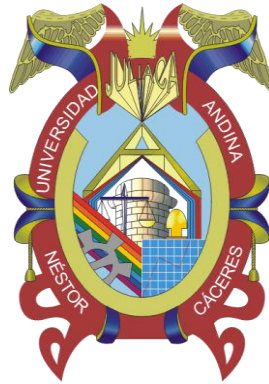




**UNIVERSIDAD ANDINA**  
**NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**



**CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS ASOCIADAS A  
LA PANCREATITIS GESTACIONAL EN PACIENTES  
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE  
MEDRANO JULIACA 2023-2024**

TESIS PRESENTADA POR:

**Bach. CARLOS DIEGO MAYTA VALERIANO**

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:  
**MÉDICO CIRUJANO**

JULIACA – PERÚ

2025



**UNIVERSIDAD ANDINA**

**NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**

**CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS ASOCIADAS A  
LA PANCREATITIS GESTACIONAL EN PACIENTES  
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE  
MEDRANO JULIACA 2023-2024**

**TESIS PRESENTADA POR:**

**Bach. CARLOS DIEGO MAYTA VALERIANO**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:  
MÉDICO CIRUJANO**

**APROBADA POR EL JURADO REVISOR:**

**PRESIDENTE**

:   
Dra. SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA

**PRIMER MIEMBRO**

:   
Dra. MARIA CONCEPCION FIGUEROA VILCA

**SEGUNDO MIEMBRO**

:   
M.Sc. MARIA ANTONIETA LOAYZA LOPEZ

**ASESOR DE TESIS**

:   
Dra. GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN**

: MEDICINA HUMANA – P09



**RESOLUCIÓN DECANAL N° 930 -2025-D-FCS-UANCV**

Juliaca, 17 de octubre del 2025

**VISTOS:**

El Expediente N° 2025 – 8048 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: **CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS ASOCIADAS A LA PANCREATITIS GESTACIONAL EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2023-2024**

**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: **MAYTA VALERIANO CARLOS DIEGO** habiéndose designado por sorteo a los siguientes docentes;

- \* **Presidente** : **Dra. SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA**
- \* **1er. Miembro** : **Dra. MARIA CONCEPCION FIGUEROA VILCA**
- \* **2do. Miembro** : **M.Sc. MARIA ANTONIETA LOAYZA LOPEZ**
  
- \* **Asesor (a)** : **Dra. GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE**

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

**DIA** : **LUNES 20 DE OCTUBRE DEL 2025**  
**HORA** : **14:00 HORAS**  
**LOCAL** : **Salón de Grados de la Facultad de Ciencias de la Salud**

**TERCERO:** Realizado 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 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.



**DISTRIBUCIÓN:**  
 - Jurados (3)  
 - Interesado (1)  
 - Asesor de Tesis (1)  
 - Archivo FCS 2025(1)



**RESOLUCIÓN N° 051-2025-UI-FCS-UANCV-J**

Juliaca, 05 de setiembre del 2025

**Visto:** el Expediente N° 2025-CU-3240 de 04 de setiembre del 2025, Presentado Por el Bach. **MAYTA VALERIANO CARLOS DIEGO**, quien solicita Revisión de Informe Final de la Investigación (Borrador de Tesis) titulado: **CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS ASOCIADAS A LA PANCREATITIS GESTACIONAL EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2023-2024**, por los jurados de la Facultad de Ciencias de la Salud Escuela Profesional de **MEDICINA HUMANA**

**CONSIDERANDO:**

**Que**, la Dirección de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud en cumplimiento a la Resolución N° 0294-2023-UANCV-CU-R, y con la aprobación del informe final por los siguientes miembros de jurado y asesor:

- \* **Presidente** : **Dra. SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA**
- \* **1er. Miembro** : **Dra. MARIA CONCEPCION FIGUEROA VILCA**
- \* **2do. Miembro** : **M.Sc. MARIA ANTONIETA LOAYZA LOPEZ**
- Asesor** : **Dra. GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE**

Estando, la opinión favorable de los miembros del jurado, en concordancia con el Reglamento Interno de Trabajo de Investigación Conducente a Grados y Títulos Resolución N° 0294-2023-UANCV-CU-R, de conformidad a lo que establece la Ley Universitaria N° 30220, Ley de Creación de la UANCV N° 23738 y Modificatoria N° 24661 y el Estatuto de la UANCV, que confiere facultades a la unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud; asimismo fue aprobado para su ejecución de informe final con **RESOLUCIÓN N° 230-2025-D-FCS-UANCV-J**, conducente para optar el Título profesional de **MÉDICO CIRUJANO**

**SE RESUELVE:**

**ARTÍCULO PRIMERO:** APROBAR EL INFORME FINAL DE LA INVESTIGACIÓN para la REVISIÓN DE SIMILITUD TURNITIN, del tema **CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS ASOCIADAS A LA PANCREATITIS GESTACIONAL EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2023-2024**, presentado por el Bach. **MAYTA VALERIANO CARLOS DIEGO** para optar el Título profesional de **MÉDICO CIRUJANO**, en virtud de los considerandos expuestos.

**ARTÍCULO SEGUNDO:** RATIFICAR como ASESOR(a) a la: **Dra. GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE**

**ARTICULO TERCERO.** - **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 Y CÚMPLASE.

**DISTRIBUCIÓN:**

- interesados (1)
- Archivo (1)



UNIVERSIDAD ANDINA NESTOR CÁCERES VELÁSQUEZ  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
*Maria Concepcion Figueroa Vilca*  
Dra. María Concepción Figueroa Vilca  
DIRECTORA  
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN FCS



RESOLUCIÓN N° 026-2025-UI-FCS-UANCV

Juliaca, 03 de setiembre del 2025

**VISTOS:** Exp. 2025-CU-1432 presentado por el (la) egresado(a) MAYTA VALERIANO CARLOS DIEGO, quién ha solicitado cambio de asesor del Proyecto de Investigación conducente a optar el título profesional de MÉDICO CIRUJANO;

**CONSIDERANDO:** Que, según Resolución N° 230-2025-D-FCS-UANCV, se aprueba el Proyecto de Tesis titulado CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS ASOCIADAS A LA PANCREATITIS GESTACIONAL EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2023-2024, para lo cual se asignó.

asesor(a) al Mgtr. SANTIAGO CRISTOBAL QUISPE PARI

Que, al haberse cumplido con los requisitos exigidos por el Reglamento de la Unidad de Grados y Títulos de la Facultad de Ciencias de la Salud, y de acuerdo a la resolución N° 215-2025-UANCV-CU-R, por motivos que ya no cuenta con vínculo laboral con la UANCV; y,

Estando el informe favorable de la Unidad de Grados y Títulos, 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:**

**PRIMERO:** APROBAR EL CAMBIO DE ASESOR, designados a el(la) egresado(a) MAYTA VALERIANO CARLOS DIEGO, para la revisión del proyecto de investigación titulado CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS ASOCIADAS A LA PANCREATITIS GESTACIONAL EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2023-2024, para optar al Título Profesional de MÉDICO CIRUJANO debiendo quedar a partir de fecha.

asesor(a) a la DRA. GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE

**SEGUNDO:** Disponer que los miembros del Jurado designados den continuidad al trámite de evaluación y calificación del proyecto de tesis, borrador de tesis o sustentación de tesis, según sea el caso que se presente en cada expediente. Quedando válido en sus demás disposiciones la Resolución Decanal de aprobación de proyecto de tesis, que se menciona en el considerando.

**TERCERO:** La Facultad de Ciencias de la Salud, la Unidad de Grados y Títulos, la Dirección de la Escuela Profesional de Medicina Humana y la Secretaría Académica de la Facultad, quedan encargados del cumplimiento de la presente Resolución.

Regístrese, Comuníquese y Archívese.

**DISTRIBUCIÓN:**

- Interesados (1)
- Archivo (1)



UNIVERSIDAD ANDINA NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

*[Firma]*  
Dra. María Concepción Figueroa Vilca  
DIRECTORA  
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN FCS

**RESOLUCIÓN DECANAL N° 230-2025 D-FCS-UANCV**

Juliaca, 24 de abril del 2025

**VISTOS:**

El Informe N° 018 2025 IPFCS-UANCV-J, emitido por la directora a de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud y la copia del acta de Registro de propuesta de Investigación de fecha 23 de abril de la E. P. de Medicina Humano folio 000071;

**CONSIDERANDO**

Que el (la) egresado (a) **MAYTA VALERIANO CARLOS DIEGO** ha presentado y solicitado la aprobación de la propuesta de Investigación titulado; **CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS ASOCIADOS A LA PANCREATITIS GESTACIONAL EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2023-2024** correspondiente a la línea de investigación **MEDICINA HUMANA**.

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. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO**
- **1er Miembro** : **Dra. MARIA AMPARO DEL PILAR CHAMBI CATACORA**
- **2do. Miembro** : **M.Sc. MARIA ANTONIETA LOAYZA LOPEZ**

Que. la Directora de la Unidad de Investigación ha emitido la opinión TECNICA N° 563-2025-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° 237 38 y modificatoria Resolución de institucionalización 1287-92 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**, la **PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN** presentado por el (la) egresado (a) **MAYTA VALERIANO CARLOS DIEGO**, para optar el Título Profesional de **MEDICO CIRUJANO** titulado : **CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS ASOCIADOS A LA PANCREATITIS GESTACIONAL EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2023 – 2024**

La Propuesta de Investigación deberá ejecutarse de acuerdo a lo establecido en el Reglamento de la Unidad de Investigación con (mes de obtención de Grados Académicos y Títulos Profesionales y Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Ciencias de la Salud

**ARTICULO SEGUNDO - RECONOCER**, como **ASESOR(A) INVESTIGACIÓN** al (la) Docente Ordinario (a) de la Facultad de Ciencias de la Salud **Mgtr. DE LA PROPUESTA DE SANTIAGO CRISTOBAL QUISPE PARI**

**ARTICULO TERCERO - DISPONER** que, La Directora de la Unidad de Ciencias de la Salud y la Directora de la Escuela encargados del cumplimiento de la presente Resolución

Regístrese, Comuníquese, Archívese





## CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS ASOCIADAS A PANCREATITIS GESTACIONAL EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2023-2024

### INFORME DE ORIGINALIDAD

24%

INDICE DE SIMILITUD

16%

FUENTES DE INTERNET

9%

PUBLICACIONES

19%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

### FUENTES PRIMARIAS

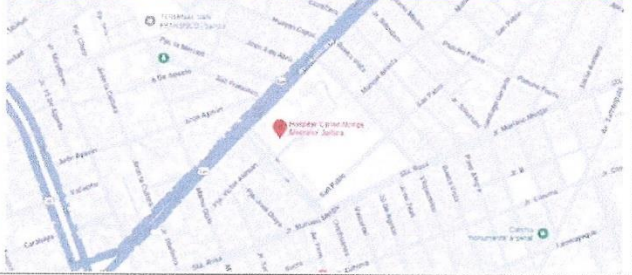
1	Submitted to Universidad Andina Nestor Caceres Velasquez Trabajo del estudiante	17%
2	repositorio.uancv.edu.pe Fuente de Internet	1%
3	repositorio.unap.edu.pe Fuente de Internet	1%
4	alicia.concytec.gob.pe Fuente de Internet	1%
5	repositorio.ucsg.edu.ec Fuente de Internet	<1%
6	repositorio.upsjb.edu.pe Fuente de Internet	<1%
7	apirepositorio.unu.edu.pe Fuente de Internet	<1%
8	repositorio.unsa.edu.pe Fuente de Internet	<1%



Metadatos Complementarios

<b>CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS ASOCIADAS A LA PANCREATITIS GESTACIONAL EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2023-2024</b>	
<b>Datos de autor</b>	
Nombres y apellidos	CARLOS DIEGO MAYTA VALERIANO
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	73424896
URL de ORCID	<a href="https://orcid.org/0009-0006-1047-042X">https://orcid.org/0009-0006-1047-042X</a>
<b>Datos de asesor</b>	
Nombres y apellidos	GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	29344129
URL de ORCID	<a href="https://orcid.org/0000-0002-4559-141X">https://orcid.org/0000-0002-4559-141X</a>
<b>Datos del jurado</b>	
<b>Presidente del jurado</b>	
Nombres y apellidos	SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	01297921
<b>Miembro del jurado 1</b>	
Nombres y apellidos	MARIA CONCEPCION FIGUEROA VILCA
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	02401506
<b>Miembro del jurado 2</b>	
Nombres y apellidos	MARIA ANTONIETA LOAYZA LOPEZ
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	02064784



<b>Datos de investigación</b>	
Línea de investigación	MEDICINA HUMANA - P09
Grupo de investigación	No aplica.
Agencia de financiamiento	Sin financiamiento
Ubicación geográfica de la investigación	<p>País: Perú</p> <p>Departamento: Puno</p> <p>Provincia: San Román</p> <p>Distrito: Juliaca</p> <p>Latitud: -15.48178</p> <p>Longitud: -70.12074</p> <p><a href="https://maps.app.goo.gl/xAsTdEHesg5KYWeg6">https://maps.app.goo.gl/xAsTdEHesg5KYWeg6</a></p> 
Año o rango de años en que se realizó la investigación	Abril 2025 - Setiembre 2025
URL de disciplinas OCDE	<p><b>Cirugía</b></p> <p><a href="https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.11">https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.11</a></p> <p><b>Medicina clínica</b></p> <p><a href="https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.00">https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.00</a></p>



UNIVERSIDAD NACIONAL NESTOR CACERES VELASQUEZ  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

*UANCV*  
Dra. María Concepción Figueroa Vilca  
DIRECTORA  
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN FCS



DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo CARLOS DIEGO MAYTA VALERIANO, identificado con DNI Nro. 73424896, 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:

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS ASOCIADAS A LA PANCREATITIS GESTACIONAL EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2023-2024

Asesorado por: GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE

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 \_\_22\_\_ de octubre del 2025

Handwritten signature of the advisor

Firma del Asesor (obligatoria)

Handwritten signature of the student

Firma del Estudiante (obligatoria)



Huella



## DEDICATORIA

A mis queridos padres con todo el amor y la gratitud, su amor incondicional, su apoyo inquebrantable y su fe ciega en mis capacidades han sido la fuerza que impulso a superar cada desafío, por ser los pilares fundamentales en cada paso de mi vida y especialmente en la culminación de este proyecto de tesis.



## AGRADECIMIENTO

A la Universidad Andina Nestor Cáceres Velasquez, mi alma mater por darme la oportunidad de obtener este grado profesional.



**ÍNDICE GENERAL**

DEDICATORIA ..... iii

AGRADECIMIENTO ..... 4

ÍNDICE GENERAL.....5

ÍNDICE DE TABLAS ..... 8

ÍNDICE DE FIGURAS ..... 10

RESUMEN..... 13

ABSTRACT..... 14

INTRODUCCIÓN..... 15

**CAPITULO I**

**ASPECTOS GENERALES**

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA..... 1

    1.1.1. Problema general ..... 5

    1.1.2. Problemas específicos ..... 5

1.2. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO ..... 5

    1.2.1. Justificación teórica..... 5

    1.2.2. Justificación práctica ..... 6

    1.2.3. Justificación metodológica..... 7

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN..... 7

    1.3.1. Objetivo general..... 7

    1.3.2. Objetivos específicos..... 8

1.4. HIPÓTESIS..... 8

    1.4.1. Hipótesis general ..... 8



1.4.2. Hipótesis específicas ..... 8

1.5. VARIABLES..... 9

1.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES..... 10

**CAPÍTULO II**

**MARCO TEÓRICO**

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN..... 11

    2.1.1. A nivel internacional ..... 11

    2.1.2. A nivel nacional..... 15

    2.1.3. A nivel local..... 21

2.2. MARCO TEÓRICO ..... 26

2.3. MARCO CONCEPTUAL ..... 35

**CAPÍTULO III**

**PROCEDIMIENTO METODOLOGICO DE LA INVESTIGACIÓN**

3.1. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN ..... 38

3.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN ..... 39

3.3. MÉTODO O MÉTODOS APLICADOS A LA INVESTIGACIÓN..... 39

3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA..... 39

    3.4.1. Población ..... 39

    3.4.2. Muestra ..... 39

3.5. TÉCNICAS, FUENTES E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN ..... 40

    3.5.1. Técnicas..... 40

    3.5.2. Instrumentos de recolección de datos..... 41

3.6. PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS ..... 41



3.7. VALIDACIÓN DE LA CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS.....	42
3.8. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO .....	42
3.8.1. Validez.....	42
3.8.2. Confiabilidad.....	43

## CAPITULO IV

### RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	44
CONCLUSIONES .....	85
RECOMENDACIONES.....	88
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	90
ANEXOS.....	97
ANEXO 1: MATRIZ DE SISTEMATIZACION DE DATOS .....	98
ANEXO 2: MATRIZ DE CONSISTENCIA .....	99
ANEXO 3: INSTRUMENTO .....	102
ANEXO 4: VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO.....	104
ANEXO 5: AUTORIZACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO.....	110



**ÍNDICE DE TABLAS**

Tabla 1. Edad asociada a la pancreatitis gestacional en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2023-2024 .....	45
Tabla 2. Comorbilidades asociadas al diagnóstico de pancreatitis gestacional en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2023-2024.....	49
Tabla 3. Procedencia asociada al diagnóstico de pancreatitis gestacional en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2023-2024.....	53
Tabla 4. Imc asociada al diagnóstico de pancreatitis gestacional en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2023-2024.....	57
Tabla 5. Paridad asociada al diagnóstico de pancreatitis gestacional en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2023-2024.....	61
Tabla 6. Trimestre de aparición asociado al diagnóstico de pancreatitis gestacional en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2023-2024.....	65
Tabla 7. Presión arterial asociada al diagnóstico de pancreatitis gestacional en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2023-2024.....	69
Tabla 8. Amilasa asociada al diagnóstico de pancreatitis gestacional en	



pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2023-2024.....	73
Tabla 9. Lipasa asociada al diagnóstico de pancreatitis gestacional en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2023-2024.....	77
Tabla 10. Tipo de pancreatitis gestacional en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca.....	81



ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Edad asociada a la pancreatitis gestacional en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2023-2024..... 46

Figura 2. Comorbilidades asociadas al diagnóstico de pancreatitis gestacional en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2023-2024..... 50

Figura 3. Procedencia asociada al diagnóstico de pancreatitis gestacional en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2023-2024..... 54

Figura 4. Imc asociada al diagnóstico de pancreatitis gestacional en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2023-2024..... 58

Figura 5. Paridad asociada al diagnóstico de pancreatitis gestacional en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2023-2024..... 62

Figura 6. Trimestre de aparición asociado al diagnóstico de pancreatitis gestacional en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2023-2024..... 66

Figura 7. Presión arterial asociada al diagnóstico de pancreatitis gestacional en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2023-2024..... 70

Figura 8. Amilasa asociada al diagnóstico de pancreatitis Gestacional



	en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2023-2024.....	74
Figura 9.	Lipasa asociada al diagnóstico de pancreatitis gestacional en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2023-2024.....	78
Figura 10.	Tipo de pancreatitis gestacional en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca.....	82





## RESUMEN

**Objetivo:** Determinar las características epidemiológicas asociadas a la pancreatitis gestacional en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca durante el periodo 2023–2024. **Métodos y material:** Se desarrolló un estudio de diseño no experimental, tipo básico, nivel correlacional, retrospectivo, transversal. La muestra estuvo conformada por 60 gestantes diagnosticadas con pancreatitis. Se empleó una ficha de recolección de datos, análisis estadístico mediante el programa SPSS v26, aplicando la prueba del Chi Cuadrado con un nivel de significancia del 5%. **Resultados:** Se halló que la edad de 18 a 35 años representó el 51.6% de los casos ( $p=0.358$ ). En cuanto a comorbilidades, la más frecuente fue la colelitiasis con un 43.3% ( $p=0.640$ ). Respecto a la procedencia, el 55% de las pacientes eran de zona urbana ( $p=0.942$ ). El índice de masa corporal (IMC) entre 25 y 30 se observó en el 30% de los casos ( $p=0.086$ ). En relación con la paridad, la primiparidad se presentó en el 35% de los casos, mostrando asociación ( $p=0.005$ ). El trimestre de aparición más frecuente fue el tercero con un 33.7% ( $p=0.480$ ), sin significancia estadística. Asimismo, se encontró asociación con presión arterial  $<130$  mmHg en el 66.6% de las pacientes ( $p=0.003$ ), niveles de amilasa  $<375$  U/dL en el 66.6% ( $p=0.000$ ) y lipasa  $<180$  U/L en el 58.3% ( $p=0.036$ ). Finalmente, la forma clínica más común fue la pancreatitis leve (66.6%) y la frecuencia estimada del diagnóstico general fue del 10%. **Conclusiones:** La pancreatitis aguda en gestantes se asoció con la primiparidad, presión arterial  $<130$  mmHg, amilasa  $<375$  U/dL y lipasa  $<180$  U/L.

**Palabras clave:** Pancreatitis gestacional, factores asociados, severidad.

**ABSTRACT**

**Objective:** To determine the epidemiological characteristics associated with gestational pancreatitis in patients treated at the Carlos Monge Medrano Hospital in Juliaca during the period 2023-2024. **Methods and materials:** A non-experimental, basic, correlational, cross-sectional, retrospective study was developed. The sample consisted of 60 pregnant women diagnosed with pancreatitis. A data collection form was used, statistical analysis using SPSS v26, applying the Chi Square test with a significance level of 5%. **Results:** It was found that the age range of 18 to 35 years represented 51.6% of cases ( $p=0.358$ ). Regarding comorbidities, the most frequent was cholelithiasis with 43.3% ( $p=0.640$ ). Regarding the origin, 55% of the patients were from urban areas ( $p=0.942$ ). A body mass index (BMI) between 25 and 30 was observed in 30% of cases ( $p=0.086$ ). Regarding parity, primiparity was present in 35% of cases, showing a statistically significant association ( $p=0.005$ ). The most frequent onset was the third trimester, with 33.7% ( $p=0.480$ ), without statistical significance. An association was also found with blood pressure  $<130$  mmHg in 66.6% of patients ( $p=0.003$ ), amylase levels  $<375$  U/dL in 66.6% ( $p=0.000$ ), and lipase  $<180$  U/L in 58.3% ( $p=0.036$ ). Finally, the most common clinical form was mild pancreatitis (66.6%), and the estimated frequency of the overall diagnosis was 10%. **Conclusions:** Acute pancreatitis in pregnant women was associated with primiparity, blood pressure  $<130$  mmHg, amylase  $<375$  U/dL and lipase  $<180$  U/L.

**Keywords:** Gestational pancreatitis, associated factors, severity.



## INTRODUCCIÓN

El trabajo de investigación que es presentado a continuación fue originado considerando el creciente problema dentro de la clínica de la pancreatitis gestacional, una condición poco frecuente, pero de alto riesgo en el contexto del embarazo. Esta patología esta caracterizada por una inflamación aguda del páncreas la cual se produce durante la gestación, y puede presentarse con una evolución clínica leve, moderada o severa, afectando directamente la salud materna y fetal. Su diagnóstico oportuno se ve dificultado por la superposición de síntomas con otras entidades propias del embarazo, lo que puede retrasar el tratamiento adecuado y complicar el pronóstico.

Este estudio dentro del cual se planteó como principal objetivo el cual fue determinar las características epidemiológicas asociadas a la pancreatitis gestacional. A partir de este análisis, se busca hacer la identificación de cuáles pueden ser los factores tanto personales, obstétricos y clínicos que podrían influir en el desarrollo y severidad del cuadro clínico, tales como edad, el IMC, paridad, trimestre de aparición, la PA y los niveles de la lipasa o amilasa los cuales son enzimas pancreáticas.

La relevancia que se tiene en esta investigación está radicada en la necesidad de abordar una problemática poco explorada en la literatura médica: la escasa caracterización epidemiológica de la pancreatitis gestacional en contextos andinos y rurales, como la ciudad de Juliaca. Esta carencia en los informes escritos es representación de una limitación significativa para un mejor reconocimiento que tenga las características de ser precoz así como el manejo clínico adecuado en gestantes de esta enfermedad, lo que puede derivar en complicaciones materno-fetales graves.



En ese sentido, la identificación de características epidemiológicas asociadas a la pancreatitis gestacional permitirá fortalecer las estrategias de tamizaje y vigilancia clínica en mujeres embarazadas con factores de riesgo, facilitando un abordaje más oportuno y preciso. Además, este trabajo busca aportar evidencia local al cuerpo de conocimiento científico sobre una enfermedad cuya epidemiología aún no está completamente descrita en regiones altoandinas. Finalmente, constituye el primer paso para investigaciones que se pueden suscitar en un futuro y que orienten la formulación de protocolos clínicos diferenciados y contextualizados para el manejo de la pancreatitis durante la gestación.

