente a 10-20 ml/h, y luego, después hipertensión intraabdominal > 15 mm Hg, y casos de intolerancia a la alimentación intragástrica).

b) Nutrición parenteral completa: Usar si no es posible iniciar con la nutrición enteral. Iniciar posterior de 24-48 h, tras estabilizar la hemodinamia del paciente. También es de vital importancia seguimiento y remisión de los trastornos metabólicos como (trastornos del equilibrio ácido-base.

c) Antibioticoterapia: No es recomendable utilizar antibióticos como prevención de rutina en la pancreatitis aguda severa, ni en pacientes con necrosis pancreática estéril como prevención de infección. ⁽⁴²⁾

Tratamiento invasivo

a) **Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica CPRE:**

Está indicada si los pacientes que durante las 24 h posterior a



su admisión presenten cuadro de colangitis obstructiva aguda. También se realizará en casos de obstrucción persistente de las vías biliares en las primeras 72 h de hospitalización (con el fin de extraer cálculos biliares; prevención de la pancreatitis aguda pos-CPRE). Es prescindible. Lo recomendable es realizar el diagnóstico mediante ecoendoscopia o CPRM en pacientes con sospecha de obstrucción de vías biliares por cálculos.

- b) **Colecistectomía:** Se efectuará en cuestiones de pancreatitis biliar intensa leve antes del alta clínica para evitar casos intermitentes de pancreatitis. En casos de pancreatitis biliar intensa extrema, la colecistectomía debe realizarse después de la reducción del cuadro inflamatorio activo y reabsorción o estabilización de las colecciones (que normalmente se da después de 6-8 semanas).
- c) **Tratamiento de la pancreatitis necrotizante:** el tratamiento invasivo sólo se recomienda en los casos en que se haya confirmado la necrosis pancreática y/o la infección del tejido peripancreático. Después de 4-6 semanas desde el inicio de la pancreatitis aguda, cuando la necrosis se ha definido claramente, se considerará el tratamiento quirúrgico.

2.3. MARCO CONCEPTUAL

Complicaciones sistémicas: Existencia de fallo orgánico, insuficiencia respiratoria, insuficiencia renal y shock.

Necrosis: Se define como la existencia de un área focal o difusa de parénquima no viable, su diagnóstico se realiza por TC abdominal. ⁽⁴⁴⁾

Pancreatitis aguda: Es un proceso inflamatorio agudo debido a la activación precoz de proenzimas pancreáticas (principalmente tripsina) y liberación intersticial ocasionando auto digestión pancreática, que puede comprometer con gravedad variable a tejidos circundantes. ⁽⁴⁰⁾

Pancreatitis aguda leve: Se define por ausencia de fallo orgánico, además de no presentar complicaciones locales y sistémicas.

Pancreatitis aguda moderadamente severa: Presencia de un fallo orgánico transitorio y/o complicaciones locales o sistémicas < 48h. ⁽⁴³⁾

Pancreatitis severa: Presencia de fallo orgánico persistente > 48h y generalmente por la aparición de complicaciones locales. ⁽⁴³⁾

Pancreatitis intersticial edematosa. Con edema intersticial, pero sin necrosis del parénquima pancreático ni de tejidos peripancreáticos.

Pancreatitis necrotizante. La presencia de áreas parénquima necrótica que están localmente o ampliamente extendidas; estas áreas pueden estar infectadas o no, y se clasifican en dos tipos: PN estéril y PN infectados (30–70% del PN).

Pseudoquiste: Colección de fluido peripancreático que persiste más de 4 semanas y se encapsula, se caracteriza por hiperamilasemia. ⁽⁴⁴⁾

Score BISAP: The Bed Side Index of Severity in Acute Pancreatitis (BISAP), consta de 5 variables (BUN, estado mental, SIRS, edad y



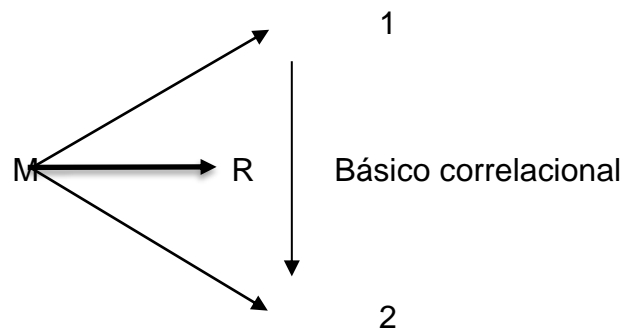
derrame pleural) y la interpretación se da 1 punto a cada variable: 0-2 puntos: Bajo riesgo de mortalidad y complicaciones graves. 3-4 puntos: Riesgo moderado de complicaciones graves y mortalidad. 5 puntos: Alto riesgo de mortalidad y complicaciones graves.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El diseño del estudio no es experimental ya que las variables del estudio sólo se observarán en sus contextos reales y representados:



Donde:

M: Muestra

V1: Información de la primera variable: Factores epidemiológicos.

V2: Información de la segunda variable: Severidad de la pancreatitis.

R: Tipo y grado de relación existente.

3.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN

El tipo de investigación es básico, de nivel correlacional, puesto que las variables de estudio se correlacionan, corte transversal porque el estudio

se recolectará en un solo momento, siendo retrospectivo según el estudio realizado con pacientes diagnosticados o con sospecha de pancreatitis aguda de enero del 2023 a abril del 2024.

El enfoque es cuantitativo.

3.3. MÉTODO O MÉTODOS APLICADOS A LA INVESTIGACIÓN

El método de investigación es hipotético deductivo, puesto que la investigación es no experimental, correlacional.

3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA

Población:

La población elegida fue conformada por todos los pacientes con diagnóstico de pancreatitis en el Hospital San Martín de Porres siendo un total de 114 de enero del 2023 a abril del 2024, según los reportes de estadística del Hospital San Martín de Porres de Macusani.

Muestra:

Se trabajó con el 100% de pacientes que fueron atendidos y que cuentan con historia clínica en el Hospital San Martín de Porres de Macusani, siendo la proyección de 114 pacientes, según los reportes estadísticos.

Criterio de inclusión:

- Pacientes atendidos en los servicios de cirugía y medicina interna que fueron diagnosticados con pancreatitis aguda desde enero del 2023 hasta abril del 2024.
- Pacientes con historias clínicas completas de acuerdo a los instrumentos propuestos en este estudio desde enero del 2023 hasta abril del 2024.



Criterio de exclusión:

- Pacientes que cuentan historias clínicas incompletas de acuerdo a los instrumentos propuestos en este estudio.
- Historias clínicas con información omitida o incompleta.

3.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

Variable 1: Factores epidemiológicos.

Técnicas: Se utilizó el análisis documental de pacientes con pancreatitis.

Instrumento: Se utilizó ficha de recolección de datos según la operacionalización de variables de análisis.

Variable 2: Severidad de la pancreatitis.

Técnicas: Se utilizó el análisis documental para verificar el diagnóstico.

Instrumento: Se utilizó la ficha de recolección de datos para analizar e identificar el diagnóstico de estudio según la operacionalización de variables planteada.

3.6. PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS.

Se recolectaron los datos de la siguiente manera:

Se solicitó autorización del Hospital San Martín de Porres de Macusani para poder recolectar los datos planteados en los instrumentos.

Se coordinó con el jefe de servicio de medicina interna para poder intervenir con la recolección de datos.

Se solicitó historias clínicas de los pacientes diagnosticados con pancreatitis para recolectar la información que se solicita para la investigación y su análisis respectivo.

Se trabajó los datos recaudados los que fueron vaciados en una base de datos para su análisis mediante tablas estadísticas.

Se realizó el informe final para su análisis y sustentación respectiva.

3.7. CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS

Los datos obtenidos serán organizados, interpretados y analizados mediante la prueba de raíz cuadrada.

El valor de X^2 puede encontrarse en la tabla de independencia de la distribución acumulativa Chi-Cuadrada, que contiene la siguiente información:

Usando la siguiente fórmula:

$$X^2_{calc.} = \frac{\sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^k [(O_{ij} - e_{ij})^2]}{e_{ij}}$$

3.8. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO.

Validación.

Por medio del juicio de expertos, serán 03 profesionales los que apoyen en la validación de los instrumentos para su aplicación respectiva.

Confiabilidad.

La confianza ha sido del 95% según la prueba de Alfa de Cronbach:

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
,713	,759	14



CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

RESULTADOS

El objetivo general propuesto es: determinar los factores epidemiológicos relacionados con la severidad de la pancreatitis en pacientes del Hospital San Martín de Porres de Macusani, 2024.

Los factores epidemiológicos están relacionados con la severidad de la pancreatitis en pacientes del Hospital San Martín de Porres de Macusani 2024, todos los indicadores han sido significativos $p < 0,05$, con lo que aceptamos la hipótesis planteada.

Tabla 1. Sexo y su relación con la severidad de la pancreatitis en pacientes del hospital San Martín de Porres de Macusani 2024

Sexo	PANCREATITIS SEGÚN SEVERIDAD							
	Leve		Moderadamente grave		Grave		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Masculino	36	31.58	0	0.00	0	0.00	36	31.58
Femenino	49	42.98	21	18.42	8	7.02	78	68.42
Total:	85	74.56	21	18.42	8	7.02	114	100.00

Fuente: Ficha de recolección de datos.

$$ch^2_{cal} = 17,951$$

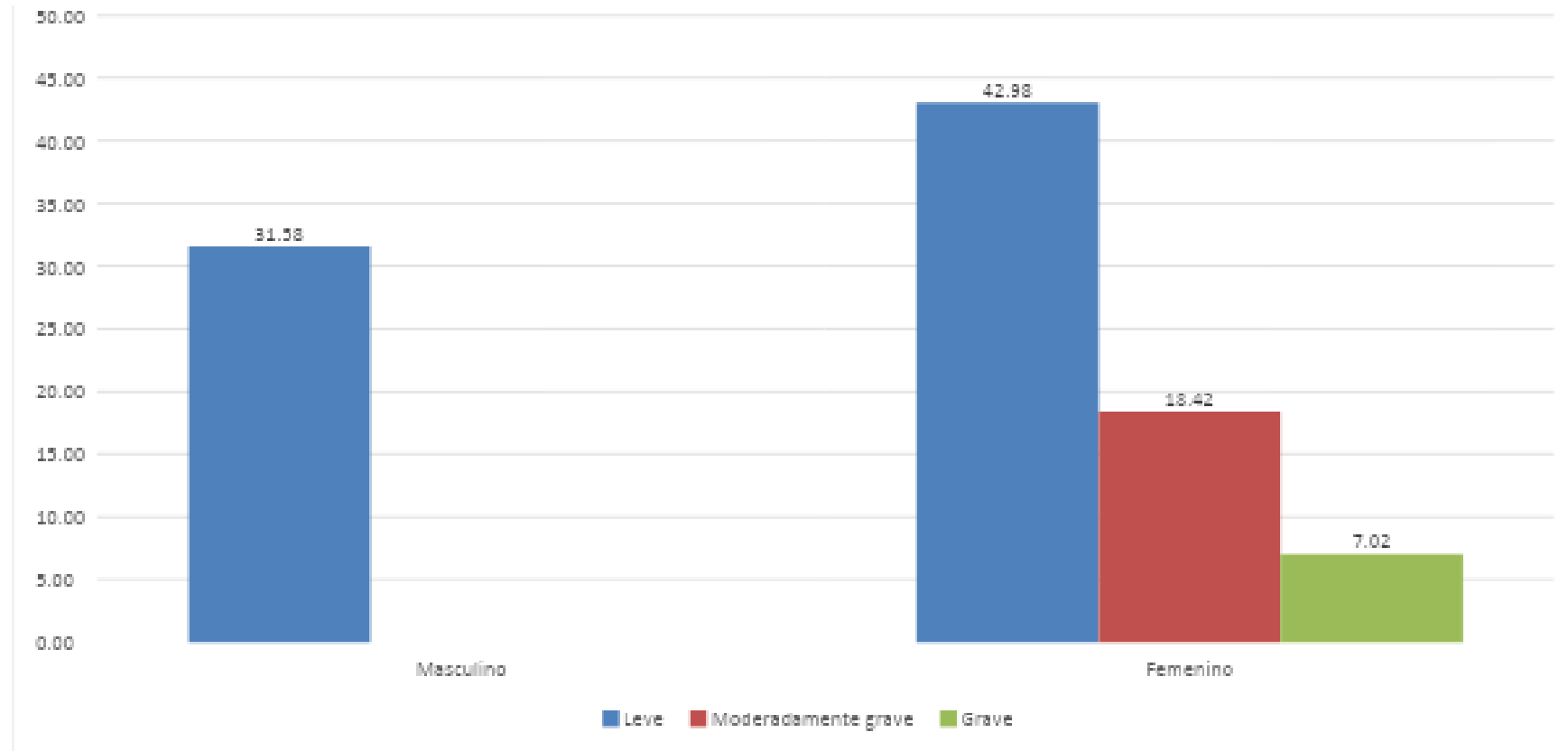
$$p = 0,000$$

ES SIGNIFICATIVA

$$ch^2_{tab} = 5,991$$

$$G/ = 2$$

Figura 1. Sexo y su relación con la severidad de la pancreatitis en pacientes del hospital San Martín de Porres de Macusani 2024



Fuente: tabla 01

El primer objetivo específico es: Analizar los factores demográficos relacionadas con la severidad de la pancreatitis en pacientes del Hospital San Martín de Porres.

En la tabla y figura 01 se analiza el sexo de los pacientes con pancreatitis, el 68,42% son del sexo femenino, el 31,58% son del sexo masculino.

Los pacientes con pancreatitis grave el 7,02% son de sexo femenino; de los pacientes con pancreatitis moderadamente grave el 18,42% son de sexo femenino; de los pacientes con pancreatitis leve 42,98% son de sexo femenino, 31,58% son de sexo masculino.

Estadísticamente a la contrastación de hipótesis fue desarrollada con la prueba del chi cuadrado, $\chi^2_{cal}=17,951$ mayor que la $\chi^2_{tab}=5,991$, $gl=2$, $p=0,000$ es significativa, el sexo del paciente tiene relación con la severidad de la pancreatitis en pacientes del Hospital San Martín de Porres de Macusani 2024.

Según los estudios de: García L. ha concluido que predominó el sexo femenino con 60%; según el estudio de: Rodríguez C. ha encontrado que el 51,9% eran hombres; según el estudio de: Bretaña D. Bogan P. en su trabajo titulado: Los hallazgos muestran que la colonoscopia se puede utilizar para tratar la pancreatitis biliar, y no beber alcohol puede reducir considerablemente la posibilidad de que vuelva a ocurrir.



Tabla 2. Edad cronológica y su relación con la severidad de la pancreatitis en pacientes del hospital San Martín de Porres de Macusani 2024

Edad cronológica	PANCREATITIS SEGÚN SEVERIDAD							
	Leve		Moderadamente grave		Grave		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Menor a 60	78	68.42	10	8.77	0	0.00	88	77.19
Mayor a 60	7	6.14	11	9.65	8	7.02	26	22.81
Total:	85	74.56	21	18.42	8	7.02	114	100.00

Fuente: Ficha de recolección de datos.

$ch^2_{ca} = 47,761$

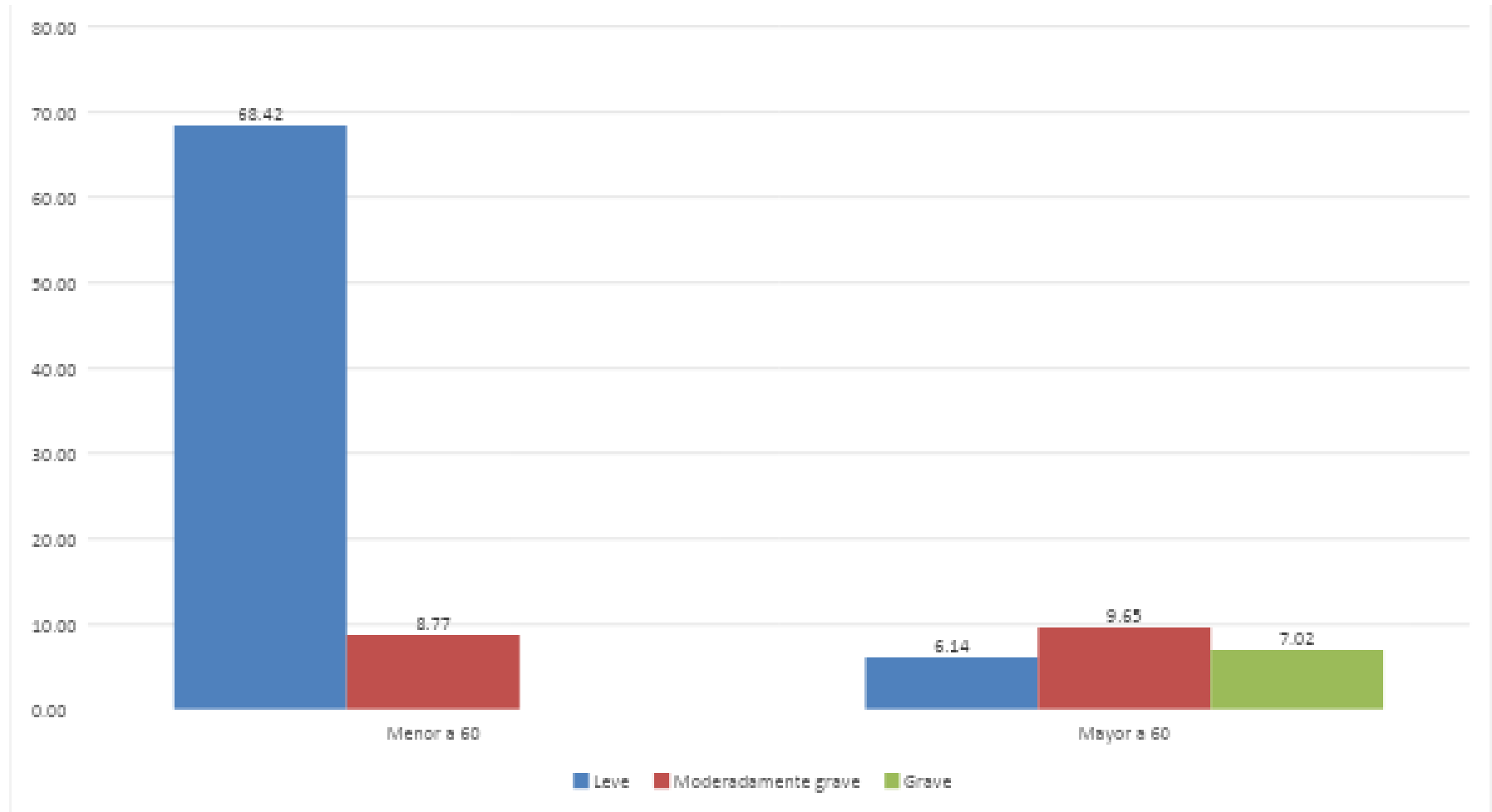
$p = 0,000$

ES SIGNIFICATIVA

$ch^2_{tab} = 5,991$

$G/ = 2$

Figura 2. Edad cronológica y su relación con la severidad de la pancreatitis en pacientes del hospital San Martín de Porres de Macusani 2024



Fuente: tabla 2



En la tabla y figura 02 se analiza la edad cronológica de pacientes diagnosticados con pancreatitis aguda, el 77,19% es menor a 60 años, el 22,81% es mayor a 60 años.

