



**Universidad Nacional
Federico Villarreal**

**Vicerrectorado de
INVESTIGACIÓN**

FACULTAD DE MEDICINA “HIPÓLITO UNANUE”

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS EN PACIENTES CON
PANCREATITIS AGUDA EN EL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
2020.**

Línea de Investigación: Salud Pública

Tesis para optar por el título profesional de Médico Cirujano

AUTOR:

Díaz Chávez, Eddie Yerson

ASESOR:

Claros Manotupa, José Luis

JURADOS:

Aliaga Chávez Max

Piña Pérez Alindor

López Gabriel Julia Isabel

LIMA - PERÚ

2021

DEDICATORIA:

A mis padres, mis primeros maestros, ya que con su esfuerzo y dedicación logramos,
juntos, alcanzar este objetivo tan anhelado.

A mis tres hermanas, por brindarme su apoyo incondicional.

A mis abuelos, por ser mi ejemplo de vida.

A todos mis seres queridos, por formar parte de mi vida y acompañarme en este largo
camino.

AGRADECIMIENTO:

A todos los docentes de mi querida universidad, que, con sus conocimientos, valores y vocación de servicio, contribuyeron enormemente en mi formación profesional.

ÍNDICE

RESUMEN.....	v
ABSTRACT	vi
I. INTRODUCCIÓN.	1
1.1 Descripción y Formulación del Problema	2
1.2 Antecedentes	3
1.3 Objetivos	8
1.4 Justificación.....	9
II. MARCO TEÓRICO.....	10
2.1 Bases teóricas:	10
III. MÉTODO.....	27
3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN:	27
3.2 ÁMBITO TEMPORAL Y ESPACIAL.....	27
3.3 VARIABLES	27
3.4 POBLACIÓN Y MUESTRA	34
3.5 INSTRUMENTO	35
3.6 PROCEDIMIENTOS	35
3.7 ANÁLISIS DE DATOS	35
IV. RESULTADOS.....	36
V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	54
VI. CONCLUSIONES	60
VII. RECOMENDACIONES	62
VIII. REFERENCIAS	63
IX. ANEXOS.....	69

RESUMEN:

La pancreatitis aguda se define como un proceso inflamatorio que afecta al páncreas, esta puede causar daño local, síndrome de respuesta inflamatoria sistémica, falla orgánica y muerte. **OBJETIVO:** Determinar las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes con Pancreatitis Aguda atendidos en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el periodo Julio 2019- Julio 2020. **MÉTODOS:** Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal. La población fue de 180 pacientes de los cuales 120 fueron incluidos. **RESULTADOS:** Según sexo en su mayoría por mujeres en 86 casos (72%). La media de edad en todos los pacientes fue de 49.225 años. El 100% de los pacientes presentan dolor abdominal, seguido de 85 pacientes (70.8%) que presentaron vómitos, 60 pacientes (50%) con náuseas. La etiología más frecuente fue cálculos biliares con 96 pacientes (80%). La pancreatitis aguda leve con 73 pacientes (60.8%) fue la condición predominante. Se encontró a 58 pacientes (48.5%) con obesidad, seguido de 35 pacientes (29.1%) con hipertensión arterial. Los pacientes de sexo femenino de 41 a 60 años tienen más riesgo de presentar pancreatitis leve (P 0.007). La Obesidad tiene mayor riesgo de presentar pancreatitis moderada (P 0.0033) e Hipertensión Arterial tiene mayor riesgo de pancreatitis leve (P 0.077). El paciente con cálculos biliares tiene una estancia de 8 a 14 días (P 0.004). **CONCLUSIONES:** El sexo que predominó fue el femenino. Las manifestaciones clínicas que prevalecen son el dolor abdominal, vómitos y náuseas. Los factores de riesgo más representativos fueron Obesidad e Hipertensión arterial. Los cálculos biliares fueron la etiología más frecuente. El grado de severidad más predominante fue el leve. La mortalidad en esta investigación fue de 7 pacientes (5.8%). **Palabras clave: Pancreatitis aguda, característica clínica, características epidemiológicas.**

ABSTRACT:

Acute pancreatitis is defined as an inflammatory process that affects the pancreas, this can cause local injury, systemic inflammatory response syndrome, organ failure and death.

OBJECTIVE: To determine the clinical and epidemiological characteristics of patients with acute pancreatitis treated at the National Hospital Hipolito Unanue in the period July 2019-

July 2020. **METHODS:** Observational, descriptive, retrospective, cross-sectional, retrospective study.. The population was 180 patients of which 120 were included.

RESULTS: According to sex, 86 (72%) of the patients were women. The mean age in all patients was 49.225 years. 100% of patients presented with abdominal pain, followed by 85 patients (70.8%) who presented with vomiting, 60 patients (50%) with nausea. The most frequent etiology was gallstones with 96 patients (80%). Mild acute pancreatitis with 73 patients (60.8%) was the predominant condition. Fifty-eight patients (48.5%) were found with obesity, followed by 35 patients (29.1%) with arterial hypertension. Female patients aged 41 to 60 years were at higher risk of presenting mild pancreatitis (P 0.007). Obesity has a higher risk of presenting moderate pancreatitis (P 0.0033) and arterial hypertension has a higher risk of mild pancreatitis (P 0.077). The patient with gallstones has a length of stay of 8 to 14 days (P 0.004). **CONCLUSIONS:** The predominant sex was female. The most prevalent clinical manifestations were abdominal pain, vomiting and nausea. The most representative risk factors were obesity and arterial hypertension. Biliar gallstones was the most frequent cause. The most predominant degree of severity was mild. Mortality in this investigation was 7 patients (5.8%). **Key words: Acute pancreatitis, clinical characteristic, epidemiological characteristics.**

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS EN PACIENTES CON PANCREATITIS AGUDA EN EL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE 2020.

I. INTRODUCCIÓN.

La pancreatitis aguda se define como un proceso inflamatorio que afecta al páncreas, esta puede causar daño local, síndrome de respuesta inflamatoria sistémica, falla orgánica y producir la muerte. La pancreatitis aguda es una de las enfermedades que afecta al aparato digestivo que se hospitalizan más a menudo, esta presenta una incidencia de 13-45 casos por 100.000 personas en Estados Unidos cada año y un gasto en salud que excede los 2,5 billones de dólares. **(Junquera, 2010)**

En América latina: en Brasil en 2006 se presentó una incidencia de 15,9 casos cada 100.000 habitantes, en México (2001) y Perú (2009) una prevalencia del 3%. **(Junquera, 2010)**

El diagnóstico se basa en la elaboración de una buena historia clínica y un buen examen físico; así como también los resultados laboratoriales y el estudio de imágenes son de mucha ayuda. Es de considerable importancia la severidad de la pancreatitis aguda, que se clasifica según: los criterios de Balthazar, APACHE II y Score de Ramson. **(Navarro, 2008)**

El abordaje y manejo de esta patología han sufrido variaciones con el transcurso del tiempo, debido al progreso en el estudio de sus procesos fisiopatológicos, el avance en alternativas terapéuticas, los progresos en el tratamiento nutricional y los adelantos en las intervenciones mínimamente invasivas, disminuyendo las complicaciones.

Hoy en día aproximadamente el 80% de los decesos asociados a pancreatitis aguda se dan a causa de las complicaciones producidas por la sepsis como consecuencias de los procesos infecciosos que producen necrosis pancreática. **(Huiza, 2016)**

1.1 Descripción y Formulación del Problema

La Pancreatitis Aguda sigue siendo hasta la actualidad una patología que afecta a un número considerable de personas en todo el planeta y aunque, actualmente existe un mejor tratamiento, aún no se han establecido medidas concretas para su manejo, que nos permitan evitar los episodios recurrentes y complicaciones.

La Pancreatitis Aguda, en algunos casos, disminuye la calidad y esperanza de vida. Si la etiología de esta patología no se diagnostica adecuadamente, esta puede recidivar llegando a producirse una Pancreatitis Crónica. **(Samarasekera E., 2018)**

Su estado inicial se caracteriza por el dolor abdominal, además del déficit glandular pancreático causado por la pobre absorción de grasas y desnutrición. La Diabetes también es común. Mientras más tiempo de enfermedad tiene el paciente, la Pancreatitis Aguda se intensifica y los pacientes pueden llegar a presentar un dolor más intenso. **(Samarasekera E., 2018)**

En la mayoría de casos, la Pancreatitis Aguda casi siempre es manejada por personal especializado, ya que se trata como un cuadro abdominal agudo, el cual necesita recibir tratamiento intrahospitalario. Sin embargo, el personal de salud encargado de la atención primaria puede diagnosticar al paciente con pancreatitis aguda, también pueden realizar los estudios de laboratorio elementales, dar

tratamiento analgésico, tratar la insuficiencia pancreática y realizar las referencias apropiadas a establecimientos de mayor nivel.

Si bien es cierto, los datos de mortalidad asociados a Pancreatitis Aguda han disminuido en los últimos años, sin embargo, aún es una enfermedad que requiere de más estudios para poder comprender mejor su patogénesis; para que se pueda llegar a un diagnóstico de manera más eficiente, para que posteriormente se dé un tratamiento oportuno y adecuado, teniendo como fin la mejoría y recuperación del paciente.

Formulación del Problema

¿Cuáles son las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes con Pancreatitis Aguda atendidos en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el periodo Julio del 2019 - Julio 2020?

1.2 Antecedentes

ANTECEDENTES NACIONALES

Huisa (2016), en su tesis “Características de los pacientes con diagnóstico de Pancreatitis aguda en el Hospital Regional de Moquegua durante el periodo 2014 –2015”, consideró a 42 pacientes con pancreatitis aguda. Este fue un estudio descriptivo, retrospectivo de corte transversal. Sus resultados fueron que el género más afectado fue el femenino, la edad media fue de 42.23 años; la causa principal de pancreatitis aguda fue la Litiasis biliar aguda y la idiopática. La clínica que prevaleció fue de dolor abdominal, náuseas, vómitos e ictericia. En cuanto a las complicaciones el 64.3% presentó complicaciones

sistémicas y el 28,6% presentó complicaciones locales. Respecto a la estancia hospitalaria el 47,6% de los pacientes tuvo una estancia de 1 a 15 días con un promedio de 14 días y el 85,7% de los pacientes hospitalizados egresaron con alta médica.