La tesis se estructura en cuatro capítulos: el primero aborda los aspectos generales, incluyendo el planteamiento del problema, la justificación, los objetivos, la hipótesis, las variables y su operacionalización; el segundo presenta el marco teórico, con antecedentes, marco teórico y marco conceptual; el tercero detalla el procedimiento metodológico, abarcando el diseño y tipo de investigación, los métodos aplicados, la población y muestra, las técnicas, fuentes e instrumentos de recolección de datos, la validación de la contrastación de hipótesis, la validez y confiabilidad del instrumento, y el plan de recolección y procesamiento de datos; finalmente, el cuarto capítulo expone los resultados, la discusión, las conclusiones, las recomendaciones y las referencias bibliográficas.



## CAPITULO I

### ASPECTOS GENERALES

#### 1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

##### **A nivel internacional**

La pancreatitis aguda es una afección abdominal caracterizada por un intenso dolor, causada por un proceso inflamatorio súbito del páncreas. Esta enfermedad puede extenderse y generar distintos grados de afectación en los tejidos circundantes al páncreas y/o en órganos distantes a nivel sistémico. Su incidencia está aumentando de manera significativa, lo que la convierte en un desafío a la hora de realizar un correcto diagnóstico así como al momento de brindar un adecuado tratamiento, debido a la alta frecuencia de complicaciones asociadas. Estas complicaciones incrementan notablemente la morbimortalidad y el costo que esta relacionado con la atención hospitalaria (1).

La pancreatitis aguda se origina principalmente debido a la enfermedad biliar litiásica, al exceso en cuanto al consumo del alcohol y la hipertrigliceridemia. En la mayor parte de los casos, esta condición continua con una vía autolimitada, permitiendo una recuperación rápida con la sola



implementación de tratamiento de soporte. No obstante, en una proporción considerable de pacientes, la enfermedad se manifiesta con severas complicaciones tanto locales como sistémicas, las cuales guardan una asociación elevada con las tasas de mortalidad (3).

En cuanto a la natural evolución y las diversas complicaciones las cuales guardan una gran asociación con la pancreatitis están estrechamente vinculadas con la severidad del cuadro clínico. Afortunadamente, una proporción significativa de los pacientes experimenta solamente las presentaciones más leves de esta patología, caracterizada por un curso hospitalario corto y libre de complicaciones. (4) Hay una notable falta de información que analice de manera específica cual es la causalidad así como cuál es la manera de abordar a este grupo de pacientes los cuales presentan pancreatitis aguda en su presentación más leve, quienes, a pesar de la menor gravedad de su condición, necesitan un período de hospitalización más extenso.

Una hospitalización prolongada si se habla de paciente gestantes aumenta significativamente la amenaza del desarrollo de infecciones de tipo intrahospitalarios, la formación de úlceras por presión y la creciente eventualidad de fallecimiento causada por diversas condiciones, incluida esta patología. Además, este escenario conlleva un incremento considerable en los costos asociados tanto a la estancia hospitalaria como al tratamiento requerido para los pacientes (2).

## **A nivel nacional**

En nuestro país, las enfermedades relacionadas con el páncreas, las vías



biliares y la vesícula presentaron una incidencia por cada 100,000 habitantes de 28 casos. Además, diversos estudios han reportado un aumento superior al 30% en la incidencia de estas patologías en los últimos años. Sin embargo, se pudo observar que hay una baja tendencia en cuanto a la mortalidad asociada y en el promedio de días de hospitalización, lo cual se atribuye a que los casos puedan ser detectados de manera más temprana y a la implementación de estrategias de manejo intensivo y especializado (1).

## **A nivel regional**

En relación con nuestra región, investigaciones previas han identificado diversos factores asociados con una mayor prevalencia de pancreatitis en gestantes las cuales tienen una estancia hospitalaria mayor. Entre estos factores se incluyen la presencia de comorbilidades, un período prolongado de ayuno, dificultad para tolerar la reintroducción de la alimentación oral, y una reposición insuficiente de líquidos durante las primeras 24 horas a partir de que de inicio la sintomatología. No obstante, dichos estudios presentan una notable heterogeneidad y, en su mayoría, han utilizado la original clasificación de Atlanta para determinar qué tan grave es la enfermedad, lo que puede limitar la comparabilidad de los hallazgos (5).

## **Formulación de problema**

La pancreatitis gestacional es considerada como condición que se presenta de manera poco frecuente, pero de alta gravedad en mujeres embarazadas, ya que puede generar serios eventos los cuales compliquen la gestación tanto para el feto así como para la madre. Esta patología, si no se identifica y trata oportunamente, puede evolucionar desde formas leves hasta cuadros



severos que comprometen la salud materna, desencadenan complicaciones obstétricas, como parto prematuro o preeclampsia, y prolongan la hospitalización. En regiones altoandinas como Juliaca, la falta de estudios específicos sobre los caracteres tanto desde el punto de vista epidemiológico, así como desde el punto de vista clínico de esta enfermedad limita el desarrollo de protocolos de atención adecuados, lo que dificulta el diagnóstico temprano y la gestión efectiva de los casos.

Dentro del contexto que se presentó, surge la necesidad de investigar los factores personales, clínicos y obstétricos que guardan asociación a la pancreatitis gestacional. Este estudio busca identificar los elementos que podrían influir en una evolución más complicada de la enfermedad, con el objetivo de contribuir al reconocimiento temprano de la patología y tomar mejores decisiones clínicas en entornos similares. La investigación responde a la siguiente pregunta central: ¿Cuáles son las características epidemiológicas asociadas a la pancreatitis gestacional?

La relevancia de esta investigación esta radicada en su enorme potencial para poder rellenar aquel vacío de conocimiento que existe sobre la pancreatitis gestacional sobre todo en los lugares altoandinos, donde las condiciones geográficas, sociales y de acceso a la salud pueden llegar a tener influencia en cómo se da el manejo y diferencia en la presentación de esta patología. Al delimitar la investigación al contexto del HCMM y al período 2023–2024, se garantiza la factibilidad del estudio, aprovechando los registros clínicos disponibles y el acceso a la población objetivo. Los resultados esperados no solo aportarán evidencia científica para la práctica médica local, sino que también sentarán las bases para el desarrollo de



guías de atención adaptadas a las características de esta región.

### 1.1.1. Problema general

**PG.-** ¿Cuáles son las características epidemiológicas asociadas a la pancreatitis gestacional en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2023-2024?

### 1.1.2. Problemas específicos

**PE1.-** ¿Cuáles son las características personales asociadas a la pancreatitis gestacional en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2023-2024?

**PE2.-** ¿Cuáles son las características obstétricas asociadas a la pancreatitis gestacional en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2023-2024?

**PE3.-** ¿Cuáles son las características clínicas asociadas a la pancreatitis gestacional en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2023-2024?

**PE4.-** ¿Cuál es la frecuencia del diagnóstico de la pancreatitis gestacional en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2023-2024?

## 1.2. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

### 1.2.1. Justificación teórica

La pancreatitis aguda es una patología con un impacto significativo en los sistemas de salud, generando costos directos anuales superiores a los 2.6



mil millones a nivel del globo, de los cuales aproximadamente dos tercios se atribuyen a hospitalizaciones. Aunque la literatura ha identificado una serie de factores como pueden ser la duración de la estancia de hospitalización, la severidad del cuadro clínico, las comorbilidades, la edad, las intervenciones quirúrgicas, el uso de antibióticos, la nutrición enteral y el ingreso a UCI como determinantes de estos costos, existe una carencia de estudios que analicen estos factores en contextos específicos como el de nuestro país. Este estudio busca contribuir al conocimiento teórico al explorar los factores tanto epidemiológicos así como clínicos que guarden asociación con la pancreatitis aguda en gestantes, proporcionando una base empírica para enriquecer los modelos teóricos sobre la gestión de esta patología en entornos locales (1).

### **1.2.2. Justificación práctica**

La pancreatitis aguda de clasificación leve, aunque viene siendo dentro de esta patología una de sus presentaciones más frecuentes y tiene un bajo riesgo de mortalidad, puede generar complicaciones significativas sobre todo en el contexto de una gestación, que impactan tanto no únicamente al paciente, sino que de la misma manera al propio sistema de salud. En nuestro país, la carencia de información sobre las prácticas clínicas habituales y los factores que guarden asociación con un mal pronóstico limita la optimización de la atención médica. Esta investigación está buscando a identificar cuales son aquellos factores que pueden contribuir a la progresión de la enfermedad en gestantes las cuales presentan pancreatitis, con el objetivo de proponer estrategias que mejoren las prácticas clínicas, reduzcan los tiempos de hospitalización y optimicen los recursos hospitalarios. Los



resultados beneficiarán a médicos, hospitales y pacientes, al promover un manejo más eficiente y reducir el impacto económico y personal de esta patología.

### 1.2.3. Justificación metodológica

Para abordar los factores que guardan asociación con el desarrollo de pancreatitis en paciente que se encuentren en estado de gestación, este estudio empleará un diseño retrospectivo el cual tendrá como base analizar registros clínicos de pacientes atendidos en el período 2023– 2024. Este enfoque es adecuado debido a la disponibilidad de datos hospitalarios y permite evaluar variables clínicas, demográficas y terapéuticas de manera rigurosa. A diferencia de estudios previos que se han centrado en contextos internacionales con recursos diferentes, esta investigación adaptará el análisis al contexto local, utilizando técnicas estadísticas multivariadas para identificar factores de riesgo con mayor precisión. La metodología propuesta supera limitaciones de estudios anteriores, como muestras pequeñas o falta de control de variables, y garantiza resultados confiables que enriquecerán tanto la práctica clínica como futuras investigaciones.

## 1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

### 1.3.1. Objetivo general

**OG.-** Determinar las características epidemiológicas asociadas a la pancreatitis gestacional en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2023-2024



## 1.3.2. Objetivos específicos

- OE1.-** Identificar las características personales asociadas a la pancreatitis gestacional en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca
- OE2.-** Reconocer las características obstétricas asociadas a la pancreatitis gestacional en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca
- OE3.-** Describir las características clínicas asociadas a la pancreatitis gestacional en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca
- OE4.-** Identificar la frecuencia del diagnóstico de pancreatitis gestacional en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca

## 1.4. HIPÓTESIS

### 1.4.1. Hipótesis general

- HG.-** Las características epidemiológicas asociadas a la pancreatitis gestacional son las personales y clínicas en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2023-2024

### 1.4.2. Hipótesis específicas

- HE1.-** Las características personales están asociadas significativamente a la pancreatitis gestacional son la edad y el IMC en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2023-2024.



**HE2.-** Las características obstétricas están asociadas significativamente a la pancreatitis gestacional son la paridad y el trimestre de aparición en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2023- 2024

**HE3.-** Las características clínicas están asociadas significativamente a la pancreatitis gestacional son la amilasa y lipasa en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2023-2024

**HE4.-** El tipo de pancreatitis gestacional más común es leve en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2023-2024

## 1.5. VARIABLES.

**Variable 1:** Características epidemiológicas

**Variable 2:** Pancreatitis gestacional



1.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DIMENSIÓN	INDICADOR	ÍNDICE
Variable I Características epidemiológicas	1.1 Personales	1.1.1 Edad	a. 18 a 35 años b. 35 a 50 años c. > 50 años
		1.1.2 Comorbilidades	a. DM b. HTA c. cardiopatías d. nefropatías e. colelitiasis f. Otras
		1.1.3 Procedencia	a. Urbano b. Rural
		1.1.4 IMC	a. < 18 b. 18 a 25 c. 25 a 30 d > 30
	1.2. Obstétricas	1.2.1 Paridad	a. primípara b. Multípara c. Gran multípara
		1.2.2 Trimestre a aparición	a. I trimestre b. II trimestre c. III trimestre
		1.2.3 Presión arterial	a. < 130/90 mmHg b. 130/90 – 150/110 mmHg c. > 150/110 mmHg
	1.3 Clínicas	1.3.1 Amilasa	a. < 375 U/dL b. > 375 U/dL
		1.3.2 Lipasa	a. < 180 U/L b. > 180 U/L
	Variable II Pancreatitis gestacional	2.1 Tipo de diagnóstico de pancreatitis	2.1.1 Frecuencia de tipo diagnóstico



## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.

##### 2.1.1. A nivel internacional

Rivera (6) en el desarrollo de su investigación "**Factores asociados con la pancreatitis aguda en la gestación**" la cual fue realizada en el año 2019, el estudio fue llevado a cabo en el Hospital Infantil Federico Gómez el cual está ubicado en la Ciudad de México. En los pacientes que tuviera una edad mayor a la de dieciocho años al momento del ingreso, se verificó la presencia de PA mediante revisar los expedientes clínicos, siguiendo las normas de los criterios INSPPIRE. Se siguieron las normas NASPGHAN para clasificar el grado de PA. Se recopilaron datos sobre tratamiento, dieta, bioquímica, datos clínicos y demográficos. Siete días o más fue el umbral para una estancia hospitalaria prolongada (EHP). Resultados: Se documentaron 51 casos. La estancia media fue de 8 días (RIC: 4 - 14 días). La alimentación temprana (EA) alrededor de las 72 horas tras el ingreso se asoció con una disminución de la EH (OR: 0,05; IC del 95 %: 0,001-0,63;  $p = 0,02$ ), pero usar antibioticoterapia se asoció de manera significativa con más EH (OR: 31,71; IC del 95 %: 2,71- 370,65;  $p = 0,006$ ). La edad, la recurrencia, el grado, la etiología, las comorbilidades, las complicaciones, la reanimación con



líquidos, las características bioquímicas al ingreso y el uso de nutrición parenteral no se correlacionaron con la EH (6).

Arana et al. (7) durante el desarrollo de su tesis la cual se titula **“Factores asociados a estancia hospitalaria prolongada en pacientes con pancreatitis gestacional aguda”** Según un estudio realizado en el Hospital General Guasmo Sur entre 2021 y 2022, la colelitiasis, un excesivo consumo de sustancias como el alcohol y la existencia de la hipertrigliceridemia son solo algunas de las afecciones que pueden causar pancreatitis aguda (PA). Además del diagnóstico por imagen mediante ecografía abdominal y CPRE, se combinan diversos criterios para determinar la gravedad de la patología. Esta última sección incluye alimentación, fluidoterapia, analgesia y profilaxis antibacteriana, todo lo cual contribuye rápidamente a una positiva forma de evolución en el paciente. Metodología: Estudio analítico, transversal, retrospectivo, correlacional, descriptivo y cuantitativo. Se examinaron 112 historias clínicas, aplicando tanto criterios de exclusión, así como de inclusión. Entre las variables utilizadas se optó por incluir el rango de edad (15-65 años), el sexo y los individuos que padecían de pancreatitis de carácter agudo. Las historias clínicas de 2018 a 2021 se recuperaron mediante el uso de la plataforma SIGHHO. Los hallazgos del estudio indican que las mujeres fueron el sexo más afectado en los casos de pancreatitis aguda (64%), con una EH que se prolongó más (60%), y que la colelitiasis fue el primordial motivo de ingreso a los hospitales en este último grupo (100%), siendo la HTA una de las comorbilidades que se presentó de manera mas común (71%), que fue motivo de una estancia hospitalaria prolongada de tipo no médico (70%) (7).



Rodríguez (8), en su tesis **“Manejo de pancreatitis aguda biliar”** Se realizó en 2023 en la UCC, Ecuador, donde se decidió por realizar una exhausta revisión de la bibliografía sobre la pancreatitis de etiología biliar y su correcto tratamiento. Método: el estudio realizado se dio mediante la técnica observacional de una selecta bibliografía. Se extrajeron publicaciones científicas de las bases de datos. Desde 2015 hasta la actualidad, se utilizaron publicaciones científicas en formato de revisiones sistemáticas con metaanálisis. Se emplearon algoritmos de búsqueda basados en palabras clave, haciendo uso también de los operadores de tipo booleanos como son el OR, AND y NOT. Resultados. La causa más frecuente de pancreatitis en Latinoamérica y la primordial a nivel del globo es la colelitiasis. En los últimos cinco años, se ha evidenciado que la pancreatitis biliar se maneja principalmente mediante intervención: la CPRE, a pesar de su uso generalizado, se asocia con pancreatitis posoperatoria; el uso de drenes naso biliare colocados por endoscopia son mucho más beneficiosos que la colocación de stents pancreáticos; drenas el contenido vesicular mediante la guía de la ecografía es una opción de primera línea para los casos en que la vía biliar esta obstruida; y la colecistectomía laparoscópica temprana acorta la estancia posoperatoria. Conclusiones. Los métodos quirúrgicos endoscópicos son la base del tratamiento: la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica, a pesar de su uso generalizado, la cual guarda asociación con la pancreatitis que se produce post-CPRE; la colecistectomía laparoscópica temprana presenta una alta tasa de éxito y acorta la estancia postoperatoria (8).

Chamba (9) en el desarrollo de su trabajo de investigación titulado **“Relación**



**del estado del balance hídrico con la severidad de la pancreatitis aguda gestacional en el área de emergencia del hospital Teodoro Maldonado Carbo durante el período 2016 -2019.**” Publicado en 2020 con el objetivo de ilustrar la conexión entre la hospitalización, el pronóstico grave y el balance hídrico positivo en personas con pancreatitis de carácter agudo. El servicio de urgencias del HTMC fue sede de un estudio observacional, retrospectivo y descriptivo, realizado entre los periodos comprendidos entre enero de año 2016 y diciembre del año 2019. Resultados: De los 80 participantes, 12 (15%) fallecieron, 46 (57,5%) eran mujeres y 34 (42,5%) eran hombres. En cuanto a la edad los sujetos presentaron una edad que en promedio fue de 53,91 años, y 27 (33,8%) tuvieron que ingresar a UCI y 53 (66,3%) en observación. Su estancia promedio fue de 9,38 días. En cuanto al balance aquellos sujetos en los que fue positivo experimentaron más problemas (19 [36,5]%) que los del grupo en el cual fue neutro (3 [11,5]%), pero no se observaron diferencias apreciables entre el balance hídrico y la puntuación BISAP ni la mortalidad. Conclusiones: Si bien se observó un aumento sustancial de la mortalidad, un positivo balance hídrico no se relaciona con una pancreatitis aguda más grave ni con estancias hospitalarias más prolongadas (9).

Losada (10) en el desarrollo de su trabajo de investigación titulado **“Comparación entre uso y no uso de antibióticos profilácticos en pancreatitis aguda grave. Ensayo clínico aleatorizado. Reporte preliminar”** publicado en Chile en 2020 con el objetivo de mostrar que el uso de atb preventivos no tienen efecto sobre la mortalidad en SAP, la necesidad de una Unidad de Pacientes Críticos (UPC) o problemas locales



y/o sistémicos. SAP se caracterizó como falla multiorgánica o PCR > 150 o APACHE II  $\geq$  8. Contenido y enfoque: aleatorización fácil en un experimento clínico aleatorizado que involucró el uso o no uso de antibióticos preventivos por parte de los pacientes con SAP utilizando una tabla electrónica. Durante siete días, se administró metronidazol y ciprofloxacino al grupo que utilizó antibióticos preventivos. El manejo se mantuvo igual. Hallazgos: 71 personas se dividieron aleatoriamente en 2 grupos: el Grupo 1 (n = 35) no tomó profilácticamente atb y el Grupo 2 (n = 36) sí. Doce pacientes (16%) —seis en el grupo 1 y seis en el grupo 2 ( $p = 0,957$ )— necesitaron ingresar a UCI. Tres en el grupo 1 y cuatro en el grupo 2 ( $p = 0,516$ ) de los 7 pacientes (9,8%) experimentaron uno u otro tipo de problema. Los grupos 1 y 2 tuvieron estancias hospitalarias promedio de  $18,2 \pm 9,5$  y  $22,6 \pm 29,2$  días, respectivamente ( $p = 0,495$ ). Tasa de mortalidad del grupo 2: 1 paciente (1,41%) ( $p = 0,493$ ). Conclusión: En esta investigación piloto, no se demostró que la antibiótico profilaxis en la PAG redujera la mortalidad, la necesidad de camas en la UCI ni las complicaciones (10).

### 2.1.2. A nivel nacional

Infantes (11), durante el desarrollo de su tesis la cual es denominada **“Pancreatitis aguda: características epidemiológicas, clínicas y tratamiento en pacientes de la clínica Arequipa. Julio 2021-Marzo 2022”**

Durante el período de julio de 2021 a marzo de 2022, el objetivo es caracterizar cuales son aquellos caracteres tanto de epidemiología, clínicos y terapéuticos de los pacientes con pancreatitis aguda. Materiales y técnicas: Mediante un formulario para una correcta recolección de los datos, una herramienta creada por el tesista, la cual permite recopilar datos sobre la



anamnesis, el tratamiento y los resultados laboratoriales de los individuos de la muestra. Hallazgos: La pancreatitis aguda fue hallada en una mayor preponderancia en varones (53,3%), y el 56,7% de los pacientes de Arequipa posee un título universitario completo (51,7%), según datos recopilados de 60 pacientes. La edad de los pacientes promedio fue de 44,5 años y tenían en general entre 18 a 79 años. Del 81,7% con antecedentes de etiología biliar, el 50% consumía cantidades nocivas de alcohol y el 20% eran alcohólicos. La patología puede durar entre 0,2 (3 horas) y 12 días. El dolor abdominal es la característica clínica que es más frecuente en la totalidad de los casos, seguido de náuseas en el 86,7% y vómitos en el 73,3%. Las características de imagen incluyen un páncreas de características normales y agrandamiento difuso, que representan Balthazar tanto B como el A en el 33,3% de los casos, y cálculos biliares con agrandamiento y derrame pleural en la ecografía. La medicación representó el 73,3% de los ingresos, seguida de la cirugía en el 36,7%; solo el 1,7% llegó a UCI. Las puntuaciones de Marshall, Bisap y Apache se utilizaron para cuantificar la asertividad; este último tuvo una mayor puntuación de asertividad. Se recomendaron terapias médicas, intervencionistas y quirúrgicas. Todos los individuos que padecían de pancreatitis de carácter agudo se recuperaron satisfactoriamente y sin complicaciones. Resultados: De los 60 pacientes tratados por pancreatitis aguda confirmada, el 53 % eran hombres. Entre los signos clínicos clásicos de la enfermedad, la incomodidad que tenía como causa el dolor en cinturón fue el más frecuente. Los tratamientos médicos, quirúrgicos y endoscópicos utilizados mostraron resultados positivos (11).



Sequeiros (12) en su tesis titulada **“Factores relacionados a pancreatitis aguda severa en el servicio de gastroenterología del Hospital Goyeneche Arequipa 2019”** Publicado en 2020, que buscó determinar si la pancreatitis aguda grave se asociaba con variables como edad, sexo, dieta, alcoholismo, litiasis y polifarmacia. MÉTODOS: Se examinaron los registros médicos de aquellos pacientes que acudieron al servicio de gastroenterología en 2019 que resultaron tener el diagnóstico de pancreatitis como parte de una investigación analítica transversal. De 210 registros médicos que tenían la pancreatitis de carácter agudo como diagnóstico, el 52,9% de los pacientes eran mujeres, el 58,60% eran menores de 40 años y el 52,40% presentaban sobrepeso u obesidad, según los resultados. Se diagnosticó pancreatitis aguda grave en 82 (39%) de los registros médicos. La pancreatitis grave afectó al 47,7% de las mujeres, y hubo una correlación notable entre  $P < 0,05$ . La gran parte de individuos con esta afección tenían entre 41 y 60 años, y el 33,80% de ellas padecía la enfermedad. Consumir sustancias nocivas dentro de ella el alcohol estuvo asociada con la enfermedad en el 47,70% de las personas que bebían alcohol regularmente. Con una correlación sustancial, el 47,90% de los pacientes que padecían de pancreatitis de carácter agudo en su presentación grave y colelitiasis o coledocolitiasis al mismo tiempo. Los pacientes que consumen a menudo tres o más fármacos tienen un riesgo significativo de padecer pancreatitis aguda grave (66,20%). RESULTADOS FINALES la edad entre 41 y 60 años, El sexo femenino, la obesidad o el sobrepeso, la embriaguez, la polifarmacia y la colelitiasis o coledocolitiasis fueron las variables asociadas con la pancreatitis aguda grave (12).