De los pacientes con pancreatitis grave el 7,02% es mayor a 60 años; de los pacientes con pancreatitis moderadamente grave el 9,65% es mayor a 60 años, el 8,77% es menor a 60 años; de los pacientes con pancreatitis leve 68,42% es menor a 60 años, el 6,14% es mayor a 60 años.

Estadísticamente a la contrastación de hipótesis fue desarrollada con la prueba del chi cuadrado, $\chi^2_{cal}=47,761$ mayor que la $\chi^2_{tab}=5,991$, $gl=2$, $p=0,000$ es significativa, la edad cronológica del paciente tiene relación con la severidad de la pancreatitis en pacientes del Hospital San Martín de Porres de Macusani 2024.

Según los estudios de: García L. ha encontrado el grupo etario entre 45 - 54 años con 40%, con una media y desviación estándar de 52.56 ± 14.65 ; según Rodríguez C. ha concluido que la mediana de edad fue de 68,6 años; según Bretaña D. Bogan P. Se concluyó que la pancreatitis aguda es una patología con alta prevalencia en la atención hospitalaria y se encuentra asociado a bastantes casos de reingreso con oportunidades para mejorar los resultados clínicos, la colecistectomía inmediatamente al ingreso en la pancreatitis aguda biliar y la renuncia al consumo de alcohol en la pancreatitis aguda asociada al alcohol disminuyeron significativamente el número de casos de reingreso en varios estudios.

Tabla 3. Procedencia y su relación con la severidad de la pancreatitis en pacientes del hospital San Martín de Porres de Macusani 2024

Procedencia	Pancreatitis según severidad							
	Leve		Moderadamente grave		Grave		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Urbano	39	34.21	19	16.67	8	7.02	66	57.89
Rural	46	40.35	2	1.75	0	0.00	48	42.11
Total:	85	74.56	21	18.42	8	7.02	114	100.00

Fuente: Ficha de recolección de datos.

$$ch^2_{cal} = 19,995$$

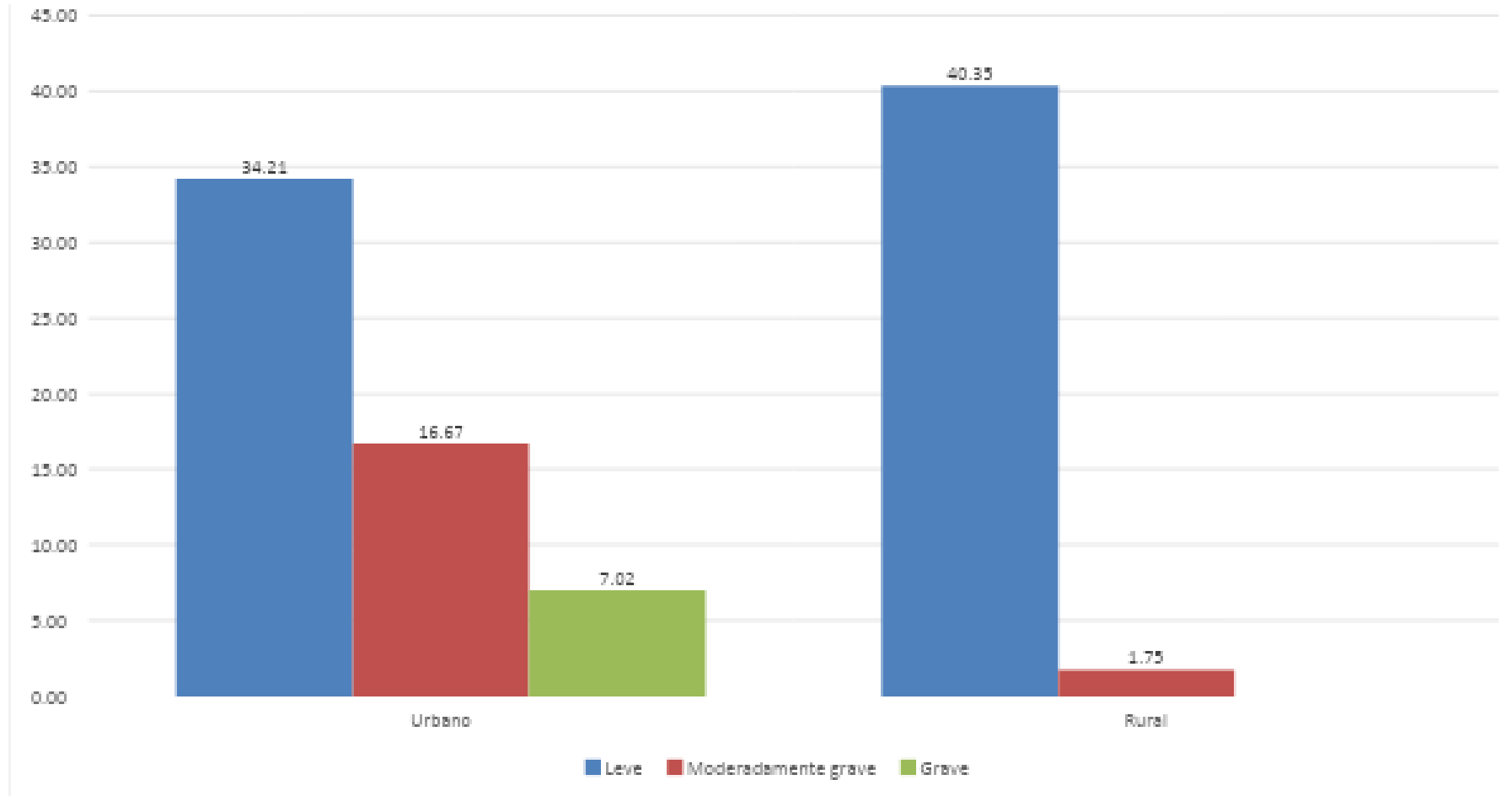
$$p = 0,000$$

ES SIGNIFICATIVA

$$ch^2_{tab} = 5,991$$

$$Gl = 2$$

Figura 3. Procedencia y su relación con la severidad de la pancreatitis en pacientes del hospital San Martín de Porres de Macusani 2024



Fuente: tabla 3



En la tabla y figura 03 se analiza la procedencia de los pacientes con pancreatitis, el 57,89% es de procedencia urbana, el 42,11% es de procedencia rural.

De los pacientes con pancreatitis grave el 7,02% es de procedencia urbana; de los pacientes con pancreatitis moderadamente grave el 16,67% es de procedencia urbana, el 1,75 es de procedencia rural; de los pacientes con pancreatitis leve el 40,35% es de procedencia rural, el 34,21% es de procedencia urbana.

Estadísticamente a la contrastación de hipótesis fue desarrollada con la prueba del chi cuadrado, $\chi^2_{cal}=19,995$ mayor que la $\chi^2_{tab}=5,991$, $gl=2$, $p=0,000$ es significativa, la procedencia del paciente tiene relación con la severidad de la pancreatitis en pacientes del Hospital San Martín de Porres de Macusani 2024.

La pancreatitis aguda es considerada una de las patologías gastrointestinales que se presenta con mayor frecuencia entre los pacientes, son las más comunes como motivo de hospitalización, son leves en su mayoría, pueden llegar hasta un 30% los casos de moderadamente severas y 10% son severas, la falla orgánica es un primordial determinante de severidad y causa de mortalidad temprana, pueden llegar hasta un 6% incrementándose hasta un 30% en los casos severos, siendo las infecciones secundarias, incluyendo las consecuencias como la sepsis que son responsables de muchas muertes en los últimos años.

Tabla 4. Etiología y su relación con la severidad de la pancreatitis en pacientes del Hospital San Martín de Porres de Macusani 2024

Etiología	Pancreatitis según severidad							
	Leve		Moderadamente grave		Grave		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Biliar	85	74.56	21	18.42	4	3.51	110	96.49
Alcohólica	0	0.00	0	0.00	4	3.51	4	3.51
Total:	85	74.56	21	18.42	8	7.02	114	100.00

Fuente: Ficha de recolección de datos.

$$ch^2_{cal} = 54,927$$

$$p = 0,000$$

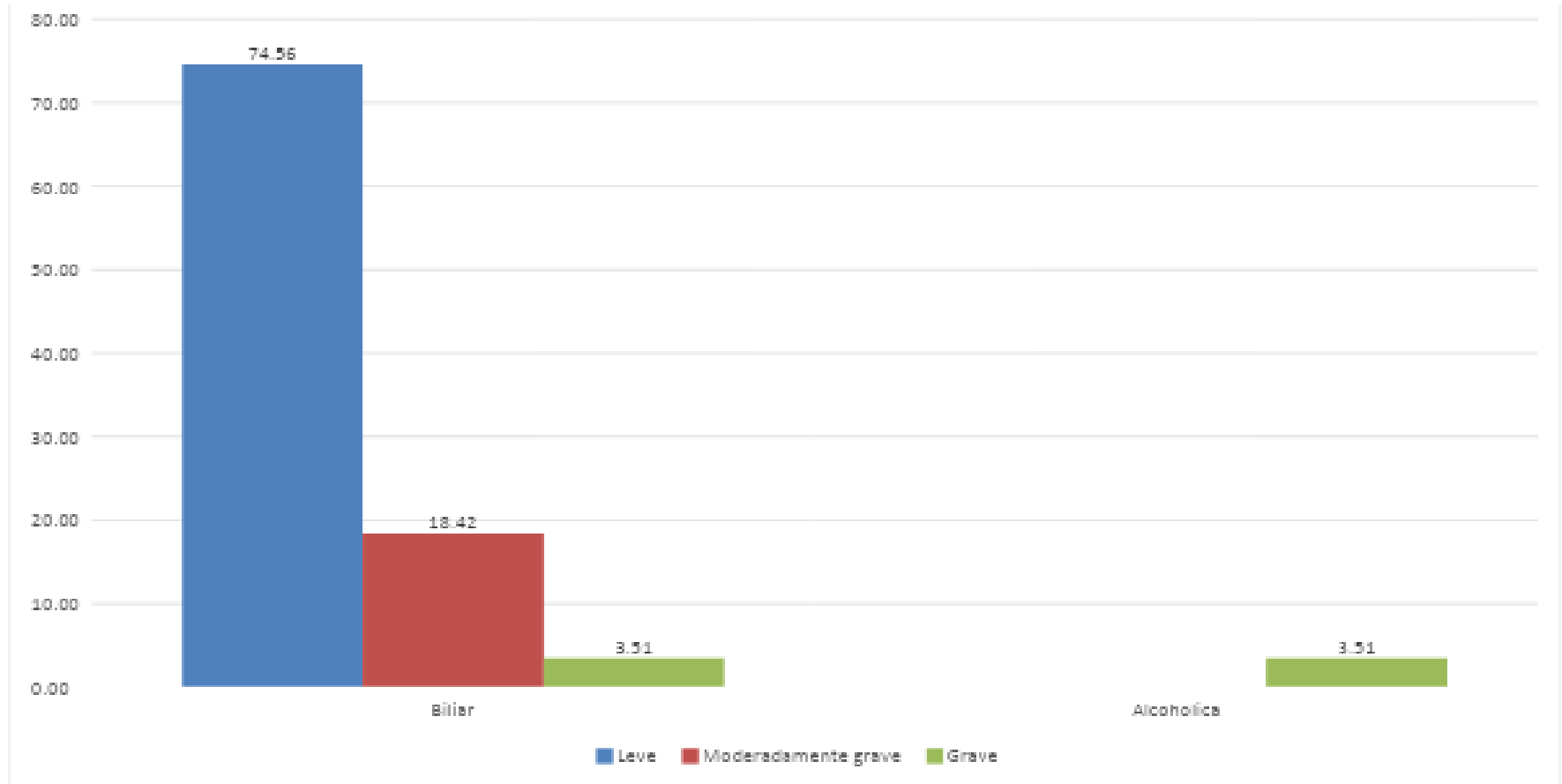
ES SIGNIFICATIVA

$$ch^2_{tab} = 5,991$$

$$Gf = 2$$

Figura 4. Etiología y su relación con la severidad de la pancreatitis en pacientes del Hospital San Martín de Porres de

Macusani 2024



Fuente: tabla 4.



El segundo objetivo específico es: Describir los factores de la valoración clínica relacionadas con la severidad de la pancreatitis en pacientes del Hospital San Martín de Porres.

En la tabla y figura 04 se analiza la etiología de los pacientes con pancreatitis aguda, el 96,49% refiere etiología biliar, el 3,51% refiere etiología alcohólica.

De los pacientes con pancreatitis grave el 3,51% refiere etiología biliar, el 3,51% refiere etiología alcohólica; de los pacientes con pancreatitis moderadamente grave el 18,42% refiere etiología biliar; de los pacientes con pancreatitis leve el 74,56% refiere etiología biliar.

Estadísticamente a la contrastación de hipótesis fue desarrollada con la prueba del chi cuadrado, $\chi^2_{cal}=54,927$ mayor que la $\chi^2_{tab}=5,991$, $gl=2$, $p=0,000$ es significativa, la etiología del paciente tiene relación con la severidad de la pancreatitis en pacientes del Hospital San Martín de Porres de Macusani 2024.

En el mundo la incidencia de pancreatitis se viene aumentando de forma paulatina, la incidencia varía de 5,1 a 74,3 casos por cada 100,000 habitantes en el mundo, la incidencia más alta en Latinoamérica se presenta más en Brasil, en México presenta una prevalencia hasta del 4%, en el Perú según el Ministerio de Salud la prevalencia de pancreatitis supera los 40 casos por cada 100,000 ciudadanos, el problema de la etiología biliar es la causa primordial de casi el 70% de todos los casos examinados en los centros hospitalarios.

Tabla 5. IMC y su relación con la severidad de la pancreatitis en pacientes del hospital San Martín de Porres de Macusani 2024

IMC	Pancreatitis según severidad							
	Leve		Moderadamente grave		Grave		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
< 25 kg/m ²	65	57.02	1	0.88	0	0.00	66	57.89
≥ 25 kg/m ²	20	17.54	20	17.54	8	7.02	48	42.11
Total:	85	74.56	21	18.42	8	7.02	114	100.00

Fuente: Ficha de recolección de datos.

$$ch^2_{cal} = 47,352$$

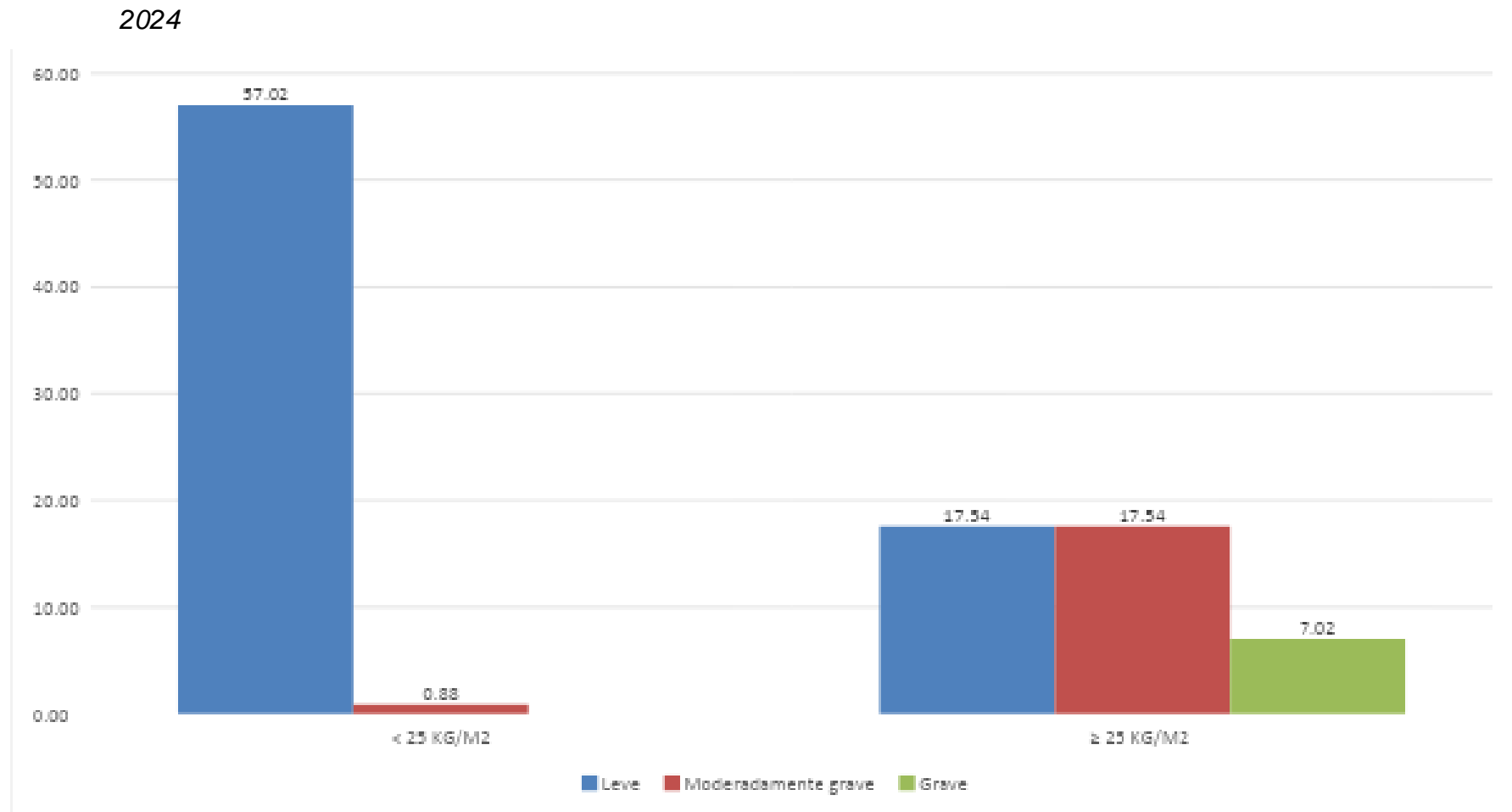
$$p = 0,000$$

ES SIGNIFICATIVA

$$ch^2_{tab} = 5,991$$

$$Gl = 2$$

Figura 5. IMC y su relación con la severidad de la pancreatitis en pacientes del hospital San Martín de Porres de Macusani



Fuente: tabla 5



En la tabla y figura 05 se analiza el IMC de los pacientes con pancreatitis, el 57,89% tiene un IMC $<25 \text{ kg/m}^2$, El 42,11% tiene un IMC $\geq 25 \text{ kg/m}^2$.