Arroyo, García y Aguirre (2008), en el artículo “Pancreatitis Aguda en la Unidad de Cuidados Intensivos e Intermedios: revisión y evolución de 36 casos. Hospital Víctor Lazarte E. – Trujillo, Perú”, se tomó como muestra a 40 pacientes con pancreatitis aguda siendo este un estudio descriptivo, teniendo como resultados que la media de edad fue $55 \pm 16,7$ años (27-84 años), siendo similar el número de pacientes varones y mujeres (18o). La causa predominante fue biliar con 26 casos (72,2%). El 100% de los pacientes tuvo dolor abdominal estando en 94,4% asociado a náuseas y vómitos. El valor promedio de la amilasa sérica fue de $2580 \pm 1507,1$ UA/L (380-6883 UA/L). El score de Ranson promedio fue $2,92 \pm 1,71$ puntos (0-6 puntos) y el score APACHE II fue $11,86 \pm 8,27$ puntos (0-31 puntos). La Tomografía se realizó en 22 pacientes, el Índice de Severidad Tomográfica promedio fue $4,41 \pm 2,79$ puntos (0-10 puntos). Se concluyó que los resultados obtenidos fueron semejantes a los de investigaciones nacionales e internacionales.

Molina (2013). En Perú – Trujillo publicó un estudio descriptivo sobre las “Características epidemiológicas, clínicas y terapéuticas de la Pancreatitis Aguda grave”. Donde se tomó como muestra a 34 pacientes con pancreatitis aguda, que se hospitalizaron tanto en UCI como en UCIN, se obtuvo una prevalencia de 17.6 de pancreatitis aguda grave hospitalizados en UCI y 82.4 en UCIN, el género más frecuente fue el masculino, y la clínica predominante al 100% fue el dolor abdominal. Concluye que los resultados obtenidos fueron parecidos a los de otros estudios realizados.

Zevallos (2015). En Trujillo, publicó un estudio retrospectivo transversal, teniendo como objetivo “Establecer las características clínico epidemiológicas de los pacientes con Pancreatitis Aguda”. Fueron 144 pacientes atendidos en el servicio de Gastroenterología en el Hospital Regional Docente de Trujillo. Los resultados encontrados fueron: etiología más frecuente: litiasis vesicular; el género afectado con más frecuencia fue mujeres, encontrándose en la edad promedio entre los 53 y 60 años.

Soto (2013). En su estudio descriptivo, transversal, retrospectivo realizado en el Hospital Regional de Loreto- Iquitos; en el que se investigaron las “características clínico epidemiológicas de los pacientes con pancreatitis aguda”, incluyó un total de 88 pacientes, obtuvo como resultados que el género más afectado fue el femenino que se encuentra entre los 21- 29 años; los signos y síntomas predominantes fueron el dolor abdominal, las náuseas y los vómitos; y no hubieron fallecidos dentro del grupo de estudio.

ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Ayala y Mora (2014), en su tesis “Diferencias clínico-demográficas entre la Pancreatitis aguda leve y severa en una cohorte histórica del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo, Quito Ecuador, durante el año 2008-2013” teniendo como muestra a 900 historias clínicas, refieren que la Pancreatitis Aguda severa se presenta más en varones, asociado a factores de riesgo, principalmente Diabetes Mellitus y el 60% de los pacientes cursó con derrame pleural. El índice de masa corporal promedio fue de 26.2 kg/m², los valores de Amilasa y Lipasa fueron semejantes en Pancreatitis aguda leve como en la severa, un 77-73% de pacientes presentaron complicaciones principalmente necrosis pancreática

con un 37.03%. Se obtuvo un promedio de hospitalización de 26.8 días. El género femenino fue el que tuvo predominio, en el intervalo de edad de 15-24 años, asociado en menor porcentaje a factores de riesgo como Diabetes Mellitus.

González et al (2012), en su artículo “Características clínicas de la Pancreatitis Aguda en México” de tipo prospectivo, incluye a 605 pacientes, obteniendo como resultados que la edad promedio afectada fue de 40 años. 64% de los pacientes presentó Sobrepeso y/o Obesidad. La causa principal fue biliar en 66,6% de los pacientes, mientras que el alcoholismo fue causal de pancreatitis en el 15,9%, la hiperlipidemia fue causal en 7,8% de los pacientes, la Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) en 2,1% y la causa idiopática en 7,2%. Se sospechó de proceso infeccioso pancreático en 70 pacientes, a los que se les realizó punción por tomografía y a 32 se les confirmó el diagnóstico, siendo *Staphylococcus spp* la causa más frecuente. La frecuencia de mortalidad total fue del 5%. Dentro de hábitos nocivos, el consumo de alcohol estuvo asociado a: necrosis, infección en páncreas y muerte.

Bravo (2012), en su artículo “Perfil epidemiológico de la Pancreatitis Aguda en el Hospital General Villa periodo 2008-2009” de tipo epidemiológico, observacional, retrospectivo, longitudinal y descriptivo, tomó como muestra a 80 pacientes ingresados por emergencia con diagnóstico de Pancreatitis Aguda, siendo mujeres el mayor número de pacientes (68.8%), la causa más frecuente fue la biliar seguida por el alcoholismo.

Arias et al (2008), en su artículo “Caracterización epidemiológica y clínica de pacientes con diagnóstico de Pancreatitis Aguda grave en Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital de Temuco”, revisaron en forma retrospectiva el historial clínico de 68 pacientes mayores

de 15 años ingresados a UCI con diagnóstico de pancreatitis aguda grave, mencionan como causa principal a la litiasis biliar; a pesar del buen manejo en la Unidad de Cuidados Intensivos y las mejoras en el tratamiento, la Pancreatitis Aguda grave se presentó en un 20% de pacientes, llegando a fallecer el 90% de estos. La media de edad fue de 57,7 años; el sexo que destacó fue el masculino (57.3%); el 66,1% de paciente procedió de áreas urbanas; el 97,1% tuvo como síntoma principal el dolor en hemiabdomen superior y el 22,1% de ellos manifestó que se irradiaba a la espalda; asimismo, el 83,8% presentó vómito y/o náuseas y el 20,6% mostró inestabilidad hemodinámica. Reportaron una Amilasa sérica promedio de 1401,5 U/L. Las complicaciones más destacadas infecciosas, injurias renales y también shock. El tiempo de hospitalización en UCI promedio fue de 16 días. Por último, fallecieron 61,7% de los pacientes en UCI, por causas asociadas a complicaciones antes descritas.

Hamada et al (2014). En Japón, realizaron una investigación de tipo observacional, retrospectivo la cual tuvo como objetivo: “determinar el número de casos que presentaban como diagnóstico Pancreatitis Aguda, sus características clínicas y el índice de severidad”. Los resultados obtenidos fueron: 63.080 pacientes con el mencionado diagnóstico en el 2011, obteniendo una prevalencia de 49,4 por cada 100.000 habitantes. Respecto al género hubo predominio de pacientes mujer. La edad promedio en los varones fue de 58.5 y en las mujeres fue de 65.3. Referente a la etiología reportan que en los varones es más frecuente la etiología alcohólica y en las mujeres la etiología asociada es cálculo biliar. El 2,6% de todos los pacientes fallecieron, mientras que en la pancreatitis severa se reportó un 10.1% de muertes.

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo General.

➤ Determinar las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes con Pancreatitis Aguda atendidos en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el periodo Julio 2019 - Julio 2020.

1.3.2 Objetivos Específicos.

➤ Determinar las características clínicas de los pacientes con Pancreatitis Aguda atendidos en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el periodo Julio 2019 - Julio 2020.

➤ Determinar las características epidemiológicas de los pacientes con Pancreatitis Aguda atendidos en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el periodo Julio 2019 - Julio 2020

➤ Identificar los factores de riesgo asociados a Pancreatitis Aguda en pacientes atendidos en el Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el periodo Julio 2019 - Julio 2020.

➤ Encontrar las causas de mortalidad de Pancreatitis Aguda en pacientes atendidos en el Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el periodo Julio 2019 - Julio 2020.

1.4 Justificación

La mayoría de investigaciones sobre a las características clínicas de los pacientes con Pancreatitis Aguda y los datos epidemiológicos de esta enfermedad, son estudios internacionales y los estudios nacionales que existen actualmente no son suficientes; también es importante determinar las características epidemiológicas y clínicas de la Pancreatitis Aguda en el ámbito local.

Estudios realizados en el ámbito nacional mencionan características clínicas variadas respecto a la pancreatitis aguda con variaciones entre poblaciones de estudio. Por lo tanto, se considera necesario realizar una investigación que nos ayude a establecer la conducta clínica en los pacientes con pancreatitis, esto también será muy útil para el tratamiento y esto conllevará a brindar una mejor atención y a disminuir las complicaciones y gastos en atención hospitalaria.

También es de importancia brindar información acerca de esta enfermedad teniendo como fin tomar medidas de acción y prevención que apoyen a la disminución de pacientes con pancreatitis y evitar episodios recurrentes.

El presente trabajo tiene como fin facilitar información epidemiológica y datos estadísticos que ayudarán a diagnosticar la Pancreatitis Aguda en los pacientes, esto conllevará a brindar un adecuado tratamiento y medidas de soporte en pacientes con más índice de severidad; también ayudará a establecer conductas a seguir por los médicos y demás profesionales de la salud involucrados en esta enfermedad, lo cual redundará a favor de los pacientes cuyo centro de referencia es el Hospital Nacional Hipólito Unanue.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Bases teóricas:

La Pancreatitis Aguda es un proceso inflamatorio pancreático que está relacionado algunas veces con una respuesta inflamatoria sistémica, la cual pone en peligro el adecuado funcionamiento de algunos órganos y hasta de sistemas. Esta puede resolverse de manera espontánea o llegar a producir una necrosis pancreática o incluso necrosar los adipocitos circundantes. Teniendo en cuenta estos datos se puede afirmar que la pancreatitis aguda puede tener diversos grados de severidad, siendo la pancreatitis leve el 80% de los casos aproximadamente, en esta los pacientes logran recuperarse relativamente rápido, en unos cuantos días; a diferencia de la pancreatitis severa que tiene una frecuencia aproximada de 20%, en la que se evidencia un tiempo de hospitalización más largo, llegando incluso a ser hospitalizados en UCI o en el peor de los casos puede producir la muerte. Así que, en su forma leve como en su forma severa, la Pancreatitis Aguda es una emergencia que requiere hospitalización inmediata. El promedio de los pacientes con pancreatitis aguda, buscan ayuda profesional en el primer día después de presentar los primeros síntomas. (Rozman, 2014).

Generalmente la insuficiencia orgánica está presente desde el primer día de internación en pacientes que la manifestaron dentro de la semana 1 de hospitalización. Esta insuficiencia orgánica temprana se puede resolver con el tratamiento precoz. Es importante destacar que el diagnóstico de Pancreatitis Aguda grave depende de la persistencia de la falla orgánica mayor a 48 horas, pudiendo darse en la semana 1 de enfermedad o posteriormente, también depende de complicaciones locales asociadas (estas en su mayoría se evidencian después de la semana 1). (Rau,2007)

ETIOLOGÍA Y FACTORES ASOCIADOS:

La Pancreatitis aguda es una afección que se podría prevenir, si se controlan los factores asociados, siendo algunos modificables. Entre los modificables están los afines a la prevención de la salud: Índice de Masa Corporal (IMC), el grado de instrucción, la obesidad, alcoholismo, entre otros. Entre los no modificables están la edad, el sexo y la etiología.