Arana (13) en su tesis titulada **“Factores asociados a complicaciones de pancreatitis aguda en pacientes hospitalizados en el Hospital Goyeneche de Arequipa 2010 - 2020”** El objetivo de esta publicación en inglés de 2021 fue describir las variables vinculadas a la pancreatitis de carácter agudo y a su complicación en Arequipa entre 2010 y 2020. Métodos: Esta investigación utiliza métodos transversales, retrospectivos y observacionales. Se examinaron las historias clínicas de los individuos que tenían el diagnóstico de pancreatitis de carácter agudo en menores de 15 años que ingresaron a los hospitales entre enero de 2010 y diciembre de 2020. Observamos su estado nutricional, gravedad, aparición de complicaciones y rasgos sociodemográficos. Hallazgos: De un total de veinticuatro historias clínicas examinadas, solo un total de 18 pasaron los criterios de inclusión que fueron planteados; el 61,11% eran de sexo femenino, con una distribución de edad de 14 años; y la mayoría (77,78%) eran de Arequipa. El estado nutricional lo demuestra claramente: el 50 por ciento tiene sobrepeso, el 11 por ciento es obeso y el 38,89 por ciento tiene un estado nutricional conservado. La necrosis (5,5%), la complicación de pseudoquistes el cual está vinculado a insuficiencia respiratoria y DM (5,5%), la insuficiencia necrótica acompañada de hemorragia y con compromiso del sistema respiratorio (5,5%), la sepsis e insuficiencia respiratoria (5,5%) y la insuficiencia renal (5,5%) fueron los únicos problemas que presentaron cinco de los dieciocho pacientes con PA. El sexo y la gravedad fueron estadísticamente diferentes entre pacientes con y sin problemas ( $p < 0,05$ ), pero no otros factores evaluados. Hallazgos: Entre las variables vinculadas a los problemas, el sexo y la gravedad variaron, pero no hubo variaciones



apreciables en el estado nutricional, la amilasa, la lipasa o la etiología. Las escalas pronósticas que incorporan estos factores están diseñadas con base en esta conexión (13).

Hanco (14) en su tesis titulada **“Nivel de albumina serica como factor predictor de mortalidad y estancia hospitalaria en el servicio de hospitalización de medicina interna de Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren durante el periodo noviembre 2020 a noviembre 2022”** Se publicó en 2022 establecida con el fin de reconocer la relación entre los niveles séricos de albúmina, la duración de la hospitalización y el riesgo de mortalidad, entre noviembre de 2020 y noviembre de 2022. Las enfermedades graves suelen causar hipoalbuminemia. Numerosos factores, como la existencia de una falta de equilibrio que se da entre la síntesis y la degradación de la albúmina, un incremento en la capacidad permeable vascular y los cambios en como se distribuye extra e intra vascularmente la albúmina, contribuyen a las complejas causas de la hipoalbuminemia. La desnutrición en los hospitales es un problema generalizado que ahora se puede identificar y abordar. Si bien el personal médico es más consciente de ello, un tercio de los pacientes que necesitan ayuda nutricional no la reciben, y la tasa de diagnóstico sigue siendo relativamente alta. Una mayor morbilidad, estancias hospitalarias más prolongadas y mayores gastos sanitarios son algunos de sus efectos. Establecer un sistema de detección temprana de la desnutrición en todos los pacientes ingresados, rastrear la aparición de nuevos casos, darles seguimiento e implementar los protocolos necesarios para su control son fundamentales para mejorar la calidad general. Esto sea probablemente debido a una carencia en la coordinación



y desconocimiento del personal sanitario. Al realizar pruebas de cribado de la desnutrición, los médicos emplean diversas técnicas, y no existen estándares universalmente aceptados para determinar el diagnóstico. La correlación entre la hipoalbuminemia y los resultados hospitalarios desfavorables ha llevado a profesionales de la medicina a prescribir albúmina exógena a los pacientes con que tengan niveles bajos de esta. A pesar de que la hipoalbuminemia tiene consecuencias negativas directas, esto aún es objeto de debate (14).

Portillo (15) en su tesis titulada **“Perfil clínico y epidemiológico del pseudoquiste pancreático en el Hospital III Goyeneche de Arequipa, enero 2015 - marzo 2021”** publicado en 2022 con los siguientes objetivos: lograr la identificación de las características tanto clínicas así como las epidemiológicas del pseudoquiste pancreático. Materiales y técnicas: De enero de 2015 a marzo de 2021, se revisaron las historias clínicas del Hospital III Goyeneche con diagnóstico de pseudoquiste pancreático como parte de una investigación de carácter observacional, retrospectiva, descriptiva y transversal. Las variables de estudio se recolectaron haciendo uso de una ficha cuyo fin era la recolección de los datos necesarios y los datos se procesaron utilizando Excel y el paquete estadístico SPSS Statistic 22.0. Hallazgos: veintiocho casos que tenían el diagnóstico de pseudoquiste pancreático, 3.2% los cuales se pudo determinar que estaban relacionados con la afección llamada pancreatitis, con una media de edad de 41.8 años y una desviación estándar de 14.95; la mayoría de estos casos fueron mujeres (53.57%) y tres grupos de edad (18-28, 29-39 y 51-61). La enfermedad duró entre 30 y 60 días (39,3%), siendo la pancreatitis aguda la mayoritaria



(60,72%) y la etiología biliar el 89,3%. Las presentaciones clínicas fueron masa palpable (46,42%), náuseas (60,71%), vómitos y molestias abdominales (89,28%); una proporción menor (10,71%) fueron asintomáticos. En el 53,57% del total fue necesario hacer uso de la prueba de imágenes llamada ecografía específicamente de la región del abdomen para realizar el diagnóstico, y en el 100% de los casos se utilizó TC abdominal. Se encontraron pseudoquistes mayores de 10 cm (67,86%), en el cuerpo pancreático (28,57%) y uniloculares (85,71%). Dieciséis pacientes (57,14%) recibieron tratamiento conservador; el método más frecuente fue el drenaje endoscópico (17,86%), en tres paciente fue necesario el uso de 3 drenes (25%) y un paciente necesitó un solo drenaje (75%). Conclusiones: predominan los pseudoquistes mayores de diez centímetros, predomina el sexo femenino, en cuanto a las causas mas frecuentes de pseudoquistes se puede tener a la patología pancreatitis en su forma aguda y característicamente en su estadio grave, la TAC de la región del abdomen es la de mayor ayuda para confirmar el diagnóstico y la terapia no invasiva (15).

### 2.1.3. A nivel local

Quispe (16) en el desarrollo de su investigación la cual lleva como titulo **“Factores pronóstico asociados a severidad de la pancreatitis aguda en pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca- 2021”** teniendo como objetivo el cual fue lograr la identificación de los indicadores pronósticos que guarden relación con la gravedad de la pancreatitis aguda. Se publicó en 2021. Enfoque: siendo diseñado este estudio con una característica relacional, transversal, observacional, retrospectivo y no



experimental. La población elegida fue compuesta por todos los pacientes con pancreatitis aguda. Los 95 pacientes hospitalizados participaron en el ensayo; no se determinó un tamaño en específico para esta muestra. Se calcularon la razón de probabilidades, y el valor p de Fisher para el análisis estadístico de los factores clínicos, de laboratorio y demográficos. Se hizo uso de escalas Marshall y APACHE II las cuales fueron seleccionadas por ser las mas adecuadas para este estudio. Resultados: De los 95 individuos que tenían el diagnostico de pancreatitis de carácter agudo, el 23 % presentó síntomas graves y el 77 % casos leves. La edad de 50 años o más, la ictericia, la PCR con un valor mayor o igual a 10 mg/dl y la creatinina con un valor superior a 1,4 mg/dl también se relacionaron con la gravedad. La sensibilidad, la especificidad, el VPP y el VPN de la escala APACHE II fueron del 64 %, 89 % y 64 %, respectivamente. La sensibilidad, la especificidad, el VPP y el VPN de la escala Marshall fueron del 45 %, 97% y 83 %, respectivamente. Resultados: La edad de 50 años o más, la ictericia, la PCR y una creatinina superior fueron indicadores predictivos de gravedad. (16).

Capurata (17) en su tesis titulada **“Factores pronóstico de severidad de pancreatitis aguda en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de Puno en el año 2024”** Teniendo como objetivo el cual fue identificar los marcadores predictivos de la gravedad de la pancreatitis de carácter agudo. Se publicó en 2024. Enfoque: El estudio estuvo diseñado como no experimental, de cohorte prospectiva, pronóstico y observacional. La población estará compuesta por 94 personas que se espera que acudan al servicio médico en 2024 y hayan sido diagnosticadas con pancreatitis aguda. Se hará uso de un muestreo no probabilístico consecutivo para seleccionar



a los 76 pacientes que conformarán la muestra. El servicio médico se utilizará para reclutar a los participantes, describirles el estudio, solicitar su participación voluntaria y obtener su consentimiento informado. El médico tratante realizará las pruebas de laboratorio necesarias, solicitará una ecografía pancreática y realizará un examen clínico al ingreso. Evaluará las pruebas APACHE, BISAP, SIRS, RANSON y GLASGOW con base en los datos de laboratorio y ecografía. Durante el momento en que se estuvo manejando a la pancreatitis de carácter agudo, el médico tratante seguirá los estándares de atención clínica del hospital para la pancreatitis. Todos los detalles se incluirán en el expediente médico del paciente. El alfa de Cronbach y la opinión de expertos se utilizarán para validar el formulario de recopilación de datos. Se hará uso del software estadístico STATA versión 17 para realizar el análisis con un nivel de confianza del 95 %. En primer lugar, se realizarán estadísticas descriptivas. Se calcularán el valor  $p$  de Fisher, haciendo uso también del intervalo de confianza y el riesgo relativo para evaluar las hipótesis. Posteriormente, se utilizará la regresión logística para determinar qué modelo se llega a ajustar de mejor manera a la investigación. (17).

Quispe (18) en su tesis titulada **“Características clínicas y epidemiológicas en pacientes con pancreatitis aguda atendidos en el hospital III de ESSALUD Juliaca, 2021-2022.”** publicado durante el año 2022, pensado como objetivo el cual es el de identificar las características epidemiológicas y clínicas EsSalud Juliaca III entre los años 2021 y 2022. Método: Este trabajo se clasifica como un análisis de características cuantitativas, retrospectivas, descriptivas, observacional y transversales las



cuales tiene como base recolectar una gran cantidad de datos y utilizando herramientas evaluadas por expertos y jueces, en donde se recopilaron datos como edad, sexo, procedencia, comorbilidades, factores que incrementen el riesgo y variables clínicas. Resultados: De los 116 pacientes con pancreatitis de carácter agudo en la muestra del estudio, 63 (54,3%) eran hombres. Todos los pacientes contaban como promedio de sus edad en 47,6379 años, y 111 de ellos (95,7%) eran de áreas metropolitanas. 58 pacientes, o el 50% del total, tenían un nivel de educación superior. Los cálculos biliares fueron el principal factor de riesgo para 95 individuos (81,9%), y la embriaguez fue el segundo factor de riesgo más común para 25 pacientes (21,6%). Hubo ciento trece pacientes (94,6%) con molestias abdominales, noventaicinco pacientes (81,9%) que presentaron náuseas y setentainueve pacientes (68,1%) con vómitos. La evaluación de individuos que tenían concomitantemente comorbilidades reveló que 8 individuos (6,9%) tenían diabetes mellitus. Conclusión: los cuales tenían una edad promedio de 47 años, los cálculos biliares fueron uno de los primordiales factores que incrementaron el riesgo, y la mayoría de la población era masculina y provenía de una zona urbana. El malestar abdominal, seguido de náuseas y vómitos, fue una presentación clínica típica, y el 50% de la población había finalizado la educación superior. La HTA, la insuficiencia renal y la DM fueron las comorbilidades que se presentaron con mayor prevalencia (18).

Flores (19) en su tesis titulada **“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, julio 2018 - julio 2019**” El objetivo del trabajo presentado a continuación fue identificar la estrategia pronóstica temprana más efectiva para la gravedad de pancreatitis en Ayacucho entre julio de 2018 y julio de 2019. Se compararon los dos sistemas de puntuación en una investigación observacional, retrospectiva y correlacional. La edad mediana fue de  $49,8 \pm 12,4$  años, el sexo femenino fue de 41 años (71,9 %) y el sexo masculino fue de 16 años (28,07 %), según los hallazgos, que mostraron que 57 historias clínicas estuvieron acatando los criterios de inclusión que se plantearon. La etiología más prevalente fue la colelitiasis en el 71,9% de los casos, seguida de la alcohólica en el 14,04%. La diabetes mellitus (21,05%) y la hipertensión (24,5%) fueron las comorbilidades más comunes. Para la BISAP, la sensibilidad, la especificidad, el VPP y el VPN correspondientes fueron de 0,73, 0,94, 0,83 y 0,92; para la prueba de Marshall modificada, fueron de 0,47, 0,97, 0,90 y 0,78. Tanto para la prueba de Marshall modificada como para la BISAP, el área bajo la curva ROC fue de 0,90 y 0,79, respectivamente. Al encontrar que el MARSHALL modificado es algo mejor que el BISAP como un predictor de la gravedad pancreatitis aguda en la sala de emergencias, ambos sistemas de puntuación son útiles (19).

Coanqui (20) en su tesis titulada **“Pancreatitis aguda, incidencia, características sociodemográficas, clínicas y factores asociados en pacientes hospitalizados en el Hospital Manuel Núñez Butron de Puno en el periodo de junio 2018 a julio 2019”**, El objetivo es lograr la determinación de la prevalencia, las cuales son las características de tipo clínico, los rasgos sociodemográficos y las variables contribuyentes a la pancreatitis, entre junio de 2018 y julio de 2019. Se publicó en 2020. Se



crearon dos grupos para el estudio: uno de casos y otro de controles; se identificaron 74 casos los cuales contaban con el diagnóstico de pancreatitis y se seleccionó un control por cada caso. El estudio fue analítico de casos y controles, no experimental, retrospectivo, observacional, y transversal; Se utilizó el programa estadístico SPSS para calcular la razón de probabilidades (OR). El análisis estadístico también calculó las frecuencias absolutas y relativas, y las proporciones para las cualitativas. La incidencia fue de 5,5%; el grupo de edad de 40 a 49 años fue de 27,0%; el sexo masculino fue de 36,5% (OR: 1,2, IC: 0,6-2,5, p: 0,3); el 63,5% de los pacientes estaban desempleados (OR: 2,2, IC: 1,1-4,4, p: 0,01); el 59,5% de los pacientes tenían educación secundaria; la etiología biliar (94,6%); los pacientes tenían antecedentes de pancreatitis aguda recurrente 6,8%; La enfermedad había estado presente durante 1 a 3 años (82,4%); los pacientes tenían glucosa elevada (51,4%); lipasa elevada (85,1%); y amilasa elevada (79,7%); Colecistitis crónica litiásica diagnosticada por ecografía (54,1%); IRA (2,7%); y hospitalización de 7 a 1 días (81,1%). Las variables asociadas fueron: edad de 40 a 49 años, desempleo, procedencia urbana, escolaridad secundaria y antecedentes de pancreatitis recurrente (20).

## 2.2. MARCO TEÓRICO

### 1. Características epidemiológicas

Las características epidemiológicas hacen referencia a los aspectos y factores que describen la distribución y determinantes de todas las patologías así como los eventos en cuanto a la salud en una población específica. Estas características incluyen una serie de variables y parámetros que permiten estudiar cómo se presentan los problemas de



salud, su frecuencia del diagnóstico, incidencia, factores de riesgo y las poblaciones más afectadas (21).

## **1.1. Factores personales**

Hacen referencia a las características individuales que tienen las personas las cuales pueden llegar a influenciar en su salud y en cuanto a cómo aparece o como se da la evolución de enfermedades. Estos factores son propios de cada individuo y pueden ser tanto biológicos como comportamentales o psicológicos (17).

### **1.1.1. Edad**

Si bien se conoce que, mientras mayor es la edad, se incrementa el número de comorbilidades, también se tiene en consideración que el simple hecho de tener una edad entre los 30 a 40 años incrementa el riesgo de tener alguna vez pancreatitis, aunque en edades mayores a 70 años se presenta con mayor severidad, se ha podido contemplar una notable diferencia tanto en ambos sexos como pueden ser el femenino como en el masculino la cual cobra más relevancia en adultos jóvenes; en cuanto a individuos con una edad mayor se pudo apreciar que en individuos de sexo masculino se presenta con mayor preponderancia (17).

### **1.1.2. Comorbilidades**

Se describió como la presencia de una enfermedad la cual se adicione y que se ha desarrollado o podría desarrollarse en un paciente con la afección en estudio. Numerosos estudios han demostrado que un mayor riesgo de desarrollar pancreatitis se asocia con una mayor comorbilidad. Estudios poblacionales han evidenciado que la cantidad de enfermedades que



presentan los participantes se incrementa junto con la edad, y la presencia de numerosas enfermedades es bastante prevalente en la edad avanzada (27).

### 1.1.3. Procedencia

La procedencia de un paciente se ha relacionado con las complicaciones durante el embarazo debido a que pacientes con procedencia rural tiene una menor cantidad de controles prenatales comparándolos con los de procedencia urbana, ya que estos pacientes demoran una mayor cantidad de tiempo en acudir al hospital o los familiares llevan al paciente en un estado crítico (22).

### 1.1.4. Índice de masa corporal (IMC)

Obesidad y sobrepeso: Un IMC elevado aumenta la posibilidad de parecer pancreatitis. La obesidad y/o el sobrepeso están vinculados a este índice. IMC: Al igual que la obesidad, un IMC elevado se ha vinculado a un superior riesgo a padecer esta patología. Se investigó la función de la obesidad como factor predictivo deficiente de la presión arterial. Se determinó que una mayor prevalencia de problemas extrapancreáticos tempranos se relacionaba con un aumento de peso corporal.

Numerosas investigaciones sobre la relación entre la adiposidad y la presión arterial han examinado que este es un factor de riesgo de carácter independiente para la hipertensión arterial grave y han descubierto que la obesidad que está dentro de la clasificación como mórbida se relaciona con altos gastos hospitalarios, fallecimiento e insuficiencia orgánica. Un metaanálisis reveló también a su vez que el  $IMC > 30$  incrementa la

posibilidad riesgosa de gravedad de la PA como de muerte, un IMC > 25 incrementa el riesgo de PA grave, excluyendo en este momento la morbilidad. La obesidad, siendo uno de los factores que incrementa el riesgo reconocido para la formación de cálculos que se ubican en la vesícula y en las vías biliares, se relaciona con una mayor probabilidad de complicaciones tanto de cálculos biliares como de PA. En una investigación, las personas obesas tuvieron una incidencia considerablemente mayor de PA grave que los individuos que no, con un OR de 2,9 (IC del 95 %: 1,8-4,6), complicaciones a nivel del sistema de 2,3 (IC del 95 %: 1,4-3,8) y problemas locales de 3,9 (IC del 95 %: 2,4-6,6). Debido al aumento proporcional del porcentaje de grasa ubicada a nivel intrapancreática y a la producción de altas cantidades de citocinas proinflamatorias, también se logró determinar que la obesidad esta relacionada con un peor pronóstico para las PA (24).

## 1.2. Factores Obstétricos

Los factores obstétricos pueden llegar a tener influencia al momento del desarrollo de diversas complicaciones durante el embarazo, incluyendo la pancreatitis, una afección inflamatoria del páncreas. Aunque la pancreatitis en mujeres embarazadas es relativamente rara, algunos factores obstétricos pueden incrementar la posibilidad del desarrollo de esta patología.

### 1.2.1. Paridad

Si bien la paridad como factor de riesgo directo para pancreatitis gestacional no está claramente establecida, los estudios muestran que mujeres con historia de múltiples embarazos pueden tener mayor riesgo de enfermedad biliar o metabólica, que son causas subyacentes importantes. Por ello, la paridad puede considerarse como un factor contribuyente secundario (13).

### 1.2.2. Trimestre de aparición

El trimestre de aparición de la pancreatitis gestacional es relevante, ya que las causas varían según la etapa del embarazo: en el primer trimestre suele estar asociada a hipertrigliceridemia preexistente o causas idiopáticas; en el segundo, a hipertrigliceridemia gestacional y colelitiasis; y en el tercero, a enfermedad biliar, preeclampsia o síndrome HELLP. La aparición en un trimestre específico puede indicar vulnerabilidad a factores metabólicos, hormonales o gestacionales que predisponen a recurrencias en embarazos futuros, lo que requiere manejo preventivo personalizado, incluyendo evaluación preconcepcional, monitoreo durante el embarazo y a su vez al momento de controlar los factores que incrementan tanto los riesgos metabólicos y biliares (17).

### 1.2.3. Presión arterial

La presión arterial elevada está siendo considerada dentro de los factores los cuales incrementan el riesgo de manera indirecta para la pancreatitis gestacional, ya que se asocia con complicaciones como preeclampsia y síndrome HELLP, que pueden causar daño pancreático. Además, la hipertensión, especialmente en el contexto de obesidad o síndrome metabólico, aumenta el riesgo de dislipidemia y colelitiasis, principales causas de pancreatitis. Un control riguroso de la PA al momento de la gestación es clave para prevenir estas complicaciones (32).

### 1.2.4. Tipo de embarazo

El embarazo múltiple está dentro de aquellos factores de los cuales se incrementó la amenaza para pancreatitis gestacional debido a mayores



niveles hormonales que intensifican la hipertrigliceridemia, incrementan el riesgo de enfermedad biliar y favorecen complicaciones como preeclampsia y síndrome HELLP. Estos cambios metabólicos y hormonales son más pronunciados que en embarazos únicos, lo que justifica un monitoreo más intensivo en mujeres con gestaciones múltiples (19).

### 1.3. Factores clínicos

Son aquellos parámetros biológicos y bioquímicos que se miden en pruebas de laboratorio y que pueden ayudar a diagnosticar o identificar riesgos asociados con diversas enfermedades, incluyendo la pancreatitis gestacional. La pancreatitis durante el embarazo, aunque rara, puede verse influenciada por varios factores laboratoriales que permiten su diagnóstico y evaluación.

#### 1.3.1. Triglicéridos

La hipertrigliceridemia considerado como uno de los factores que incrementan la amenaza de mayor importancia para la pancreatitis gestacional. Durante el embarazo, los niveles de triglicéridos aumentan fisiológicamente debido a los cambios hormonales, como el incremento de estrógenos, que estimulan la síntesis hepática de lípidos. Sin embargo, en mujeres con predisposición (como dislipidemias familiares, obesidad o síndrome metabólico), este aumento puede ser excesivo, alcanzando niveles  $>1,000$  mg/dL, lo que desencadena la inflamación pancreática. La hipertrigliceridemia provoca pancreatitis al facilitar la acumulación de ácidos grasos libres tóxicos, que dañan el tejido pancreático. Un control adecuado de los lípidos antes y durante el embarazo es esencial para reducir este

riesgo (26).

### 1.3.2. Colesterol

El hipercolesterolemia no es considerado como dentro de principales factores uno de los primeros para el desarrollo de la pancreatitis gestacional en comparación con la hipertrigliceridemia, pero puede contribuir de manera indirecta. Durante el embarazo, los niveles de colesterol suelen aumentar de manera fisiológica, lo que es parte de los cambios hormonales normales. Sin embargo, al momento de que los niveles de colesterol están incrementados de manera crónica o extrema, como en el hipercolesterolemia familiar o en mujeres con síndrome metabólico u obesidad, esto puede favorecer a la formación de piedra a nivel de la vesícula, que es una etiología común de pancreatitis gestacional. Además, la presencia de hipercolesterolemia puede ser un marcador de dislipidemia generalizada, que también incluye la hipertrigliceridemia, un de los factores que incrementa la amenaza más fuerte para la pancreatitis. En resumen, aunque la hipercolesterolemia no es un factor de riesgo directo, puede aumentar el nivel de probabilidad de pancreatitis a través de su relación con la enfermedad biliar y la dislipidemia (26).

### 1.3.3. Proteína C reactiva (PCR)

La PCR es considerada como uno de los indicadores serológicos más reconocidos de la gravedad en la patología de la pancreatitis de carácter agudo, entre los muchos que se han propuesto. Diversas investigaciones han demostrado que este reactante que se usa generalmente en la fase aguda, generado en el tejido del hígado, puede distinguir entre casos moderados y



graves de pancreatitis aguda. En otras investigaciones, se emplean diferentes umbrales de corte (15). No obstante, un estudio reciente reveló que, para la pancreatitis aguda grave, niveles superiores a 150 mg/l después de 48 horas. Por consiguiente, se recomienda su aplicación como uno de los primordiales predictores de severidad de esta patología, teniendo como especial uso a las 48 horas (26).