De los pacientes con pancreatitis grave el 7,02% tiene un IMC $\geq 25 \text{ kg/m}^2$, de los pacientes con pancreatitis moderadamente grave el 17,54% tiene un IMC $\geq 25 \text{ kg/m}^2$, el 0,88% tiene un IMC $<25 \text{ kg/m}^2$, de los pacientes con pancreatitis leve el 57,02% tiene un IMC $<25 \text{ kg/m}^2$, El 17,54% tiene un IMC $\geq 25 \text{ kg/m}^2$.

Estadísticamente a la contrastación de hipótesis fue desarrollada con la prueba del chi cuadrado, $\chi^2_{\text{cal}}=47,352$ mayor que la $\chi^2_{\text{tab}}=5,991$, $gl=2$, $p=0,000$ es significativa, el IMC del paciente tiene relación con la severidad de la pancreatitis en pacientes del Hospital San Martín de Porres de Macusani 2024.

Según Caamaño D. Ocampo C. Alonso F. et. Al. La pancreatitis aguda desde sus formas leves y hasta severas con compromiso vital, ponen en riesgo la vida de los pacientes, en su estudio ha encontrado que la influencia de la obesidad está asociada a la pancreatitis, el 36% de los pacientes tenían simultáneamente algún grado de obesidad, la obesidad no fue considerado como un factor de riesgo para el desarrollar de cuadros severos de pancreatitis, pero sí está estrechamente relacionado a una mayor frecuencia de complicaciones sistémicas.

Tabla 6. Glicemia y su relación con la severidad de la pancreatitis en pacientes del hospital San Martín de Porres de Macusani 2024

Glicemia	Pancreatitis según severidad							
	Leve		Moderadamente grave		Grave		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
< 200 mg/dl	82	71.93	18	15.79	1	0.88	101	88.60
≥ 200 mg/dl	3	2.63	3	2.63	7	6.14	13	11.40
Total:	85	74.56	21	18.42	8	7.02	114	100.00

Fuente: Ficha de recolección de datos.

$$ch^2_{cal} = 51,242$$

$$p = 0,000$$

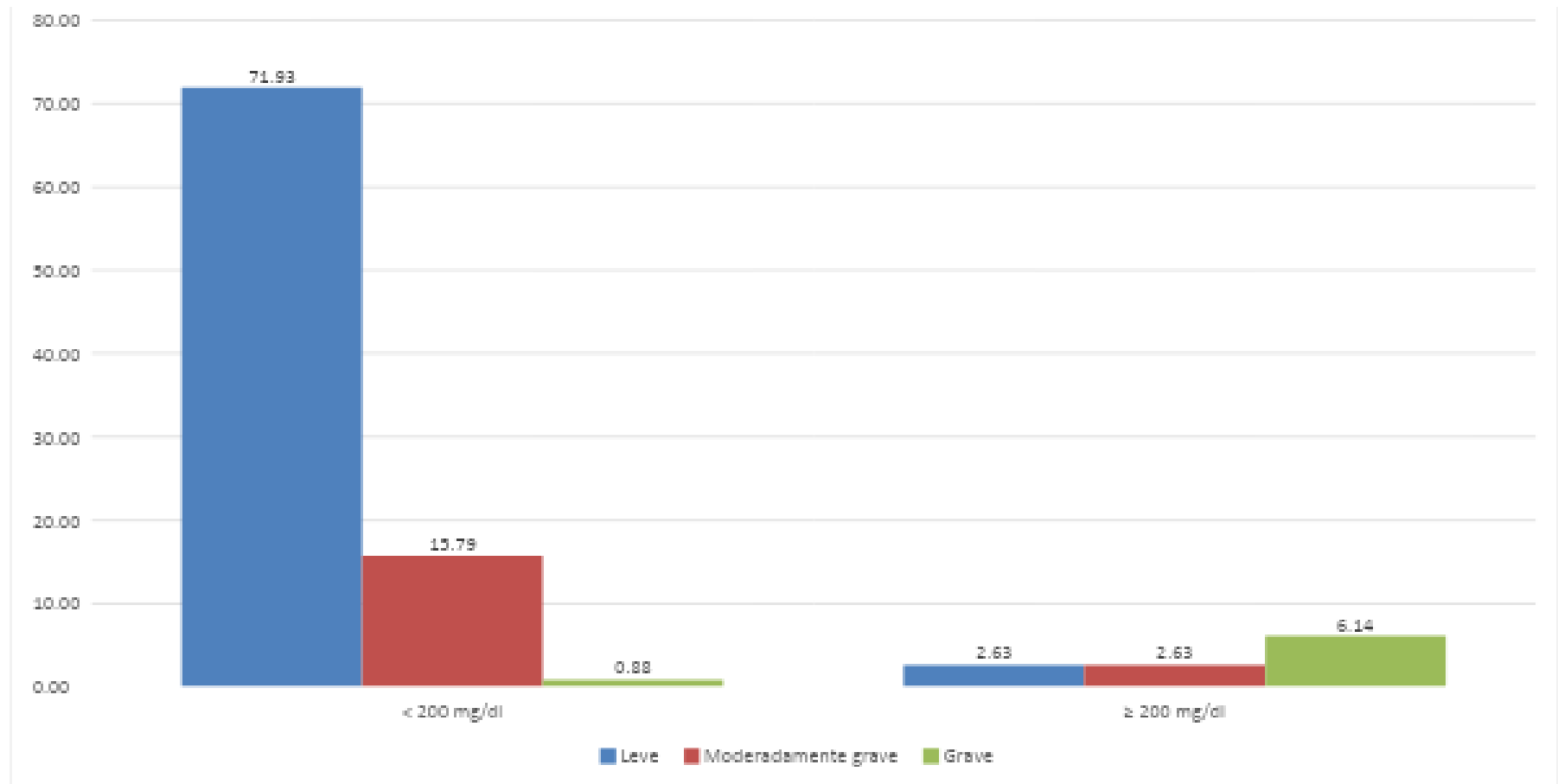
ES SIGNIFICATIVA

$$ch^2_{tab} = 5,991$$

$$Gl = 2$$

Figura 6. Glicemia y su relación con la severidad de la pancreatitis en pacientes del hospital San Martín de Porres de

Macusani 2024



Fuente: tabla 6.



En la tabla y figura 06 se analiza la glicemia de los pacientes con pancreatitis, el 88,60% presenta glicemia <200 mg/dl, el 11,40% presenta glicemia \geq 200 mg/dl.

De los pacientes con pancreatitis grave el 6,14% presenta glicemia \geq 200 mg/dl, el 0,88% presenta glicemia <200 mg/dl; de los pacientes con pancreatitis moderadamente grave el 15,79% presenta glicemia <200 mg/dl, el 2,63% presenta glicemia \geq 200 mg/dl; de los pacientes con pancreatitis leve el 71,93% presenta glicemia <200 mg/dl, el 2,63% presenta glicemia \geq 200 mg/dl.

Estadísticamente a la contratación de hipótesis fue desarrollada con la prueba del chi cuadrado, $\chi^2_{cal}=51,242$ mayor que la $\chi^2_{tab}=5,991$, $gl=2$, $p=0,000$ es significativa, la glicemia del paciente tiene relación con la severidad de la pancreatitis en pacientes del Hospital San Martín de Porres de Macusani 2024.

Según Soutelo M. J. Saban M. Fritz M. C. et. Al. en su estudio ha encontrado que según el diagnóstico de diabetes mellitus, el grupo 3 presentó un promedio mayor de edad ($p=0,02$) se observó una diferencia relevante en los valores de glicemia basal ($p= 0.0001$) y a los 120 minutos post PTOG ($p= 0.0001$), evidenciando la relación entre pancreatitis agudas leves y disfunción del metabolismo de la glucosa, donde se halló que los pacientes de mayores, TAD y aquellos con SM presentaron mayor relevancia de 65.66% en casos de Pre diabetes y diabetes.



Tabla 7. Hematocrito y su relación con la severidad de la pancreatitis en pacientes del hospital San Martín de Porres de Macusani 2024

Hematocrito	Pancreatitis según severidad							
	Leve		Moderadamente grave		Grave		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
< 40%	18	15.79	0	0.00	0	0.00	18	15.79
> 40%	67	58.77	21	18.42	8	7.02	96	84.21
Total:	85	74.56	21	18.42	8	7.02	114	100.00

Fuente: Ficha de recolección de datos.

$ch^2_{cal} = 7,293$

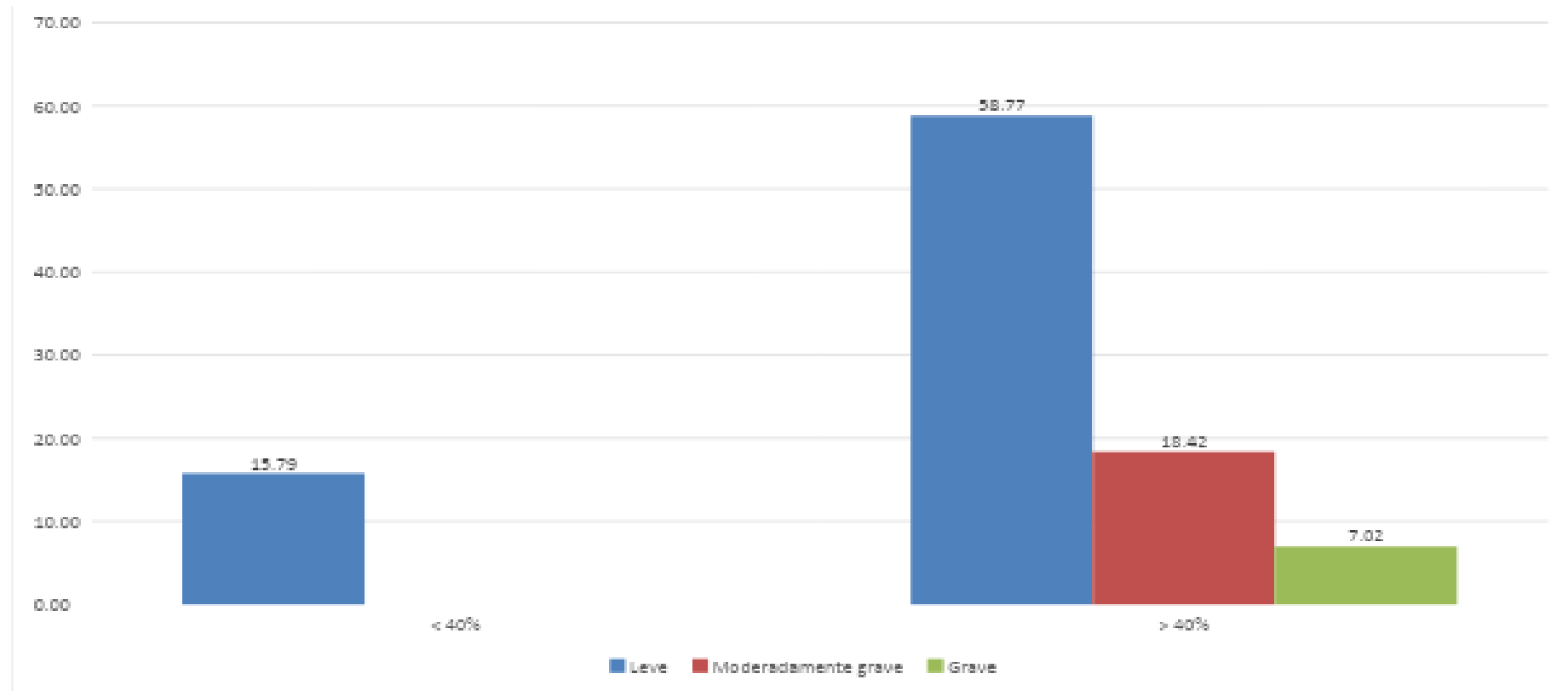
$p = 0,026$

ES SIGNIFICATIVA

$ch^2_{tab} = 5,991$

$G/ = 2$

Figura 7. Hematocrito y su relación con la severidad de la pancreatitis en pacientes del hospital San Martín de Porres de Macusani 2024



Fuente: tabla 7

En la tabla y figura 07 se analiza el hematocrito de los pacientes con pancreatitis, el 84,21% presenta un hematocrito >40%, el 15,79% presenta un hematocrito <40%.

De los pacientes con pancreatitis grave el 7,02% presenta un hematocrito >40%; de los pacientes con pancreatitis moderadamente grave el 18,42% presenta un hematocrito >40%; de los pacientes con pancreatitis leve el 58,77% presenta un hematocrito >40%, el 15,79% presenta un hematocrito <40%.

Estadísticamente a la contrastación de hipótesis fue desarrollada con la prueba del chi cuadrado, $\chi^2_{cal}=7,293$ mayor que la $\chi^2_{tab}=5,991$, $gl=2$, $p=0,026$ es significativa, el hematocrito tiene relación con la severidad de la pancreatitis en pacientes del Hospital San Martín de Porres de Macusani 2024.

La habilidad para predecir la severidad puede estar ayudado por apoyo laboratorial, con los resultados respectivos según sea el caso se podrá reconocer pacientes con riesgo aumentado para morbimortalidad, la severidad del caso se puede realizar con el apoyo de los parámetros clínicos, laboratoriales y radiológicos, además de los indicadores de severidad y marcadores de inflamación aguda, algunos de estos pueden ser obtenidos al ingreso del paciente o en las primeras 48 horas de hospitalización, debiendo ser el predictor ideal rápido, mínimamente invasivo y exacto primordial para identificar pacientes con riesgo elevado de mortalidad.