(Breijo, A. ,2014)

- Edad y Sexo: En adultos es importante destacar que existen diferencias, el principal motivo está relacionado con el embarazo y la producción de esteroides sexuales, elevando el riesgo de presentar pancreatitis aguda en mujeres jóvenes. Mientras que en varones el riesgo aumenta directamente proporcional con la edad que tengan. (Breijo, A. ,2014)
- Sobrepeso y Obesidad: Los índices de obesidad están en aumento en todo el mundo y más aún en América Latina. Algunos estudios relacionan el sobrepeso y la obesidad valorados con el índice de masa corporal (IMC), con el aumento de producir riesgo para Pancreatitis Aguda. (Chacha, M. 2017).
- Los días de hospitalización: Siendo la etiología biliar la más frecuente relacionada a pancreatitis aguda, el promedio de días de hospitalización es de 4 a 6 días, debido al tratamiento precoz de dicha etiología. (González, J. 2012)

Se han logrado identificar a muchas causas asociadas a pancreatitis aguda, sin embargo, no se ha descrito con exactitud todos los mecanismos fisiopatológicos que producen la inflamación. (Motta, G. 2015)

Según los estudios realizados se ha comprobado que en su mayoría las causas más comunes de pancreatitis aguda son la litiasis biliar en un 80% de casos y el alcoholismo en un 25% de casos. Por otro lado, las causas menos probables son las atribuidas a medicamentos como el Valproato, Esteroides y Azatioprina, la Hipertrigliceridemia o la deficiencia de lipasa, la Hipercalcemia, el Páncreas divisum, y por último algunas infecciones asociadas a virus como paperas y virus de Coxsackie B4; siendo todas estas un total de 5% de los casos. Asimismo, aproximadamente al 10% de pacientes con pancreatitis aguda se les atribuye la etiología idiopática, al no llegar a identificar su causa. (Oshiro, 2018)

- Cálculos de la Vesícula Biliar: Aproximadamente el 80% de los pacientes con diagnóstico de pancreatitis aguda presentan también cálculos biliares. Ambas patologías asociadas presentan una frecuencia similar, en la que afectan en su mayoría al género femenino en proporción de 2:18 respecto a los varones. (Motta, G. 2015)
Existe un riesgo de episodios repetitivos de Pancreatitis de aproximadamente 50% en caso de presentar litiasis residual. Estas patologías asociadas tienen una mortalidad de 12% en el primer episodio de pancreatitis aguda, aunque este porcentaje tiende a disminuir si existieran episodios recurrentes. (Motta, G. 2015)
- Abuso de Alcohol: El género más afectado con pancreatitis aguda asociada al abuso de alcohol es el masculino, con una proporción de 3:1 respecto a las mujeres. El 66% de casos relacionados a esta causa se dan en un primer episodio de pancreatitis aguda, y la mayoría de pacientes sufren afecciones definitivas en la glándula pancreática, llegando a producir pancreatitis crónica. Sin embargo, la tasa de mortalidad respecto

a la pancreatitis de etiología biliar es menor, esto se da gracias a que los pacientes son de edades menores, entre 30 a 45 años. (Zevallos, A. 2015)

- Pancreatitis Idiopática: Los datos se asemejan a los que se presentan en la Pancreatitis asociada a litiasis vesicular. Siendo aproximadamente el 10% de los casos pancreatitis. (Zevallos, A. 2015)
- Medicamentos: Las sulfonamidas pueden producir pancreatitis aguda inmediata, consecuencia de que el paciente presente una vasculitis alérgica. La terapia de estrógenos también puede producir pancreatitis aguda, esto como consecuencia de la hiperlipidemia causada por esta hormona. Existen otros fármacos asociados a pancreatitis, que se especifican en el **Anexo 1**. (Bustamante D., 2017)
- Intervenciones Quirúrgicas: En su mayoría las pancreatitis asociadas a cirugías son producto de intervenciones directas de páncreas; sin embargo, también están asociadas a gastrectomías y cirugías de vía biliar en un 0,2 a 0,8%, asimismo ha habido casos en que la pancreatitis se manifiesta posterior a bypass cardiopulmonar en un 8%. Todas estas causas tienen un alto índice de mortalidad, entre 25 y 50%. (Senoseian, C. 2013)
- Hiperlipidemia: Aún es desconocida la forma en la que el aumento de los triglicéridos llega a producir pancreatitis aguda, sin embargo, existe la teoría que asocia a la

lipólisis (que libera ácidos grasos citotóxicos) al proceso inflamatorio pancreático. Hay dos rasgos de la Pancreatitis asociada con Hiperlipidemia que son muy importantes clínicamente: el primero es que los niveles de amilasa sérica no se elevan demasiado y la otra característica es que se puede evitar las presentaciones recurrentes de pancreatitis manteniendo los triglicéridos dentro de su rango normal. (Senoseian, C. 2013)

- Colangiopancreatografía Retrógrada Endoscópica (CPRE): Posterior a realizarse este procedimiento, se evidencia una elevación de las enzimas pancreáticas y en algunos casos se puede llegar a producir pancreatitis aguda (entre el 1 a 5% de casos). Las probables causas que la provocarían son: el ingreso de material de contraste usado en este procedimiento al conducto de Wirsung o la lesión directa de la ampolla de Váter. Esto es directamente proporcional al tiempo de duración del procedimiento, a mayor duración del procedimiento, se incrementa el riesgo de aparición de Pancreatitis. (Povar, M. 2017)
- Traumatismos: La pancreatitis producida por traumas está asociada principalmente apacientes niños y jóvenes. El grado del traumatismo está directamente relacionado con la gravedad de la pancreatitis. Cuando el traumatismo es por contusión se produce el daño de los conductos pancreáticos, dejando como consecuencia la aparición de fístulas y pseudoquistes. (Consuelo A., 2012).

- Hipercalcemia: La hipercalcemia producida por hiperparatiroidismo asociada a pancreatitis se produce en 1,5 a 1,9% de pacientes con esta enfermedad. Es más frecuente la asociación con pancreatitis crónica que con aguda. (Senoseian, C. 2013)
- Embarazo: La pancreatitis en el embarazo se produce usualmente en el 3er trimestre y en el primer mes post parto. (Coto C., 2019)
- Úlcera Péptica: Al perforarse una úlcera péptica cercana a la ubicación anatómica del páncreas, esta lesiona directamente la glándula, produciendo gran dolor y elevación de la amilasa. Sin embargo, estas lesiones tienen buena evolución. (Oshiro A., 2018)
- Páncreas Divisum: la pancreatitis en este caso se da gracias a una malformación congénita, en la que los conductos pancreáticos no se fusionan. (Oshiro A., 2018)
- Trasplante de órganos: La frecuencia de presentar pancreatitis posterior a un trasplante de corazón, hígado o riñón es de 2 a 9% aproximadamente. Esta se puede llegar a producir hasta 6 meses después de realizado el trasplante. (Oshiro A., 2018)
- Insuficiencia Renal Terminal: La diálisis peritoneal se asocia a Pancreatitis Aguda en aproximadamente 0,03 por el número de pacientes en un año y en pacientes que reciben hemodiálisis en 0,01 por el número de pacientes en un año. La frecuencia de

muerres por pancreatitis en pacientes renales crónicos llega hasta 21%. (Oshiro A., 2018)

- Otras causas diversas:
 - ✓ Pobre de irrigación sanguínea.
 - ✓ Enfermedades virales.
 - ✓ Parasitosis que bloquea el conducto pancreático.
 - ✓ Síndrome de Reye.
 - ✓ Hepatitis viral fulminante.
 - ✓ Hígado graso agudo del embarazo.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS:

El síntoma principal con el que se evidencia la pancreatitis aguda es el dolor abdominal. Este dolor es en la mayoría de los casos de inicio brusco y curso progresivo, que no cede con analgésicos habituales. Este dolor se manifiesta principalmente en el epigastrio, y usualmente conforme se va intensificando, se va irradiando hacia los flancos llegando incluso a producir dolor en la región lumbar, dándose así el signo característico en cinturón. El dolor es acompañado de náuseas usualmente, y en el 80 % de pacientes de vómitos y malestar general. En el examen físico no se evidencian signos peritoneales, no coincidiendo con la intensidad y tipo de dolor referida por el paciente; este dato nos encamina al diagnóstico de pancreatitis aguda. Sin embargo, al no tener manifestaciones clínicas claras, el diagnóstico debe ser confirmado con análisis de laboratorio. Esta patología no se caracteriza por presentar fiebre, pero se puede llegar a evidenciar elevación de la temperatura no mayor de los 38°. En presentaciones severas de enfermedad, se pueden llegar a evidenciar signos característicos de shock. (Molina, J. 2015)

Se puede apreciar en algunos pacientes el signo de Cullen, que se caracteriza por la presencia de equimosis periumbilical; así como también puede aparecer el signo de Grey- Turner, en el que se evidencia equimosis en el flanco izquierdo abdominal. Ambas equimosis se originan producto de la inflamación del lecho pancreático. (Molina, J. 2015)

Otros signos y síntomas asociados a pancreatitis aguda son la distensión abdominal e ictericia. (Oshiro, 2018)

ANÁLISIS DE LABORATORIO:

El dolor abdominal, las náuseas y los vómitos siguen siendo el principal referente para el diagnóstico de pancreatitis aguda, pese a ser inespecíficos; por eso es que se los debe asociar al cambio en los valores de laboratorio como amilasa y lipasa, siendo de importancia diagnóstica cuando estos están elevados tres veces por encima de los valores normales. Sin embargo, hay algunas diferencias en el dosaje de amilasa versus el de lipasa, ya que en la primera los valores no permanecen tanto tiempo elevados comparados con los de la segunda. Se debe tener en cuenta que no todos los pacientes en los que acuden al hospital con un posible cuadro de pancreatitis aguda tienen los valores de amilasa y/o lipasa elevados, esto se da en el 5% de ingresos por pancreatitis aguda. (Zevallos, A. 2015)

En cuanto a la sensibilidad de la amilasa sérica, esta posee un 75 a 92% en comparación con su especificidad, que es baja (20 al 60%) ya que su producción no es exclusiva del páncreas. Esta es eliminada a través de la excreción renal. La amilasa mantiene sus valores normales cuando la pancreatitis se da a causa del aumento de triglicéridos, también se da en pancreatitis crónica. (Zevallos, A. 2015)

Por otro lado, la lipasa es más específica, ya que esta mantiene sus valores elevados en un rango mayor de tiempo al producirse la inflamación. Debido a esta característica, su dosaje es de mucha ayuda en todo el tiempo de enfermedad, sobre todo en la etapa final. En pacientes con injuria renal severa, la lipasa puede elevarse, no llegando a niveles alcanzados por los pacientes con pancreatitis aguda. (Valencia, J. 2016)