#### **1.3.4. Albumina**

El hígado produce albúmina, la cual es una proteína negativa que se produce en las fases más aguda que se reduce en la sangre durante la inflamación. Dado que la inflamación y la desnutrición están relacionadas, investigaciones previas han demostrado que la albúmina está vinculada al grado de inflamación, la mortalidad y como se pronostica la enfermedad. La hipoalbuminemia se ha evaluado en ciertas investigaciones como una manera de predecir la pancreatitis en su fase aguda y en el estadio grave. Un estudio reveló que, en personas con pancreatitis aguda, la hipoalbuminemia en las 24 horas tras el ingreso a los hospitales se relaciona de manera independiente con una mayor amenaza de insuficiencia orgánica o de la propia mortalidad (13).

#### **1.3.5. Amilasa**

La evaluación de las enzimas pancreáticas (lipasa y amilasa) liberadas del tejido inflamado se considerada uno de los ángulos primordiales en el diagnostico de tipo bioquímico de pancreatitis en su carácter agudo. También se tienen a los criterios de Atlanta los cuales definieron como criterio diagnostico una amilasa sérica y/o lipasa sérica incrementada en el triple de



su límite máximo normal. Aunque no existe una prueba de diagnóstico óptima para la pancreatitis, se prefiere la lipasa a la amilasa en la práctica clínica habitual (13).

### 1.3.6. Lipasa

El diagnóstico se confirma mediante valores elevados de lipasa y amilasa. Si bien la amilasa debe estar elevada tres veces su valor habitual para el diagnóstico, esta elevación no es específica, ya que puede deberse a diversas enfermedades abdominales. La amilasa tiende a elevarse durante las primeras dos a doce horas. La lipasa sérica es más sensible y específica para la pancreatitis que la amilasa, ya que es alta y se mantiene elevada por al menos un periodo mucho más prolongado. Además de estar presente en el intestino y la leche materna, los leucocitos, el tejido adiposo y la mucosa gástrica, la lipasa debe ser tres veces superior al nivel habitual (200 UI/L). Los pacientes con diversas enfermedades gastrointestinales también pueden presentar niveles séricos elevados de lipasa (15).

## 2. Pancreatitis gestacional

La pancreatitis gestacional esta caracterizada por la inflamación pancreática que ocurre durante el embarazo, generalmente en el II o III trimestre, y guarda asociación con una serie de factores metabólicos y hormonales. Su etiología incluye principalmente la hipertrigliceridemia y la colelitiasis, que pueden desencadenar la inflamación pancreática, además de otros factores como la obesidad, antecedentes de pancreatitis, y condiciones como la preeclampsia o el síndrome HELLP. Las causas que se presentaron mas comúnmente son el incremento de los triglicéridos sanguíneos y los cálculos



ubicados en las vías biliares, los cuales obstruyen los conductos pancreáticos. La manifestación clínica se evidencia con un intenso dolor a nivel abdominal, vómitos, náuseas, y elevación de las enzimas pancreáticas a nivel sanguíneo. Un temprano diagnóstico así como un adecuado manejo son esenciales, y se requiere un control prenatal estricto, teniendo mayor especialidad en mujeres las cuales tengan factores de riesgo como antecedentes de pancreatitis o dislipidemia (30).

## **2.3. MARCO CONCEPTUAL**

### **2.3.1. Amilasa**

Las glándulas salivales, particularmente las parótidas, y el páncreas generan esta enzima hidrolasa, que descompone el almidón y el glucógeno para producir azúcares simples. (27)

### **2.3.2. Antibióticos**

Son agentes antimicrobianos de origen natural, semisintético o sintético, las cuales están diseñadas para el combate contra las infecciones de origen bacteriano. En cuanto a su mecanismo por el cual se acciona el cual tiene la base de la interferencia de procesos esenciales de las bacterias, como puede ser la sintetización de la pared de la célula, la replicación o transcripción del ADN, y la síntesis de ácidos fólicos. Estos fármacos son específicos para bacterias y no poseen actividad contra virus, hongos o parásitos, siendo fundamentales en el manejo de enfermedades infecciosas. Su uso adecuado es crucial para prevenir la resistencia bacteriana (29)



### 2.3.3. Cardiopatías

Consisten en un grupo de patologías los cuales tienen como blanco afectar la estructura y función del corazón, incluyendo condiciones como la insuficiencia cardíaca, enfermedad coronaria, arritmias y cardiopatías congénitas, entre otras, y representar dentro de la totalidad de las causas de morbimortalidad a nivel del globo (28).

### 2.3.4. Diabetes mellitus

Es una afección a largo plazo caracterizada por elevados niveles de glucosa a nivel sanguíneo provocados por cambios en la síntesis, función o ambas de la insulina, lo que afecta la forma en que se metabolizan las proteínas, los lípidos y los carbohidratos (28).

### 2.3.5. Hipertensión Arterial

Un aumento continuo de la PA superiores a los niveles que están dentro de la normalidad es el sello distintivo de esta enfermedad crónica, que aumenta el riesgo de sufrir trastornos cardiovasculares, renales y cerebrovasculares (28).

### 2.3.6. Lipasa

Para que los lípidos de la dieta se absorban, el cuerpo utiliza esta enzima para descomponerlos. Su función principal es catalizar la hidrólisis del triacilglicerol, lo que culmina en la producción de ácidos grasos libres y gliceroliscina. (28)



## 2.3.7. Nefropatías

Son un conjunto de enfermedades que afectan la estructura o función de los riñones, incluyendo condiciones como insuficiencia renal, nefritis, nefropatía diabética y enfermedad renal crónica, que pueden comprometer la capacidad del órgano para filtrar desechos y mantener el grado de equilibrio entre los electrolitos y los líquidos del organismo (28)

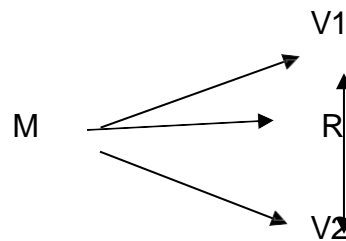


### CAPÍTULO III

## PROCEDIMIENTO METODOLOGICO DE LA INVESTIGACIÓN

### 3.1. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Investigación no experimental, ya que estará enfocada en solo recolectar información dentro del contexto en el que esta ocurre sin interferir o modificar esta, es decir no existe modificación de las variables, relacional ya que las variables elegidas guardan algún grado de relación.



Donde:

M: muestra

V1: Características epidemiológicas

R: Tipo y grado de relación existente

V2: Pancreatitis gestacional



## 3.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Es básico, relacional y transversal ya que busca el análisis de la relación que se puede dar entre las 2 variables, transversal retrospectivo ya que recolectará información de un tiempo específico del pasado.

## 3.3. MÉTODO O MÉTODOS APLICADOS A LA INVESTIGACIÓN

El enfoque de esta investigación fue cuantitativo, ya que se centrará tanto en recolectar así como analizar datos de carácter numérico, permitiendo medir, analizar y establecer relaciones estadísticas entre las variables que se eligieron estudiar. Este enfoque proporcionará resultados objetivamente verificables y permitirá hacer generalizaciones basadas en la magnitud de las variables estudiadas.

## 3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA

### 3.4.1. Población:

Quedo conformada por aproximadamente por 60 historias clínicas de gestantes con diagnóstico de pancreatitis gestacional en el Hospital Carlos Monge Medrano, durante la temporalidad de enero 2023 a diciembre del año 2024.

### 3.4.2. Muestra:

Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia, seleccionando como muestra 60 historias clínicas de mujeres embarazadas diagnosticadas con pancreatitis gestacional.



## **Criterios de inclusión**

- Pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano
- Pacientes diagnosticados con pancreatitis gestacional
- Pacientes con más de 18 años
- Pacientes con historias clínicas que contengan todos los datos necesarios para la investigación
- Historias clínicas legibles

## **Criterios de exclusión**

- Pacientes menores de 18 años
- Pacientes con historias clínicas incompletas
- Historias clínicas incomprensibles

### **3.5. TÉCNICAS, FUENTES E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS**

#### **3.5.1. Técnicas**

La técnica se define como el medio que se utiliza para respaldar e identificar las distintas etapas operativas del método de investigación. Es fundamental en los procesos, ya que permite contextualizar los elementos prácticos en función de los hechos, facilitando así la aplicación efectiva del enfoque metodológico y asegurando que los datos y procedimientos sean coherentes con los objetivos del estudio.

**VARIABLE 1:** Características epidemiológicas

**TÉCNICA 1:** Análisis documental.



**VARIABLE 2:** Pancreatitis gestacional

**TÉCNICA 2:** Análisis documental

### 3.5.2. Instrumentos de recolección de datos

Los instrumentos funcionan como herramientas que nos sirven para apoyar a las técnicas de investigación, facilitando el análisis y la recolección de datos necesarios para alcanzar los objetivos establecidos. Estos permiten que las técnicas sean aplicadas de manera precisa así como eficiente, asegurando la validez y confiabilidad de los resultados que se obtuvieron durante el proceso investigativo.

**VARIABLE 1:** Características epidemiológicas

**INSTRUMENTO 1:** Ficha de recolección de datos

**VARIABLE 2:** Pancreatitis gestacional

**INSTRUMENTO 2:** Ficha de recolección de datos

Fuentes

Las fuentes de datos fueron secundarias, obtenidas a partir de las historias clínicas de los pacientes internados con diagnóstico de pancreatitis gestacional, registradas en el sistema HIS y archivos físicos del servicio de Ginecología y Obstetricia.

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

Se empezó realizando la solicitud de acceso a las historias clínicas de pancreatitis del Hospital Carlos Monge Medrano en el periodo de los años 2023-2024, Para esta investigación, los datos se recolectaron utilizando una ficha diseñada específicamente para tal fin. Posteriormente, la información



obtenida se codificará e ingresará al programa SPSS, donde se aplicarán pruebas estadísticas apropiadas para contrastar la hipótesis planteada.

### 3.7. VALIDACIÓN DE LA CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS

Los datos obtenidos serán codificados e ingresados en el programa SPSS para su análisis estadístico. A través de este software, se realizará la contradicción de la hipótesis utilizando las pruebas estadísticas más adecuadas y pertinentes para el tipo de investigación, lo que permitirá validar o refutar las relaciones propuestas entre las variables estudiadas.

#### CHI CUADRADO

La prueba estadística que se utiliza para evaluar la independencia entre dos variables categóricas. Su fórmula es:

$$\chi^2 = \sum \frac{(o - e)^2}{e} \text{ Donde:}$$

e = Valores esperados en cada celda o = Valores observados en cada celda

$\sum$  = Sumatoria

### 3.8. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

#### 3.8.1. Validez

La validación de los instrumentos consistió en un proceso de revisión y análisis exhaustivo para determinar su aplicabilidad. Este proceso fue llevado a cabo mediante una evaluación rigurosa basada en una serie de criterios específicos, los cuales fueron valorados por 3 médicos especialistas en gineco obstetricia, garantizando que los instrumentos sean adecuados y eficaces para el propósito del estudio.



### 3.8.2. Confiabilidad

La confiabilidad del instrumento fue evaluado mediante el cálculo del coeficiente alfa de Cronbach, obteniendo un valor de 0.82. Este resultado refleja una alta confiabilidad del instrumento, lo que indica que las mediciones realizadas con él son consistentes y precisas. Un valor de 0.82 sugiere que el instrumento tiene un nivel adecuado de estabilidad y fiabilidad en sus resultados, lo que garantiza que las herramientas utilizadas sean apropiadas para su propósito y que los datos que se obtuvieron sean fiables para ser analizados y después su correcta aplicación en el contexto correspondiente.



## CAPITULO IV

### RESULTADOS Y DISCUSIÓN

#### 4.1. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Se estudiaron 60 pacientes con diagnóstico de pancreatitis gestacional atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano durante el periodo 2023–2024.

La presente tesis tuvo como objetivo general: “Determinar las características epidemiológicas asociadas a la pancreatitis gestacional en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca – 2023– 2024”.



**TABLA 1. EDAD ASOCIADA A LA PANCREATITIS GESTACIONAL EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2023-2024**

Edad	Pancreatitis gestacional leve		Pancreatitis gestacional moderada		Pancreatitis gestacional severa		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
<b>18 a 35 años</b>	31	51.6	10	16.6	3	5.0	44	73.3
<b>35 a 50 años</b>	9	15	4	6.7	3	5.0	16	26.7
<b>TOTAL</b>	40	66.6	14	23.3	6	10.0	60	100.0

**Fuente:** Ficha de recolección de datos

$X^2_{cal}=2.051$

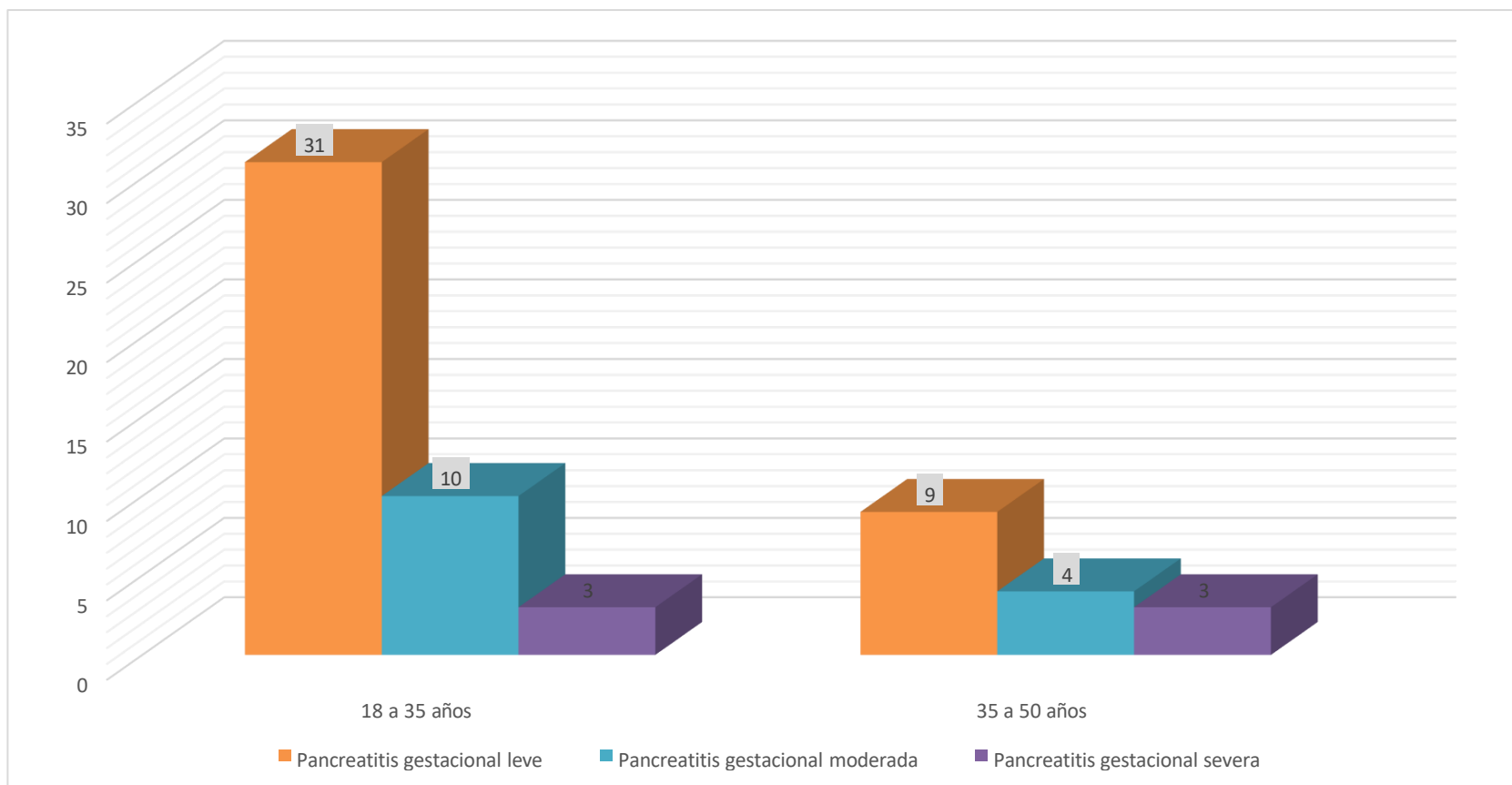
$X^2_{tab} = 5.991$

$P=0.358$

$Gf=2$

NO SIGNIFICATIVA

**FIGURA 1. EDAD ASOCIADA A LA PANCREATITIS GESTACIONAL EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2023-2024**



Fuente: Tabla 1



En la representación tanto de la tabla, así como de la figura 1 se hace la presentación de los casos de pancreatitis gestacional según los grupos de edad, diferenciando la severidad del cuadro clínico en sus formas leve, moderada y severa. El total de pacientes analizadas fue de 60.

Del total, el grupo etario de 18 a 35 años concentró la mayor proporción de casos, representando el 73.3% (n=44) del total de pacientes. De estas, 31 pacientes (51.6%) presentaron pancreatitis gestacional leve, 10 (16.6%) moderada, y 3 (5.0%) severa.

Por otro lado, el grupo de 35 a 50 años representó el 26.7% (n=16) de los casos. Dentro de este grupo, 9 pacientes (15%) cursaron con pancreatitis leve, 4 (6.7%) con forma moderada, y 3 (5.0%) con presentación severa.

Al hacer la comparación de la distribución de los tipos de pancreatitis gestacional según los grupos etarios, se observa que tanto la presentación leve como la moderada fueron hallados con mas frecuencia en el grupo de 18 a 35 años. Sin embargo, la forma severa se presentó de manera equitativa entre ambos grupos, con 3 casos en cada uno (5.0%).

Para determinar si existe una asociación entre la edad y la severidad de la pancreatitis gestacional, se aplicó la prueba de  $X^2$ . Obteniéndose los siguientes resultados:  $X^2$  calculado = 2.051,  $X^2$  tabulado = 5.991,  $gl = 2$  y  $p = 0.358$

Dado que el valor de  $X^2$  calculado es menor que el  $X^2$  tabulado y que  $p > 0.05$ , se concluye que no existe una asociación entre la edad de las pacientes y la severidad de la pancreatitis gestacional en este estudio. Por lo tanto, la



hipótesis planteada las características personales que están asociadas significativamente a la pancreatitis gestacional son la edad y el IMC, se acepta.

**Discusión:** el 73.3% de las pacientes con pancreatitis gestacional tenía entre 18 y 35 años, siendo esta edad predominante en los tres niveles de severidad. Sin embargo, la asociación no fue estadística ( $X^2_{cal}=2.051$ ,  $p=0.358$ ). Esto difiere de lo hallado por **Sequeiros (12)**, **Quispe (16)** y **Coanqui (20)**, quienes encontraron que la pancreatitis severa se presentaba con una frecuencia mayor en pacientes mayores de 40 o 50 años. En cambio, **Infantes (11)** hizo el reporte de edad media cercana a los 44.5 años, más concordante con mi grupo de estudio joven. La diferencia podría explicarse por la condición gestacional de tu muestra, donde la edad materna joven es más común.



**TABLA 2. COMORBILIDADES ASOCIADAS AL DIAGNÓSTICO DE PANCREATITIS GESTACIONAL EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2023-2024**

Comorbilidades	Pancreatitis gestacional leve		Pancreatitis gestacional moderada		Pancreatitis gestacional severa		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
<b>Colelitiasis</b>	26	43.3	10	16.6	5	8.3	41	68.3
<b>Otras</b>	14	23.3	4	6.7	1	1.7	19	31.7
<b>TOTAL</b>	40	66.6	14	23.3	6	10.0	60	100.0

**Fuente:** Ficha de recolección de datos

$X^2_{cal}=0.891$   
SIGNIFICATIVA

$X^2_{tab} = 5.991$

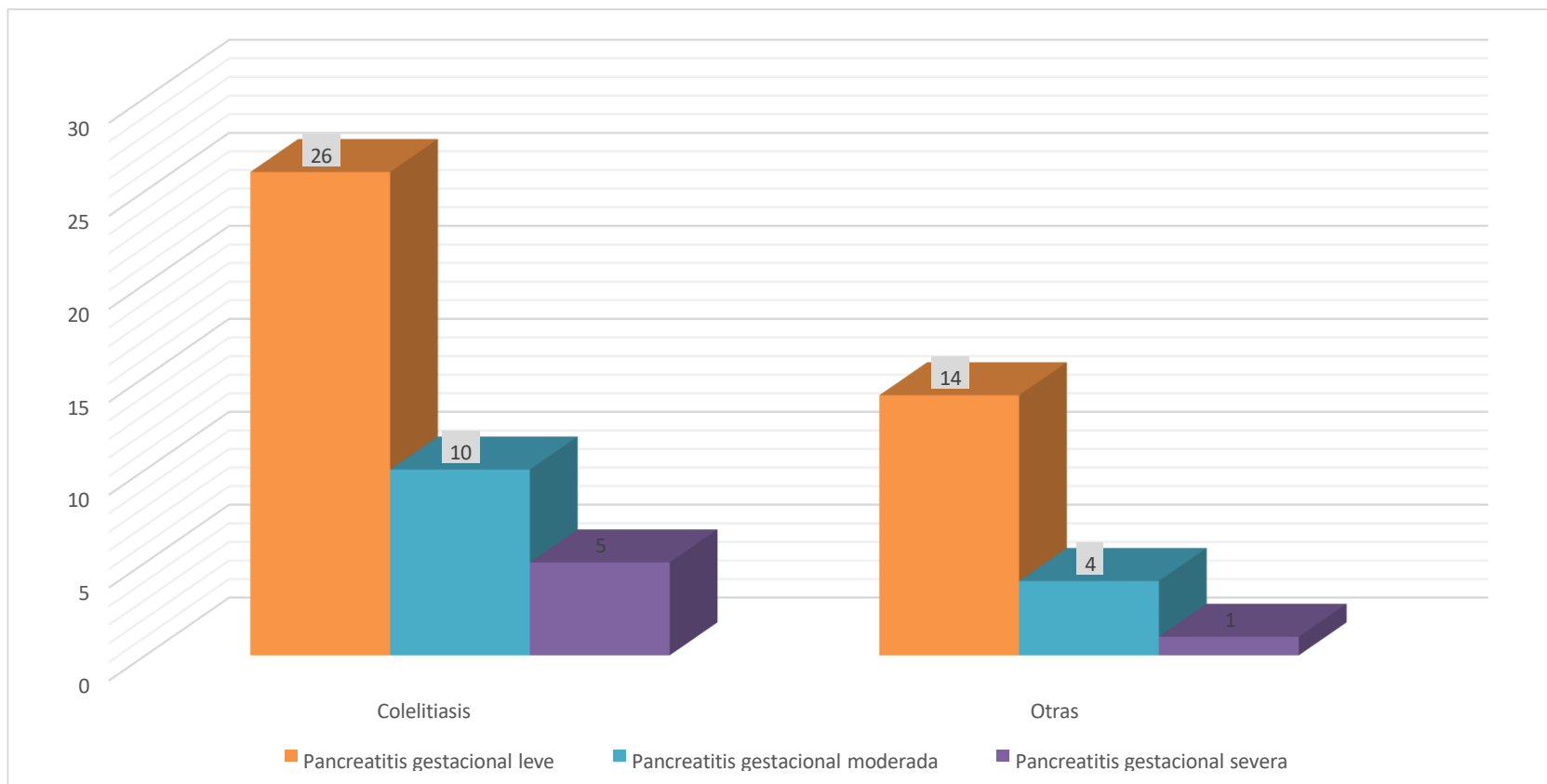
$P=0.640$

$GI=2$

NO



**FIGURA 2. COMORBILIDADES ASOCIADAS AL DIAGNÓSTICO DE PANCREATITIS GESTACIONAL EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2023-2024**



Fuente: Tabla 2



En la representación tanto de la tabla, así como de la figura 2 hace demostración de la forma en la que se distribuyen las comorbilidades observadas en pacientes diagnosticadas con pancreatitis gestacional, clasificadas según la severidad clínica del cuadro: leve, moderado y severo. Se analizaron en total 60 pacientes.

Respecto a las comorbilidades identificadas, la más frecuente fue la colelitiasis, presente en 41 pacientes (68.3%), mientras que otras comorbilidades (no especificadas) se presentaron en 19 pacientes (31.7%).

Al desagregar los datos por tipo de pancreatitis gestacional, se observa que entre las pacientes con pancreatitis leve, 26 (43.3%) presentaban colelitiasis, mientras que 14 (23.3%) tenían otras comorbilidades. En los casos de pancreatitis moderada, 10 pacientes (16.6%) tenían colelitiasis y 4 (6.7%) otras comorbilidades. Finalmente, entre los casos severos, 5 pacientes (8.3%) presentaban colelitiasis y 1 (1.7%) otro tipo de comorbilidad.