Tabla 8. Escala de gravedad apache ii y su relación con la severidad de la pancreatitis en pacientes del hospital san Martín de Porres de Macusani 2024

Escala de gravedad apache II	Pancreatitis según severidad							
	Leve		Moderadamente grave		Grave		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
< 8 puntos (Moderadamente grave)	85	74.56	21	18.42	5	4.39	111	97.37
≥ 8 puntos (Grave)	0	0.00	0	0.00	3	2.63	3	2.63
Total:	85	74.56	21	18.42	8	7.02	114	100.00

Fuente: Ficha de recolección de datos.

$$ch^2_{ca} = 40,824$$

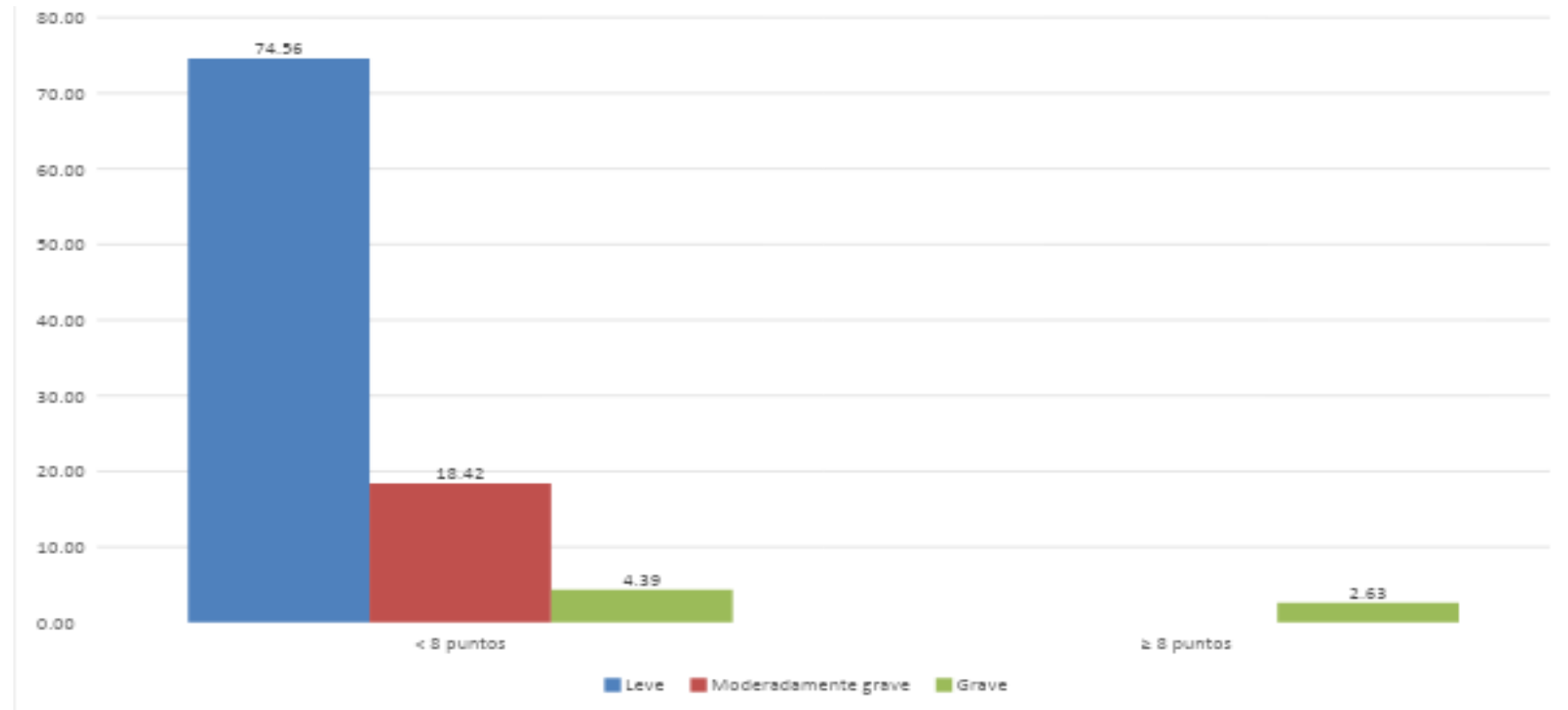
$$p = 0,000$$

ES SIGNIFICATIVA

$$ch^2_{tab} = 5,991$$

$$Gl = 2$$

Figura 8. *Escala de gravedad apache ii y su relación con la severidad de la pancreatitis en pacientes del hospital san Martín de Porres de Macusani 2024*



Fuente: tabla 8



En la tabla y figura 08 se analiza la escala de gravedad apache II de los pacientes con pancreatitis, el 97,37% presenta una escala de <8 puntos (Moderadamente grave), el 2,63% presenta una escala de ≥ 8 puntos (Grave).

De los pacientes con pancreatitis grave el 4,39% presenta una escala de <8 puntos (Moderadamente grave), el 2,63% presenta una escala de ≥ 8 puntos (Grave); de los pacientes con pancreatitis moderadamente grave el 18,42% presenta una escala de <8 puntos (Moderadamente grave); de los pacientes con pancreatitis leve el 74,56% presenta una escala de <8 puntos (Grave).

Estadísticamente a la contrastación de hipótesis fue desarrollada con la prueba del chi cuadrado, $\chi^2_{cal}=40,824$ mayor que la $\chi^2_{tab}=5,991$, $gl=2$, $p=0,000$ es significativa, la escala de severidad de APACHE II tiene relación con la severidad de la pancreatitis en pacientes del Hospital San Martín de Porres de Macusani 2024.

Según Surco Y. Huerta J. Pinto J. et. Al. han encontrado que: 329 pacientes con pancreatitis aguda, con etiología más frecuente fue la biliar 74.3%, con pancreatitis leves 73% y 27% con pancreatitis severas, las áreas delimitadas bajo la curva ROC de los indicadores fueron: APACHE-II: 0.74; BISAP: 0.78; Ranson: 0.48; urea: 0.70; hematocrito a las 24 h: 0.73, Se registraron 10 muertes (mortalidad: 3%), no se halló diferencias significativas de la escala BISAP con la escala de severidad de APACHE-II, así mismo ni con la urea ni la hemoconcentración, pero sí con el puntaje de Ranson.

Tabla 9.- Nitrógeno Ureico en Sangre (BUN) y su relación con la severidad de la pancreatitis en pacientes del hospital San Martín de Porres de Macusani 2024

NITRÓGENO UREICO EN SANGRE (BUN)	Pancreatitis según severidad							
	Leve		Moderadamente grave		Grave		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
< 25 mg/dl	55	48.25	6	5.26	4	3.51	65	57.02
.> 25 mg/dl	30	26.32	15	13.16	4	3.51	49	42.98
Total:	85	74.56	21	18.42	8	7.02	114	100.00

Fuente: Ficha de recolección de datos.

$$ch^2_{cal} = 9,145$$

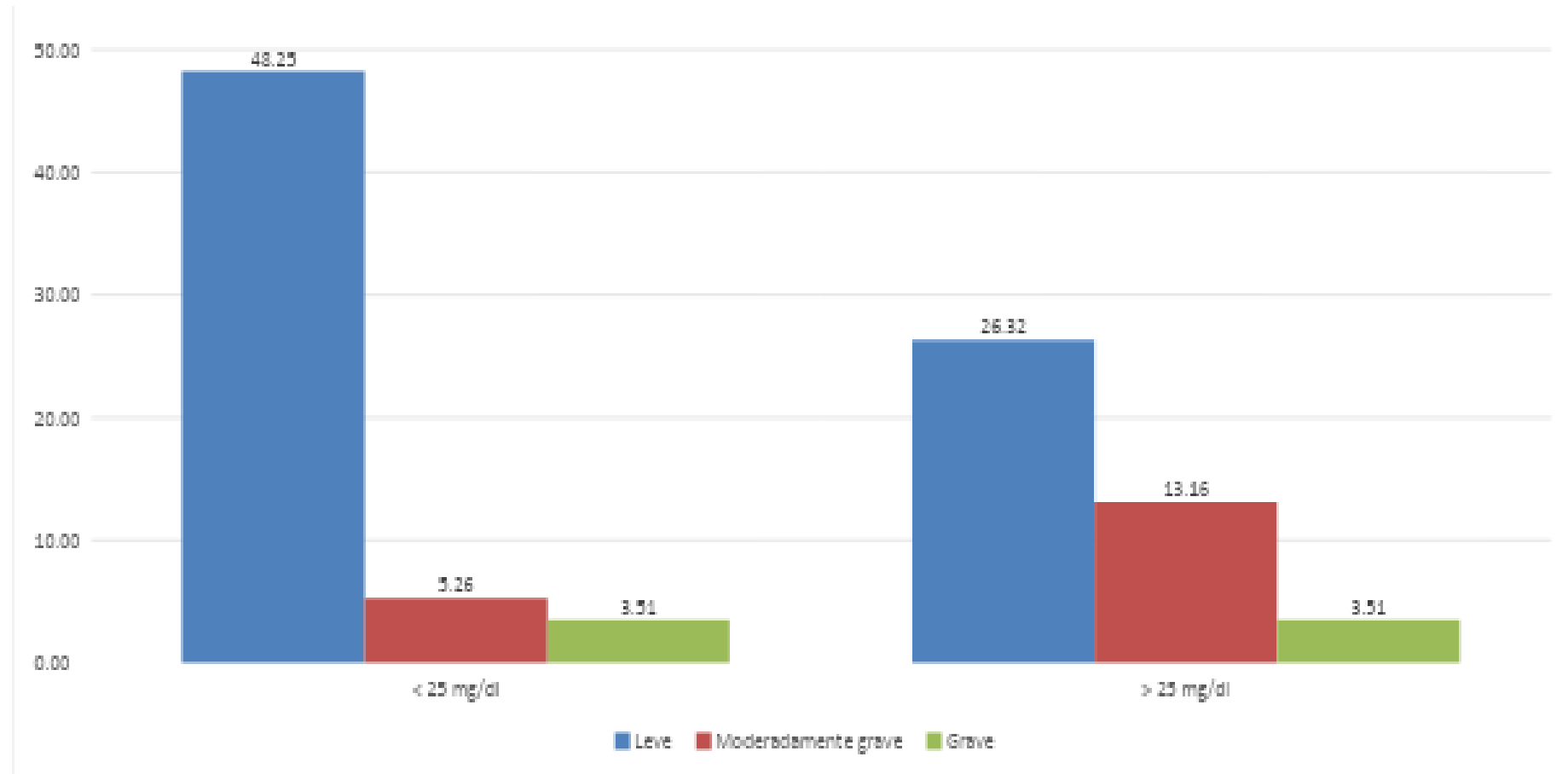
$$p = 0,010$$

ES SIGNIFICATIVA

$$ch^2_{tab} = 5,991$$

$$Gl = 2$$

Figura 9.- Nitrógeno Ureico en Sangre (BUN) y su relación con la severidad de la pancreatitis en pacientes del hospital San Martín de Porres de Macusani 2024



Fuente: tabla 9

El tercer objetivo específico es: Estudiar los factores del Score BISAP relacionadas con la severidad de la pancreatitis en pacientes del Hospital San Martín de Porres.

En la tabla y figura 9 se analiza la urea de los pacientes con pancreatitis, el 57,02% tiene un BUN < 25 mg/dl, el 42,98% tiene un BUN > 25 mg/dl.

De los pacientes con pancreatitis grave el 3,51% tiene un BUN < 25 mg/dl, el 3,51% tiene un BUN > 25 mg/dl; de los pacientes con pancreatitis moderadamente grave el 13,16% tiene un BUN > 25 mg/dl, el 5,26% tiene un BUN < 25 mg/dl; de los pacientes con pancreatitis leve el 48,25% tiene un BUN < 25 mg/dl, el 26,32% tiene un BUN > 25 mg/dl.

Estadísticamente a la contrastación de hipótesis se ha trabajado con la prueba del chi cuadrado, $\chi^2_{cal}=9,145$ mayor que la $\chi^2_{tab}=5,991$, $gl=2$, $p=0,010$ es significativa, el BUN tiene relación con la severidad de la pancreatitis en pacientes del Hospital San Martín de Porres de Macusani 2024.

Según Madaria E. ha encontrado en su estudio que: La pancreatitis aguda severa estuvo asociada a un incremento de los requerimientos de fluidoterapia ocasionado por el secuestro de fluidos y en los casos más severos debido a reducción del tono vascular periférico, nuevos estudios señalaron que la administración agresiva de fluidos a los paciente podría relacionarse con un efecto neutro o favorable, en su mayoría en los pacientes no presentan una monitorización invasiva de parámetros hemodinámicos para orientar la fluidoterapia, por ello sería recomendable la monitorización de diuresis y seguimiento de evolución del cuadro para así poder mejorar el pronóstico.

Tabla 10. Estado de salud mental y su relación con la severidad de la pancreatitis en pacientes del hospital San Martín de Porres de Macusani 2024

Estado de salud mental	Pancreatitis según severidad							
	Leve		Moderadamente grave		Grave		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Normal	84	73.68	19	16.67	6	5.26	109	95.61
Alterado	1	0.88	2	1.75	2	1.75	5	4.39
Total:	85	74.56	21	18.42	8	7.02	114	100.00

Fuente: Ficha de recolección de datos.

$$chi^2_{cal} = 11,516$$

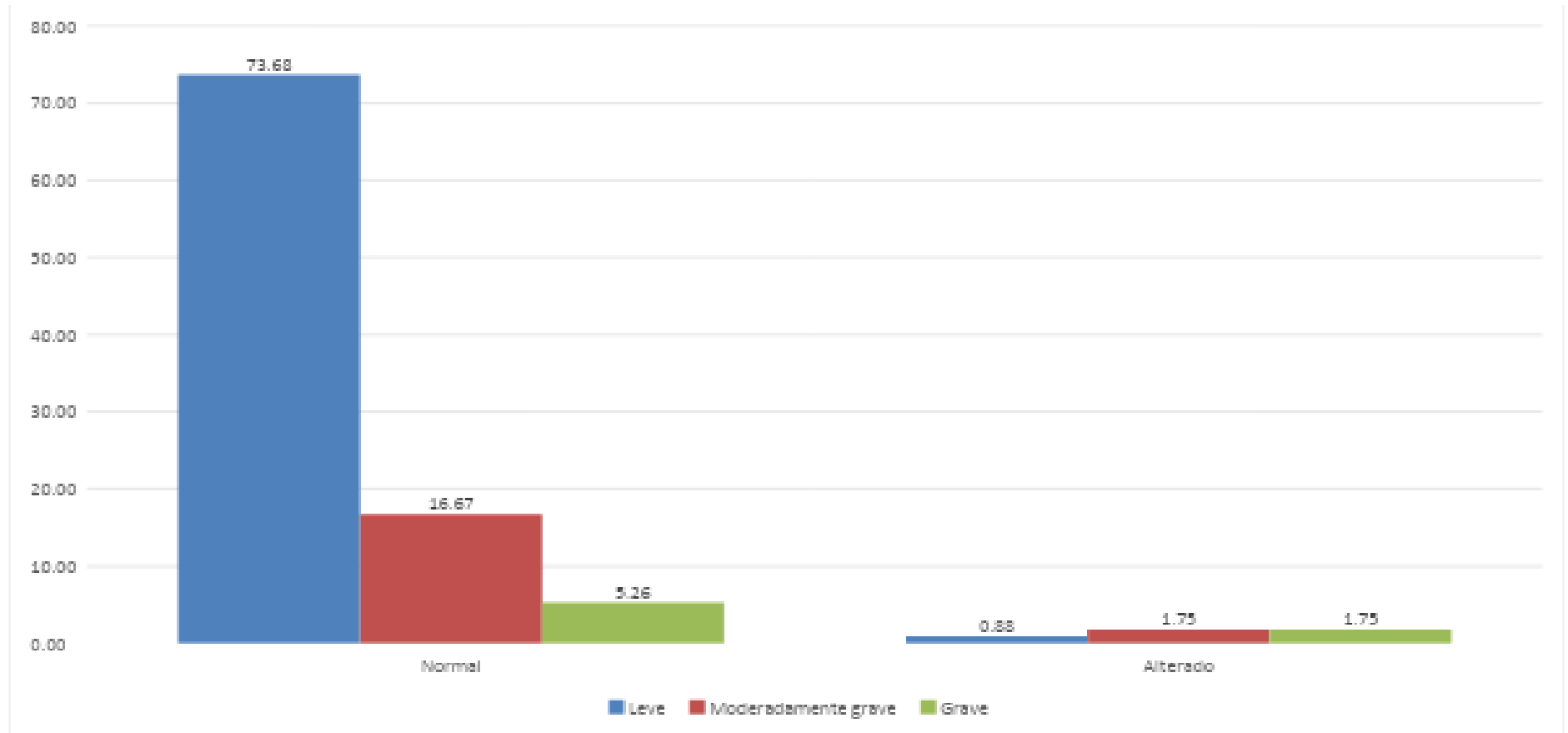
$$p = 0,003$$

ES SIGNIFICATIVA

$$chi^2_{tab} = 5,991$$

$$Gl = 2$$

Figura 10. Estado de salud mental y su relación con la severidad de la pancreatitis en pacientes del hospital San Martín de Porres de Macusani 2024



Fuente: tabla 10.



En la tabla y figura 10 se analiza el estado de salud mental de los pacientes con pancreatitis, el 95,61% presenta un estado de salud mental normal, el 4,39% presenta un estado de salud mental alterado.

De los pacientes con pancreatitis grave el 5,26% presenta un estado de salud mental normal, el 1,75% presenta un estado de salud mental alterado; de los pacientes con pancreatitis moderadamente grave el 16,67% presenta un estado de salud mental normal, el 1,75% presenta un estado de salud mental alterado; de los pacientes con pancreatitis leve el 73,68% presenta un estado de salud mental normal, el 0,88% presenta un estado de salud mental alterado

Estadísticamente a la contrastación de hipótesis fue desarrollada con la prueba del chi cuadrado, $\chi^2_{cal}=11,516$ mayor que la $\chi^2_{tab}=5,991$, $gl=2$, $p=0,003$ es significativa, el estado de salud mental tiene relación con la severidad de la pancreatitis en pacientes del Hospital San Martín de Porres de Macusani 2024.

Todo proceso de enfermedad en los pacientes altera su estado mental por ello se recomienda la evaluación y seguimiento constante del estado de conciencia mediante la escala de Glasgow ya que una alteración frente a los valores evaluados como la respuesta ocular, respuesta verbal o respuesta motora nos indica una evolución poco favorable.