La evaluación conjunta de estas enzimas pancreáticas no sirve de apoyo para tamizar la severidad del cuadro pancreático, pero si son de gran ayuda en el diagnóstico. (Valencia, J. 2016)

Para realizar el diagnóstico de pancreatitis, también son útiles la medición de amilasa en orina y la relación amilasa/creatinina, sin embargo, estos análisis son más útiles como apoyo diagnóstico de macroamilasemia. No siendo tan efectivos como la medición sérica para pancreatitis aguda. (Zevallos, A. 2015)

También es importante mencionar que actualmente existen innovadores exámenes de laboratorio para realizar el diagnóstico de pancreatitis aguda, destacando el dosaje de tripsinógeno 2 en orina, debido a que es un examen fácil y rápido de realizar, en el que los resultados son obtenidos en 5 minutos. El Tripsinógeno está conformado por dos isoenzimas, Tripsinógeno- 1 y Tripsinógeno-2, estas son producidas por el páncreas y liberadas al duodeno, donde son convertidas en tripsina, para posteriormente ser excretadas por la vía renal; sin embargo, el tripsinógeno 1 tiene mayor reabsorción, por lo que el tripsinógeno 2 tiene mayor concentración en orina, lo cual nos permite realizar el dosaje, ya que estos valores aumentan en las etapas iniciales del cuadro inflamatorio pancreático. (Diaz, T. 2014)

La relación entre la elevación de las enzimas hepáticas y la pancreatitis aguda, nos ayudan a correlacionar la causa de la inflamación pancreática con la etiología biliar. Se ha demostrado que los valores de transaminasas elevados, son de ayuda diagnóstica en el 85% de pacientes con cálculos biliares, por lo que es fundamental realizar este dosaje a los pacientes con sospecha o diagnóstico de pancreatitis aguda en las primeras horas de enfermedad. (Diaz, T. 2014)

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS:

Estas pruebas nos sirven de apoyo para confirmar el diagnóstico de pancreatitis aguda y analizar el grado de severidad y posibles complicaciones asociadas, dentro de las cuales tenemos:

- ✓ Radiografía simple de tórax y abdomen.

Principalmente es usada para realizar el diagnóstico diferencial con otras patologías que presentan clínica similar, como obstrucción intestinal, perforación de víscera hueca, entre otras. Sin embargo, se puede solicitar como imagen de base al momento del ingreso. En la radiografía de tórax se puede evidenciar en algunos casos leve derrame pleural asociado al cuadro de pancreatitis. (Surco, Y. 2012)

Actualmente el diagnóstico de Pancreatitis Aguda se da cuando se evidencian 2 de los 3 criterios siguientes:

- Dolor abdominal típico
- Niveles de enzimas elevados
- Signos de pancreatitis en la TEM

- ✓ Tomografía: la tomografía contrastada sirve para corroborar el diagnóstico de pancreatitis aguda, usualmente es solicitada dentro del segundo y tercer día de enfermedad en pacientes que no responden al tratamiento en este periodo de tiempo. Ya que, si esta es solicitada de manera muy temprana, no se lograrán evidenciar grandes cambios en la glándula pancreática y sus alrededores, siendo de poca ayuda. La tomografía también se realiza como apoyo para medir la severidad de la pancreatitis aguda; está también indicada para evaluar las posibles complicaciones en pacientes cuyo cuadro persiste durante 11 semanas a más. Dentro de estas complicaciones relacionadas a la pancreatitis se tiene: colecciones peri pancreáticas que se evidencian aproximadamente a las cuatro semanas de enfermedad, también se puede observar necrosis a causa de hipoperfusión en el tejido pancreático, pero de forma tardía, usualmente después de las cuatro semanas de enfermedad. (Huisa, 2016)

- ✓ Ecografía: Este estudio de imágenes nos sirve especialmente para la etiología biliar de la pancreatitis, ya que la mayoría de pacientes con pancreatitis presentan esta patología, se sugiere realizar este examen en el primer día de inicio de síntomas ya que es de suma importancia la detección precoz de los cálculos biliares y así poder orientar al manejo al tratamiento definitivo de los cálculos biliares y así evitar que se produzcan episodios recurrentes. (Salirrosas, M. 2017)

SEVERIDAD DE LA PANCREATITIS AGUDA:

Alrededor del 20% de los cuadros de pancreatitis aguda, no se recuperan en los primeros días de enfermedad, por lo cual, a veces es necesario un manejo más específico incluso en una unidad de cuidados intensivos. (Surco, Y. 2017)

La severidad de la Pancreatitis Aguda es evaluada a través de la clasificación de Atlanta. Esta toma en cuenta la Falla Orgánica (Renal, Cardiovascular y Respiratoria) que según su duración puede ser transitoria o persistente; también toma en cuenta la presencia de necrosis pancreática, esta puede ser estéril o infectada. (Banks, PA. 2013) (Anexo 2)

Se refiere la siguiente Clasificación:

- Pancreatitis Aguda Leve (PAL): no se evidencia falla orgánica y necrosis.
- Pancreatitis Aguda Moderada (PAM): cualquier tipo de necrosis pancreática estéril asociada a falla orgánica transitoria.
- Pancreatitis Aguda Grave (PAG): cualquier grado de necrosis infectada + presencia de falla orgánica persistente.
- Pancreatitis Aguda Crítica (PAC): presencia de necrosis infectada + presencia de falla orgánica persistente.
 - o Falla Orgánica Transitoria: período tras inicio de medidas.
 - o Falla Orgánica Persistente: se resuelve en un periodo corto.

En cuanto a Falla Orgánica se debe tener en cuenta estos datos:

- Hipotensión: Presión arterial sistólica <90 mmHg y disminución de la Presión arterial media basal de 40 mmHg.

- Falla Respiratoria: Presencia de PaO₂ < 60 mmHg (sin oxígeno), y el Índice de Kirby PaO₂/ Fio₂ < 300.
- Lesión Renal Aguda: Elevación de creatinina > 2 mg/ sobre lo basal o AKI-2, RIFLE 1 u oliguria < 0.5 ml/ kg/ hora.

Los pacientes que presentan falla orgánica, infección o necrosis del páncreas o peri pancreáticas son más propensas a la muerte. Por lo que tienen que recibir tratamiento en una unidad especializada. (Surco, Y. 2017)

En la actualidad se cuenta con varios scores para medir la severidad en pacientes con pancreatitis, que tienen como base los valores de laboratorio y las variables fisiológicas, dentro de ellos está el sistema APACHE-II (Anexo 3) el cual es de gran ayuda para diagnosticar la pancreatitis aguda grave al obtener una puntuación mayor a 8. En Inglaterra se usa el Early Warning Score en el cual se evalúan valores como: pulso, presión arterial, frecuencia respiratoria y diuresis. Esta nos sirve para tener un mejor control del paciente y ayuda a predecir la pancreatitis grave. (Diaz, T. 2014)

Por otro lado, se tiene a los Criterios de RANSON (1974), estos son más específicos que sensibles, se considera como Pancreatitis aguda severa a una puntuación RANSON mayor a 3. Una puntuación de 0-2 da una mortalidad de 1%; de 3-4 una mortalidad de 16%; de 5-6 una mortalidad de 40% y 7-8 una mortalidad de 100%. (Landeo y Laura, 2011) (Anexo 4)

La escala Marshall modificada también se usa para medir severidad, esta fue revisada y aceptada para su aplicación en Atlanta (2012), esta escala se basa en factores reales de gravedad y no en factores predictivos. Una puntuación de 2 o más en cualquier sistema evidencia la falla orgánica. (Huisa, 2016) (Anexo 5)

En cuanto a la clasificación de Balthazar:

- Grado A: Páncreas normal.
- Grado B: Aumento de tamaño localizado o difuso, alteraciones del contorno o dilatación del conducto de Wirsung.
- Grado C: Anomalías glandulares + aumento de atenuación de la grasa peri pancreática de origen inflamatorio.
- Grado D: Colección de líquidos o flemón único de mala definición,
- Grado E: Dos o más colecciones de mala definición, presencia de gas y/o líquido retroperitoneal. (Landeo y Laura; 2011) (Anexo 6)

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.

Úlcera péptica perforada: el dolor es de gran intensidad, el inicio es más brusco y los vómitos no son tan abundantes; se evidencian signos de irritación peritoneal, asimismo, la amilasa también se eleva y en el diagnóstico por imágenes se evidencia aire bajo el diafragma, esto nos ayuda a diferenciarla de una pancreatitis aguda. *Colecistitis aguda:* a diferencia de la pancreatitis aguda, existe un dolor localizado en hipocondrio derecho, la amilasa en sangre también puede estar elevada y la ecografía evidencia engrosamiento de la pared de la vesícula, aumento de tamaño y/o litiasis vesicular. *Colangitis:* su clínica es similar a la de la pancreatitis aguda, sin embargo, el dolor está localizado en el hipocondrio derecho además de presentar signos y síntomas asociados a sepsis y se evidencia una ictericia marcada, la amilasa se encuentra elevada y el perfil hepático es de tipo obstructivo, en la ecografía se observa coledocolitiasis. *Obstrucción intestinal alta:* en su fase inicial puede aparentar un cuadro de pancreatitis aguda por el dolor intenso, los vómitos y la amilasa elevada, el

diagnóstico diferencial se hace a través del examen abdominal que confirma ruidos hidroaéreos aumentados en tonalidad y frecuencia, la radiografía de abdomen simple confirma el diagnóstico al observarse asas intestinales dilatadas y niveles hidroaéreos. *Accidente vascular mesentérico*: también se caracteriza por dolor abdominal intenso, distensión abdominal y elevación de amilasa, la presencia de hemorragia digestiva orienta el diagnóstico hacia la trombosis mesentérica. *Infarto al miocardio*: aparenta el cuadro clínico inicial de la pancreatitis aguda, sin embargo, el electrocardiograma y la presencia de marcadores de necrosis miocárdica son los que nos dan el diagnóstico. *Cetoacidosis diabética*: puede haber dolor abdominal, elevación de amilasa, antecedente de diabetes, lipasa dentro de los valores normales, evidencia de alteraciones de conciencia; todos estos factores nos ayudan a diferenciarla de la pancreatitis aguda. (Huisa, 2016)