A partir de estos resultados, se puede apreciar que la colelitiasis se presenta como la comorbilidad predominante en todos los niveles de severidad, especialmente en los casos leves, mientras que las otras comorbilidades son menos frecuentes y su distribución es más uniforme.

Para establecer si existe una asociación entre el tipo de comorbilidad y la severidad de la pancreatitis gestacional, se aplicó la prueba estadística  $X^2$ , obteniéndose los siguientes resultados:  $X^2$  calculado = 0.891,  $X^2$  tabulado = 5.991,  $gl = 2$  y  $p = 0.640$



Dado que el valor de  $X^2$  calculado es menor que el  $X^2$  tabulado, y que  $p > 0.05$ , se concluye que no existe una asociación entre el tipo de comorbilidad y la severidad de la pancreatitis gestacional en esta muestra. Por tanto, la hipótesis planteada las características personales que están asociadas significativamente a la pancreatitis gestacional son la edad y el IMC, se acepta.

**Discusión:** El 68.3% de las pacientes presentó colelitiasis, siendo la comorbilidad más frecuente. No obstante, no se logró hallar una relación significativa con la severidad ( $X^2_{cal}=0.891$ ,  $p=0.640$ ). Este hallazgo coincide con la mayoría de los antecedentes: **Infantes (11)**, **Quispe (18)** y **Coanqui (20)**, donde la colelitiasis es el principal factor que guarda asociación a la pancreatitis. Sin embargo, **Sequeiros (12)** encontró que la litiasis sí guarda asociación con la pancreatitis severa, diferencia que podría deberse al tamaño muestral o al contexto gestacional.



**TABLA 3: PROCEDENCIA ASOCIADA AL DIAGNÓSTICO DE PANCREATITIS GESTACIONAL EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2023-2024**

Procedencia	Pancreatitis gestacional leve		Pancreatitis gestacional moderada		Pancreatitis gestacional severa		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Rural	7	11.6	3	5	1	1.7	11	18.3
Urbana	33	55	11	18.3	5	8.3	49	81.7
<b>TOTAL</b>	40	66.6	14	23.3	6	10.0	60	100.0

**Fuente:** Ficha de recolección de datos

$X^2_{cal}=0.119$

$X^2_{tab} = 5.991$

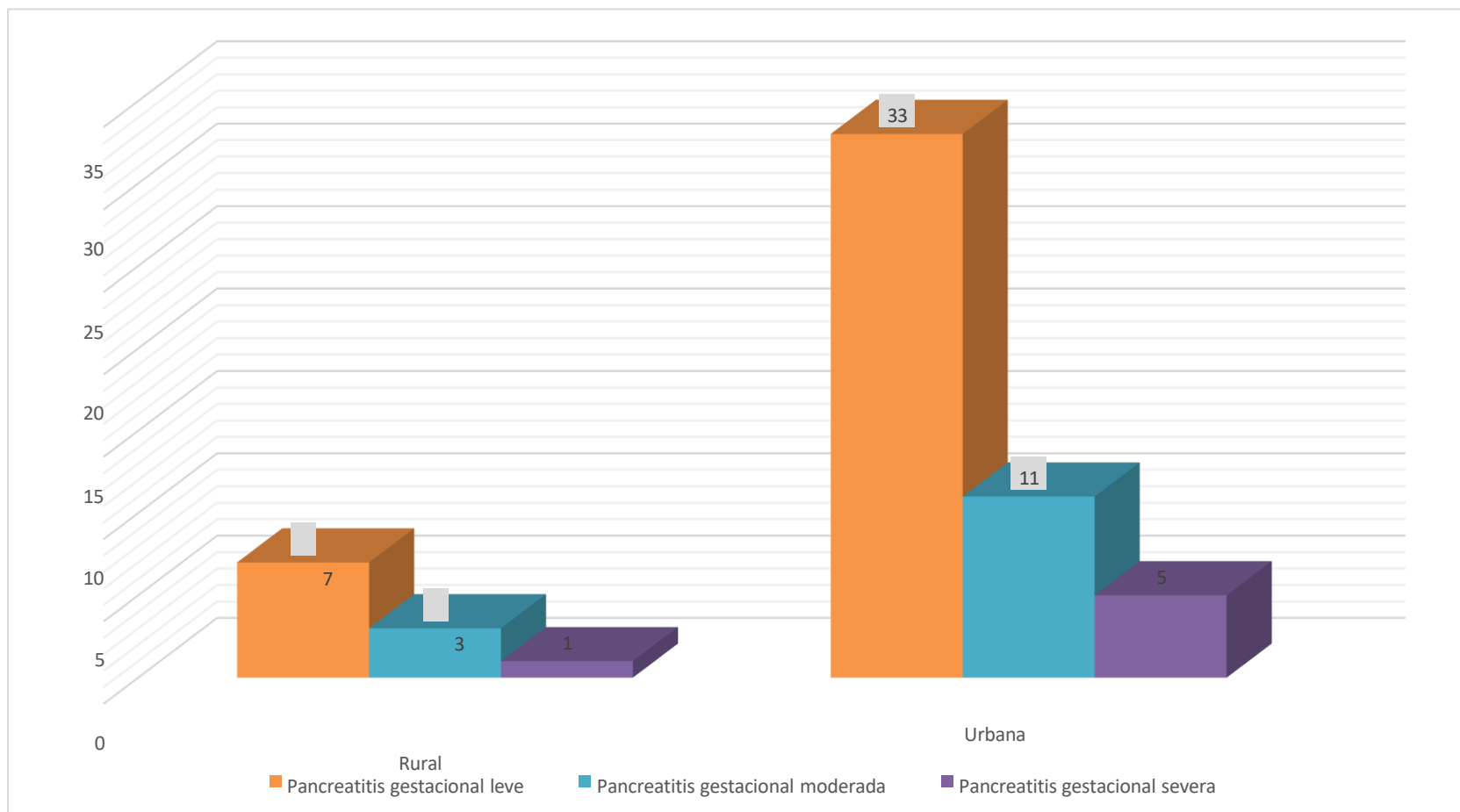
$P=0.942$

$GI=2$

NO SIGNIFICATIVA



**FIGURA 3. PROCEDENCIA ASOCIADA AL DIAGNÓSTICO DE PANCREATITIS GESTACIONAL EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2023-2024**



Fuente: Tabla 3



En la representación tanto de la tabla, así como de la figura 3 demuestra la forma en la que se distribuyen los casos de pancreatitis gestacional según la procedencia de las pacientes (rural o urbana) y el grado de severidad del diagnóstico (leve, moderado y severo). Se evaluaron un total de 60 pacientes durante el periodo 2023-2024.

Se observa que la mayoría de las pacientes procedían de zonas urbanas, representando el 81.7% (n=49) del total. De estas, 33 pacientes (55.0%) presentaron pancreatitis leve, 11 (18.3%) moderada y 5 (8.3%) severa.

En contraste, las pacientes provenientes de zonas rurales constituyeron el 18.3% (n=11). En este grupo, 7 pacientes (11.6%) presentaron pancreatitis leve, 3 (5.0%) moderada y 1 (1.7%) severa.

Esta distribución evidencia una mayor concentración de casos en zonas urbanas, especialmente en las formas leves y moderadas de la enfermedad. Sin embargo, esta diferencia puede deberse más a factores de acceso a los servicios de salud y cobertura hospitalaria que a una relación directa entre la procedencia y la severidad del cuadro clínico.

Para determinar si la procedencia tiene una relación estadística con el grado de severidad de la pancreatitis gestacional, se aplicó la prueba de  $X^2$ , obteniéndose los siguientes resultados:  $X^2$  calculado = 0.119,  $X^2$  tabulado = 5.991,  $gl = 2$  y  $p = 0.942$

Dado que el valor de  $X^2$  calculado es considerablemente menor que el  $X^2$  tabulado, y que el valor de  $p$  es mucho mayor que 0.05, se concluye que no existe una asociación entre la procedencia de las pacientes y la



severidad de la pancreatitis gestacional.

Por lo tanto, la hipótesis planteada las características personales que están asociadas significativamente a la pancreatitis gestacional son la edad y el IMC, se acepta.

**Discusión:** el 81.7% fue de procedencia urbana, pero no hubo relación significativa con la severidad ( $X^2_{cal}=0.119$ ,  $p=0.942$ ). Esto concuerda con **Quispe (18) y Coanqui (20)**, donde también predominó la procedencia urbana (>70%), aunque **Coanqui** sí encontró asociación significativa con la forma en que la enfermedad se desarrolla ( $OR=2.5$ ,  $p=0.005$ ). La falta de asociación en mi caso podría deberse a la homogeneidad geográfica de la muestra.



**TABLA 4. IMC ASOCIADA AL DIAGNÓSTICO DE PANCREATITIS GESTACIONAL EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2023-2024**

IMC	Pancreatitis gestacional leve		Pancreatitis gestacional moderada		Pancreatitis gestacional severa		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
<b>18 a 25</b>	16	26.6	5	8.3	1	1.7	22	36.7
<b>25 a 30</b>	21	35	4	6.7	3	5.0	28	46.7
<b>&gt; 30</b>	3	5	5	8.3	2	3.3	10	16.6
<b>TOTAL</b>	40	66.6	14	23.3	6	10.0	60	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos

$X^2_{cal}=8.131$   
SIGNIFICATIVA

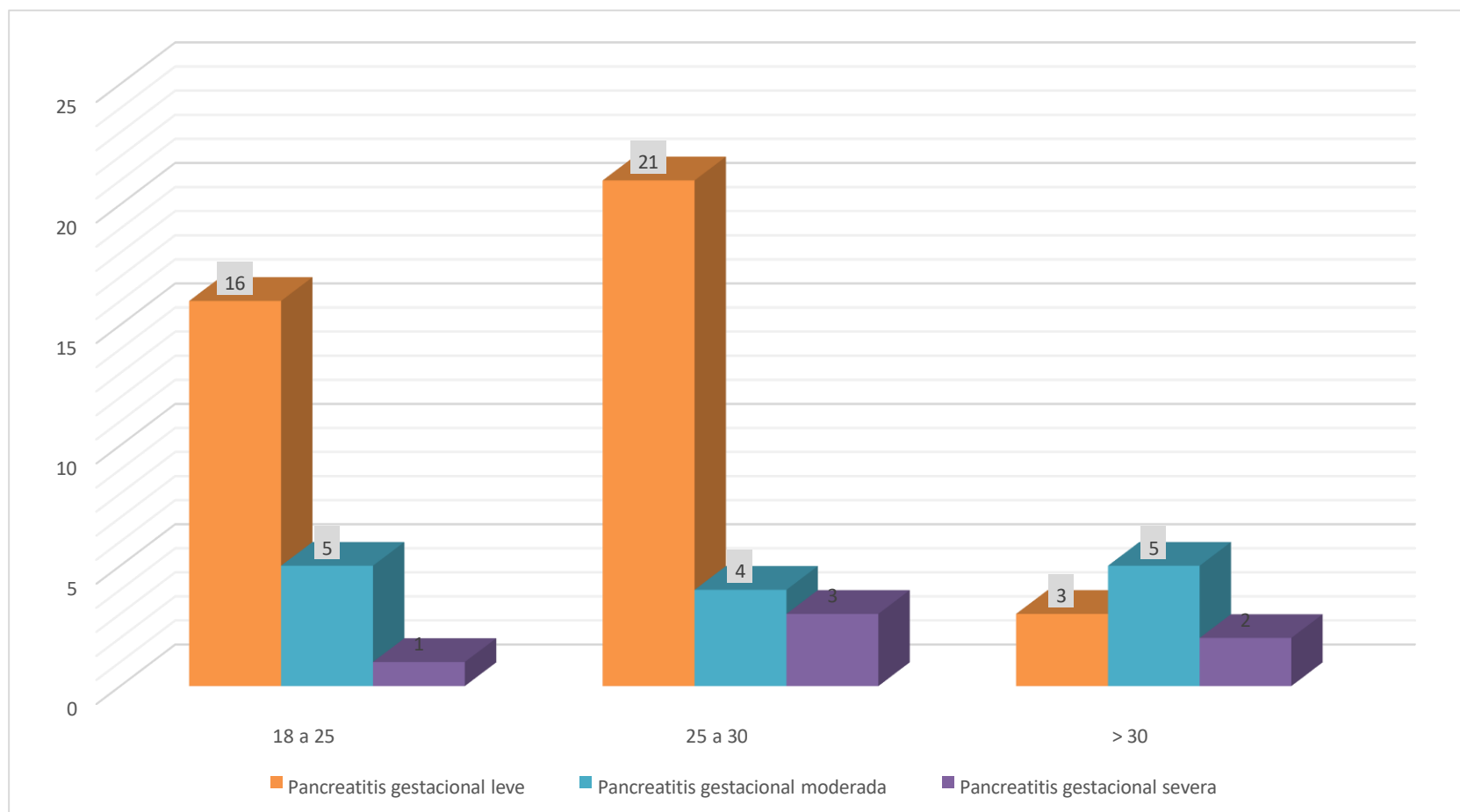
$X^2_{tab} = 9.487$

P=0.086

GI=4

NO

**FIGURA 4. IMC ASOCIADA AL DIAGNÓSTICO DE PANCREATITIS GESTACIONAL EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2023-2024**



Fuente: Tabla 4



En la representación tanto de la tabla, así como de la figura 4 demuestra la forma en la que se distribuyen los casos de pancreatitis gestacional según el IMC de las pacientes, diferenciando tres rangos: IMC normal (18 a 25), sobrepeso (25 a 30) y obesidad (>30), en relación con el grado de severidad de la pancreatitis gestacional (leve, moderada y severa). Se analizaron 60 pacientes en total.

En cuanto al grupo con IMC entre 18 a 25 (normopeso), se identificaron 22 pacientes (36.7%). De ellas, 16 (26.6%) presentaron pancreatitis leve, 5 (8.3%) moderada y 1 (1.7%) severa.

En el grupo con IMC entre 25 a 30 (sobrepeso), se concentró el mayor número de pacientes, con 28 casos (46.7%). De estas, 21 (35.0%) presentaron una forma leve de pancreatitis, 4 (6.7%) moderada y 3 (5.0%) severa.

Finalmente, en el grupo con IMC mayor a 30 (obesidad), se encontraron 10 pacientes (16.6%), de las cuales 3 (5.0%) tuvieron pancreatitis leve, 5 (8.3%) moderada y 2 (3.3%) severa.

El análisis descriptivo muestra que los casos leves son más frecuentes en pacientes con IMC dentro del rango de sobrepeso (25–30), mientras que los casos moderados se incrementan entre las pacientes con obesidad. Esta tendencia podría sugerir que un mayor IMC podría estar relacionado con una mayor severidad del cuadro clínico; sin embargo, se requiere confirmar esta observación mediante un análisis estadístico.

Para determinar si existe una asociación significativa entre el IMC y la



severidad de la pancreatitis gestacional, se aplicó la prueba de  $X^2$ , con los siguientes resultados:  $X^2$  calculado = 8.131,  $X^2$  tabulado = 9.487,  $gl = 4$  y  $p = 0.086$

Dado que el valor de  $X^2$  calculado es menor que el  $X^2$  tabulado, y que el p-valor es mayor a 0.05, se concluye que no existe una asociación entre el IMC y la severidad de la pancreatitis gestacional. Por lo tanto, la hipótesis planteada las características personales que están asociadas significativamente a la pancreatitis gestacional son la edad y el IMC, se rechaza ya que el IMC no resulto estar asociada.

**Discusión:** El 46.7% tuvo sobrepeso (IMC 25-30) y el 16.6% obesidad (>30), sin asociación significativa con la severidad ( $X^2_{cal}=8.131$ ,  $p=0.086$ ). Este resultado contrasta con **Sequeiros (12)** y **Arana (13)**, quienes sí encontraron al sobrepeso y obesidad como factores que guardan asociación a complicaciones o severidad. En cambio, mi estudio sugiere que el IMC, por sí solo, no condiciona el agravamiento de la pancreatitis gestacional.



**TABLA 5. PARIDAD ASOCIADA AL DIAGNÓSTICO DE PANCREATITIS GESTACIONAL EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2023-2024**

Paridad	Pancreatitis gestacional leve		Pancreatitis gestacional moderada		Pancreatitis gestacional severa		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
<b>Primípara</b>	21	35.0	5	8.3	2	3.3	28	46.7
<b>Múltipara</b>	18	30.0	4	6.7	4	6.7	26	43.3
<b>Gran múltipara</b>	1	1.6	5	8.3	0	0.0	6	10.0
<b>TOTAL</b>	40	66.6	14	23.3	6	10.0	60	100.0

**Fuente:** Ficha de recolección de datos

$X^2_{cal}=14.470$

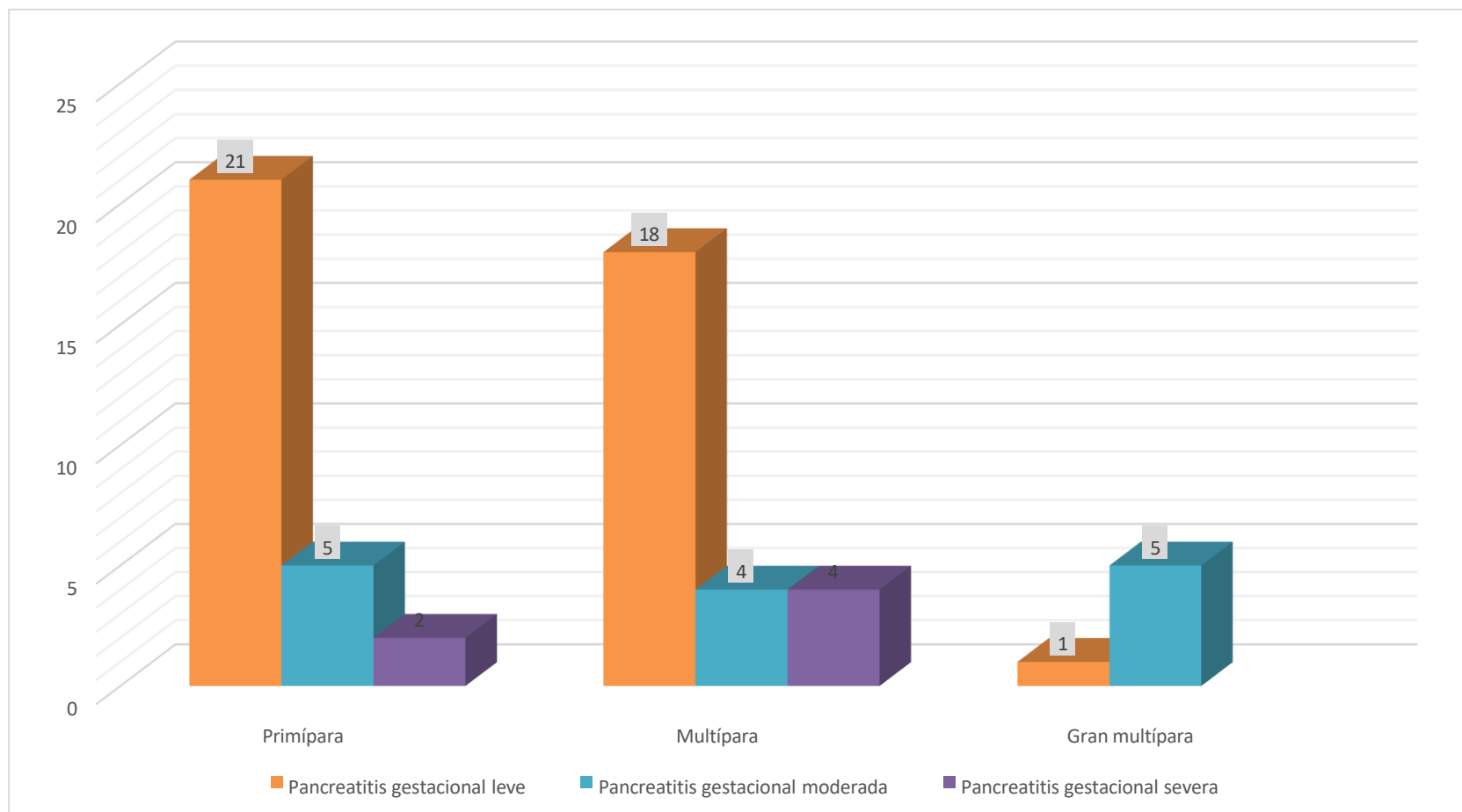
$X^2_{tab} = 9.487$

$P=0.005$

$Gf=4$

ES SIGNIFICATIVA

**FIGURA 5. PARIDAD ASOCIADA AL DIAGNÓSTICO DE PANCREATITIS GESTACIONAL EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2023-2024**



Fuente: Tabla 5



En la representación tanto de la tabla, así como de la figura 5 donde se representa la relación entre el número de partos previos (paridad) y la severidad clínica de la pancreatitis gestacional (leve, moderada y severa) en una muestra de 60 pacientes atendidas durante el periodo 2023-2024.

En cuanto a la primiparidad, se identificaron 28 pacientes (46.7%), de las cuales 21 (35.0%) presentaron pancreatitis leve, 5 (8.3%) moderada y 2 (3.3%) severa. Este grupo fue el más numeroso.

En el grupo de multíparas, se registraron 26 pacientes (43.3%), de las cuales 18 (30.0%) desarrollaron pancreatitis leve, 4 (6.7%) moderada y 4 (6.7%) severa. Se observa en este grupo una distribución más equilibrada entre las formas clínicas.

Finalmente, entre las gran multíparas (más de cinco partos), se reportaron 6 pacientes (10.0%), de las cuales 1 (1.6%) presentó pancreatitis leve, 5 (8.3%) moderada y ninguna presentó la forma severa de la enfermedad.

Los datos permiten advertir ciertas diferencias relevantes: mientras las primíparas tienden a presentar más casos leves, las gran multíparas concentran una proporción importante de casos moderados, a pesar de su baja frecuencia total. Además, entre las multíparas, se observa una mayor proporción de casos severos en comparación con los otros grupos.

Para determinar si esta distribución tiene un sustento estadístico, se aplicó la prueba de  $X^2$ , arrojando los siguientes resultados:  $X^2$  calculado = 14.470,  $X^2$  tabulado = 9.487,  $gl = 4$  y  $p = 0.005$

Dado que el valor de  $X^2$  calculado es mayor que el  $X^2$  tabulado, y que  $p < 0.05$ ,



se concluye que existe una asociación entre la paridad y la severidad de la pancreatitis gestacional en esta muestra.

Por tanto, la hipótesis planteada las características obstétricas que están asociadas significativamente a la pancreatitis gestacional son la paridad y el trimestre de aparición, se acepta.

Este hallazgo sugiere que la paridad podría ser un factor clínico relevante para considerar en el abordaje y manejo preventivo de esta condición durante la gestación.

**Discusión:** La paridad mostró estas asociada con la severidad de la pancreatitis ( $X^2_{cal}=14.470$ ,  $p=0.005$ ). La mayor proporción de casos moderados ocurrió en gran multíparas. Aunque pocos estudios previos han abordado directamente la paridad, es relevante considerar que, en pacientes gestantes, esta variable puede relacionarse con cambios anatómicos o metabólicos que predisponen a complicaciones. Mis resultados aportan un hallazgo novedoso en este aspecto, especialmente en contexto gestacional.