Tabla 11.- RESPUESTA INFLAMATORIA Y SU RELACIÓN CON LA SEVERIDAD DE LA PANCREATITIS EN PACIENTES DEL HOSPITAL SAN MARTIN DE PORRES DE MACUSANI 2024

Respuesta inflamatoria	Pancreatitis según severidad						Total	
	Leve		Moderadamente grave		Grave		fi	%
	fi	%	fi	%	fi	%		
Normal	59	51.75	12	10.53	2	1.75	73	64.04
Síndrome de respuesta inflamatoria sistema	26	22.81	9	7.89	6	5.26	41	35.96
Total:	85	74.56	21	18.42	8	7.02	114	100.00

Fuente: Ficha de recolección de datos.

$$ch^2_{ca} = 6,793$$

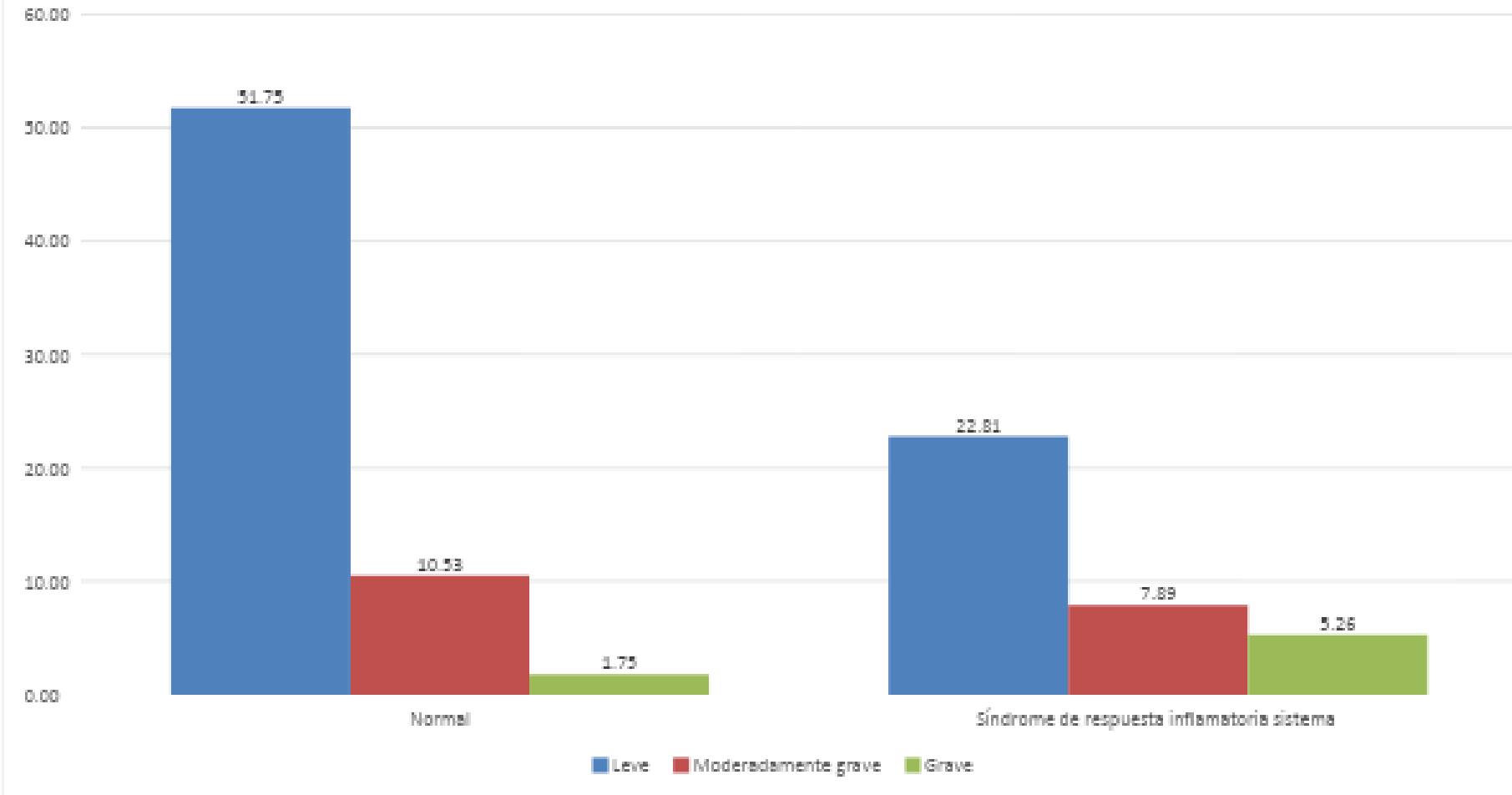
$$p = 0,033$$

ES SIGNIFICATIVA

$$ch^2_{tab} = 5,991$$

$$G = 2$$

Figura 11.- RESPUESTA INFLAMATORIA Y SU RELACIÓN CON LA SEVERIDAD DE LA PANCREATITIS EN PACIENTES DEL HOSPITAL SAN MARTIN DE PORRES DE MACUSANI 2024



Fuente: tabla 11.

En la tabla y figura 11 se analiza la respuesta inflamatoria de los pacientes con pancreatitis, el 64,04% tiene una respuesta inflamatoria normal, el 35,96% tiene un síndrome de respuesta inflamatoria sistema.

De los pacientes con pancreatitis grave el 5,26% tiene una respuesta inflamatoria normal, el 1,75% tiene un síndrome de respuesta inflamatoria sistema; de los pacientes con pancreatitis moderadamente grave el 10,53% tiene una respuesta inflamatoria normal, el 7,89% tiene un síndrome de respuesta inflamatoria sistema; de los pacientes con pancreatitis leve el 51,75% tiene una respuesta inflamatoria normal, el 22,81% tiene un síndrome de respuesta inflamatoria sistema.

Estadísticamente a la contrastación de hipótesis fue desarrollada con la prueba del chi cuadrado, $\chi^2_{cal}=6,793$ mayor que la $\chi^2_{tab}=5,991$, $gl=2$, $p=0,033$ es significativa, la respuesta inflamatoria tiene relación con la severidad de la pancreatitis en pacientes del Hospital San Martín de Porres de Macusani 2024.

La pancreatitis aguda es una enfermedad cada vez más frecuente, las revisiones sistemáticas concluyen en su mayoría que tratamiento con apoyo de fluidoterapia suele ser beneficioso para mejorar la evolución clínica de esta patología, y en particular se aconseja un tratamiento sobre todo precoz con el fin de evitar cuadros de inflamación sistémica que exacerben funciones hemodinámicas en el paciente, por lo que requiere de un buen diagnóstico clínico para su tratamiento oportuno.

Tabla 12. Evaluación pleural y su relación con la severidad de la pancreatitis en pacientes del hospital San Martín de Porres de Macusani 2024

Evaluación pleural	Pancreatitis según severidad							
	Leve		Moderadamente grave		Grave		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Normal	78	68.42	6	5.26	1	0.88	85	74.56
Presencia de efusión pleural	7	6.14	15	13.16	7	6.14	29	25.44
Total:	85	74.56	21	18.42	8	7.02	114	100.00

Fuente: Ficha de recolección de datos.

$$ch^2_{cal} = 52,925$$

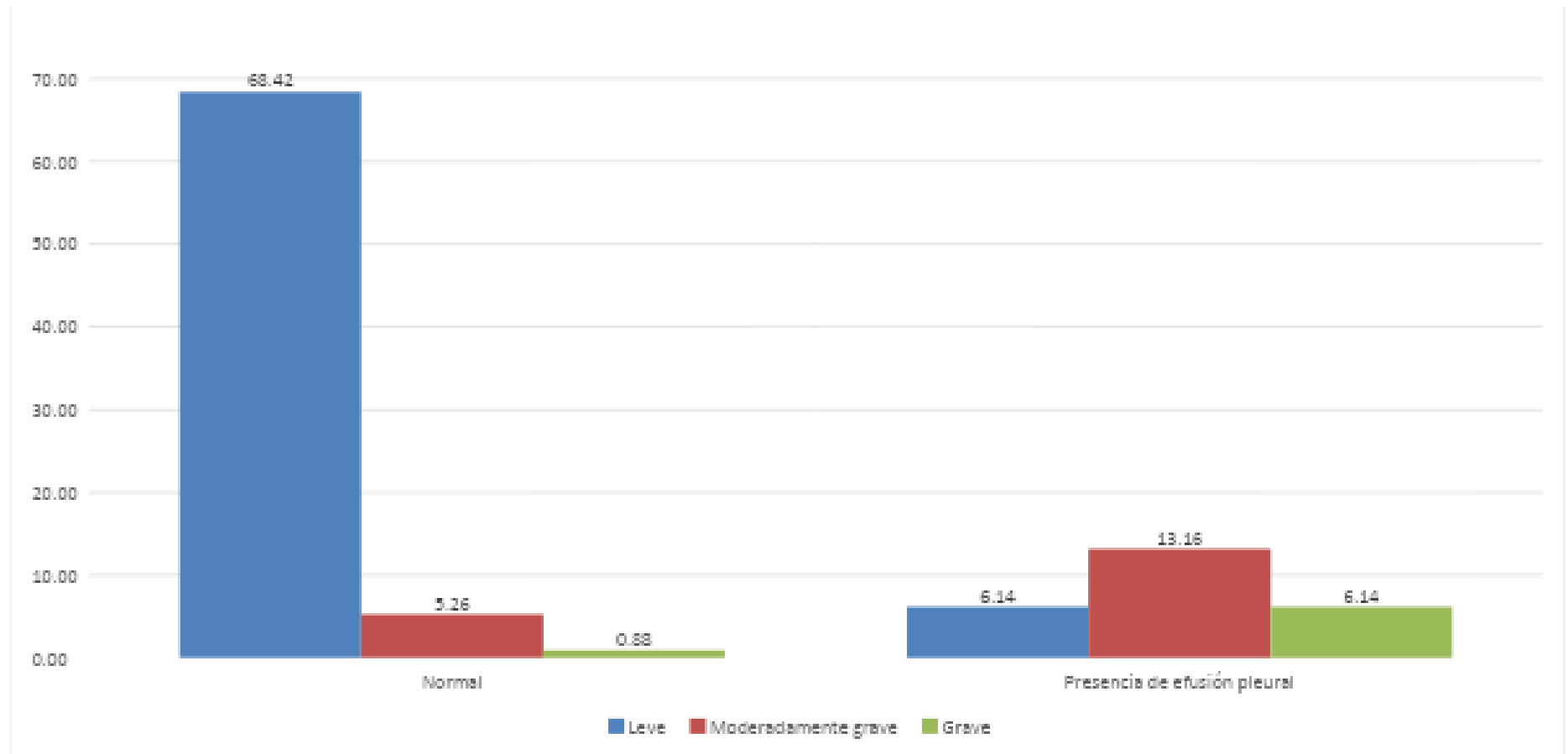
$$p = 0,000$$

ES SIGNIFICATIVA

$$ch^2_{tab} = 5,991$$

$$Gl = 2$$

Figura 12. Evaluación pleural y su relación con la severidad de la pancreatitis en pacientes del hospital San Martín de Porres de Macusani 2024



Fuente: tabla 12.

En la tabla y figura 12 se analiza la evaluación pleural de los pacientes con pancreatitis, el 74,56% presenta una evaluación pleural normal, el 25,44% tiene presencia de efusión pleural.

De los pacientes con pancreatitis grave el 6,14% tiene presencia de efusión pleural, el 0,88% presenta una evaluación pleural normal; de los pacientes con pancreatitis moderadamente grave el 13,16% tiene presencia de efusión pleural, el 5,26% presenta una evaluación pleural normal; de los pacientes con pancreatitis leve el 68,42% presenta una evaluación pleural normal, el 6,14% tiene presencia de efusión pleural.

Estadísticamente a la contratación de hipótesis se ha trabajado con la prueba del chi cuadrado, $\chi^2_{cal}=52,925$ mayor que la $\chi^2_{tab}=5,991$, $gl=2$, $p=0,000$ es significativa, la evaluación pleural tiene relación con la severidad de la pancreatitis en pacientes del Hospital San Martín de Porres de Macusani 2024.

La efusión pleural se ha asociado su mayoría a la elevación en el riesgo de severidad en pancreatitis aguda, para un buen diagnóstico se requiere de una ecografía en las primeras 24 – 48 h de admisión, siempre en cuando el paciente presente un cuadro de pancreatitis de evolución desfavorable asociada a distrés respiratorio se recomienda examen de imagen de tórax con el fin de descartar una efusión pleural en caso se llegue a presentar este cuadro se recomienda procedimientos invasión como el drenaje del derrame pleural a través de la toracocentesis con el fin de evitar complicaciones más severas.

Tabla 13. Hallazgos tomográficos y su relación con la severidad de la pancreatitis en pacientes del hospital san Martín de Porres de Macusani 2024

Hallazgos tomográficos	Pancreatitis según severidad							
	Leve		Moderadamente grave		Grave		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
GRADO A: Páncreas normal	80	70.18	17	14.91	5	4.39	102	89.47
GRADO B: Incremento del tamaño del páncreas	5	4.39	4	3.51	3	2.63	12	10.53
Total:	85	74.56	21	18.42	8	7.02	114	100.00

Fuente: Ficha de recolección de datos.

$$\chi^2_{cal} = 9,746$$

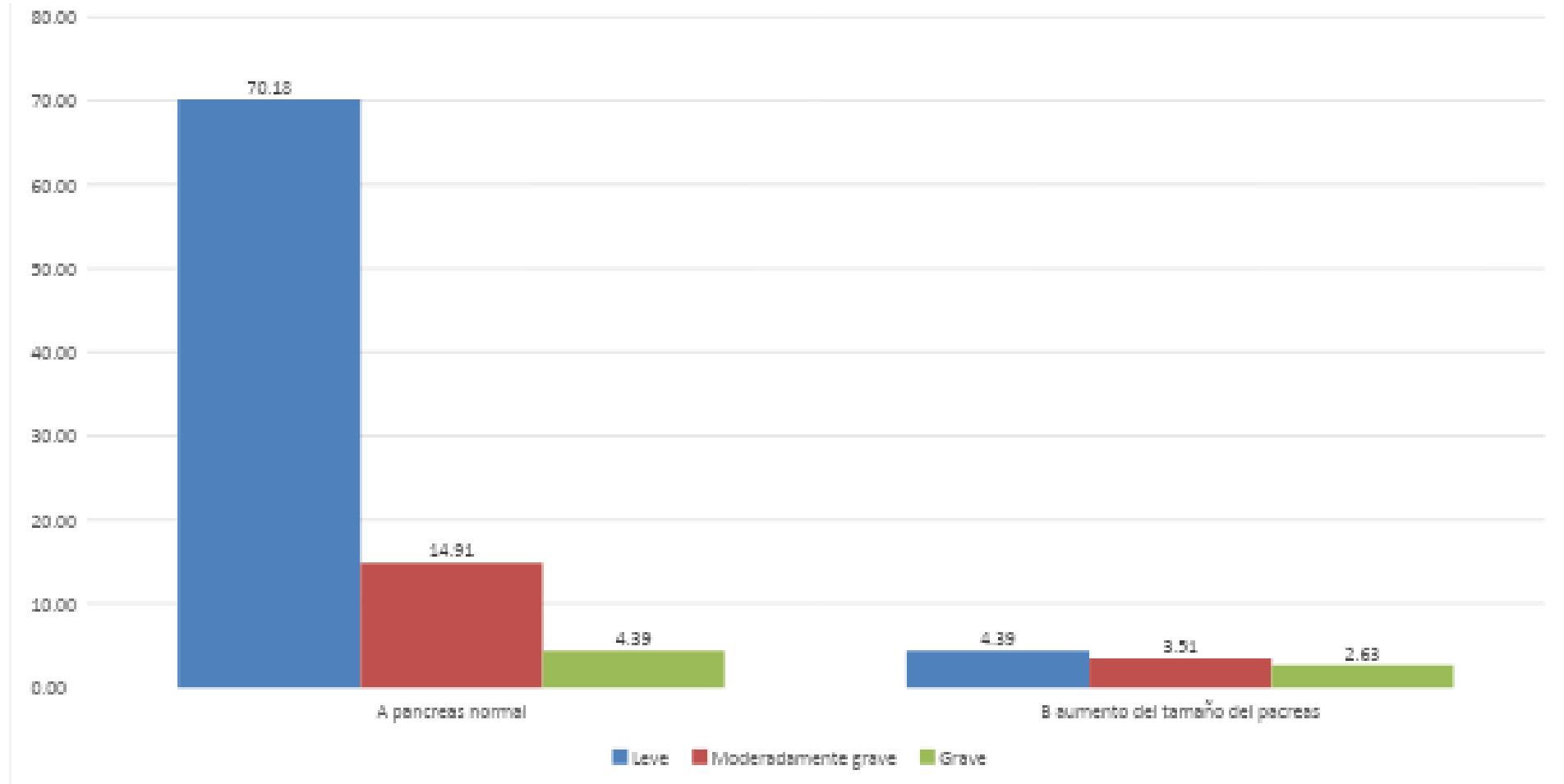
$$p = 0,008$$

ES SIGNIFICATIVA

$$\chi^2_{tab} = 5,991$$

$$Gf = 2$$

Figura 13. Hallazgos tomográficos y su relación con la severidad de la pancreatitis en pacientes del hospital san Martín de Porres de Macusani 2024



Fuente: tabla 13



En la tabla y figura 13 se analiza los hallazgos como gráficos de los pacientes con pancreatitis, el 89,47% presenta páncreas normal en tomografía, el 10,53% presenta un aumento del tamaño del páncreas en tomografía.

De los pacientes con pancreatitis grave el 4,39% presenta páncreas normal en tomografía, el 2,63% presenta un aumento del tamaño del páncreas en tomografía; de los pacientes con pancreatitis moderadamente grave el 14,91% presenta páncreas normal en tomografía, el 3,51% presenta un aumento del tamaño del páncreas en tomografía; de los pacientes con pancreatitis leve el 70,18% presenta páncreas normal en tomografía, el 4,39% presenta un aumento del tamaño del páncreas en tomografía.

Estadísticamente a la comprobación de hipótesis se ha trabajado con la prueba del chi cuadrado, $\chi^2_{cal}=9,746$ mayor que la $\chi^2_{tab}=5,991$, $gl=2$, $p=0,008$ es significativa, los hallazgos tomográficos tienen relación con la severidad de la pancreatitis en pacientes del Hospital San Martín de Porres de Macusani 2024.

Larrañaga N. Espil G. Romualdo J. E. Prado F. Kozima S. en su estudio ha encontrado que: La pancreatitis aguda es una patología inflamatoria del tejido pancreático pasadas las 72h de estancia hospitalaria es recomendable la realización de una tomografía abdominal para valorar cuadros de severidad y con la ayuda de criterios como el índice de severidad de Balthazar determinar alteraciones intrínsecas, colecciones pancreáticas o peripancreáticas, necrosis pancreática entre otros.