MANEJO INICIAL Y PREVENCIÓN DE LAS COMPLICACIONES

Manejo de fluidos: La fluidoterapia es una de las bases más importantes del manejo inicial en pacientes con pancreatitis aguda, esta debe tener como fin, alcanzar valores hemodinámicos adecuados a la condición clínica del paciente. En la pancreatitis aguda se produce una significativa fuga capilar que puede llevar al paciente a una depresión del volumen circulante efectivo, *shock* y hemoconcentración. Según el Colegio Americano de Gastroenterología, se recomienda la administración “agresiva” de líquidos en el paciente con pancreatitis aguda con 250-500 ml/h, en las primeras 24 horas. Sin embargo, dichos valores pueden ser peligrosos si se aplican con poco criterio clínico. La hidratación agresiva en los estudios significa en promedio de 3,5 a 4,5 litros en las primeras 24 horas. Los pacientes que reciben en las primeras 24 horas más de 4,5 litros de soluciones, cursan con mayor depresión ventilatorio. La administración de cristaloides debe ser la regla inicial, con preferencia de

solución de NaCl al 0,9 %. Idealmente se sugiere un aporte de líquidos endovenosos que asegure un mantenimiento del gasto urinario mayor de 0,5 cc/kg/h y se realiza un manejo y vigilancia adecuados de los electrolitos. (Álvarez, 2021)

Nutrición: En la pancreatitis leve la vía oral se reanuda cuando se controle el dolor y se evidencien signos de tránsito intestinal, a menudo en 4- 5 días del ingreso. En la pancreatitis grave, en todos los casos se hace una interconsulta a la unidad de soporte nutricional del hospital. Inicialmente se coloca una sonda nasogástrica. La nutrición parenteral principalmente se utiliza cuando hay contraindicaciones para el uso de la nutrición entera. (Soto, 2013)

Analgesia: El dolor es el síntoma principal de los pacientes con pancreatitis aguda, por lo que debe ser abordado de forma muy temprana, con evaluación frecuente y analgesia. En distintos estudios se han probado paracetamol, AINES y opiáceos, todos con rango aceptable de efectividad, si y solo si se trate de un manejo individualizado según las condiciones del paciente. Hay que mencionar que muy frecuentemente se utilizan opiáceos en demasía, por otro lado, los AINES y el paracetamol se emplean de manera inadecuada. Se recomienda alcanzar niveles ideales de analgesia con diferentes formas farmacológicas, incluido el bloqueo epidural en aquellos casos moderado y severos que lo ameriten, este se ha asociado con disminución de mortalidad, menos ampliación de la necrosis pancreática, control de acidosis, vasodilatación mesentérica y aumento de microcirculación en el lecho peri pancreático. (Álvarez, 2021)

La profilaxis antibiótica se usa en pacientes en quienes se evidencie necrosis superior al 50% en la Tomografía. (Soto, 2013)

El uso de protectores gástricos en todos los pacientes es necesario y sobre todo tener una glucemia no menor de 250 mg/dl. El oxígeno suplementario se administra de acuerdo con el requerimiento de cada paciente, determinada por su saturación arterial. (Landeo y Laura, 2011)

·En todos los pacientes que presenten pancreatitis severa se debe colocar sonda Foley y catéter venoso central (CVC) (Soto, 2013)

III. MÉTODO

3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN:

- Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo de corte transversal, que se desarrolló en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, durante el periodo de Julio 2019 - Julio 2020, teniendo en cuenta toda la información obtenida de las historias clínicas de todos los pacientes que ingresaron por emergencia en este periodo de tiempo.

3.2 ÁMBITO TEMPORAL Y ESPACIAL

- Se realizó en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, es un hospital nivel III-1, en los servicios de Emergencia, Cirugía y Hospitalización en Medicina Interna, durante el periodo julio 2019- julio 2020.

3.3 VARIABLES

DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE VARIABLES:

- **SEXO:** Género orgánico dividido en masculino o femenino.
- **EDAD:** Número de años cumplidos en el momento del ingreso hospitalario
- **GRADO DE INSTRUCCIÓN:** Nivel de formación educativa comprendido en: primaria, secundaria, superior o analfabeto.
- **ESTADO CIVIL:** Situación estable o permanente en la que se encuentra un individuo en relación a sus circunstancias personales.
- **OCUPACIÓN:** Trabajo o labor que desempeña una persona.
- **LUGAR DE PROCEDENCIA:** Zona de donde procede el paciente

- **HÁBITOS NOCIVOS:** Conductas externas que provocan daño a largo o corto plazo cuando se realizan de manera repetida.
- **ETIOLOGÍA DE LA PANCREATITIS AGUDA:** Causa o causas asociadas a la pancreatitis aguda.
- **MANIFESTACIONES CLÍNICAS:** Forma de presentación de la enfermedad, variable en cada paciente.
- **GRADO DE SEVERIDAD:** Describe la gravedad de un paciente.
- **TIEMPO DE HOSPITALIZACIÓN:** Días de estancia hospitalaria, desde el momento de su ingreso al hospital, hasta su alta o defunción.
- **FACTORES DE RIESGO:** Condiciones que exponen a presentar mayor riesgo pancreatitis aguda.

**OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS EN PACIENTES CON
PANCREATITIS AGUDA**

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	TIPO DE VARIABLE	CATEGORIZACIÓN DE VARIABLE	INSTRUMENTO
SEXO	Sexo señalado en la historia clínica masculino o femenino.	Nominal dicotómica	Cualitativa	1. Femenino 2. Masculino	Ficha de recolección de datos
EDAD	Años del paciente al momento de su ingreso.	Ordinal policotómica	Cuantitativa	18-40 AÑOS 41-60 AÑOS 61-80 AÑOS >80 AÑOS	Ficha de recolección de datos

GRADO DE INSTRUCCIÓN	Nivel de instrucción más alto cursado por el paciente.	Nominal policotómica	Cualitativa	<ol style="list-style-type: none"> 1. Analfabeto 2. Primaria 3. Secundaria 4. Superior 	Ficha de recolección de datos
ESTADO CIVIL	Relación en que se halla el paciente en el agrupamiento social.	Nominal policotómica	Cualitativa	<ol style="list-style-type: none"> 1. Soltero 2. Casado 3. Viudo 4. Conviviente 5. Divorciado 	Ficha de recolección de datos
OCUPACIÓN	Actividad desempeñada por el paciente	Nominal policotómica	Cualitativa	<ol style="list-style-type: none"> 1. Empleado 2. Desempleado 3. Comerciante 	Ficha de recolección de datos

LUGAR DE PROCEDENCIA	Zona o lugar de donde procede el paciente.	Nominal policotómica	Cualitativa	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lima este 2. Lima sur 3. Lima centro 4. Otros 	Ficha de recolección de datos
HÁBITOS NOCIVOS	Consumo habitual de sustancias nocivas.	Nominal policotómica	Cualitativa	<ol style="list-style-type: none"> 1. Alcohol 2. Drogas 3. Tabaco 4. Ninguno 	Ficha de recolección de datos
MANIFESTACIONES CLÍNICAS	Forma de presentación del paciente.	Nominal Policotómica	Cualitativa	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dolor abdominal 2. Náuseas 3. Vómitos 4. Fiebre 5. Diarrea 	Ficha de recolección de datos

<p>ETIOLOGÍA DE LA PANCREATITIS AGUDA</p>	<p>Causa de la pancreatitis aguda determinada por la clínica, laboratorio y exámenes complementarios</p>	<p>Nominal policotómica</p>	<p>Cualitativa</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cálculos 2. Parásitos 3. Neoplasias 4. Post CPRE 5. Alcohol 6. Autoinmunes 5. Otras 	<p>Ficha de recolección de datos</p>
<p>GRADO DE SEVERIDAD DE LA PANCREATITIS AGUDA</p>	<p>Grado de severidad referido en la historia clínica y catalogada según escalas de APACHE y Marshall</p>	<p>Nominal policotómica</p>	<p>Cualitativa</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Leve 2. Moderada 7. Severa 	<p>Ficha de recolección de datos</p>

<p>TIEMPO DE HOSPITALIZACIÓN</p>	<p>Días de permanencia en el hospital desde su ingreso por hasta el alta o defunción.</p>	<p>Ordinal Policotómica</p>	<p>Cuantitativa</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 1-4 días. 2. 5-7 días. 3. 8-14 días 3. Mayor de 15 días. 	<p>Ficha de recolección de datos</p>
<p>FACTORES DE RIESGO</p>	<p>Patologías asociadas a padecer pancreatitis aguda</p>	<p>Nominal Policotómica</p>	<p>Cualitativa</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Obesidad 2. Dislipidemias 3. Diabetes Mellitus 4. Hipotiroidismo 5. Hipertensión arterial 4. Otras 	<p>Ficha de recolección de datos</p>

3.4 POBLACIÓN Y MUESTRA

- La población estuvo constituida por 180 pacientes con pancreatitis aguda que ingresaron por emergencia al Hospital Nacional Hipólito Unanue entre el periodo Julio 2019 - Julio 2020, la muestra fue elegida por conveniencia en donde la unidad de análisis fueron los pacientes con Pancreatitis Aguda que cumplieron con los criterios de inclusión.

Criterios de Inclusión:

- Se incluyeron a todos los pacientes de ambos sexos con diagnóstico de Pancreatitis aguda que ingresaron por emergencia al Hospital Nacional Hipólito Unanue entre el periodo Julio 2019 - Julio 2020.
- Se incluyeron a todos los pacientes que fueron referidos de otras instituciones y que se encontraron dentro del periodo de tiempo establecido y con la información correspondiente a la presente investigación.

Criterios de Exclusión

- Se excluyeron a todos los pacientes que no contaron con toda la información necesaria en las Historias Clínicas de la institución.
- Aquellos pacientes que fueron referidos de otras instituciones.

3.5 INSTRUMENTO

- Para la recolección de los datos se utilizó una ficha clínico- epidemiológica elaborada por mi persona y validada por expertos (Anexo 7), en donde se almacenó toda la información necesaria para esta investigación, la cual fue llenada en el Hospital Nacional Hipólito Unanue a través de su sistema automatizado y de las Historias Clínicas convencionales de los pacientes.

3.6 PROCEDIMIENTOS

- El Hospital Nacional Hipólito Unanue cuenta con un sistema automatizado de registro en Emergencia en donde se registran todos los ingresos a esta institución, así mismo, todos los pacientes cuentan con una Historia Clínica y a través de estos mecanismos se verificó toda la información necesaria para realizar el presente estudio.

3.7 ANÁLISIS DE DATOS

- Se procedió a elaborar una base de datos con la información conseguida de las fichas clínico- epidemiológicas; dicha recopilación fue procesada en el paquete estadístico SPSS 25 versión en español; los resultados fueron presentados en tablas y gráficos.