**TABLA 6. TRIMESTRE DE APARICION ASOCIADO AL DIAGNÓSTICO DE PANCREATITIS GESTACIONAL EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2023-2024**

Trimestre de aparición	Pancreatitis gestacional leve		Pancreatitis gestacional moderada		Pancreatitis gestacional severa		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
I trimestre	8	13.3	1	1.6	0	0.0	9	15.0
II trimestre	10	16.6	6	10.0	2	3.3	18	30.0
III trimestre	22	33.7	7	11.7	4	6.7	33	55.0
<b>TOTAL</b>	40	66.6	14	23.3	6	10.0	60	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos

$X^2_{cal}=3.481$

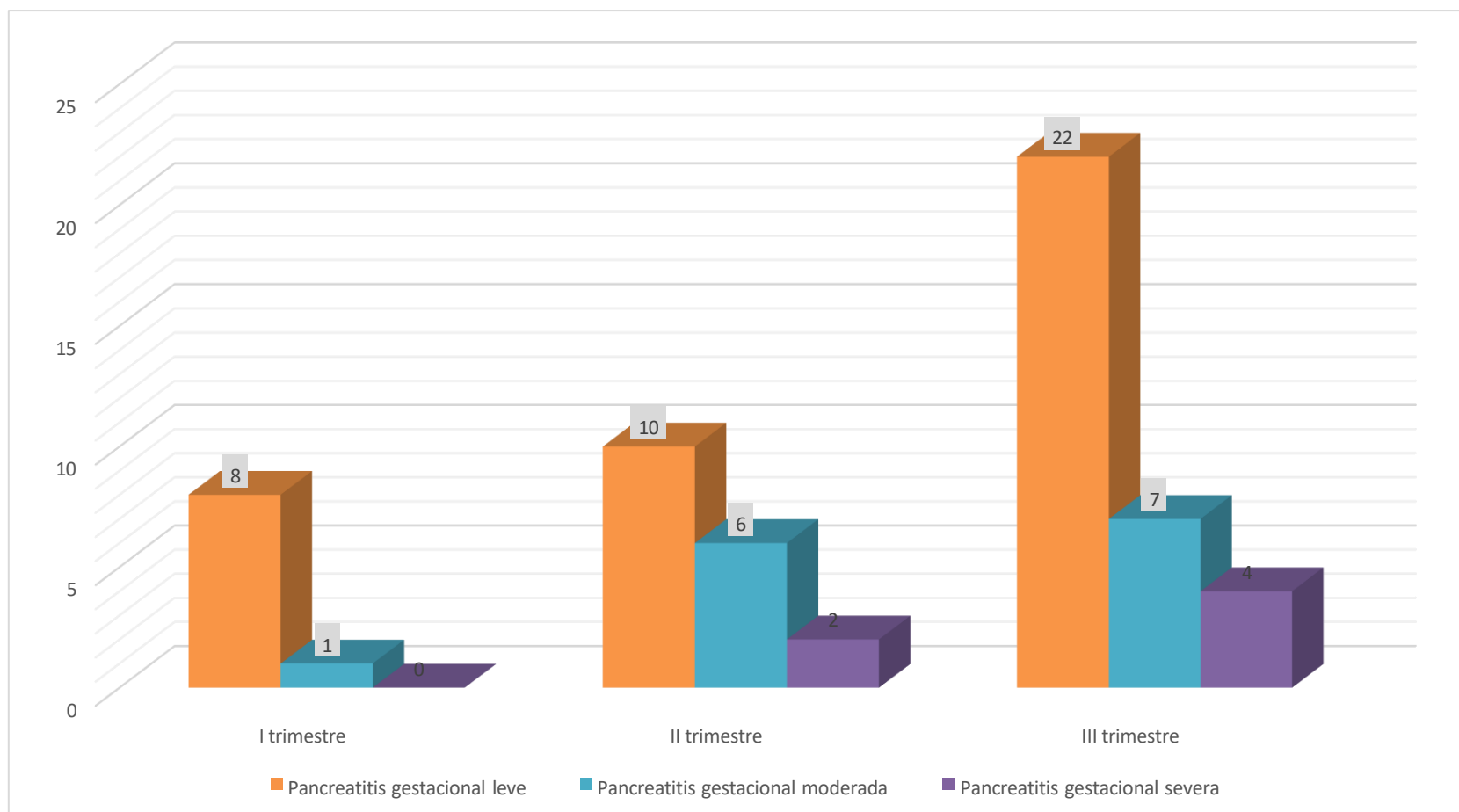
$X^2_{tab} = 9.487$

$P=0.480$

$Gf=4$

NO SIGNIFICATIVA

**FIGURA 6. TRIMESTRE DE APARICION ASOCIADO AL DIAGNÓSTICO DE PANCREATITIS GESTACIONAL EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2023-2024**



Fuente: Tabla 6



En la representación tanto de la tabla, así como de la figura 6 en la cual se representa la distribución de los casos de pancreatitis gestacional según el trimestre de aparición del cuadro clínico y su severidad (leve, moderada y severa), en una muestra de 60 pacientes gestantes.

En cuanto al momento de aparición de la pancreatitis durante la gestación, se observó que el tercer trimestre fue el más frecuente, con 33 casos (55.0%). De estos, 22 pacientes (33.7%) presentaron una forma leve de la enfermedad, 7 (11.7%) una forma moderada, y 4 (6.7%) una forma severa.

El segundo trimestre concentró 18 casos (30.0%), con 10 pacientes (16.6%) con pancreatitis leve, 6 (10.0%) con forma moderada, y 2 (3.3%) con forma severa.

El primer trimestre fue el periodo con menor incidencia, con solo 9 casos (15.0%). En este grupo, 8 pacientes (13.3%) presentaron pancreatitis leve, 1 (1.6%) moderada y ninguna forma severa.

El análisis descriptivo sugiere que la mayor frecuencia de pancreatitis gestacional ocurre durante el tercer trimestre, y que las formas más severas tienden a presentarse también en esta etapa tardía de la gestación. Sin embargo, para evaluar si existe una relación estadística entre el trimestre de aparición y la severidad de la pancreatitis gestacional, se aplicó la prueba de  $X^2$ , con los siguientes resultados:  $X^2$  calculado = 3.481,  $X^2$  tabulado = 9.487,  $gl = 4$  y  $p = 0.480$

Dado que el valor de  $X^2$  calculado es menor que el valor crítico tabulado, y que el p-valor es mayor que 0.05, se concluye que no existe una asociación entre el



trimestre de aparición de la pancreatitis y su severidad.

En consecuencia, la hipótesis planteada las características obstétricas que están asociadas significativamente a la pancreatitis gestacional son la paridad y el trimestre de aparición en pacientes, se rechaza, ya que el trimestre de aparición resulto ser estar asociado.

**Discusión:** El tercer trimestre fue el más frecuente (55%), pero no mostró asociación con la severidad ( $X^2_{cal}=3.481$ ,  $p=0.480$ ). Estudios como los de **Losada (10) y Rivera (6)** también hallaron mayor incidencia en el tercer trimestre, posiblemente por el aumento de la presión intraabdominal y cambios hormonales. Aunque la distribución concuerda, la falta de significancia en mi estudio sugiere que el trimestre no influye en la gravedad.



**TABLA 7. PRESION ARTERIAL ASOCIADA AL DIAGNÓSTICO DE PANCREATITIS GESTACIONAL EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2023-2024**

Presión Arterial	Pancreatitis gestacional leve		Pancreatitis gestacional moderada		Pancreatitis gestacional severa		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
< 130 mmHg	40	66.6	12	20.0	5	8.3	57	95.0
130 – 150 mmHg	0	0.0	2	3.3	0	0.0	2	3.3
> 150 mmHg	0	0.0	0	0.0	1	1.7	1	1.7
<b>TOTAL</b>	40	66.6	14	23.3	6	10.0	60	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos

$X^2_{cal}=15.889$

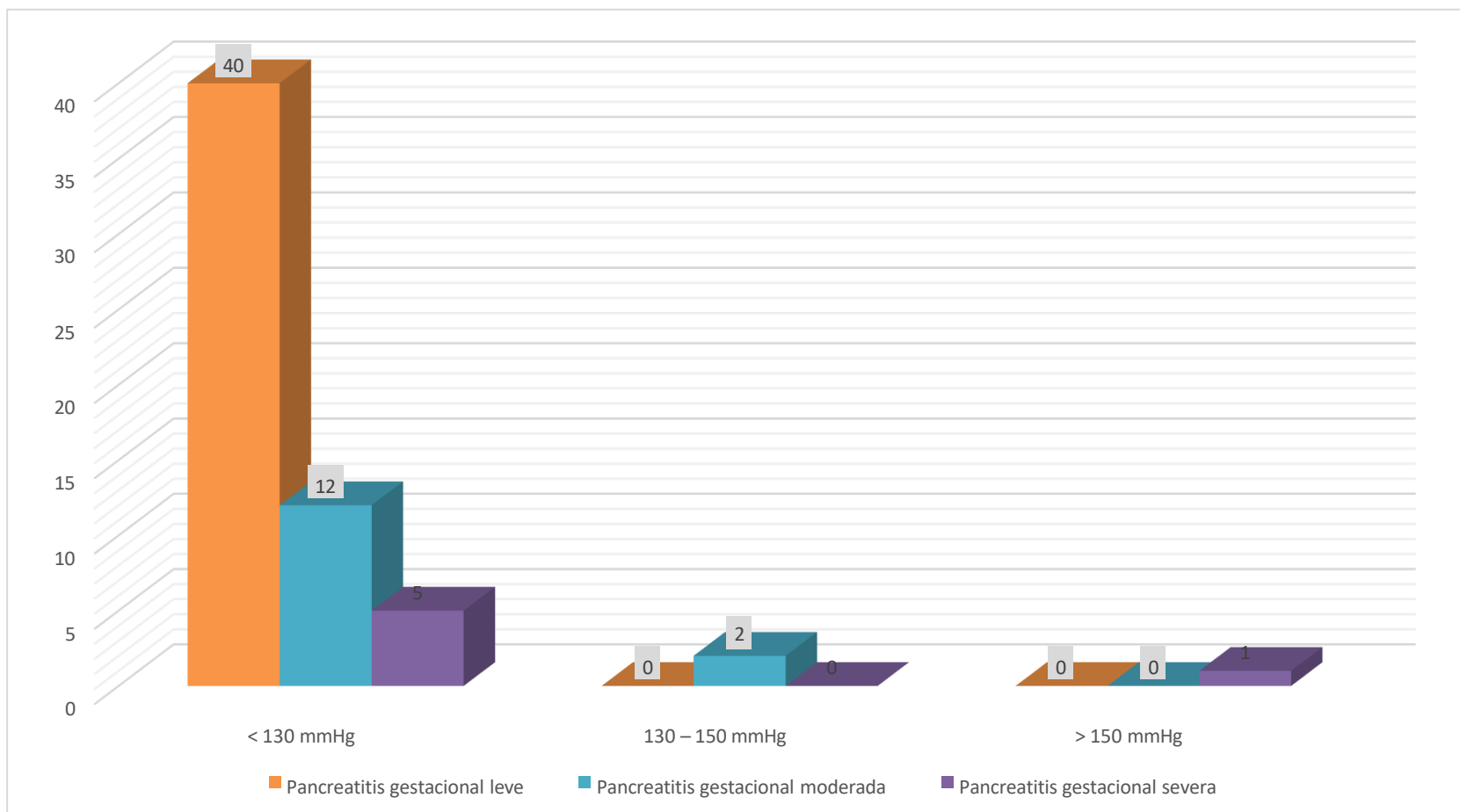
$X^2_{tab} = 9.487$

$P=0.003$

$GI=4$

ES SIGNIFICATIVA

**FIGURA 7. PRESION ARTERIAL ASOCIADA AL DIAGNÓSTICO DE PANCREATITIS GESTACIONAL EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2023-2024**



Fuente: Tabla 7



En la representación tanto de la tabla, así como de la figura 7 en la cual se representa la distribución de los casos de pancreatitis gestacional según los rangos de presión arterial sistólica y el grado de severidad clínica (leve, moderada y severa), en una muestra total de 60 pacientes gestantes.

Se observa que la gran mayoría de pacientes presentaron una presión arterial normal (<130 mmHg), representando el 95.0% (n=57) del total. De estas, 40 pacientes (66.6%) presentaron pancreatitis leve, 12 (20.0%) moderada y 5 (8.3%) severa.

En el grupo con presión arterial entre 130 y 150 mmHg, se identificaron 2 pacientes (3.3%), ambas con pancreatitis moderada (2 casos, 3.3%).

Finalmente, en el grupo con presión arterial superior a 150 mmHg, se reportó solo 1 caso (1.7%), correspondiente a un cuadro severo de pancreatitis gestacional.

El análisis descriptivo revela que si bien la mayoría de los casos se concentran en pacientes con presión arterial normal, los cuadros de mayor severidad comienzan a aparecer en aquellas pacientes con niveles elevados de presión arterial, lo que sugiere una posible relación entre la hipertensión y la gravedad del cuadro clínico.

Para confirmar si esta distribución representa una relación estadística, se aplicó la prueba de  $X^2$ , arrojando los siguientes resultados:  $X^2$  calculado = 15.889,  $X^2$  tabulado = 9.487, gl = 4 y p = 0.003

Dado que el valor de  $X^2$  calculado es mayor que el  $X^2$  tabulado, y que el p-valor es menor a 0.05, se concluye que existe una asociación entre la presión



arterial y la severidad de la pancreatitis gestacional.

Por lo tanto, la hipótesis planteada las características obstétricas que están asociadas significativamente a la pancreatitis gestacional son la paridad y el trimestre de aparición, se acepta.

Este hallazgo sugiere que el monitoreo constante de la presión arterial en pacientes con diagnóstico o riesgo de pancreatitis gestacional debe considerarse una medida preventiva importante, especialmente para evitar formas clínicas más graves de la enfermedad.

**Discusión:** Se encontró asociación significativa entre presión arterial y severidad ( $X^2_{cal}=15.889$ ,  $p=0.003$ ). Aunque la mayoría tenía PA  $<130$  mmHg, los casos graves fueron los únicos en presentar cifras  $>150$  mmHg. Lo que se halló guarda coincidencia con **Hanco (14)**, que vinculan hipoalbuminemia, presión y complicaciones. Si bien pocos estudios analizan directamente la PA en pancreatitis gestacional, mi hallazgo es clínicamente relevante y sugiere que la hipertensión podría ser un indicador temprano de evolución desfavorable.



**TABLA 8. AMILASA ASOCIADA AL DIAGNÓSTICO DE PANCREATITIS GESTACIONAL EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2023-2024**

Amilasa	Pancreatitis gestacional leve		Pancreatitis gestacional moderada		Pancreatitis gestacional severa		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
< 375 U/dL	40	66.6	14	23.3	3	5.0	57	95.0
> 375 U/dL	0	0.0	0	0.0	3	5.0	3	5.0
<b>TOTAL</b>	40	66.6	14	23.3	6	10.0	60	100.0

**Fuente:** Ficha de recolección de datos

$X^2_{cal}=28.421$   
SIGNIFICATIVA

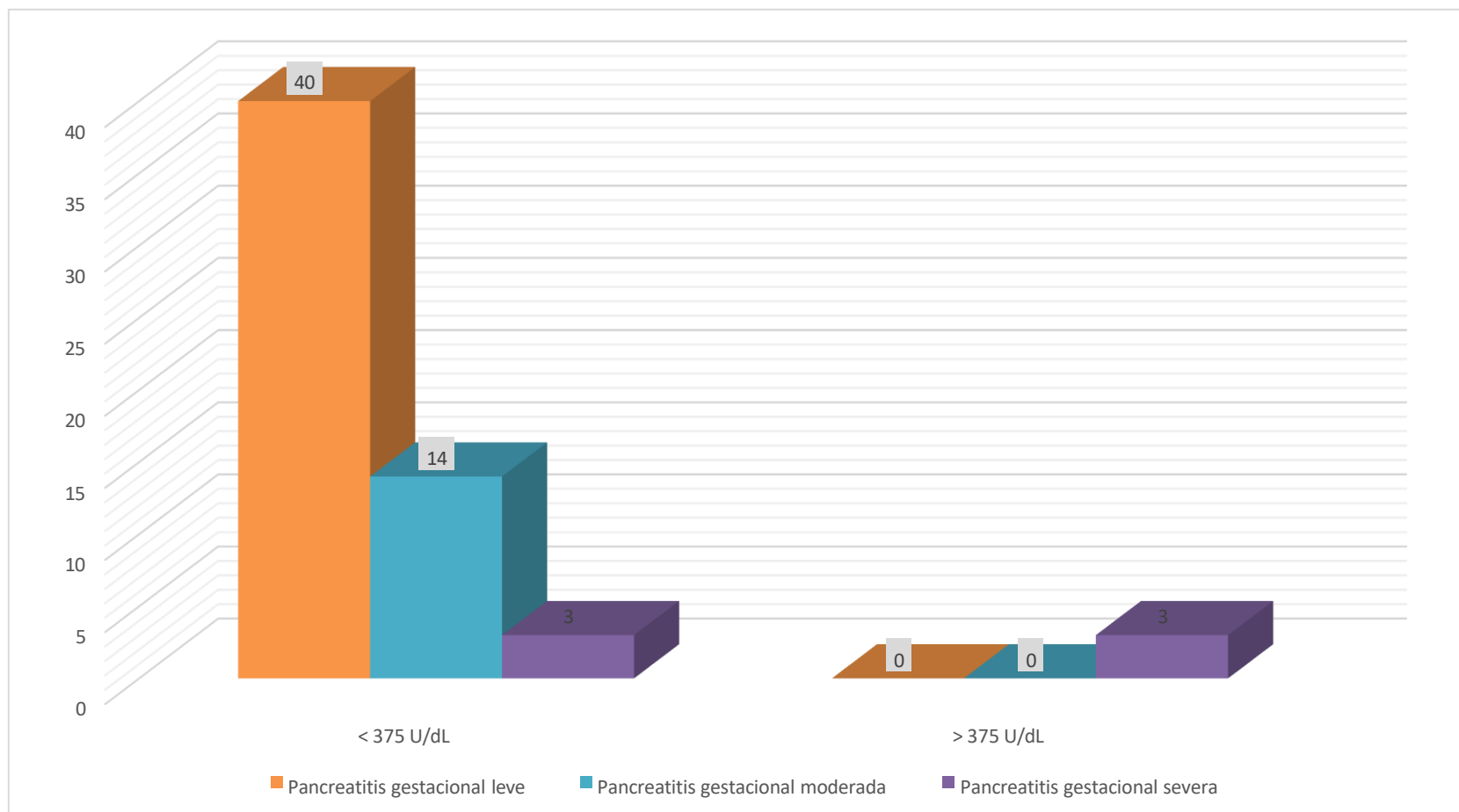
$X^2_{tab} = 5.991$

P=0.000

GI=2

ES

**FIGURA 8. AMILASA ASOCIADA AL DIAGNÓSTICO DE PANCREATITIS GESTACIONAL EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2023-2024**



Fuente: Tabla 8



En la representación tanto de la tabla, así como de la figura 8 en la cual se representa la relación entre los niveles séricos de amilasa y la severidad clínica de la pancreatitis gestacional (leve, moderada y severa), en una muestra total de 60 pacientes gestantes.

Los resultados muestran que 57 pacientes (95.0%) presentaron niveles de amilasa por debajo de 375 U/dL. De estas, 40 pacientes (66.6%) desarrollaron pancreatitis leve, 14 (23.3%) moderada, y 3 (5.0%) severa.

En contraste, solo 3 pacientes (5.0%) presentaron niveles de amilasa superiores a 375 U/dL, y en todos los casos se trató de formas severas de pancreatitis gestacional (3 casos, 5.0%).

Este hallazgo sugiere una correlación directa entre valores elevados de amilasa y cuadros clínicos graves. Es importante señalar que no se registraron casos leves ni moderados en pacientes con hiperamilasemia (>375 U/dL), lo que refuerza su posible rol como marcador bioquímico predictivo de gravedad.

Para comprobar si esta asociación es estadística, se aplicó la prueba de  $X^2$ , obteniéndose los siguientes resultados:  $X^2$  calculado = 28.421,  $X^2$  tabulado = 5.991,  $gl = 2$  y  $p = 0.000$

Dado que el valor de  $X^2$  calculado es muy superior al  $X^2$  tabulado y que el p-valor es menor a 0.05, se concluye que existe una asociación entre los niveles de amilasa y la severidad de la pancreatitis gestacional.

Por tanto, la hipótesis planteada las características clínicas que están asociadas significativamente a la pancreatitis gestacional son la amilasa y lipasa, se acepta.



Este resultado resalta la importancia de incluir la medición de amilasa como parte del protocolo de evaluación clínica y pronóstica en gestantes con sospecha o diagnóstico de pancreatitis, permitiendo así una intervención más oportuna y efectiva.

**Discusión:** El 95% de pacientes con valores  $<375$  U/dL tuvo pancreatitis leve o moderada. Se encontró una asociación con la severidad ( $X^2_{cal}=28.421$ ,  $p=0.000$ ). Esto concuerda **con Coanqui (20) y Quispe (18)**, quienes también encontraron elevación de amilasa como criterio diagnóstico. Mi estudio refuerza su utilidad no solo como criterio de diagnóstico, sino como posible predictor de severidad en gestantes.



**TABLA 9. LIPASA ASOCIADA AL DIAGNÓSTICO DE PANCREATITIS GESTACIONAL EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2023-2024**

Lipasa	Pancreatitis gestacional leve		Pancreatitis gestacional moderada		Pancreatitis gestacional severa		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
< 180 U/L	35	58.3	13	21.6	3	5.0	51	85,0
> 180 U/L	5	8.3	1	1.7	3	5.0	9	15,0
<b>TOTAL</b>	40	66.6	14	23.3	6	10.0	60	100.0

**Fuente:** Ficha de recolección de datos

$X^2_{cal}=6.638$   
SIGNIFICATIVA

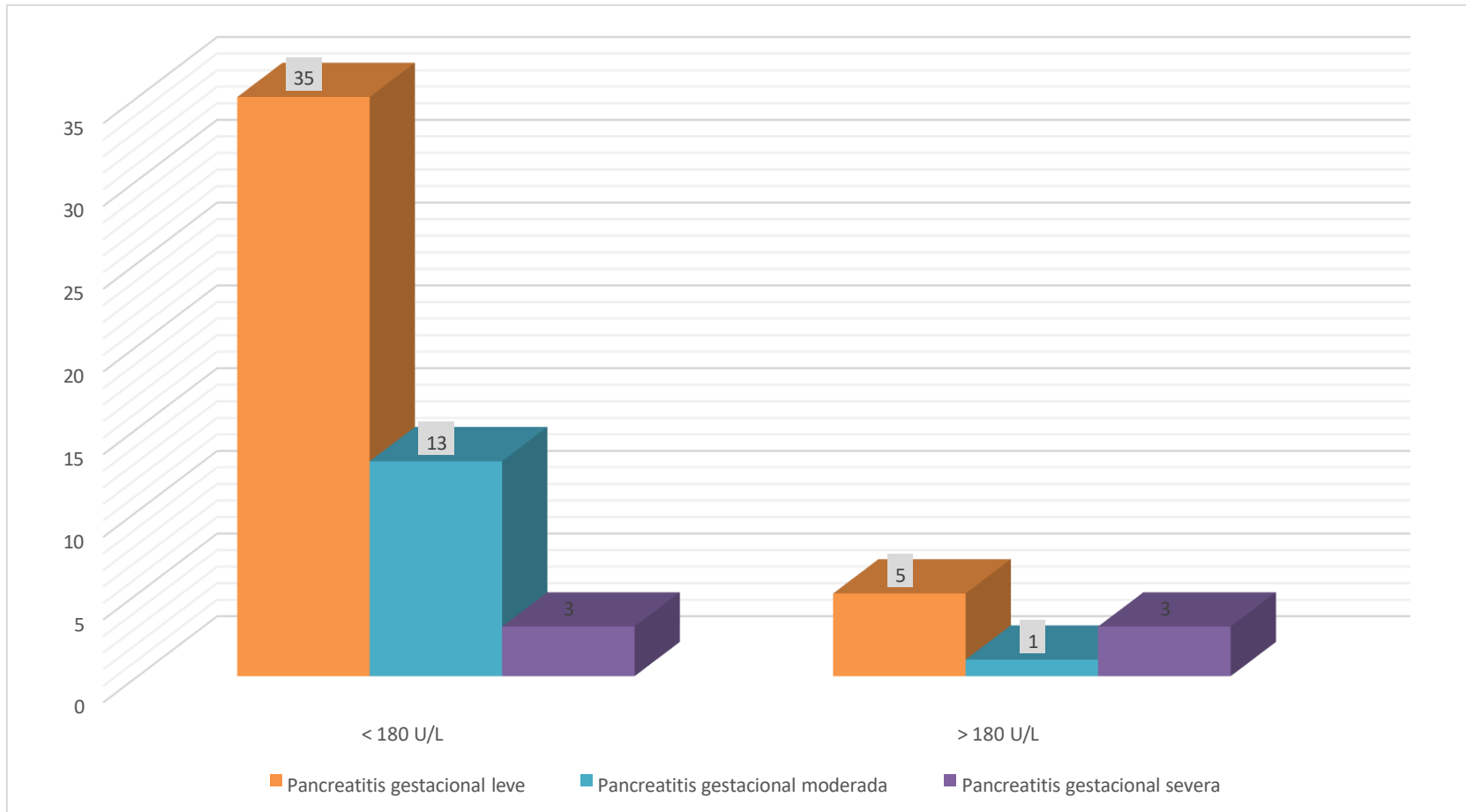
$X^2_{tab} = 5.991$

P=0.036

GI=2

ES

**FIGURA 9. LIPASA ASOCIADA AL DIAGNÓSTICO DE PANCREATITIS GESTACIONAL EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2023-2024**



Fuente: Tabla 9



En la representación tanto de la tabla, así como de la figura 9 en la cual se representa la distribución de pacientes con pancreatitis gestacional según los niveles séricos de lipasa y la severidad clínica del cuadro (leve, moderado y severo), en una muestra total de 60 gestantes.