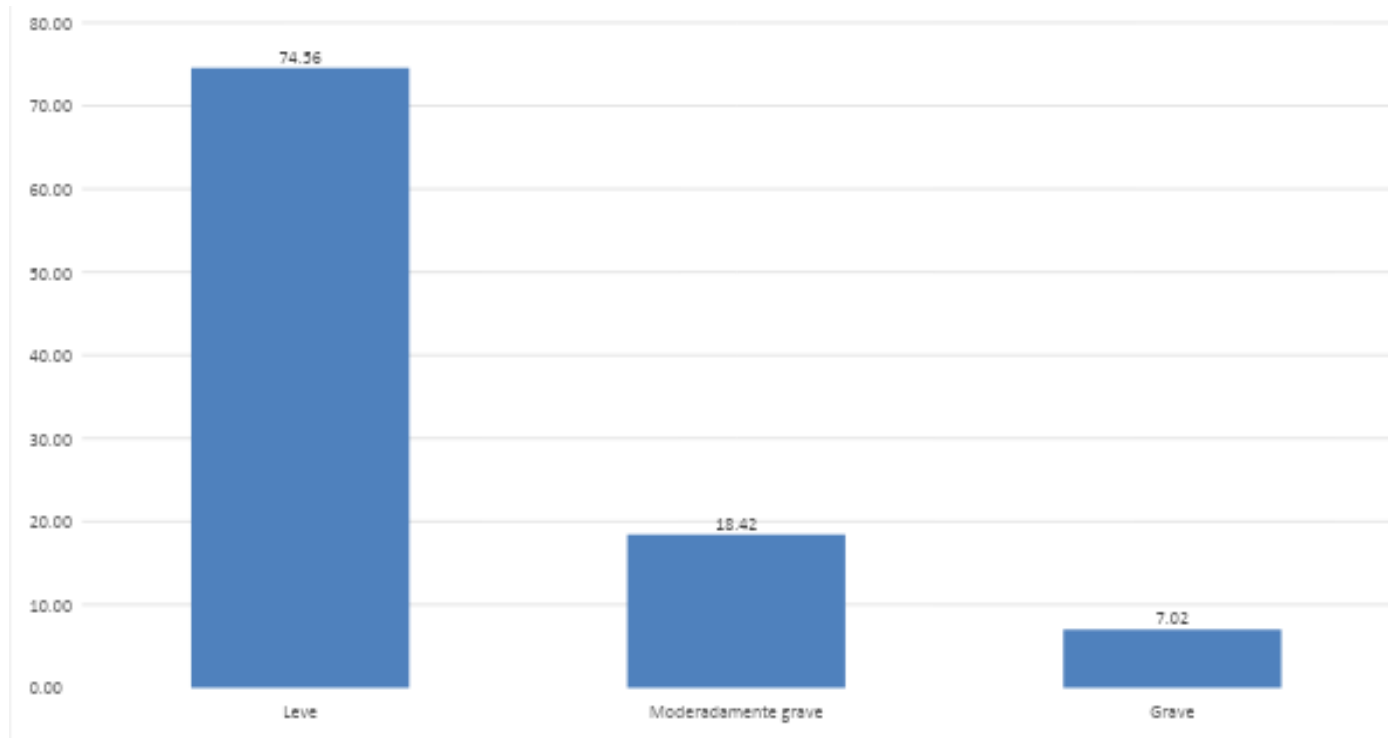


Tabla 14. *Pancreatitis según severidad en pacientes del hospital San Martín de Porres de Macusani 2024*

	fi	%
Leve	85	74.56
Moderadamente grave	21	18.42
Grave	8	7.02
Total:	114	100.00

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Tabla 14. *Pancreatitis según severidad en pacientes del hospital San Martín de Porres de Macusani 2024*



Fuente: tabla 14.



El cuarto objetivo específico es: Describir la severidad de la pancreatitis en pacientes del Hospital San Martín de Porres.

En la tabla y figura 14 se analiza la pancreatitis según severidad de los pacientes, el 74,56% presenta una pancreatitis leve, el 18,42% presenta una pancreatitis moderadamente grave, el 7,02% presenta una pancreatitis grave.

La pancreatitis aguda se presenta como cuadros leves o severos, presentando una considerable tasa de mortalidad, en la mayoría de casos se trata de casos leves con pocos días de estancia hospitalaria y evolución favorable pero que suele haber reincidencia del cuadro al no tratar la causa en general provocada por cálculos biliares y el abuso desmesurado de alcohol, además en el cuadro se presenta una sintomatología de dolor abdominal intenso localizado en epigastrio y/o hipocondrio derecho, análisis de laboratorio y las pruebas de imagen, apoya al diagnóstico y seguimiento de la evolución del cuadro.

DISCUSIÓN

Los factores epidemiológicos relacionados con la severidad de la pancreatitis en pacientes del Hospital San Martín de Porres de Macusani 2024, son: 68,42% es de sexo femenino ($ns=0,000$), 77,19% es menor a 60 años, 57,89% es de procedencia urbano ($ns=0,000$), 96,49% es de etiología biliar ($ns=0,000$), 57,89% con IMC < 25 KG/M² ($ns=0,000$), 88,60% tiene glicemia < 200 mg/dl ($ns=0,000$), 85,09% si presenta derrame pleural ($ns=0,304$), 84,21% presenta hematocrito >40% ($ns=0,026$), 97,37% tiene una escala de <8 puntos de gravedad apache II ($ns=0,000$), 57,02% tiene una urea < 25 mg/dl ($ns=0,010$), 95,61% tiene un estado de salud mental normal ($ns=0,003$), 64,04% tiene una respuesta inflamatoria normal ($ns=0,033$), 74,56% tiene evaluación pleural normal ($ns=0,000$), 89,47% en la tomografía se hallaron páncreas normal ($ns=0,008$), según la severidad de la pancreatitis el 74,56% presenta una pancreatitis leve, el 18,42% es moderadamente grave, 7,02% presenta una pancreatitis grave.

Según García L. ha concluido: Prevalió el grupo etario entre 45 - 54 años con 40%, con una media y desviación estándar de 52.56 ± 14.65 , predominó el sexo masculino con 60%, el principal síntoma fue el dolor abdominal 100%, la etiología con mayor prevalencia es la biliar 53.33%, y con una elevada presencia según la clasificación morfológica fue la pancreatitis intersticial edematosa 62.22%, el 40.00% presentó la pancreatitis leve; y según Ranson, representada por pancreatitis aguda no grave en el 53.33%, el 44.44% presentó Escala de Balthazar tipo C, prevalecieron las complicaciones cardiovasculares 33.33%.

Según Bretaña D. Bogan P., la pancreatitis aguda es una causa prevalente de hospitalización y está asociada con la readmisión. En ciertos estudios, se ha



demostrado que la tasa de recurrencia puede reducirse significativamente al realizar una colectomía rápida en casos de pancreatitis aguda de origen biliar y al evitar el consumo excesivo de alcohol en casos de pancreatitis aguda asociada al consumo de alcohol.

Abdul-Rahman H. L. realizó un estudio que encontró que la mayoría de los pacientes regresaron al hospital después de 90 días debido a la ausencia de un procedimiento quirúrgico invasivo. El diagnóstico más frecuente en estas readmisiones de 90 días fue pancreatitis aguda sin necrosis ni infección. Además, el estudio descubrió que las mujeres tenían menores probabilidades de regresar al hospital que los hombres, y los pacientes de 65 años o más también tenían menores probabilidades de ser readmitidos que los adultos jóvenes.

CONCLUSIONES

- PRIMERA** Los factores epidemiológicos relacionados con la severidad de la pancreatitis en pacientes del Hospital San Martín de Porres de Macusani 2024, son: los factores demográficos, la valoración clínica, el SCORE BISAP, todas las variables son significativas, con lo cual aceptamos la hipótesis planteada.
- SEGUNDA** Los factores demográficos relacionadas con la severidad de la pancreatitis en pacientes del Hospital San Martín de Porres, son: un 68,42% es de sexo femenino ($ns=0,000$), 77,19% es menor a 60 años ($ns=0,000$), 57,89% es de procedencia urbano, todas las variables son significativas, con lo cual aceptamos la hipótesis planteada.
- TERCERA** Los factores de la valoración clínica relacionadas con la severidad de la pancreatitis en pacientes del Hospital San Martín de Porres, son: un 96,49% es de etiología biliar ($ns=0,000$), 57,89% tiene un IMC < 25 kg/m² ($ns=0,000$), el 88,60% tiene glicemia < 200 mg/dl ($ns=0,000$), 84,21% presenta hematocrito $>40\%$ ($ns=0,026$), 97,37% tiene una escala de <8 puntos de gravedad apache II ($ns=0,000$), todas son significativas, excepto un 85,09% si presenta derrame pleural ($ns=0,304$), con lo cual aceptamos la hipótesis planteada.



CUARTA. Los factores del Score BISAP relacionadas con la severidad de la pancreatitis en pacientes del Hospital San Martín de Porres, son: un 85,96% tiene una temperatura de 38-5 – 39.9 °C (ns=0,000), 57,02% tiene un BUN < 25 mg/dl (ns=0,010), 95,61% tiene un estado de salud mental normal (ns=0,003), 64,04% tiene una respuesta inflamatoria normal (ns=0,033), 74,56% tiene evaluación pleural normal (ns=0,000), 89,47% en la tomografía se hallaron páncreas normal (ns=0,000), todas las variables son significativas con una $p < 0,05$, por lo tanto, aceptamos la hipótesis planteada.

QUINTA La severidad de la pancreatitis en pacientes del Hospital San Martín de Porres es el 74,56% presenta una pancreatitis leve, el 18,42% presenta una pancreatitis moderadamente grave, el 7,02% presenta una pancreatitis grave.



RECOMENDACIONES

- PRIMERA** Al director de la Red de Salud Carabaya se recomienda realizar diversas capacitaciones dirigidas a todo el personal que trabaja en el servicio de emergencia, medicina interna y cirugía del Hospital San Martín de Porres de Macusani, para analizar los factores epidemiológicos relacionados con la severidad de la pancreatitis en pacientes con características similares, así como demográficos, valoración clínica, el Score BISAP, y otros riesgos presentes en estos pacientes.
- SEGUNDA** Al director del Hospital San Martín de Porres de Macusani, se recomienda analizar y brindar capacitaciones acerca de los factores demográficos relacionadas con la severidad de la pancreatitis en pacientes que lo presentan, incluido su procedencia con el objetivo de identificar oportunamente los factores de riesgos que puedan complicar el cuadro de salud de estos pacientes.
- TERCERA** Al jefe del cuerpo médico del Hospital San Martín de Porres de Macusani, se sugiere realizar una valoración clínica integral que puedan estar relacionadas con la severidad de la pancreatitis en pacientes, identificando la etiología biliar, determinar el IMC, el nivel de glicemia, hematocrito, gravedad Apache II y otros factores de riesgo que pueden complicar la situación de estos pacientes.
- CUARTA** Al jefe de departamento de emergencia y UCI del Hospital San Martín de Porres se sugiere brindar capacitación sobre la atención



integral de los pacientes con pancreatitis, los médicos deberán analizar los factores del Score BISAP relacionadas con la severidad de la pancreatitis en pacientes, para identificar los factores de riesgo por medio de los scores de clasificación de severidad y de pronóstico de posibles complicaciones además de analizar los resultados laboratoriales, y resultados de la tomografía y otros que ayuden a reducir los riesgos y complicaciones en los pacientes.

QUINTA Al jefe de medicina interna de hospitalización del Hospital San Martin de Porres de Macusani, se sugiere brindar capacitaciones acerca de la identificación oportuna de los signos de severidad de la pancreatitis en pacientes del Hospital San Martin de Porres mediante un buen diagnóstico en la prevención de la morbimortalidad por pancreatitis.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Macarena I.L. Fernández L. Miranda J.P. Mancilla C. Watkins G. et al. Mortalidad de la pancreatitis aguda: experiencia de 20 años en el Hospital Clínico Universidad de Chile. Rev Med Chile; 2019.
2. Ocampo O. Kohan G. Leiro F. Basso S. Gutiérrez S. Perna L. et al. Diagnóstico y tratamiento de la pancreatitis aguda en la Argentina. Resultados de un estudio prospectivo en 23 centros. Acta Gastroenterología Latinoam 2019.
3. Bustamante D. García A. Umanzor W. Leiva L. Barrientos A. et al. Pancreatitis Aguda: Evidencia Actual. Archivos de medicina. 2019; 14(1,4): 1-10.
4. García L. Resultados del tratamiento en los pacientes con pancreatitis aguda en el Hospital Clínico Quirúrgico "Lucía Ñíguez Landín, 2023.
5. Rodríguez C. Evaluación del biomarcador Pancreatic Stone Protein como predictor de gravedad en la pancreatitis aguda. Murcia; 2022.
6. Bretaña D. Bogan P. Factores de riesgo y las oportunidades para mejorar la atención del paciente. EE.UU.; 2022.
7. Abdul-Rahman H. L. Pancreatitis aguda en pacientes de un hospital de EE.UU.; 2022.
8. Vivek K. Predictores de reingreso, de los pacientes con pancreatitis aguda. EE.UU.; 2022.
9. Rojas E. F. Etiología y factores de riesgo para reingreso en pacientes con pancreatitis aguda en el hospital regional docente de Cajamarca; 2022.
10. Espinoza G. Y. Características clínicas y epidemiológicas de la pancreatitis aguda de los residentes de la altitud. Huancayo; 2022.



11. Girón C. A. Pronóstico de pancreatitis aguda relacionado a la severidad clínica y manejo terapéutico. Hospital regional Huacho; 2020.
12. Palomino J. B. Recurrencia de pancreatitis aguda y factores de riesgos asociados en pacientes atendidos en el hospital de Vitarte. Lima; 2020.
13. Jamanca H. I. Factores pronósticos de severidad en pacientes con diagnóstico de pancreatitis aguda en el servicio de gastroenterología del HNSEB. Lima; 2019.
14. Quispe A. U. Factores pronostico asociados de la pancreatitis aguda en pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca; 2023.
15. Mamani M. Criterios de Ranson y Proteína C reactiva en pancreatitis aguda. Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca; 2023.
16. Flores P. D. Sistemas de pronóstico temprano de severidad: Bisap vs Marshall modificado en pacientes con pancreatitis aguda en el departamento de emergencias del Hospital Regional de Ayacucho; 2020.
17. Yerba L. A. Pancreatitis aguda, incidencia, características sociodemográficas, clínicas y factores asociados en pacientes hospitalizados en el Hospital Manuel Núñez Butron. Puno; 2020.
18. Luque R. Incidencia y perfil epidemiológico y clínico de la pancreatitis aguda de pacientes hospitalizados en el servicio de medicina del Hospital San Martin de Porres de Macusani; 2019.
19. Valdivieso-Herrera M.A. Vargas-Ruiz L.O. Arana-Chiang A.R. Piscoya A. Situación epidemiológica de la pancreatitis aguda en Latinoamérica y alcances sobre el diagnóstico. Acta Gastroenterología Latinoam 2019.
20. Huerta-Mercado J. Tratamiento médico de la pancreatitis aguda. Rev Med Hered. 2019; 24:231-236.



21. Acevedo A. Targarona J. Málaga G. Barreda L. Identificando a la Pancreatitis aguda severa. Rev. Gastroenterol. Perú; 2019; 31-3: 236-240. 53
22. Surco Y. Huerta J. Pinto J. Piscoya A. De Los Ríos. Et. al. Predicción Precoz de Severidad en Pancreatitis Aguda. Rev. Gastroenterol. Perú; 2019.
23. Chavarría CM. Espinoza JL. Kawano DA. Surco Y. Bravo E. et al. Hemoconcentración, Apache II y Ranson como Predictores Tempranos de Severidad en Pacientes con Diagnóstico de Pancreatitis Aguda en un Hospital de Lima – Perú. Rev. Gastroenterol. Perú; 2019.
24. Breijo A. Prieto JA. Pancreatitis aguda. Artículo de revision. Intramed journal. 2019.
25. Pando E. Alberti P. Hidalgo J. Vidal L. Dopazo C. et al. The role of extrapancreatic infections in the prediction of severity and local complications in acute pancreatitis. July 2019.
26. Premkumar RAnthony R.J. Maxim S. Jhon A. Windsor. The clinical relevance of obesity in acute pancreatitis: Targeted systematic reviews. January-February 2019.
27. Salabert IA. Salabert I. Alfonso JC. Álvarez MC. Torres A. et al. Factores de riesgo para pancreatitis aguda en el Hospital Comandante Faustino Pérez de Matanzas. Noviembre-diciembre 2019.
28. Sawalhi S. Al-Maramhy H. Abdelrahman I. Geib S.E. Al-Jubori S. Does the Presence of Obesity and/or Metabolic Syndrome Affect the Course of Acute Pancreatitis? 2019.



29. Roulin D. Girardet R. Duran R. Hajdu S. Denys A. et al. Outcome of elderly patients after acute biliary pancreatitis. *BioScience Trends*. 2018; 12(1):54-59.
30. Fei Y. Gao K. Tu J. Wang W. Zong G. Li W. Predicting and evaluation the severity in acute pancreatitis using a new modeling built on body mass index and intra-abdominal pressure. *Am J Surg*. 2019; Disponible en: 21. <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0002961017304312>
31. Speranskaya A. Nicolau J. Sanchis P. Gómez A. Ayala L. Fortuny R. Masmiquel L. Pancreatitis aguda y diabetes: Características Clínico epidemiológicas y factores condicionantes de su evolución clínica. *Avances en diabetología* 2019.
32. Kutz M. Rlrisarri R. Vila J.J. Martínez A. Elizalde I. Basterra M. Gómez M. Zozaya J.M. Derrame pleural secundario a fístula pancreático-pleural pospancreatitis aguda. *Gastroenterol Hepatol* 2019.
33. Guzmán E. Montes P. medrano E. BISAP-O: obesidad incluida en el score BISAP para mejorar la predicción de severidad en pancreatitis aguda. *Rev. gastroenterol. Perú*. 2022.
34. Tumbaco E. Pancreatitis aguda. Factores de riesgo y complicaciones en pacientes entre 20 a 40 años. Ecuador, 2019.
35. Pérez A. Bravo E. Prochazka R. Bussalleu A. Pinto J. Valenzuela Granados Vannessa. BISAP-O y APACHE-O: utilidad en la predicción de severidad en la pancreatitis aguda según la clasificación modificada de Atlanta. *Rev. Gastroenterología Perú*. 2019.
36. Molina J. Características clínicas, epidemiológicas y terapéuticas de la pancreatitis aguda grave. Trujillo-Perú, 2019.