IV. RESULTADOS

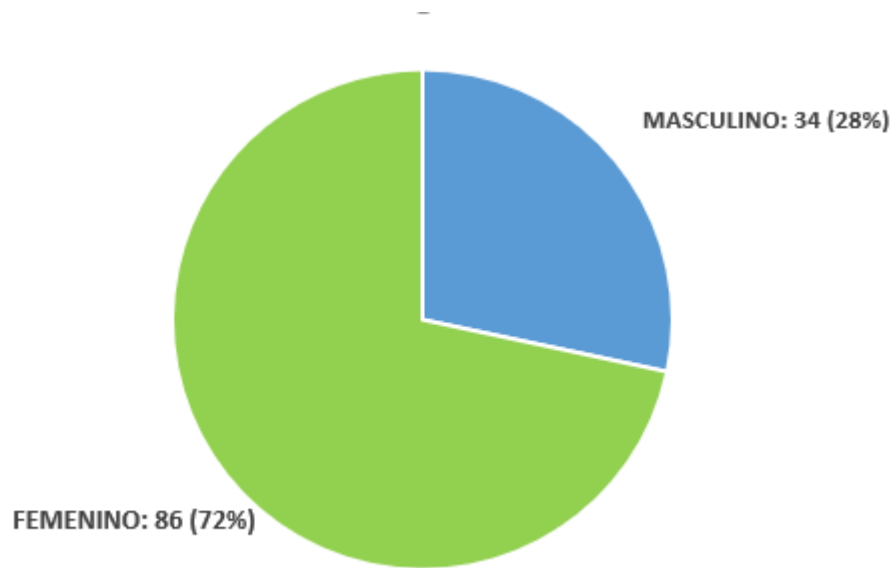
La presente investigación durante el intervalo de tiempo de julio del 2019 a julio del 2020 incluyó un total de 180 pacientes con diagnóstico de pancreatitis aguda, de los cuales 120 pacientes cumplieron con los criterios de inclusión.

- Los pacientes con pancreatitis aguda en el Hospital Hipólito Unanue estuvieron representados según sexo en su mayoría por mujeres en 86 casos (72%) y varones en 34 casos (28%), los cuales se representan en el Grafico 1 y Tabla 1.

TABLA N°1: *Sexo de los Pacientes con Pancreatitis Aguda en el Hospital Nacional Hipólito Unanue. Julio 2019-Julio 2020*

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MASCULINO	34	28%
FEMENINO	86	72%
TOTAL	120	100%

GRÁFICO N°1. *Distribución por sexo de los Pacientes con Pancreatitis Aguda en el Hospital Nacional Hipólito Unanue. Julio 2019-Julio 2020*



- La media de edad en todos los pacientes fue de 49.225 años, la mitad de los pacientes se encuentra por debajo de los 49 años, con una desviación estándar de 16.125 y una moda de 41, los cuales fueron distribuidos en 4 grupos etarios, encontrándose en el grupo de 41-60 años a 65 pacientes (54.17%), seguido por el grupo de 18-40 años con 32 pacientes (26.67%), el grupo de 61-80 años con 16 pacientes (13.33%) y por último el grupo de >80 años con 7 pacientes (5.83%). Los resultados respecto a esta variable se aprecian en las Tablas 2 y 3 y en el Gráfico 2.

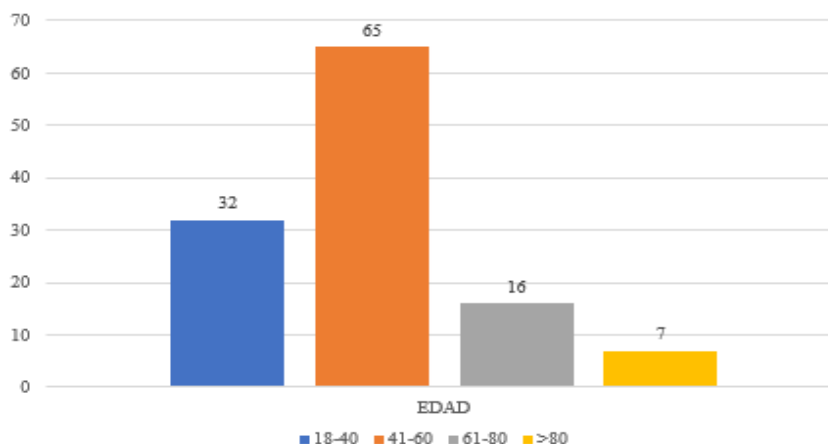
TABLA N°2: *Edad de los pacientes con diagnóstico de Pancreatitis Aguda en el Hospital Nacional Hipólito Unanue. (Julio2019- Julio2020)*

MEDIA	49.225
MEDIANA	47
MODA	41
RANGO	69
DESVIACIÓN ESTANDAR	16.125
LÍMITE SUPERIOR	88
LÍMITE INFERIOR	19

TABLA N°3: *Frecuencia de edad de los pacientes con diagnóstico de Pancreatitis Aguda en el Hospital Nacional Hipólito Unanue. (Julio2019- Julio2020)*

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
18-40 AÑOS	32	26.67%
41-60 AÑOS	65	54.17%
61-80 AÑOS	16	13.33%
>80 AÑOS	7	5.83%
TOTAL:	120	100%

GRÁFICO N°2. *Edad de los pacientes con Pancreatitis Aguda.*

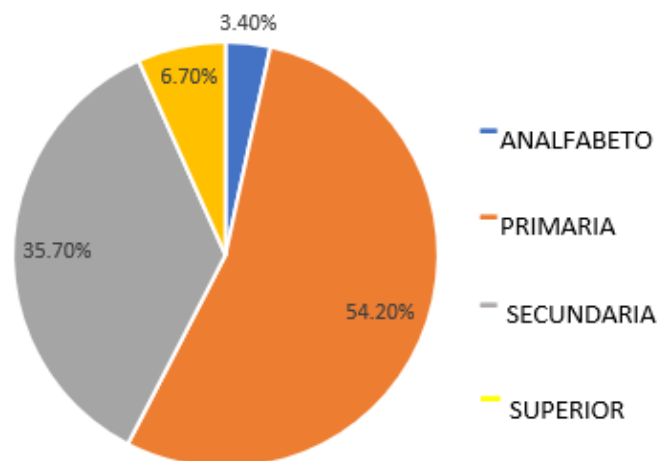


- Cuando valoramos el grado de instrucción observamos que la mayoría de pacientes presentan primaria completa e incompleta 65 pacientes (54.2%), seguido de pacientes con secundaria completa e incompleta 43 pacientes (35.7%), 8 pacientes (6.7%) con educación superior y por último 4 (3.4%) pacientes analfabetos. (Tabla 4 y Gráfico 3)

TABLA N°4: *Grado de instrucción en pacientes con Pancreatitis Aguda en el Hospital Hipólito Unanue. (Julio2019- Julio2020)*

GRADO DE INSTRUCCIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ANALFABETO	4	3.4%
PRIMARIA	65	54.2%
SECUNDARIA	43	35.7%
SUPERIOR	8	6.7%
TOTAL	120	100%

GRÁFICO N°3. *Grado de Instrucción en pacientes con Pancreatitis Aguda.*

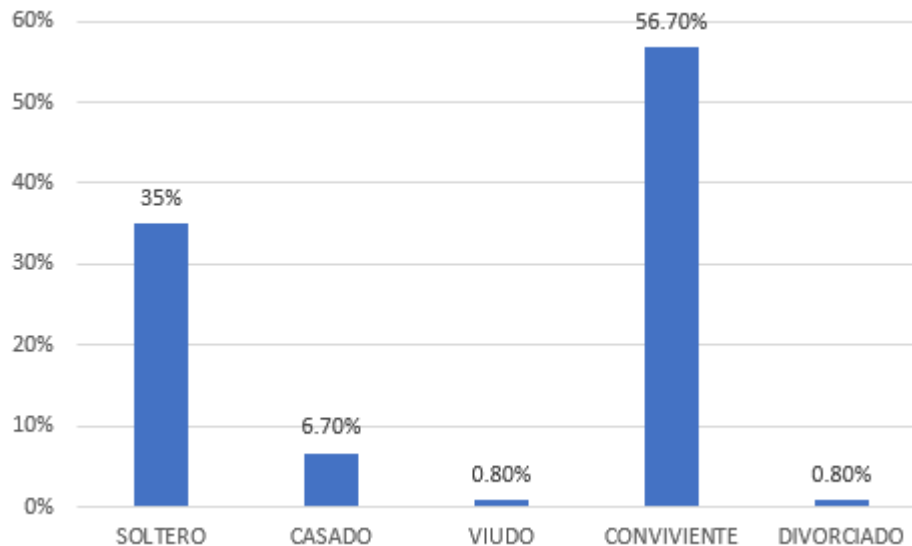


- En cuanto al estado civil la condición conviviente fue la más representativa con 68 pacientes (56.7%) respecto al grupo de solteros con 42 pacientes (35%), 8 pacientes (6.7%) casado y 1 paciente (0.8%) viudo. (Tabla 5 y Gráfico 4)

TABLA N°5. *Estado civil en pacientes con Pancreatitis Aguda en el Hospital Hipólito Unanue. (Julio2019- Julio2020)*

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SOLTERO	42	35%
CASADO	8	6.7%
VIUDO	1	0.8%
CONVIVIENTE	68	56.7%
DIVORCIADO	1	0.8%
TOTAL	120	100%

GRÁFICO N°4. *Estado civil en pacientes con Pancreatitis Aguda.*

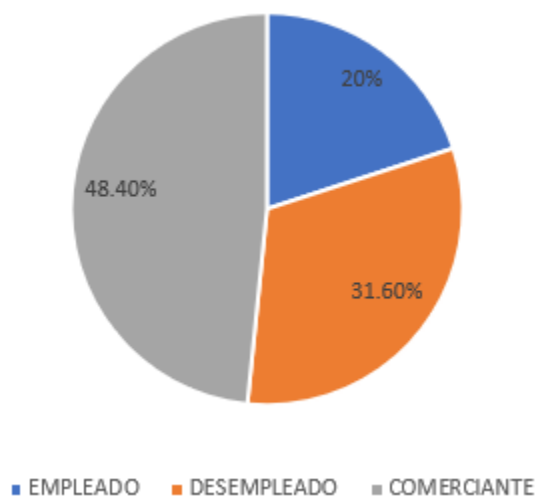


- Con respecto a ocupación el grupo de comerciantes fue de 58 pacientes (48.4%) siendo el más representativo, el grupo de desempleados fue de 38 pacientes (31.6%) y empleados 24 pacientes (20%). (Tabla 6 y Gráfico5)

TABLA N°6. *Ocupación en pacientes con Pancreatitis Aguda en el Hospital Hipólito Unanue. (Julio2019- Julio2020)*