En cuanto a los valores de lipasa inferiores a 180 U/L, se encontraron 51 pacientes (85.0%), siendo este el grupo predominante. De estas, 35 pacientes (58.3%) presentaron pancreatitis leve, 13 (21.6%) moderada y 3 (5.0%) severa.

Por otro lado, 9 pacientes (15.0%) presentaron niveles de lipasa superiores a 180 U/L. Dentro de este grupo, 5 pacientes (8.3%) desarrollaron pancreatitis leve, 1 (1.7%) moderada y 3 (5.0%) severa.

A pesar de que los niveles elevados de lipasa se presentaron en una minoría de casos, se observa que la proporción de formas graves de pancreatitis fue mayor en pacientes con lipasa elevada. De los 6 casos severos registrados en total, la mitad (3 casos) pertenecen al grupo con niveles de lipasa  $>180$  U/L, lo cual resulta clínicamente relevante.

Para evaluar si esta relación tiene significancia estadística, se aplicó la prueba de  $X^2$ , obteniendo los siguientes valores:  $X^2$  calculado = 6.638,  $X^2$  tabulado = 5.991,  $gl = 2$  y  $p = 0.036$

Dado que el valor de  $X^2$  calculado es mayor que el  $X^2$  tabulado, y que el p-valor es menor a 0.05, se concluye que existe una asociación entre los niveles de lipasa y la severidad de la pancreatitis gestacional.

Por lo tanto, la hipótesis planteada las características clínicas que están



asociadas significativamente a la pancreatitis gestacional son la amilasa y lipasa, se acepta.

Este hallazgo confirma el valor clínico de la lipasa como biomarcador útil en la estratificación de riesgo y la toma de decisiones clínicas ante casos de pancreatitis gestacional, especialmente en contextos donde se requiere una atención oportuna para prevenir complicaciones.

**Discusión:** El 85% tuvo lipasa  $<180$  U/L, y se halló asociación significativa con la severidad ( $X^2_{cal}=6.638$ ,  $p=0.036$ ). Este resultado va en línea con los hallazgos de **Flores (19)** y **Coanqui (20)**, quienes reportaron que la lipasa elevada se correlaciona con formas graves de pancreatitis. En mi caso, esta enzima también se comporta como un marcador útil de gravedad.

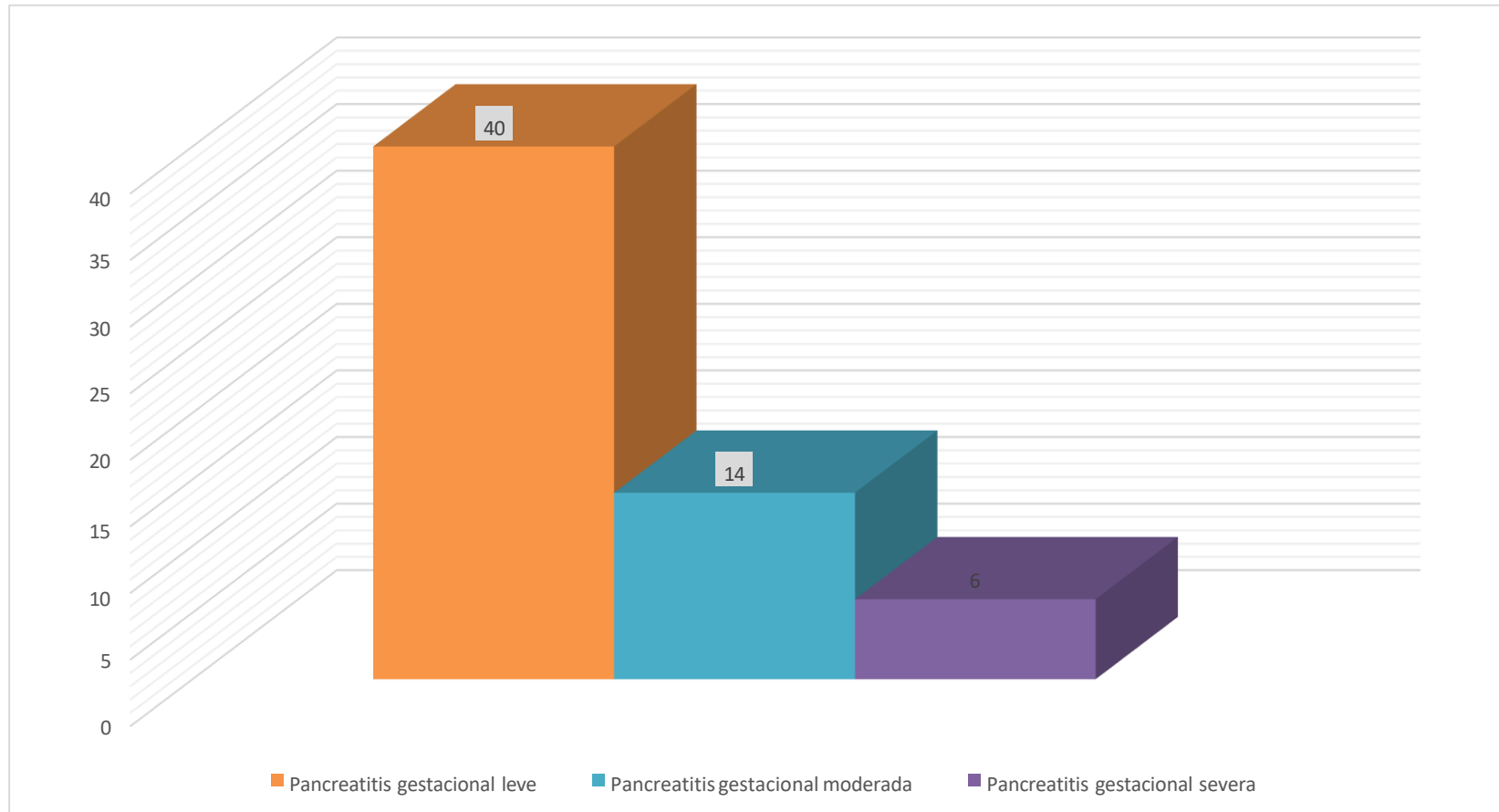


**TABLA 10. TIPO DE PANCREATITIS GESTACIONAL EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA**

Pancreatitis gestacional	fi	%
Leve	40	66.6
Moderado	14	23.4
Severo	6	10.0
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100.0</b>

**Fuente:** Ficha de recolección de datos

**FIGURA 10. TIPO DE PANCREATITIS GESTACIONAL EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA**



Fuente: Tabla 10



En la representación tanto de la tabla, así como de la figura 10 muestra la distribución de forma en la que se distribuyen la pancreatitis gestacional según su severidad clínica en una muestra total de 60 pacientes gestantes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano durante el periodo 2023- 2024.

Del total de casos analizados, la forma leve de pancreatitis gestacional fue la más frecuente, registrando 40 pacientes, lo que representa un 66.6% del total. Esta alta proporción indica que, en la mayoría de los casos, la enfermedad se manifestó con síntomas y signos clínicos de menor gravedad, posiblemente permitiendo un manejo conservador o menos invasivo.

La forma moderada fue diagnosticada en 14 pacientes (23.4%), lo que constituye una proporción considerable que debe ser monitoreada, dado que estos cuadros pueden evolucionar de forma más impredecible y pueden requerir hospitalización prolongada, soporte nutricional o vigilancia intensiva.

Finalmente, 6 pacientes (10.0%) presentaron pancreatitis gestacional severa, una condición que implica un mayor riesgo materno-fetal, complicaciones sistémicas e incluso la necesidad de intervenciones quirúrgicas o cuidados críticos. Aunque esta forma representa una minoría, su identificación y manejo oportuno resultan fundamentales para reducir la morbilidad asociada.

Este perfil de distribución demuestra que, si bien la pancreatitis gestacional es predominantemente leve, un porcentaje no despreciable de pacientes puede presentar formas moderadas o severas que requieren mayor complejidad en la atención obstétrica y clínica. Por ello, se destaca la importancia de un diagnóstico temprano, una adecuada clasificación de la severidad y la



integración de biomarcadores clínicos y bioquímicos en la evaluación inicial de estas pacientes.

**Discusión:** Mi estudio determinó que la forma leve de pancreatitis gestacional fue la más prevalente (66.6%), seguida por la moderada (23.4%) y severa (10%). Este patrón se asemeja a los reportes de **Infantes (11) y Quispe (16)**, donde la mayoría de los casos evolucionan favorablemente. Además, apoya los hallazgos de estudios como los de **Flores (19)**, quienes también indicaron que los casos graves son minoría.



## CONCLUSIONES

**PRIMERA:** Se determinaron las características epidemiológicas asociadas a la pancreatitis gestacional en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca durante los años 2023-2024. Se utilizó una ficha de recolección de datos y se aplicó la prueba estadística chi cuadrado, lo cual permitió establecer qué características personales, obstétricas y clínicas presentaron relación significativa con la severidad del cuadro. En relación con la hipótesis general, se acepta parcialmente, ya que no todas las variables analizadas mostraron asociación significativa con la severidad de la pancreatitis gestacional, aunque sí se identificaron asociaciones importantes con algunas variables específicas.

**SEGUNDA:** Se identificaron las características personales asociadas a la pancreatitis gestacional, tales como la edad y el índice de masa corporal (IMC). La edad ( $p=0.358$ ) ni el IMC ( $p=0.086$ ) con la severidad del cuadro clínico, aunque se observaron tendencias relevantes. El grupo etario de 18 a 35 años concentró el 73.3% ( $n=44$ ) de los casos, y dentro de este grupo, el 70.4% presentó formas leves o moderadas de la enfermedad. El IMC, el grupo con sobrepeso (25–30) representó el 46.7% ( $n=28$ ) del total, y de ellas, el 75.0% presentó pancreatitis leve o moderada, no se identificó una relación con la pancreatitis gestacional. Por tanto, se rechaza la hipótesis específica 1, al no demostrarse asociación significativa de las variables personales con la severidad clínica, aunque sí se identificaron patrones de distribución importantes.



**TERCERA:** Se reconocieron las características obstétricas asociadas a la pancreatitis gestacional, incluyendo la paridad y el trimestre de aparición. Se encontró asociación entre la paridad y la severidad del cuadro ( $p=0.005$ ), destacando que el 83.3% (5 de 6) de los casos moderados en gran multíparas correspondieron a este grupo, a pesar de que solo representaban el 10.0% ( $n=6$ ) de la muestra. Por otro lado, el trimestre de aparición no mostró asociación significativa ( $p=0.480$ ), aunque el tercer trimestre fue el más frecuente, concentrando el 55.0% ( $n=33$ ) de los casos. En consecuencia, se acepta parcialmente la hipótesis específica 2, al confirmarse que la paridad sí se relaciona significativamente con la severidad del cuadro clínico, a diferencia del trimestre gestacional de aparición.

**CUARTA:** Se describieron las características clínicas asociadas a la pancreatitis gestacional, tales como los valores de amilasa y lipasa. Se encontró una asociación entre la severidad del cuadro clínico y los niveles séricos de amilasa ( $p=0.000$ ) y lipasa ( $p=0.036$ ), lo que sugiere su utilidad como predictores bioquímicos de severidad. Cabe destacar que el 100% de las pacientes con niveles de amilasa superiores a 375 U/dL (5.0% del total) presentaron formas severas de pancreatitis, y que el 33.3% de quienes tuvieron lipasa  $>180$  U/L (15.0% del total) también desarrollaron formas severas. Por tanto, se acepta la hipótesis específica 3, dado que ambas variables clínicas mostraron una relación significativa con la severidad del cuadro.

**QUINTA:** Se identificó la frecuencia del diagnóstico de pancreatitis gestacional en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca. Según los datos



obtenidos, se atendieron 60 casos durante el periodo 2023–2024, lo que representa una frecuencia del diagnóstico del 10% en relación con el total de pacientes obstétricas atendidas durante ese mismo periodo. Del total de casos, el 66.6% correspondió a formas leves, el 23.4% a formas moderadas y solo el 10.0% a formas severas, lo que refuerza la importancia de un diagnóstico temprano. Por lo tanto, se acepta la hipótesis específica 4, confirmando que la pancreatitis gestacional tiene una frecuencia significativa en la población estudiada.



## RECOMENDACIONES

**PRIMERA:** Al Director del Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca y al comité de investigación del hospital, considerar la frecuencia del diagnóstico del 10% de pancreatitis gestacional como un dato relevante en la planificación regional de recursos, personal capacitado y vigilancia epidemiológica. Esta cifra justifica la inclusión de esta patología en protocolos clínicos obstétricos y en campañas de prevención de enfermedades hepato-biliares durante el embarazo.

**SEGUNDA:** A la jefatura del servicio de Gineco-Obstetricia, aplicar una evaluación sistemática de la paridad durante el control prenatal y en el ingreso hospitalario, dada su asociación significativa con la severidad de la pancreatitis gestacional ( $p=0.005$ ). También se aconseja mantener un registro detallado del trimestre de aparición del cuadro clínico, aunque este no fue significativo ( $p=0.480$ ), pues puede influir indirectamente en el abordaje terapéutico y en la toma de decisiones perinatales.

**TERCERA:** A los jefes de los establecimientos de salud, diseñar e implementar estrategias institucionales orientadas a la detección temprana y seguimiento sistemático de características clínicas y obstétricas en pacientes gestantes con riesgo de pancreatitis. Se sugiere promover la capacitación del personal de salud sobre el uso de herramientas estadísticas como la prueba chi cuadrado para facilitar una toma de decisiones basada en evidencia, y fomentar una cultura de análisis epidemiológico constante en la atención obstétrica.



**CUARTA:** Al personal médico tratante y al jefe de laboratorio, fortalecer el control y monitoreo de enzimas pancreáticas como la amilasa y la lipasa, cuyos niveles elevados se asociaron significativamente con la severidad del cuadro (amilasa  $p=0.000$ ; lipasa  $p=0.036$ ). Se sugiere protocolizar su medición al momento del diagnóstico inicial, así como incluirlas en algoritmos clínicos de manejo para clasificar precozmente la gravedad de la enfermedad.

**QUINTA:** Al jefe de la oficina de Estadística y al equipo de Ginecología y Obstetricia, reforzar la recolección y análisis de datos personales como edad e IMC, a pesar de que estos factores no mostraron asociación (edad  $p=0.358$ ; IMC  $p=0.086$ ). Estas variables continúan siendo relevantes como elementos de caracterización del perfil clínico, por lo cual deben seguir registrándose de forma rigurosa para monitorear tendencias y planificar intervenciones futuras.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Guzmán E, Suárez WH, Chávez L, Zavaleta L, Díaz MJ, Quiroga WG, et al. Guía de práctica clínica para el manejo de la pancreatitis aguda en el seguro social del Perú (Essalud). Rev Gastroenterol Peru [Internet]. 2023 [cited 2024 Apr 12];43(2):1523. Available from: <https://revistagastroperu.com/index.php/rgp/article/view/1523>
2. Escobar SM, Álvarez SP, Ochoa LC. Estancia prolongada en hospitalización, descripción en literatura y análisis para su manejo [Internet]. Medellín: Universidad CES; 2020 [cited 2024 Apr 12]. Available from: <https://repository.ces.edu.co/handle/10946/5019>
3. Crockett S, Wani S, Gardner T, Falck-Ytter Y, Barkun A. American Gastroenterological Association Institute guideline on initial management of acute pancreatitis. Gastroenterology. 2018;154(4):1096-101.
4. Roesch F, Salgado L, Sánchez Y, Durán D, Díaz F, Remes-Troche J. Conocimiento de las guías clínicas de diagnóstico y tratamiento de la pancreatitis aguda en médicos adscritos y residentes de los hospitales de Veracruz. Rev Gastroenterol Mex. 2021;86(2):133-9.
5. Castro CN. Incidencia y factores de riesgo de pancreatitis aguda en el Hospital Regional Cayetano Heredia III, EsSalud-Piura, 2015-2017 [Internet]. Piura: Universidad Privada Antenor Orrego; 2020 [cited 2024 Apr 12]. Available from: <https://repositorio.upao.edu.pe/handle/20.500.12759/6127>
6. Rivera Y, Vázquez R. Factores asociados con estancia hospitalaria en niños con pancreatitis aguda. Rev Gastroenterol Mex. 2023;88(1):4-11.
7. Arana SA, Arteaga JA. Factores asociados a estancia hospitalaria prolongada en pacientes con pancreatitis aguda [Internet]. Guayaquil: Universidad de



- Guayaquil, Facultad de Ciencias Médicas; 2022 [cited 2024 Apr 12]. Available from: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/68307>
8. Rodríguez L. Manejo de pancreatitis aguda biliar [Internet]. Cuenca: Universidad Católica de Cuenca; 2021 [cited 2024 Mar 12]. Available from: <https://dspace.ucacue.edu.ec/items/b9c26aaa-37ec-4d33-b262-e38fe329c94d>
  9. Chamba JD, Robles EP. Relación del estado del balance hídrico con la severidad de la pancreatitis aguda y estadía hospitalaria en el área de emergencia del hospital Teodoro Maldonado Carbo durante el período 2016-2019 [Internet]. Guayaquil: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil; 2020 [cited 2025 Jan 15]. Available from: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/3317/15352>
  10. Losada HF, Troncoso A, San Martín PI, Curitol S. Comparación entre uso y no uso de antibióticos profilácticos en pancreatitis aguda grave. Ensayo clínico aleatorizado. Reporte preliminar. Rev Cir [Internet]. 2020 [cited 2025 Jan 15];72(3):203-8. Available from: <https://www.revistacirugia.cl/index.php/revistacirugia/article/view/579>
  11. Infantes AM. Pancreatitis aguda: características epidemiológicas, clínicas y tratamiento en pacientes de la clínica Arequipa. Julio 2021-Marzo 2022 [Internet]. Arequipa: Universidad Católica de Santa María; 2023 [cited 2024 Apr 12]. Available from: <https://repositorio.ucsm.edu.pe/handle/20.500.12920/12280>
  12. Sequeiros MS. Factores relacionados a pancreatitis aguda severa en el servicio de gastroenterología del Hospital Goyeneche Arequipa 2019 [Internet]. Arequipa: Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa; 2020



- [cited 2024 Aug 16]. Available from: <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/10947>
13. Arana MF. Factores asociados a complicaciones de pancreatitis aguda en pacientes pediátricos hospitalizados en el Hospital Goyeneche de Arequipa 2010-2020 [Internet]. Arequipa: Universidad Católica de Santa María; 2021 [cited 2024 Aug 16]. Available from: <http://hdl.handle.net/20.500.12773/12552>
  14. Hanco DY. Nivel de albúmina sérica como factor predictor de mortalidad y estancia hospitalaria en el servicio de hospitalización de medicina interna de Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren durante el periodo noviembre 2020 a noviembre 2022 [Internet]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2024 [cited 2024 Aug 16]. Available from: <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/item/0a7458cc-6c50-41bc-b22a-91db45a4296b>
  15. Portillo AG. Perfil clínico y epidemiológico del pseudoquiste pancreático en el Hospital III Goyeneche de Arequipa, enero 2015-marzo 2021 [Internet]. Arequipa: Universidad Católica de Santa María; 2021 [cited 2024 Aug 16]. Available from: <http://hdl.handle.net/20.500.12773/12792>
  16. Quispe AU. Factores pronóstico asociados a severidad de la pancreatitis aguda en pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca-2021 [Internet]. Puno: Universidad Nacional del Altiplano; 2023 [cited 2024 Aug 16]. Available from: <https://repositorio.unap.edu.pe/handle/20.500.14082/19874>
  17. Capurata S. Factores pronóstico de severidad de pancreatitis aguda en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de Puno en el año 2024 [Internet]. Puno: Universidad Nacional del Altiplano; 2024 [cited 2024 Aug 16]. Available from: <https://repositorio.unap.edu.pe/handle/20.500.14082/21652>



18. Quispe RA. Características clínicas y epidemiológicas en pacientes con pancreatitis aguda atendidos en el hospital III de ESSALUD Juliaca, 2021-2022 [Internet]. Puno: Universidad Nacional del Altiplano; 2024 [cited 2024 Aug 16]. Available from: <https://repositorio.unap.edu.pe/handle/20.500.14082/21442>
19. Flores PD. 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, julio 2018-julio 2019 [Internet]. Puno: Universidad Nacional del Altiplano; 2020 [cited 2024 Aug16]. Available from: <https://repositorio.unap.edu.pe/handle/20.500.14082/13583>
20. Coanqui Y, Andres L. Pancreatitis aguda, incidencia, características sociodemográficas, clínicas y factores asociados en pacientes hospitalizados en el Hospital Manuel Núñez Butrón de Puno en el periodo de junio 2018 a julio 2019 [Internet]. Puno: Universidad Nacional del Altiplano; 2020 [cited 2024 Apr 12]. Available from: <http://repositorioslatinoamericanos.uchile.cl/handle/2250/3280562>.
21. Espinosa MM, Daniel AB, Durán C, Hernández LS. Deshidratación en el paciente adulto. *Rev Fac Med (Mex)*. 2021;64(1):17-25.
22. Campillo A, Bolado F, León H, Martínez-Acítores D, Ubieto V, Cebrián A. Manejo de la analgesia en la pancreatitis aguda. Resultados de una encuesta nacional. *Gastroenterol Hepatol*. 2024;47(3):230-5.
23. Mayorga A, Otero W, Parga JE. Nutrición en pancreatitis aguda: nuevos conceptos para un viejo problema. *Rev Colomb Gastroenterol* [Internet]. 2020 [cited 2024 Apr 12];35(4):465-70. Available from: <https://revistagastrocol.com/index.php/rcg/article/view/447>
24. Real C, Navarro P, Gómez E, Canicoba M. Evaluación y tratamiento



nutricional en pacientes con pancreatitis aguda: estudio observacional en el Hospital Nacional Alejandro Posadas. Rev Nutr Clin Metab [Internet]. 2022 [cited 2024 Apr 12];5(4):e423. Available from: <https://revistanutricionclinica.metabolismo.org/index.php/nutricionclinicametabolismo/article/view/423>

25. Alvarez LJ, Galarza KN, Aguirre KL, Torres AC. Antibioticoterapia en pancreatitis aguda. RECIAMUC [Internet]. 2020 [cited 2024 Apr 12];4(1):179-88. Available from: <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/450>
26. Losada H, Curitol S, Troncoso A, San Martín P. Comparación entre uso y no uso de antibióticos profilácticos en pancreatitis aguda grave. Ensayo clínico aleatorizado. Reporte preliminar. Rev Cir [Internet]. 2020 [cited 2024 Apr 12];72(3):203-8. Available from: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2452-45492020000300203](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2452-45492020000300203)
27. Kennelly P, Botham K, McGuinness O, Rodwell V, Weil P. Harper's illustrated biochemistry [Internet]. 32nd ed. New York, NY: McGraw Hill Education; 2023 [cited 2024 Apr 12]. Available from: <https://accessmedicine.mhmedical.com/content.aspx?aid=1191993623>
28. Ronner P. Netter. Bioquímica esencial. 1st ed. Barcelona: Elsevier; 2019 [cited 2024 Apr 12]. Available from: <https://tienda.elsevier.es/netter-bioquimica-esencial-9788491135159.html>
29. Goldman L, Schafer A. Goldman-Cecil. Tratado de medicina interna. 26th ed. Barcelona: Elsevier; 2020 [cited 2024 Apr 12]. Available from: <https://tienda.elsevier.es/goldman-cecil-tratado-de-medicina-interna-9788491137658.html>
30. Díaz CJ, Fernández J, Hirakata C. Características de los pacientes con estancia prolongada en el servicio de cirugía general del Hospital Nacional