37. Jin Z. Xu L. Wang X. Yang D. Risk Factors for Worsening of Acute Pancreatitis in Patients Admitted with Mild Acute Pancreatitis. *Med Sci Monit Int Med J Exp Clin Res.* 2019.
38. Lipovestky F. Tonulli C. Ramos A. Cueto G. Guimaraens P. Reina R. et al. Pancreatitis aguda. Su manejo en cuidados intensivos. *Medicina intensiva.* 2019.
39. Orellana P. Pancreatitis aguda: revisión de las nuevas guías del 2013. *Medicina Legal de Costa Rica - Edición Virtual.* 2019.
40. Hernández J. Pancreatitis aguda. *Revista de Gastroenterología de México.* 2019.
41. González J. Luque E. Cedillo E. Juárez M. González D. Moreno C. et al. Guía práctica clínica. Pancreatitis Aguda. Asociación mexicana de cirugía general A. C. 2019.
42. De la Cruz JA. Correa LE. Alatrística B M del S. Sánchez HH. Luna C. Loo M. et al. Promoviendo la investigación en estudiantes de Medicina y elevando la producción científica en las universidades. Disponible <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1575181318302122>
43. Garber A. Frakes C. Arora Z. Chahal P. Mecanismos y tratamiento de la pancreatitis aguda. *Práctica de gastroenterología res.* 2019.
44. Van SM. Hallensleben ND. Van HC, et al. Pancreatitis aguda: avances recientes a través de ensayos aleatorios. *Intestino.* 2019.
45. Bezmarevic M. Fisiopatología del síndrome compartimental abdominal en la pancreatitis aguda: dilemas y puntos críticos *Patofiziologija abdominalnog kompartment sindroma u akutnom pankreatitisu: dileme i kritične tačke. Vojn Pregl.* 2019.



ANEXOS



Anexo 1

Matriz de consistencia

TITULO: FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS RELACIONADOS CON LA SEVERIDAD DE LA PANCREATITIS EN PACIENTES DEL HOSPITAL SAN MARTIN DE PORRES, MACUSANI 2024

Formulación del problema	Objetivos	Hipótesis	Variable	Dimensiones	Indicador	Escala de valor	Tipo de variable	Metodología
<p>GENERAL PG: ¿Cuáles son factores epidemiológicos relacionados con la severidad de la pancreatitis en pacientes del Hospital San Martin de Porres de Macusani 2024?</p> <p>ESPECÍFICOS PE1: ¿Cuáles son los factores demográficos relacionados con la severidad de la pancreatitis en pacientes del Hospital San Martin de Porres? PE2: ¿Cuáles son los factores de la valoración clínica relacionadas con la severidad de la pancreatitis en pacientes del Hospital San Martin de Porres?</p>	<p>GENERAL OG: Analizar los factores epidemiológicos relacionados con la severidad de la pancreatitis en pacientes del Hospital San Martin de Porres de Macusani 2024.</p> <p>ESPECÍFICOS OE1: Analizar los factores demográficos relacionados con la severidad de la pancreatitis en pacientes del Hospital San Martin de Porres. OE2: Describir los factores de la valoración clínica relacionadas con la severidad de la pancreatitis en pacientes del Hospital San Martin de Porres.</p>	<p>GENERAL HG: Los factores epidemiológicos están relacionados con la severidad de la pancreatitis en pacientes del Hospital San Martin de Porres de Macusani 2024.</p> <p>ESPECÍFICOS HE1: Los factores demográficos están relacionadas con la severidad de la pancreatitis en pacientes del Hospital San Martin de Porres. HE2: Los factores de la valoración clínica están relacionadas con la severidad de la pancreatitis en pacientes del Hospital San Martin de Porres. HE3: Los factores del Score BISAP están relacionadas</p>	<p>1. Variable 1 Factores epidemiológicos</p>	<p>1.1. Características demográficas</p> <p>1.2. Valoración clínica</p> <p>1.3. SCORE BISAP</p>	<p>1.1.1. Sexo</p> <p>1.1.2. Edad cronológica</p> <p>1.1.3. Procedencia</p> <p>1.2.1. Etiología</p> <p>1.2.2. IMC</p> <p>1.2.3. Glicemia</p> <p>1.2.4. Hematocrito</p> <p>1.2.5. Escala de gravedad Apache II</p> <p>1.3.1. Urea</p>	<p>a) Masculino b) Femenino</p> <p>a) Menor a 60 b) Mayor a 60</p> <p>a) Urbano b) Rural</p> <p>a) Biliar b) Alcohólica c) Otras</p> <p>a) < 25 kg/m2 b) ≥ 25 kg/m2</p> <p>a) < 200 mg/dl b) ≥ 200 mg/dl</p> <p>a) < 40% b) ≥ 40%</p> <p>a) < 8 puntos b) ≥ 8 puntos</p> <p>a) < 25 mg/dl b) > 25 mg/dl</p>	<p>Nominal</p> <p>Ordinal</p> <p>Nominal</p> <p>Nominal</p> <p>Ordinal</p> <p>Nominal</p> <p>Ordinal</p> <p>Ordinal</p> <p>Ordinal</p>	<p>Enfoque: Cuantitativo</p> <p>Tipo de investigación: Básica</p> <p>Nivel de investigación: Correlacional</p> <p>Diseño: No experimental</p> <p>Corte: transversal</p> <p>Población: 114 historia clínicas de pacientes atendidos en el Hospital San Martin de Porres de Macusani diagnosticados con pancreatitis.</p> <p>Muestra: 114 historia clínicas de pacientes</p>



<p>PE3: ¿Cuáles son los factores del Score VISAP relacionadas con la severidad de la pancreatitis en pacientes del Hospital San Martin de Porres?</p> <p>PE4: ¿Cuál es la severidad de la pancreatitis en pacientes del Hospital San Martin de Porres?</p>	<p>OE3: Estudiar los factores del Score VISAP relacionadas con la severidad de la pancreatitis en pacientes del Hospital San Martin de Porres.</p> <p>OE4: Describir la severidad de la pancreatitis en pacientes del Hospital San Martin de Porres.</p>	<p>con la severidad de la pancreatitis en pacientes del Hospital San Martin de Porres.</p> <p>HE4: La severidad de la pancreatitis en pacientes del Hospital San Martin de Porres es de moderadamente grave la que se presenta con mayor frecuencia.</p>			<p>1.3.2. Estado de salud mental</p> <p>1.3.3. Respuesta inflamatoria</p> <p>1.3.4. Evaluación pleural</p> <p>1.3.5. Hallazgos tomográficos</p>	<p>a) Normal</p> <p>b) Alterado</p> <p>a) Normal</p> <p>b) Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica SIRS</p> <p>a) Normal</p> <p>b) Presencia de efusión pleural</p> <p>a) A Páncreas normal</p> <p>b) B Aumento del tamaño del páncreas</p> <p>c) C Inflamación pancreática y/o de la grasa peri pancreática</p> <p>d) D Una colección líquida</p> <p>e) E Dos o más colecciones líquidas y/o airea en retroperitoneo</p>	<p>Nominal</p> <p>Nominal</p> <p>Nominal</p> <p>Nominal</p>	<p>atendidos en el Hospital San Martin de Porres de Macusani diagnosticados con pancreatitis.</p>
			Variable		Indicador	Escala de valor	Tipo de variable	
			2. Variable 2 Severidad de la Pancreatitis		2.1. Pancreatitis según severidad	<p>a) Leve</p> <p>b) Moderadamente grave</p> <p>c) Grave</p>	Ordinal	

Anexo 2

Matriz de sistematización de datos

*resultados.sav [ConjuntoDatos0] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

	Nombre	Tipo	Anchura	Decimales	Etiqueta	Valores	Perdidos	Columnas	Alineación	Medida	Rol
1	sexo	Numérico	8	0	sexo	Ninguno	Ninguno	8	Centro	Nominal	Entrada
2	edad	Numérico	8	0	edad	Ninguno	Ninguno	8	Centro	Nominal	Entrada
3	procedencia	Numérico	8	0	procedencia	Ninguno	Ninguno	8	Centro	Nominal	Entrada
4	etiologia	Numérico	8	0	etiologia	Ninguno	Ninguno	8	Centro	Nominal	Entrada
5	IMCC	Numérico	8	0	IMC	Ninguno	Ninguno	8	Centro	Nominal	Entrada
6	glicemia	Numérico	8	0	glicemia	Ninguno	Ninguno	8	Centro	Nominal	Entrada
7	pleural	Numérico	8	0	derrame pleural	Ninguno	Ninguno	8	Centro	Nominal	Entrada
8	hematocrito	Numérico	8	0	hematocrito	Ninguno	Ninguno	8	Centro	Nominal	Entrada
9	gravedad	Numérico	8	0	escala de gravedad	Ninguno	Ninguno	8	Centro	Nominal	Entrada
10	temperatura	Numérico	8	0	temperatura	Ninguno	Ninguno	8	Centro	Nominal	Entrada
11	urea	Numérico	8	0	urea	Ninguno	Ninguno	8	Centro	Nominal	Entrada
12	saludmental	Numérico	8	0	estado de salud mental	Ninguno	Ninguno	8	Centro	Nominal	Entrada
13	inflamatoria	Numérico	8	0	respuesta inflamatoria	Ninguno	Ninguno	8	Centro	Nominal	Entrada
14	evaluacionpleural	Numérico	8	0	evaluacion pleural	Ninguno	Ninguno	8	Centro	Nominal	Entrada
15	hallazgostomograficos	Numérico	8	0	hallazgos tomograficos	Ninguno	Ninguno	8	Centro	Nominal	Entrada
16	pancreatitis	Numérico	8	0	pancreatitis	Ninguno	Ninguno	8	Centro	Nominal	Entrada
17											
18											



*resultados.sav [ConjuntoDatos0] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda



15 : pleural

1

	sexo	edad	procedencia	etiologia	IMCC	glicemia	pleural	hematocrito	gravedad	temperatura	urea	saludmental	inflamatoria	evaluacionpleural	hallazgos tomograficos	pancreatitis
1	1	1	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	1	1	2	1	1	1	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1
3	1	1	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1
4	1	1	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1
5	1	1	2	1	1	1	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1
6	1	1	2	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1
7	1	1	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1	1	1
8	1	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1
9	1	1	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1	1	1
10	1	1	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1	1	1
11	2	1	2	1	2	1	2	1	1	1	1	1	2	1	1	1
12	1	1	2	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1
13	2	1	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1
14	1	1	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1
15	1	1	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1	2	1	1	1
16	1	1	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1
17	2	1	2	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1
18	1	1	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1
19	1	1	2	1	1	1	1	1	1	2	1	2	2	2	2	1
20	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1
21	2	1	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1
22	1	1	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1
23	2	1	2	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1
24	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
25	1	1	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1
26	1	2	2	1	2	1	1	2	1	1	2	1	2	2	1	1
27	1	1	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1	2	1	1	1
28	2	1	2	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1
29	2	1	2	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1
30	2	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1
31	2	2	2	1	1	1	2	2	1	2	1	1	1	1	2	1
32	2	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1
33	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	2	1
34	2	1	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1
35	2	1	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1

Vista de datos Vista de variables



*resultados.sav [ConjuntoDatos0] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

15 : pleural 1

	sexo	edad	procedencia	etiologia	IMCC	glicemia	pleural	hematocrito	gravedad	temperatura	urea	saludmental	inflamatoria	evaluacionpleural	hallazgostomograficos	pancreatitis
34	2	1	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1
35	2	1	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1
36	2	1	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1
37	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1
38	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
39	2	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1
40	1	2	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1	1
41	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1
42	1	1	2	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1
43	2	1	1	1	2	2	2	2	1	2	1	1	1	1	2	1
44	2	1	2	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1
45	2	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1
46	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	2	2	2	1
47	2	1	2	1	1	1	1	2	1	1	2	1	2	1	1	1
48	2	1	1	1	1	1	1	2	1	1	2	1	2	1	1	1
49	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
50	2	1	2	1	1	1	1	2	1	1	2	1	2	1	1	1
51	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1
52	2	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	2	1	1	1
53	1	1	2	1	1	1	1	2	1	1	2	1	2	1	1	1
54	2	1	2	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1
55	2	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1
56	2	1	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1
57	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1
58	2	1	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1
59	1	2	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	2	2	1	1
60	2	1	2	1	1	1	1	2	1	1	2	1	2	1	1	1
61	2	1	1	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1
62	2	1	1	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1
63	2	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1
64	2	1	1	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1
65	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1
66	1	2	1	1	2	2	1	2	1	2	1	1	1	2	1	1
67	2	1	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1	2	1	1	1
68	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	2	1	1	1

Vista de datos Vista de variables



*resultados.sav [ConjuntoDatos0] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

15 : pleural 1

	sexo	edad	procedencia	etiologia	IMCC	glicemia	pleural	hematocrito	gravedad	temperatura	urea	saludmental	inflamatoria	evaluacionpleural	hallazgos tomograficos	pancreatitis	var
67	2	1	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1	2	1	1	1	
68	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	2	1	1	1	
69	2	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	
70	2	1	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	
71	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	
72	2	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	2	2	1	1	
73	2	1	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1	2	1	1	1	
74	2	1	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1	
75	2	1	1	1	1	1	1	2	1	1	2	1	2	1	1	1	
76	2	1	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	
77	2	1	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	
78	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	
79	2	1	1	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1	
80	2	1	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1	2	1	1	1	
81	2	1	1	1	1	1	1	2	1	1	2	1	2	1	1	1	
82	1	1	2	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1	
83	2	1	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1	2	1	1	1	
84	2	1	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	
85	1	1	2	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1	
86	2	2	1	1	2	1	1	2	1	2	2	1	2	2	1	2	
87	2	1	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	2	1	1	2	
88	2	2	1	1	2	1	1	2	1	2	1	2	2	2	2	2	
89	2	1	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1	2	
90	2	1	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1	2	
91	2	1	2	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1	2	
92	2	1	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1	2	
93	2	1	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	2	
94	2	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	2	
95	2	1	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	2	
96	2	2	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1	2	2	1	2	
97	2	2	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1	2	2	1	2	
98	2	1	2	1	2	1	1	2	1	1	1	1	2	2	1	2	
99	2	2	1	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1	2	
100	2	2	1	1	2	1	2	2	1	1	1	2	2	2	2	2	
101	2	2	1	1	2	2	1	2	1	1	2	1	1	2	2	2	

Vista de datos Vista de variables



*resultados.sav [ConjuntoDatos0] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

15 : pleural 1

	sexo	edad	procedencia	etiologia	IMCC	glicemia	pleural	hematocrito	gravedad	temperatura	urea	saludmental	inflamatoria	evaluacionpleural	hallazgos tomograficos	pancreatitis
91	2	1	2	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1	2
92	2	1	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1	2
93	2	1	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	2
94	2	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	2
95	2	1	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	2
96	2	2	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1	2	2	1	2
97	2	2	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1	2	2	1	2
98	2	1	2	1	2	1	1	2	1	1	1	1	2	2	1	2
99	2	2	1	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1	2
100	2	2	1	1	2	1	2	2	1	1	1	2	2	2	2	2
101	2	2	1	1	2	2	1	2	1	1	2	1	1	2	2	2
102	2	2	1	1	2	2	2	2	1	2	2	1	1	2	2	2
103	2	2	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1	2	2	1	2
104	2	1	1	1	2	1	1	2	1	2	2	1	1	2	1	2
105	2	2	1	1	2	2	1	2	1	1	2	1	1	2	1	2
106	2	1	1	1	2	1	1	2	1	2	2	1	2	2	1	2
107	2	2	1	1	2	2	1	2	1	2	2	1	2	2	1	3
108	2	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	3
109	2	2	1	2	2	2	1	2	1	2	1	1	2	2	1	3
110	2	2	1	1	2	2	1	2	1	2	1	2	2	1	2	3
111	2	2	1	1	2	2	1	2	2	2	2	1	1	2	1	3
112	2	2	1	2	2	2	1	2	1	2	2	1	2	2	1	3
113	2	2	1	2	2	2	1	2	2	2	1	1	2	2	2	3
114	2	2	1	2	2	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	3
115																
116																
117																
118																
119																
120																
121																
122																
123																
124																
125																

Vista de datos Vista de variables



Anexo N° 03

Ficha de recolección de datos

1. FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS

1.1. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS

1.1.1. Sexo

- a. Masculino
- b. Femenino

1.1.2. Edad cronológica

- a. Menores de 60 años
- b. Mayores de 60 años

1.1.3. Procedencia

- a. Urbano
- b. Rural

1.2. VALORACIÓN CLÍNICA.

1.2.1. Etiología.

- a. Biliar: _____
- b. alcohólica: _____
- c. Otras: _____

1.2.2. IMC: _____ kg/m² Peso _____ kg mts

- a. < 25 kg/m²
- b. ≥ 25 kg/m²

1.2.3. Glicemia: _____ mg/dl

- a. < 200 mg/dl
- b. ≥ 200 mg/dl

1.2.4. Hemoconcentración: Hto

- a. < 40%
- b. > 40% _____

1.2.5. Escala de Gravedad Apache II:

- a. < 8 puntos (Moderadamente grave)
- b. ≥ 8 puntos (Grave)



- b. Presencia de efusión pleural

1.4. **ÍNDICE DE SEVERIDAD CRITERIOS DE BALTAZAR**

- a. Páncreas normal
- b. Aumento del tamaño del páncreas
- c. Inflamación pancreática y/o de la grasa peri pancreática
- d. Una colección líquida
- e. Dos o más colecciones líquidas y/o aérea en retroperitoneo



Anexo 4
Guía de observación
PANCREATITIS AGUDA

CLASIFICACION DE ATLANTA

- a) **Pancreatitis aguda leve:**
- b) **Pancreatitis aguda moderadamente severa:**
- c) **Pancreatitis severa:**

Pancreatitis aguda leve:

Se encuentra definida por inexistencia de falla orgánica, además de no desarrollar complicaciones locales y sistémicas.