OCUPACION	FRECUENCIA	PORCENTAJES
EMPLEADO	24	20%
DESEMPLEADO	38	31.6%
COMERCIANTE	58	48.4%
TOTAL	120	100%

GRÁFICO N°5. *Ocupación en pacientes con Pancreatitis Aguda.*

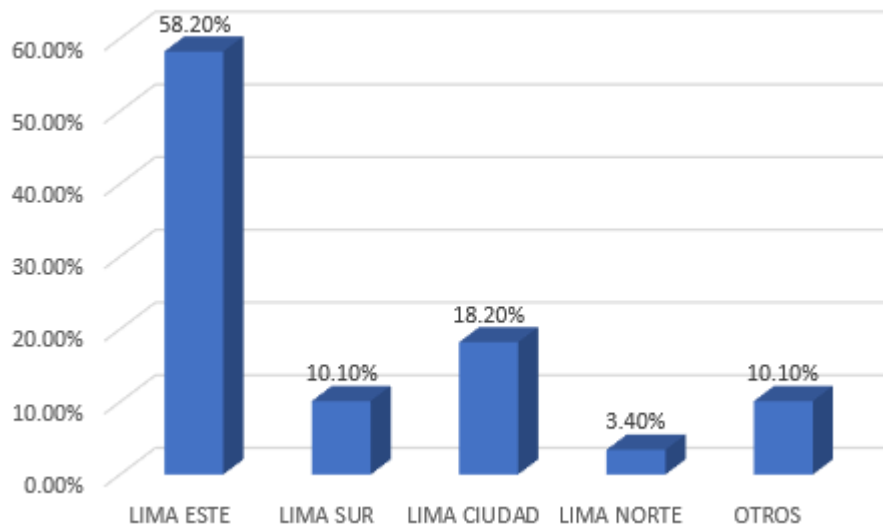


- Sobre el lugar de procedencia el grupo de la zona de Lima Este con 70 pacientes (58.2%) y Lima Ciudad con 22 pacientes (18.2%) son los más representativos. (Tabla 7 y Gráfico 6)

TABLA N°7. *Lugar de Procedencia en pacientes con Pancreatitis Aguda en el Hospital Hipólito Unanue. (Julio2019- Julio2020)*

LUGAR DE PROCEDENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
LIMA ESTE	70	58.2%
LIMA SUR	12	10.1%
LIMA CIUDAD	22	18.2%
LIMA NORTE	4	3.4%
OTROS	12	10.1%
TOTAL	120	100%

GRÁFICO N°6. Lugar de Procedencia en pacientes con Pancreatitis Aguda.

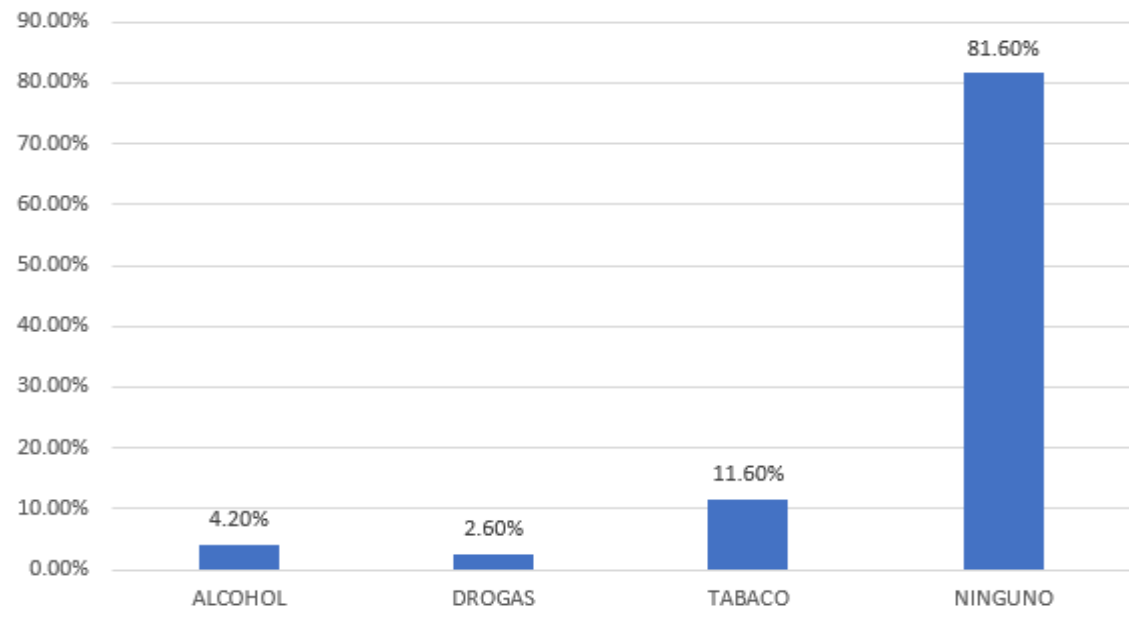


- En los resultados obtenidos respecto a hábitos nocivos encontramos que 98 pacientes (81.6%) no presenta hábitos nocivos y 14 pacientes (11.6%) son consumidores de tabaco. (Tabla 8 y Gráfico7)

TABLA N°8. Hábitos Nocivos en pacientes con Pancreatitis Aguda en el Hospital Hipólito Unanue. (Julio2019- Julio2020)

HABITOS NOCIVOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ALCOHOL	5	4.2%
DROGAS	3	2.6%
TABACO	14	11.6%
NINGUNO	98	81.6%
TOTAL	120	100%

GRÁFICO N°7. Hábitos nocivos en pacientes con Pancreatitis Aguda.



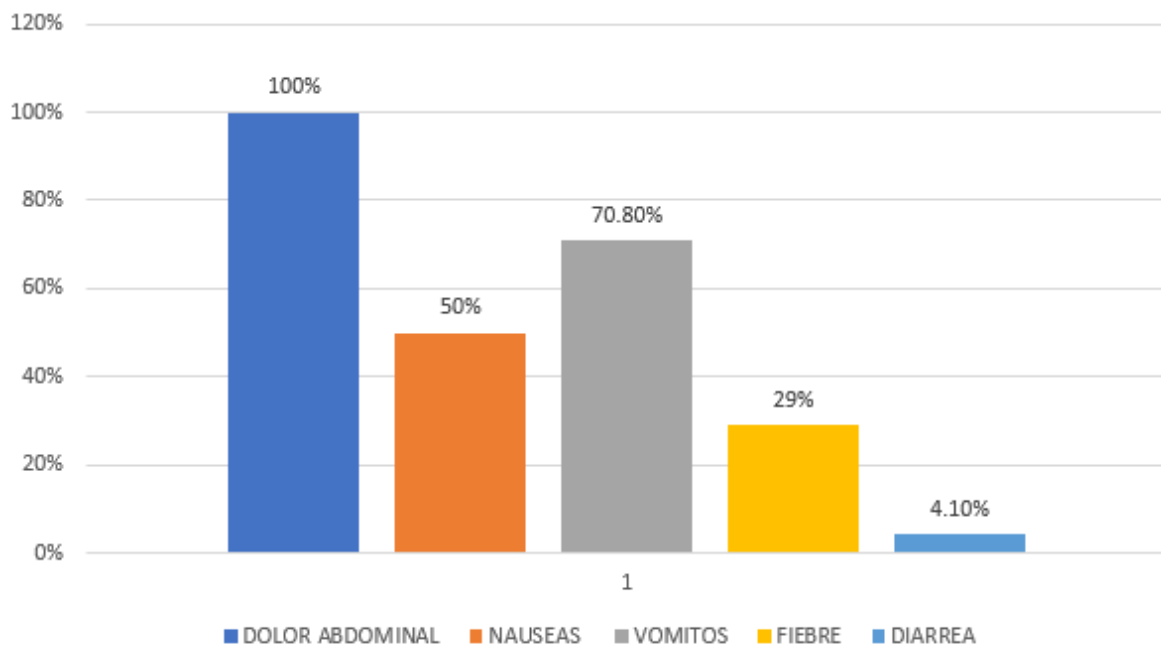
- En cuanto a las manifestaciones clínicas se observó que el 100% de los pacientes presentan dolor abdominal, seguido de 85 pacientes (70.8%) que presentaron vómitos, 60 pacientes (50%) con náuseas, mientras que 35 pacientes (29%) presentaron fiebre y solo 5 pacientes (4.10%) manifestó diarrea. (Tabla 9 y Gráfico 8)

TABLA N°9. Manifestaciones clínicas de los Pacientes con Pancreatitis Aguda en el Hospital Nacional Hipólito Unanue. (Julio 2019-Julio 2020).

CARACTERISTICAS CLINICAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
DOLOR ABDOMINAL	120	100%
NAUSEAS	60	50%
VOMITOS	85	70.80%
FIEBRE	35	29%
DIARREA	5	4.10%

GRÁFICO N°8. *Manifestaciones clínicas de los Pacientes con Pancreatitis*

Aguda.



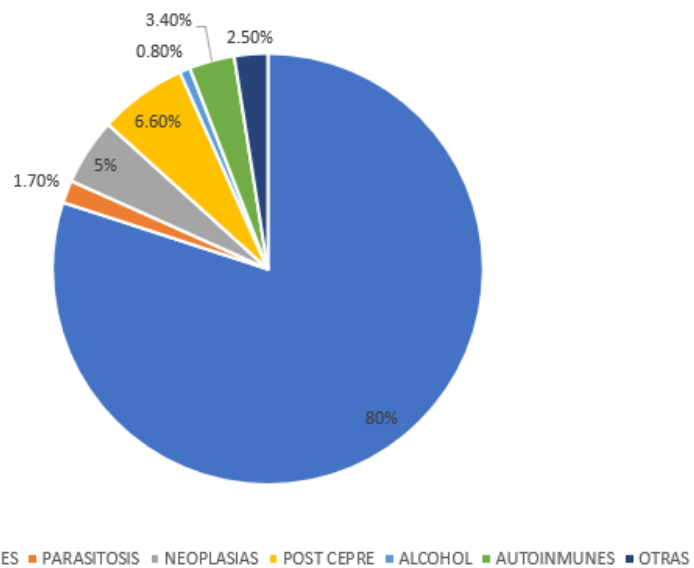
- Cuando se analizó la etiología de la Pancreatitis Aguda, encontramos que los cálculos biliares son los más representativos con 96 pacientes (80%), seguido de 8 pacientes (6.6%) que manifestaron Pancreatitis Aguda Post Colangiopancreatografía Retrógrada Endoscópica (CPRE). (Tabla 10y Gráfico 9)

TABLA N°10. *Características Etiológicas de los Pacientes con Pancreatitis Aguda en el Hospital Nacional Hipólito Unanue. (Julio 2019-Julio 2020).*

CARACTERÍSTICAS ETIOLOGICAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CALCULOS BILIARES	96	80%
PARASITOSIS	2	1.7%

NEOPLASIAS	6	5%
POST CEPRE	8	6.6%
ALCOHOL	1	0.8%
AUTOINMUNES	4	3.4%
OTRAS	3	2.5%
TOTAL	120	100%

GRÁFICO N°9. *Características Etiológicas de los Pacientes con Pancreatitis Aguda.*