- Almanzor Aguinaga Asenjo. Rev Cuerpo Med Hosp Nac Almanzor Aguinaga Asenjo. 2020;13(3):251-6.
31. Sociedad Peruana de Cirugía Endoscópica. Revista de la Sociedad Peruana de Cirugía Endoscópica [Internet]. 2022 [cited 2024 Apr 12];3. Available from: <http://revista.spce.org.pe>
  32. Garro V, Thuel M. Diagnóstico y tratamiento de pancreatitis aguda. Rev Med Sinerg [Internet]. 2020 [cited 2024 Apr 12];5(7):e537. Available from: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/537>
  33. Kunstmann S, Ferretti S. Manual de fisiopatología clínica [Internet]. Santiago: Editorial Mediterráneo Ltda.; 2019 [cited 2024 Apr 12]. Available from: <https://books.google.com.pe/books?id=JUc1zwEACAAJ>
  34. Loeffler A, Hart M. Introduction to human disease: pathophysiology for health professionals [Internet]. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning; 2018 [cited 2024 Apr 12]. Available from: <https://books.google.com.pe/books?id=Su5qDwAAQBAJ>
  35. Muñoz D, Medina R, Botache W, Arrieta R. Pancreatitis aguda: puntos clave. Revisión argumentativa de la literatura. Rev Colomb Cir [Internet]. 2023 [cited 2024 Apr 12];38:2206. Available from: <https://www.revistacirugia.org/index.php/cirugia/article/view/2206>
  36. Velásquez BG, Ruiz GH, Orozco CM, Díaz JE, Jiménez LJ, Alejandro DA. Evaluación y análisis del índice de severidad tomográfico y clasificación de Atlanta 2012 en pancreatitis aguda severa. Rev Colomb Cir. 2021;36(3):471-80.
  37. Reinoso KA, Endara FD, Dávalos CJ, Serrano BE. Necrosectomía pancreática. RECIMUNDO [Internet]. 2021 [cited 2024 Apr 12];5(2):149-



58. Available from: <https://recimundo.com/index.php/es/article/view/1049>
38. Villalba DA, Menso DM, Pernas JC, Pelaez AB, Rios DMA, Castells S, et al. Pancreatitis aguda: claves diagnósticas, clasificación y complicaciones. Seram [Internet]. 2022 [cited 2024 Apr 12];1(1):8923. Available from: <https://piper.espacio-seram.com/index.php/seram/article/view/8923>
39. Maguiña A. Factores de riesgo asociados a tiempo de estancia hospitalaria prolongada en pacientes con pancreatitis aguda leve en el Hospital José Agurto Tello Chosica durante el periodo 2015-2017 [Internet]. Lima: Universidad Ricardo Palma; 2019 [cited 2024 Apr 12]. Available from: <https://repositorio.urp.edu.pe/handle/20.500.14138/1823>
40. Díaz IF, Jonathan CO, Erazo SM, Matute MF. Manejo de hidratación en pancreatitis aguda. RECIMUNDO [Internet]. 2020 [cited 2024 Apr 12];4(4):46-8. Available from: <https://recimundo.com/index.php/es/article/view/880>



# ANEXOS



### ANEXO 1: MATRIZ DE SISTEMATIZACION DE DATOS

	EDAD	COMORBILIDADES	PROCEDENCIA	IMC	PARIDAD	TRIMESTRE DE APARICIÓN	PRESIÓN ARTERIAL	AMILASA	LIPASA	PANCREATITIS GASTROGASTROINTESTINAL
1	35 a 50 año	COLELITIASIS	URBANO	25 a 30	multipara	II trimestre	<130/90 mmHg	<375 U/dl	<180 U/l	leve
2	35 a 50 año	COLELITIASIS	URBANO	25 a 30	gran multipara	III trimestre	<130/90 mmHg	<375 U/dl	sin resultados	leve
3	18 a 35 año	COLELITIASIS	URBANO	18 a 25	primipara	III trimestre	<130/90 mmHg	<375 U/dl	<180 U/l	leve
4	18 a 35 año	COLELITIASIS	URBANO	25 a 30	multipara	I trimestre	<130/90 mmHg	<375 U/dl	<180 U/l	leve
5	18 a 35 año	COLELITIASIS	URBANO	25 a 30	primipara	III trimestre	<130/90 mmHg	>375 U/dl	sin resultados	severo
6	18 a 35 año	COLELITIASIS	URBANO	18 a 25	primipara	III trimestre	<130/90 mmHg	<375 U/dl	sin resultados	leve
7	18 a 35 año	COLELITIASIS	RURAL	18 a 25	primipara	II trimestre	<130/90 mmHg	<375 U/dl	>180 U/l	leve
8	18 a 35 año	COLELITIASIS	RURAL	25 a 30	multipara	III trimestre	<130/90 mmHg	<375 U/dl	<180 U/l	leve
9	18 a 35 año	COLELITIASIS	URBANO	25 a 30	multipara	III trimestre	<130/90 mmHg	<375 U/dl	<180 U/l	leve
10	35 a 50 año	COLELITIASIS	URBANO	25 a 30	primipara	III trimestre	<130/90 mmHg	<375 U/dl	<180 U/l	moderado
11	18 a 35 año	COLELITIASIS	URBANO	18 a 25	multipara	II trimestre	<130/90 mmHg	<375 U/dl	<180 U/l	leve
12	35 a 50 año	COLELITIASIS	URBANO	25 a 30	primipara	III trimestre	<130/90 mmHg	<375 U/dl	<180 U/l	leve
13	18 a 35 año	COLELITIASIS	RURAL	18 a 25	multipara	III trimestre	<130/90 mmHg	<375 U/dl	>180 U/l	severo
14	18 a 35 año	COLELITIASIS	URBANO	18 a 25	primipara	II trimestre	<130/90 mmHg	<375 U/dl	<180 U/l	leve
15	35 a 50 año	OTRAS	URBANO	25 a 30	multipara	I trimestre	<130/90 mmHg	<375 U/dl	<180 U/l	leve
16	18 a 35 año	COLELITIASIS	URBANO	18 a 25	multipara	II trimestre	<130/90 mmHg	<375 U/dl	<180 U/l	moderado
17	35 a 50 año	OTRAS	URBANO	25 a 30	primipara	III trimestre	<130/90 mmHg	<375 U/dl	<180 U/l	severo
18	18 a 35 año	OTRAS	URBANO	25 a 30	multipara	II trimestre	<130/90 mmHg	<375 U/dl	<180 U/l	leve
19	18 a 35 año	COLELITIASIS	URBANO	> 30	primipara	III trimestre	<130/90 mmHg	<375 U/dl	<180 U/l	leve
20	18 a 35 año	COLELITIASIS	URBANO	25 a 30	multipara	I trimestre	<130/90 mmHg	<375 U/dl	<180 U/l	leve
21	18 a 35 año	COLELITIASIS	URBANO	25 a 30	primipara	III trimestre	<130/90 mmHg	<375 U/dl	<180 U/l	leve
22	18 a 35 año	OTRAS	RURAL	> 30	gran multipara	III trimestre	<130/90 mmHg	<375 U/dl	<180 U/l	moderado
23	18 a 35 año	COLELITIASIS	URBANO	25 a 30	multipara	I trimestre	<130/90 mmHg	<375 U/dl	<180 U/l	leve
24	18 a 35 año	COLELITIASIS	URBANO	18 a 25	primipara	III trimestre	<130/90 mmHg	<375 U/dl	<180 U/l	leve
25	18 a 35 año	OTRAS	URBANO	25 a 30	multipara	III trimestre	<130/90 mmHg	<375 U/dl	<180 U/l	leve
26	18 a 35 año	COLELITIASIS	URBANO	25 a 30	gran multipara	II trimestre	<130/90 mmHg	<375 U/dl	<180 U/l	moderado
27	18 a 35 año	OTRAS	RURAL	18 a 25	primipara	II trimestre	<130/90 mmHg	<375 U/dl	<180 U/l	leve
28	35 a 50 año	COLELITIASIS	RURAL	18 a 25	multipara	II trimestre	<130/90 mmHg	<375 U/dl	sin resultados	leve
29	18 a 35 año	OTRAS	URBANO	25 a 30	multipara	III trimestre	<130/90 mmHg	<375 U/dl	<180 U/l	leve
30	35 a 50 año	COLELITIASIS	URBANO	18 a 25	multipara	II trimestre	<130/90 mmHg	<375 U/dl	<180 U/l	moderado
31	18 a 35 año	COLELITIASIS	URBANO	18 a 25	multipara	III trimestre	<130/90 mmHg	<375 U/dl	sin resultados	leve
32	35 a 50 año	COLELITIASIS	URBANO	> 30	gran multipara	III trimestre	130/90-150/110 mmHg	<375 U/dl	<180 U/l	moderado
33	18 a 35 año	COLELITIASIS	URBANO	18 a 25	multipara	I trimestre	<130/90 mmHg	<375 U/dl	<180 U/l	leve
34	18 a 35 año	COLELITIASIS	URBANO	18 a 25	primipara	III trimestre	<130/90 mmHg	<375 U/dl	<180 U/l	leve
35	18 a 35 año	OTRAS	URBANO	25 a 30	multipara	III trimestre	<130/90 mmHg	<375 U/dl	<180 U/l	leve
36	18 a 35 año	OTRAS	URBANO	18 a 25	multipara	III trimestre	<130/90 mmHg	<375 U/dl	<180 U/l	leve
37	18 a 35 año	COLELITIASIS	URBANO	25 a 30	primipara	II trimestre	<130/90 mmHg	<375 U/dl	<180 U/l	moderado
38	18 a 35 año	COLELITIASIS	RURAL	25 a 30	primipara	III trimestre	<130/90 mmHg	<375 U/dl	<180 U/l	leve
39	35 a 50 año	COLELITIASIS	RURAL	25 a 30	primipara	III trimestre	<130/90 mmHg	<375 U/dl	sin resultados	leve
40	18 a 35 año	COLELITIASIS	URBANO	18 a 25	gran multipara	I trimestre	<130/90 mmHg	<375 U/dl	<180 U/l	moderado
41	18 a 35 año	COLELITIASIS	RURAL	> 30	primipara	II trimestre	<130/90 mmHg	<375 U/dl	<180 U/l	moderado
42	35 a 50 año	COLELITIASIS	URBANO	> 30	multipara	II trimestre	<130/90 mmHg	<375 U/dl	<180 U/l	leve
43	35 a 50 año	COLELITIASIS	URBANO	> 30	multipara	III trimestre	>150/110 mmHg	>375 U/dl	>180 U/l	severo
44	18 a 35 año	OTRAS	URBANO	25 a 30	primipara	I trimestre	<130/90 mmHg	<375 U/dl	<180 U/l	leve
45	18 a 35 año	COLELITIASIS	RURAL	> 30	multipara	II trimestre	<130/90 mmHg	<375 U/dl	sin resultados	moderado
46	18 a 35 año	COLELITIASIS	URBANO	> 30	primipara	III trimestre	<130/90 mmHg	<375 U/dl	<180 U/l	moderado
47	35 a 50 año	COLELITIASIS	URBANO	> 30	multipara	II trimestre	<130/90 mmHg	<375 U/dl	<180 U/l	severo
48	18 a 35 año	OTRAS	URBANO	18 a 25	primipara	III trimestre	<130/90 mmHg	<375 U/dl	<180 U/l	leve
49	18 a 35 año	COLELITIASIS	URBANO	25 a 30	primipara	I trimestre	<130/90 mmHg	<375 U/dl	<180 U/l	leve
50	35 a 50 año	COLELITIASIS	URBANO	25 a 30	multipara	II trimestre	<130/90 mmHg	<375 U/dl	<180 U/l	leve
51	18 a 35 año	COLELITIASIS	URBANO	> 30	primipara	III trimestre	<130/90 mmHg	<375 U/dl	<180 U/l	leve
52	18 a 35 año	OTRAS	URBANO	25 a 30	primipara	III trimestre	<130/90 mmHg	<375 U/dl	<180 U/l	leve
53	18 a 35 año	COLELITIASIS	URBANO	25 a 30	multipara	II trimestre	<130/90 mmHg	>375 U/dl	<180 U/l	severo
54	35 a 50 año	OTRAS	URBANO	25 a 30	gran multipara	III trimestre	<130/90 mmHg	<375 U/dl	<180 U/l	moderado
55	35 a 50 año	OTRAS	RURAL	25 a 30	primipara	II trimestre	<130/90 mmHg	<375 U/dl	<180 U/l	leve
56	18 a 35 año	OTRAS	URBANO	18 a 25	primipara	III trimestre	130/90-150/110 mmHg	<375 U/dl	<180 U/l	moderado
57	19 a 35 año	OTRAS	URBANO	18 a 25	multipara	III trimestre	<130/90 mmHg	<375 U/dl	<180 U/l	moderado
58	20 a 35 año	OTRAS	URBANO	18 a 25	primipara	III trimestre	<130/90 mmHg	<375 U/dl	<180 U/l	leve
59	21 a 35 año	OTRAS	URBANO	18 a 25	primipara	I trimestre	<130/90 mmHg	<375 U/dl	<180 U/l	leve
60	22 a 35 año	OTRAS	URBANO	18 a 25	primipara	III trimestre	<130/90 mmHg	<375 U/dl	<180 U/l	leve



**ANEXO 2: MATRIZ DE CONSISTENCIA**

**Título: CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS ASOCIADAS A LA PANCREATITIS GESTACIONAL EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2023-2024**

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPOTESIS	VARIABLES	DIMENSIÓN	INDICADOR	ÍNDICADORES	METODOLOGÍA
¿Cuáles son las características epidemiológicas asociadas a la pancreatitis gestacional en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2024?	Determinar las características epidemiológicas asociadas a la pancreatitis gestacional en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2024	Las características epidemiológicas asociadas a la pancreatitis gestacional son las personales y clínicas en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2024	Variable I Características epidemiológicas	1.1 Personales	1.1.1 Edad	a. 18 a 35 años b. 35 a 50 años c. > 50 años	<b>1. Diseño de investigación:</b> básico correlacional. <b>2. Tipo de investigación:</b> cuantitativa, retrospectiva, transversal. <b>3. Enfoque:</b> Cuantitativo <b>4. Población:</b> 30 gestantes del Hospital Carlos Monge Medrano. <b>5. Muestra:</b> la muestra estará conformada por el 100% de la población. <b>6. Técnica:</b> análisis documental <b>7. Instrumentó:</b> ficha de recolección de datos.
					1.1.2 Comorbilidades	a. DM b. HTA c. cardiopatías d. nefropatías e. colelitiasis f. Otras	
					1.1.3 Procedencia	a. Urbano b. Rural	
					1.1.4 IMC	a. < 18 b. 18 a 25 c. 25 a 30 d. > 30	
<b>PROBLEMAS ESPECIFICOS</b>	<b>OBJ. ESPECIFICOS</b>	<b>HIP. ESPECIFICAS</b>					
PE1.- ¿Cuáles son las características personales asociadas a la pancreatitis gestacional en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano	OE1.- Determinar las características personales asociadas a la pancreatitis gestacional en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano	HE1.- las características personales asociadas a la pancreatitis gestacional son la edad y el IMC en pacientes atendidas en el Hospital Carlos		1.2. Obstétricas	1.2.1 Paridad	a. primípara b. Multípara c. Gran multípara	
					1.2.2 Trimestre de aparición	a. I trimestre b. II trimestre	



Juliaca 2024?	Juliaca 2024	Monge Medrano Juliaca 2024				c. III trimestre
PE2.- ¿Cuáles son las características obstétricas asociadas a la pancreatitis gestacional en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2024?	OE2.- Determinar las características obstétricas asociadas a la pancreatitis gestacional en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2024	HE2.- las características obstétricas asociadas a la pancreatitis gestacional son la paridad y el trimestre de aparición en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2024			1.2.3 Presión arterial	a. < 130/90 mmHg b. 130/90 – 150/110 mmHg c. > 150/110 mmHg
PE3.- ¿Cuáles son las características clínicas asociadas a la pancreatitis gestacional en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2024?	OE3.- Describir las características clínicas asociadas a la pancreatitis gestacional en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2024	HE3.- las características clínicas asociadas a la pancreatitis gestacional son la amilasa y lipasa en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2024	Variable II Pancreatitis gestacional	1.3 Características Clínicas	1.3.1 Amilasa	a. < 375 U/dL b. > 375 U/dL



PE4.- ¿Cuál es la incidencia de la pancreatitis gestacional en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2024?	OE4.- Determinar la incidencia de la pancreatitis gestacional en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2024	HE4.- La incidencia de la pancreatitis gestacional es del 10% en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2024?				
				1.3.2 Lipasa	a. < 180 U/L b. > 180 U/L	
			2.1 Tipo de diagnóstico de pancreatitis	2.1.1 Frecuencia de tipo diagnóstico	a. leve b. moderado c. severo	



**ANEXO 3: INSTRUMENTOS**

**FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Nº Ficha: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

<b>FACTORES PERSONALES</b>	
Edad	_____ años
Comorbilidades	DM ( ) HTA ( ) Cardiopatías ( ) Nefropatías ( ) Colelitiasis ( ) Otros
Procedencia	Urbano ( ) Rural ( )
IMC	_____
<b>FACTORES OBSTÉTRICOS</b>	
Paridad	Nulípara ( ) Multípara ( ) Gran multípara ( )
Trimestre de aparición	I trimestre ( ) II trimestre ( ) III trimestre ( )
Presión arterial	< 130 mmHg ( ) 130 – 150 mmHg ( ) > 150 mmHg ( )
Embarazo	Único ( ) Múltiple ( )
<b>FACTORES CLÍNICOS</b>	
Amilasa	< 375 U/dL ( ) > 375 U/dL ( )
Lipasa	< 180 U/L ( ) > 180 U/L ( )



DIAGNÓSTICO DE PANCREATITIS	
Frecuencia de tipo diagnostico	Leve ( ) Moderado ( ) Severo ( )



**ANEXO 4: VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO**

**JUICIO DE EXPERTOS**

**TÍTULO DE LA TESIS:** CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS ASOCIADAS A LA PANCREATITIS GESTACIONAL EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2023-2024

**NOMBRE DEL**

**JUEZ:** Sandra Hurtado Vilca

**ESPECIALIDAD:** Ginecología obstétrica

**COLEGIATURA:** 18023 **FECHA:** 22 de julio 2025

CRITERIOS DE EVALUACIÓN	PUNTAJE
El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación	2
El instrumento propuesto corresponde a los objetivos propuestos en el estudio	2
La estructura del instrumento es el adecuado	2
Los ítems del instrumento responden a la operacionalización de la variable	2
La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento	2
Los ítems son claros y entendibles	2
El número de ítems es adecuado para su aplicación	2
*se deben eliminar algunos ítems	1
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>

- De acuerdo: 2 (Si)
- En desacuerdo: 1 (No)



ESCALA DE VALIDACIÓN

Baja	Regular	Alta
8 – 12 puntos	12 – 14 puntos	14 – 16 puntos
El instrumento de investigación esta observado	El instrumento de investigación requiere reajustes para su aplicación	El instrumento de investigación esta apto para su aplicación

CONSTANCIA DE JUICIO DE EXPERTO:

El que suscribe..... Sandra Hurtado Vilca ..... que identificado con DNI N°..... 06733479 ..... y CMP N°..... 18023 ..... certifico que realice el juicio de experto al instrumento diseñado por la estudiante  
Bach. CARLOS DIEGO MAYTA VALERIANO

Juliaca ..... 22 ..... de ..... Julio ..... del 2025

*[Signature]*  
Dra. Sandra Hurtado Vilca  
GINECOLOGÍA - OBSTETRICIA  
CMP. 18023 RNE: 12733  
DNI 06733479



ANEXO 4: VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

JUICIO DE EXPERTOS

TÍTULO DE LA TESIS: CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS ASOCIADAS A LA PANCREATITIS GESTACIONAL EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2023-2024

NOMBRE DEL

JUEZ: Victor Cordia Mengoa

ESPECIALIDAD: Ginecologo obstetra

COLEGIATURA: 27481 FECHA: 22 julio de 2025

CRITERIOS DE EVALUACIÓN	PUNTAJE
El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación	2
El instrumento propuesto corresponde a los objetivos propuestos en el estudio	2
La estructura del instrumento es el adecuado	2
Los ítems del instrumento responden a la operacionalización de la variable	2
La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento	2
Los ítems son claros y entendibles	2
El número de ítems es adecuado para su aplicación	2
*se deben eliminar algunos ítems	1
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>

- De acuerdo: 2 (Si)
- En desacuerdo: 1 (No)



ESCALA DE VALIDACIÓN

Baja	Regular	Alta
8 – 12 puntos	12 – 14 puntos	14 – 16 puntos
El instrumento de investigación esta observado	El instrumento de investigación requiere reajustes para su aplicación	El instrumento de investigación esta apto para su aplicación

CONSTANCIA DE JUICIO DE EXPERTO:

El que suscribe..... Victor Candia Mengoa .....  
 identificado con DNI N°..... 01345178 ..... y CMP N°..... 27481 .....  
 certifico que realice el juicio de experto al instrumento diseñado por la estudiante  
 Bach. CARLOS DIEGO MAYTA VALERIANO

Juliaca ..... 21 ..... de ..... Julio ..... del 2025

  
 Victor A. Candia Mengoa  
 MEDICO CIRUJANO  
 GINECOLOGO - OBSTETRA  
 CMP 27481 - RNE. 18309  
01345178



ANEXO 4: VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

JUICIO DE EXPERTOS

TÍTULO DE LA TESIS: CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS ASOCIADAS A LA PANCREATITIS GESTACIONAL EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2023-2024

NOMBRE DEL

JUEZ: Pedro Champi Apaza

ESPECIALIDAD: Ginecología obstétrica

COLEGIATURA: 36575 FECHA: 22 julio de 2025

CRITERIOS DE EVALUACIÓN	PUNTAJE
El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación	2
El instrumento propuesto corresponde a los objetivos propuestos en el estudio	2
La estructura del instrumento es el adecuado	2
Los ítems del instrumento responden a la operacionalización de la variable	2
La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento	2
Los ítems son claros y entendibles	2
El número de ítems es adecuado para su aplicación	2
*se deben eliminar algunos ítems	1
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>

- De acuerdo: 2 (Si)
- En desacuerdo: 1 (No)





**ESCALA DE VALIDACIÓN**

Baja	Regular	Alta
8 – 12 puntos	12 – 14 puntos	14 – 16 puntos
El instrumento de investigación esta observado	El instrumento de investigación requiere reajustes para su aplicación	El instrumento de investigación esta apto para su aplicación

**CONSTANCIA DE JUICIO DE EXPERTO:**

El \_\_\_\_\_ que  
 suscribe..... Pedro champi Apaza .....  
 identificado con DNI N°..... 29570513..... y CMP  
 N°..... 36575..... certifico que realice el juicio de experto al  
 instrumento diseñado por la estudiante  
 Bach. CARLOS DIEGO MAYTA VALERIANO

Juliaca ..... 26 ..... de ..... Julio ..... del 2025

  
 **Dr. Pedro Champi Apaza**  
 GINECÓLOGO OBSTETRA  
 CMP 36575 RNE 16889

29570513.



ANEXO 5: AUTORIZACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO



PERÚ

Ministerio de Salud

Dirección Regional de Salud Puno

Red de Salud San Román Hospital Carlos Monge Medrano



**CONSTANCIA**

EL JEFE DE LA UNIDAD DE APOYO A LA DOCENCIA E INVESTIGACION, DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO.

Quien suscribe, deja constancia que

**CARLOS DIEGO MAYTA VALERIANO**

Bachiller de la Escuela Profesional de Medicina Humana de la Universidad ANDINA NÈSTOR CÀRECES VELÀSQUEZ, ha recabado información para realizar su trabajo de investigación con el tema "CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICAS ASOCIADAS A LA PANCRITITIS GESTACIONAL EN PACIENTES ATRNDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO 2023 - 2024" según Proveído Nro. 515-2025-J-UADI-HCMM-RED-S-SR/J.

Se expide la presente constancia para fines que crea conveniente.

Juliaca, 30 de Mayo del 2025

EUCG/ccf  
C.c. Arch



DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD PUNO  
HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO

Dr. Efraín U. Carrasco Gonzalo  
JEFE UADI - CAPACITACION  
MÉDICO - PEDIATRA  
CMP. 44365 - RNE 31001



ANEXO 1
FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN

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

Formato digital [X]

Fecha de entrega: 22/10/2025

1. Datos del autor (es):

Nombres y Apellidos: CARLOS DIEGO MAYTA VALERIANO

Dirección: Jr. 9 de octubre 476

DNI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°: 73424896

Teléfono: 960114912 email: carlito2cx1@gmail.com

Nombres y Apellidos:

Dirección:

DNI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°:

Teléfono: email:

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

Escuela Profesional o Mención: MEDICINA HUMANA

Título o Grado Académico a optar: MÉDICO CIRUJANO

Asesor: Dra. GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE

Esta obra se encuentra dentro de las siguientes denominaciones:

Trabajo de Investigación [ ] Tesis [X] Trabajo de Suficiencia Profesional [ ] Trabajo Académico [ ]

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS ASOCIADAS A LA PANCREATITIS GESTACIONAL EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2023-2024

Palabras claves, (3 a 5 términos): Pancreatitis gestacional, factores asociados, severidad.

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

1

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, entre 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  Título  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
- Nacional

Línea de investigación: **MEDICINA HUMANA - P09**

Firma de Autor



huella digital

22 de octubre del 2025

Fecha