Pancreatitis aguda moderadamente grave:

Cuadro en el que se desarrolla un fallo orgánico temporal y/o complicaciones locales o sistémicas con una remisión en < 48h. ⁽⁴³⁾

Pancreatitis grave:

Estadío en el que se desarrolla falla orgánica constante > 48h y generalmente por la aparición de complicaciones locales. ⁽⁴³⁾

Anexo 5

Validación de expertos

ANEXO 05

GUÍA DE JUICIO DE EXPERTOS.

1. Identificación del experto.

Nombres y apellidos:

MISAEEL JESUS CHAMORRO MACUKACHI

Centro laboral:

HOSPITAL SAN MARTIN DE PORRES - MACUSANI

Grado:

MEDICO CIRUJANO

Mención:

ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA

Institución donde lo obtuvo:

UNIVERSIDAD SAN MARTIN DE PORRES

2. Instrucciones.

Estimado (a) especialista, a continuación, se muestra un conjunto de indicadores, el cual tiene que evaluar con criterio ético y estrictez científica, la validez del instrumento propuesto (véase anexo N° 01).

Para evaluar dicho instrumento, marca con un aspa (x) una de las categorías contempladas en el cuadro:

1 = inferior al básico

2 = básico

3 = Intermedio

4 = Sobresaliente

5 = muy sobresaliente

3. Juicio de experto.

INDICADORES	CATEGORÍA				
	1	2	3	4	5
1 Las dimensiones de la variable responden a un contexto teórico de forma (visión general)					x
2 Coherencia entre dimensión e indicadores (visión general)				x	
3 El número de indicadores, evalúan las dimensiones y por consiguiente la variable seleccionada (visión general)			x		
4 Los ítems están redactados en forma clara y precisa, sin ambigüedades (claridad y precisión)				x	
5 Los ítems guardan relación con los indicadores de las variables (coherencia)			x		
6 Los ítems han sido redactados teniendo en cuenta la prueba piloto (pertinencia y eficacia)				x	
7 Los ítems han sido redactados teniendo en cuenta la validez de contenido (validez)					x



8	Presenta algunas preguntas distractoras para controlar la contaminación de las respuestas (control de sesgo)				x		
9	Los ítems han sido redactados de lo general a lo particular (orden)				x		
10	Los ítems del instrumento, son coherentes en términos de cantidad (extensión)					x	
11	Los ítems no constituyen riesgo para el encuestado (inocuidad)				x		
12	Calidad en la redacción de los ítems (visión general)				x		
13	Grado de objetividad del instrumento (visión general)				x		
14	Grado de relevancia del instrumento (visión general)					x	
15	Estructura técnica básica del instrumento (organización)				x		
Puntaje parcial					6	36	20
Puntaje total:							62

Nota: Índice de validación del juicio de experto (Ivje) = (puntaje obtenido / 75) x 100 = 82.6%

4. Escala de validación.

Muy baja	Baja	Regular	Alta	Muy Alta
00 - 20%	21 - 40%	41 - 60%	61 - 80%	81 - 100%
El instrumento de investigación esta observado			El instrumento de investigación requiere reajustes para su aplicación	El instrumento de investigación está apto para su aplicación
Interpretación: cuanto más se acerque el coeficiente a cero (0), mayor error habrá en la validez.				

5. Conclusión general de la validaron y sugerencias (en coherencia con el nivel de validación alcanzado)

EL INSTRUMENTO DE INVESTIGACION ESTA
APTO PARA SU APLICACION

6. Constancia de Juicio de experto.

El que suscribe, Dr. MISAEL JESUS CHAMORRO MACUKACHI identificado con DNI N° 44.87.07.92 Certifico que realice el juicio del experto al instrumento diseñado por el estudiante:

Bach. ELIVELTON VALENCIA ROSELLO
...09... de ...MAYO... del 2024.


Dr. CHAMORRO MACUKACHI MISAEL
MEDICO INTERNISTA
C.M.P. 03456



ANEXO 05
GUÍA DE JUICIO DE EXPERTOS.

7. Identificación del experto.

Nombres y apellidos:

PAUL FELIX FLORES YUCRA

Centro laboral:

HOSPITAL SAN MARTIN DE PORRES - MACUSANI

Grado:

MEDICO CIRUJANO

Mención:

ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA

Institución donde lo obtuvo:

UNIVERSIDAD DEL ALTIPLANO PUNO

8. Instrucciones.

Estimado (a) especialista, a continuación, se muestra un conjunto de indicadores, el cual tiene que evaluar con criterio ético y estrictez científica, la validez del instrumento propuesto (véase anexo N° 01).

Para evaluar dicho instrumento, marca con un aspa (x) una de las categorías contempladas en el cuadro:

- 1 = inferior al básico
- 2 = básico
- 3 = Intermedio
- 4 = Sobresaliente
- 5 = muy sobresaliente

9. Juicio de experto.

INDICADORES		CATEGORÍA				
		1	2	3	4	5
1	Las dimensiones de la variable responden a un contexto teórico de forma (visión general)				x	
2	Coherencia entre dimensión e indicadores (visión general)				x	
3	El número de indicadores, evalúan las dimensiones y por consiguiente la variable seleccionada (visión general)					x
4	Los ítems están redactados en forma clara y precisa, sin ambigüedades (claridad y precisión)				x	
5	Los ítems guardan relación con los indicadores de las variables (coherencia)				x	
6	Los ítems han sido redactados teniendo en cuenta la prueba piloto (pertinencia y eficacia)				x	
7	Los ítems han sido redactados teniendo en cuenta la validez de contenido (validez)					x



8	Presenta algunas preguntas distractoras para controlar la contaminación de las respuestas (control de sesgo)				x	
9	Los ítems han sido redactados de lo general a lo particular (orden)				x	
10	Los ítems del instrumento, son coherentes en términos de cantidad (extensión)				x	
11	Los ítems no constituyen riesgo para el encuestado (inocuidad)				x	
12	Calidad en la redacción de los ítems (visión general)					x
13	Grado de objetividad del instrumento (visión general)				x	
14	Grado de relevancia del instrumento (visión general)				x	
15	Estructura técnica básica del instrumento (organización)				x	
Puntaje parcial					48	15
Puntaje total:						63

Nota: Índice de validación del juicio de experto (Ivje) = (puntaje obtenido / 75) x 100 = 84%

10. Escala de validación.

Muy baja	Baja	Regular	Alta	Muy Alta
00 - 20%	21 - 40%	41 - 60%	61 - 80%	81 - 100%
El instrumento de investigación esta observado			El instrumento de investigación requiere reajustes para su aplicación	El instrumento de investigación está apto para su aplicación
Interpretación: cuanto más se acerque el coeficiente a cero (0), mayor error habrá en la validez.				

11. **Conclusión general de la validaron y sugerencias** (en coherencia con el nivel de validación alcanzado)

El INSTRUMENTO DE INVESTIGACION ESTA
APTO PARA SU APLICACION

12. **Constancia de Juicio de experto.**

El que suscribe, Dr. PAUL FELIX FLORES VUCRA
identificado con DNI N° 72.17.7337 Certifico que realice el juicio del experto al instrumento diseñado por el estudiante:

Bach. ELIVELTON VALENCIA ROSELLO
...09... de ...MAYO... del 2024.

Dr. PAUL FELIX FLORES VUCRA
MÉDICO INTERNISTA
CMP: 78158

ANEXO 05
GUÍA DE JUICIO DE EXPERTOS.

13. Identificación del experto.

Nombres y apellidos:

ROBERTO TORRES LERMA

Centro laboral:

HOSPITAL SAN MARTIN DE PORRES - MACUSANI

Grado:

MEDICO CIRUJANO

Mención:

ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA

Institución donde lo obtuvo:

UNIVERSIDAD NACIONAL DE ALTIPLANO - PUNO

14. Instrucciones.

Estimado (a) especialista, a continuación, se muestra un conjunto de indicadores, el cual tiene que evaluar con criterio ético y estrictez científica, la validez del instrumento propuesto (véase anexo N° 01).

Para evaluar dicho instrumento, marca con un aspa (x) una de las categorías contempladas en el cuadro:

1 = inferior al básico

2 = básico

3 = Intermedio

4 = Sobresaliente

5 = muy sobresaliente

15. Juicio de experto.

INDICADORES	CATEGORÍA				
	1	2	3	4	5
1 Las dimensiones de la variable responden a un contexto teórico de forma (visión general)					x
2 Coherencia entre dimensión e indicadores (visión general)					x
3 El número de indicadores, evalúan las dimensiones y por consiguiente la variable seleccionada (visión general)				x	
4 Los ítems están redactados en forma clara y precisa, sin ambigüedades (claridad y precisión)				x	
5 Los ítems guardan relación con los indicadores de las variables (coherencia)				x	
6 Los ítems han sido redactados teniendo en cuenta la prueba piloto (pertinencia y eficacia)				x	
7 Los ítems han sido redactados teniendo en cuenta la validez de contenido (validez)				x	



8	Presenta algunas preguntas distractoras para controlar la contaminación de las respuestas (control de sesgo)					x	
9	Los ítems han sido redactados de lo general a lo particular (orden)						x
10	Los ítems del instrumento, son coherentes en términos de cantidad (extensión)					x	
11	Los ítems no constituyen riesgo para el encuestado (inocuidad)					x	
12	Calidad en la redacción de los ítems (visión general)						x
13	Grado de objetividad del instrumento (visión general)					x	
14	Grado de relevancia del instrumento (visión general)					x	
15	Estructura técnica básica del instrumento (organización)					x	
Puntaje parcial						44	20
Puntaje total:							64

Nota: Índice de validación del juicio de experto (Ivje) = (puntaje obtenido / 75) x 100 = 85.3%

16. Escala de validación.

Muy baja	Baja	Regular	Alta	Muy Alta
00 - 20%	21 - 40%	41 - 60%	61 - 80%	81 - 100%
El instrumento de investigación esta observado			El instrumento de investigación requiere reajustes para su aplicación	El instrumento de investigación está apto para su aplicación
Interpretación: cuanto más se acerque el coeficiente a cero (0), mayor error habrá en la validez.				

17. Conclusión general de la validaron y sugerencias (en coherencia con el nivel de validación alcanzado)

EL INSTRUMENTO DE INVESTIGACION ESTA
APTO PARA SU APLICACION

18. Constancia de Juicio de experto.

El que suscribe, D^{r.} ROBERTO TORRES LERMA
identificado con DNI N° 01920977. Certifico que realice el juicio del experto al instrumento diseñado por el estudiante:

Bach. ELIVELTON VALENCIA ROSELLO
...09... de ...MAYO... del 2024.

Dr. Roberto Torres Lerma
MÉDICO CIRUJANO C.M.P. 50756
MÉDICO INTERNISTA R.N.E. 37916

Anexo 6
Constancia

		PERÚ	MINISTERIO DE SALUD	DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD - PUNO	RED DE SALUD CARABAYA
--	--	------	---------------------	------------------------------------	-----------------------

Constancia

EL QUE SUSCRIBE DIRECTOR DEL HOSPITAL SAN MARTÍN DE PORRES – MACUSANI

Otorga a:

Valencia Rosello Elivelton

Reciba un cordial saludo, a través del Hospital San Martín De Porres, tenemos el agrado de notificarle la aceptación del proyecto: **FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS RELACIONADOS CON LA SEVERIDAD DE LA PANCREATITIS EN PACIENTES DEL HOSPITAL SAN MARTÍN DE PORRES, MACUSANI 2024**, el cual será desarrollado por su persona.

Durante la realización del proyecto el encargado de su desarrollo será el **MÉDICO INTERNISTA FLORES YUCRA, PAUL FÉLIX**, y tendrá la labor de supervisar de inicio a fin el proyecto ya mencionado, por otro lado, el hospital San Martín de Porres le brindará facilidades para la ejecución de su proyecto. Asimismo, deberá entregar una copia del informe final de su proyecto.

Sin más que agregar, esperamos que el proyecto inicie según lo esperado y sea llevado a cabo con completo éxito.

Atentamente,

Macusani, 09 de mayo del 2024.

Paul J. Cano Pineda
Jefe del Área de Capacitación del Hospital san Martín de Porres

DIRECCIÓN
Dr. Hernán José Candori Yanqui
MÉDICO ANESTESIOLOGO
C.M.P. 39025 - INE1 30361
DIRECTOR

Hospital San Martín de Porres - Macusani
Av. Simón Bolívar N° 1102 con Jr. Crucero N° 103 (Sector 11 - km 07)
Macusani - Carabaya - Puno

Web site: www.hsmpmacusani.gob.pe HOSPITAL SAN MARTÍN DE PORRES - MACUSANI

Anexo 7
Evidencias











ANEXO 1
FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN

AUTORIZACIÓN PARA LA INCORPORACIÓN DE LOS
TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN
EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL UANCV

Formato digital

Fecha de entrega: 14/10/2024

1. Datos del autor (es):

Nombres y Apellidos: ELIVELTON VALENCIA ROSELLO

Dirección: Av. TURAC AMARO N° 508

DNI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°: 71839635

Teléfono: 990889972 email: 72rosello@gmail.com

Nombres y Apellidos: _____

Dirección: _____

DNI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°: _____

Teléfono: _____ email: _____

Facultad y/o Escuela de Posgrado: FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

Escuela Profesional o Mención: MEDICINA HUMANA

Título o Grado Académico a optar: MEDICO CIRUJANO

Asesor: Dra. MARY LUZ CRUZ COLCA

Esta obra se encuentra dentro de las siguientes denominaciones:

Trabajo de Investigación Tesis Trabajo de Suficiencia Profesional Trabajo Académico

Título: FACTORES EPIDEMIOLOGICOS RELACIONADOS CON LA SEVERIDAD DE LA PANCREATITIS EN PACIENTES DEL HOSPITAL SAN MARTIN DE PORRES, MACUSANI 2024

Palabras claves, (3 a 5 términos): FACTORES EPIDEMIOLOGICOS, SEVERIDAD, PANCREATITIS

¿Esta obra se desarrolló en la UANCV ^{1,2}?

2

¹ Indicar si su producción intelectual ha empleado recursos tales como, instalaciones, laboratorios, insumos, equipos, bases de datos, asesoría técnica por parte del personal de la UANCV, financiamiento, entré otros relacionados.

² Si su producción intelectual se desarrolló en la UANCV totalmente o parcialmente, deberá autorizar el depósito en el Repositorio de manera obligatoria.



2. Referencia de tesis:

- Bachiller
 Titulo
 2da Especialidad
 Maestría
 Doctorado

3. Licencias:

a) Licencia estándar:

Bajo los siguientes términos, autorizo el depósito de mi tesis en el Repositorio Digital de la UANCV.

Con la autorización de depósito de mi producción Intelectual, otorgo a la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" una licencia no exclusiva para reproducir, distribuir, comunicar al público, transformar (únicamente mediante su traducción a otros idiomas) y poner a disposición del público mi producción intelectual (incluido el resumen), en formato físico o digital, en cualquier medio, conocido o por conocerse, a través de los diversos servicios por la Universidad, creados o por crearse, tales como el Repositorio Digital de tesis UANCV, colección de producción intelectual, entre otros, en el Perú y en el extranjero por el tiempo y veces que considere necesarias, y libres de remuneraciones.

En virtud de dicha licencia, la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" podrá reproducir mi producción intelectual en cualquier tipo de soporte y en más de un ejemplar, sin modificar su contenido, solo con propósitos de seguridad, respaldo y preservación.

Declaro que la producción intelectual es una creación de mi autoría y exclusiva titularidad, coautoría con titularidad compartida, y me encuentro facultado a conceder la presente licencia y, asimismo, garantizo que dicha producción intelectual no infringe derechos de autor de terceras personas.

La Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" consignará el nombre del y/o los autor(es) de la producción intelectual, y no le hará ninguna modificación más que la permitida en la licencia.

Autorizo su publicación (marque con una X)

- Sí, autorizo que se deposite inmediatamente.
- Sí, autorizo que se deposite a partir de la fecha (d/m/a): _____
- No autorizo.

b) Licencia CREATIVE COMMONS 4.0 INTERNACIONAL:

Si usted concede una licencia CREATIVE COMMONS sobre su producción intelectual, mantiene la titularidad de los derechos de autor de esta y, a la vez, permite que otras personas puedan reproducirla, comunicarla al público y distribuir ejemplares de esta, bajo las condiciones siguientes:

¿Quiere permitir usos comerciales de su producción intelectual?

Sí: significa que usted permite la reproducción, distribución y comunicación pública de la producción intelectual incluso con fines comerciales.

No: significa que usted permite la reproducción, y comunicación pública de la producción intelectual, pero sin fines comerciales.

- Sí autorizo
- No autorizo



Jurisdicción de su Licencia

Todas las licencias CREATIVE COMMONS son de ámbito mundial, sin embargo, usted puede elegir entre la opción "internacional" o una adaptada a su jurisdicción, como para el caso peruano.

La opción "internacional" emplea el lenguaje y la terminología de los tratados internacionales; en cambio, la adaptada a su jurisdicción, recoge las particularidades de la legislación peruana.

En consecuencia, **la opción "internacional" goza de una mayor eficacia a nivel mundial, gracias a que tiene jurisdicción neutral.** Mientras que la opción adaptada a la jurisdicción del Perú goza de una mayor eficacia ante los tribunales peruanos.

Internacional

Nacional

Línea de investigación: MEDICINA CLÍNICA - PO9

Firma de Autor



huella digital

14 / 10 / 24

Fecha