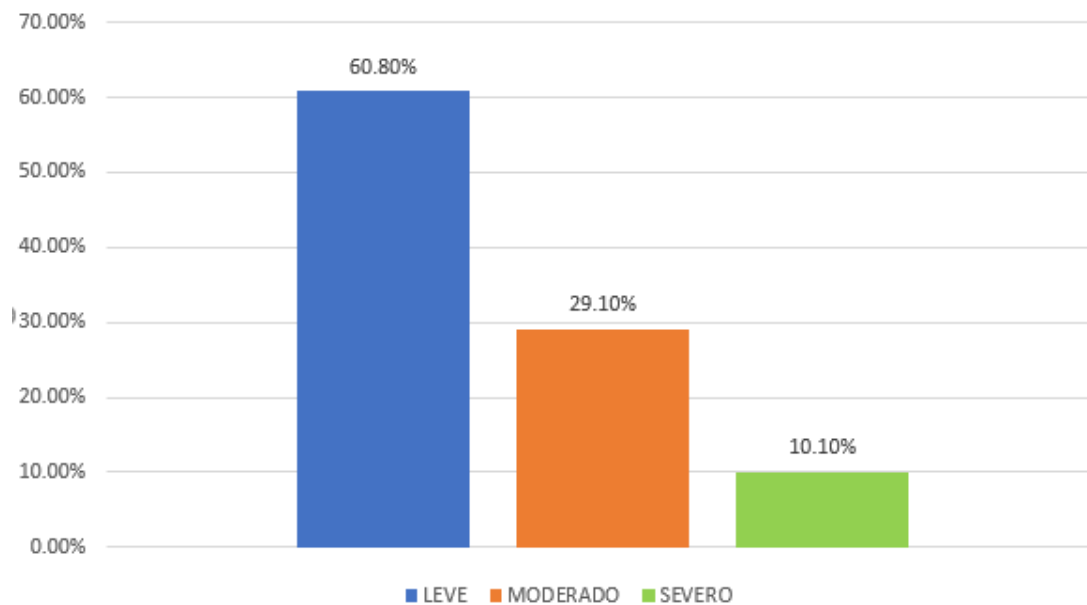


- Cuando se analizó el grado de severidad de los pacientes con Pancreatitis Aguda, encontramos que la condición leve 73 (60.8%) fue la condición predominante, seguida de 35 pacientes (29.1%) con pancreatitis aguda moderada y 12 pacientes (10.1) con severa. (Tabla 11 y Gráfico 10)

TABLA N°11. *Grado de severidad de los Pacientes con Pancreatitis Aguda en el Hospital Nacional Hipólito Unanue. (Julio 2019- Julio 2020)*

GRADO DE SEVERIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
LEVE	73	60.8%
MODERADO	35	29.1%
SEVERO	12	10.1%
TOTAL	120	100%

GRÁFICO N°10. *Grado de severidad de los Pacientes con Pancreatitis Aguda.*

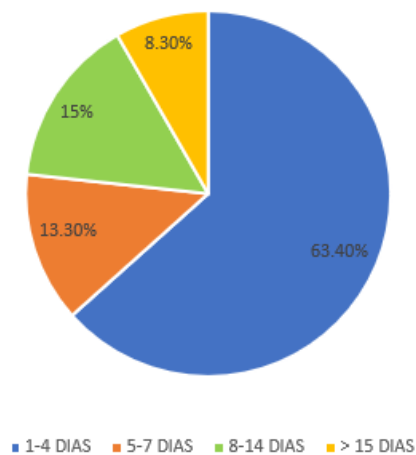


- Al analizar el tiempo de hospitalización en los pacientes con Pancreatitis Aguda, se encontró que de 1 a 4 días es el tiempo que predominó con 76 pacientes (63.4%), seguido de 8-14 días con 18 pacientes (15%), de 5-7 días 16 pacientes (13.3) y por último más de 15 días 10 pacientes (8.3%). (Tabla 12 y Gráfico 11)

TABLA N°12. *Tiempo de Hospitalización de los Pacientes con Pancreatitis Aguda en el Hospital Nacional Hipólito Unanue. (Julio 2019-Julio 2020)*

TIEMPO		
HOSPITALARIO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1-4 DIAS	76	63.4%
5-7 DIAS	16	13.3%
8-14 DIAS	18	15%
> 15 DIAS	10	8.3%
TOTAL	120	100%

GRÁFICO N°11. *Tiempo de Hospitalización de los Pacientes con Pancreatitis Aguda.*

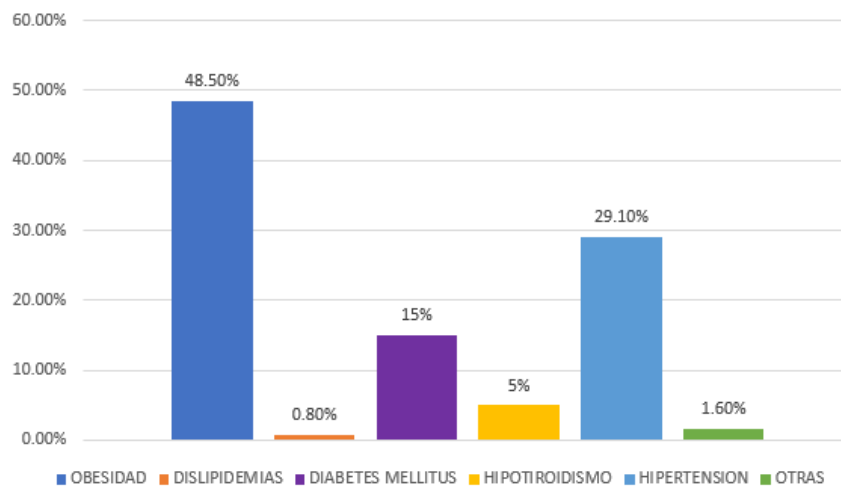


- En cuanto a los factores de riesgo en Pancreatitis Aguda, se encontró a 58 pacientes (48.5%) con obesidad, seguido de 35 pacientes (29.1%) con hipertensión arterial siendo estos los más representativos, también se encontró a 18 pacientes (15%) con diabetes mellitus. (Tabla 13 y Gráfico 12)

TABLA N°13. Factores de Riesgo de los Pacientes con Pancreatitis Aguda en el Hospital Nacional Hipólito Unanue. (Julio 2019-Julio 2020)

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
OBESIDAD	58	48.5%
DISLIPIDEMIAS	1	0.8%
DIABETES MELLITUS	18	15%
HIPOTIROIDISMO	6	5%
HIPERTENSION	35	29.1%
OTRAS	2	1.6%
TOTAL	120	100%

GRÁFICO N°12. Factores de Riesgo de los Pacientes con Pancreatitis Aguda.



- Cuando se correlaciona el sexo y edad con el grado de severidad de pancreatitis se observa que los pacientes de sexo femenino de 41 a 60 años tienen más riesgo

de presentar pancreatitis leve con un de P 0.007. Los datos de esta comparación se observan en la Tabla 14.

TABLA N°14. *Grado de Severidad, sexo y edad de los Pacientes con Pancreatitis Aguda en el Hospital Nacional Hipólito Unanue. (Julio 2019-Julio 2020).*

		GRADO DE SEVERIDAD DE LA PANCREATITIS			
		LEVE	MODERADO	SEVERO	
SEXO	EDAD				P
MASCULINO	18-40 AÑOS	13	2	1	
	41-60 AÑOS	6	5	2	
	61-80 AÑOS	2	1	1	
	>80 AÑOS	0	1	0	
FEMENINO	18-40 AÑOS	9	6	1	
	41-60 AÑOS	35	12	5	0.007
	61-80 AÑOS	5	6	1	
	>80 AÑOS	3	2	1	
TOTAL		73	35	12	

- En cuanto a los factores de riesgo relacionados al grado de severidad se observa que la Obesidad tiene mayor riesgo de presentar pancreatitis moderada (P 0.0033) seguido de Hipertensión Arterial que tiene riesgo de pancreatitis leve (P 0.077). (Tabla 15).

TABLA N°15. Factores de Riesgo y Grado de severidad de los Pacientes con Pancreatitis Aguda en el Hospital Nacional Hipólito Unanue. (Julio 2019-Julio 2020)

FACTORES DE RIESGO	GRADO DE SEVERIDAD			P
	LEVE	MODERADO	SEVERO	
OBESIDAD	36	16	6	0.0033
DISLIPIDEMIAS	0	1	0	
DIABETES MELLITUS	8	6	4	
HIPOTIROIDISMO	2	4	0	
HIPERTENSION	25	8	2	0.077
OTRAS	2	0	0	
TOTAL	73	35	12	

- Cuando correlacionamos etiología y tiempo de hospitalización se evidencia que el paciente con cálculos biliares tiene una estancia de 8 a 14 días (P 0.004), siendo este resultado el más significativo. (Tabla 16)

TABLA N°16. *Etiología y Tiempo de Hospitalización de los Pacientes con Pancreatitis Aguda en el Hospital Nacional Hipólito Unanue. (Julio 2019-Julio 2020).*

ETIOLOGÍA	TIEMPO DE HOSPITALIZACIÓN				
	1-4 DIAS	5-7 DIAS	8-14 DIAS	>15 DIAS	P
CALCULOS BILIARES	66	8	14	8	0.004
PARASITOSIS	1	1	0	0	
NEOPLASIAS	0	0	4	2	
POST CEPRE	6	2	0	0	
ALCOHOL	0	1	0	0	
AUTOINMUNES	1	3	0	0	
OTRAS	2	1	0	0	

- La mortalidad de pacientes en este trabajo fue de 7 casos, los cuales al correlacionarlos con grado de severidad y etiología se observa que la mayor presentación de casos fue por Neoplasias asociadas con 4 pacientes (57.1%), seguido de cálculos biliares con 2 pacientes (28.5%). (Tabla 17)

TABLA N°17. *Grado de Severidad, Mortalidad y etiología de los Pacientes con Pancreatitis Aguda en el Hospital Nacional Hipólito Unanue. (Julio 2019-Julio 2020).*

GRADO DE SEVERIDAD DE LA PANCREATITIS				
	LEVE	MODERADO	SEVERO	MORTALIDAD = 7
CALCULOS BILIARES			2	28.50%
PARASITOSIS			0	
NEOPLASIAS			4	57.10%
POST CEPRE			0	
ALCOHOL			0	
AUTOINMUNES			1	14.40%
OTRAS			0	

V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En el presente estudio se buscó determinar las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes con Pancreatitis Aguda atendidos en el Hospital Nacional Hipólito Unanue (julio 2019 – julio 2020).

- En lo concerniente a características epidemiológicas, se encontró que según sexo 34 pacientes (28%) fueron varones y 86 pacientes (72%) fueron mujeres. La media de edad en los pacientes fue de 49.225 años (19-88 años), encontrándose el mayor grupo de pacientes en el rango de 41-60 años con 65 pacientes (54.17%) y en el rango de 18-40 años, 32 pacientes (26.67%) siendo ambos los más predominantes. Esto se correlaciona con hallazgos obtenidos por Huisa (2016) en su tesis “Características de los pacientes con diagnóstico de Pancreatitis aguda en el Hospital Regional de Moquegua durante el periodo 2014 -2015”, en la que concluye que el género más afectado es el femenino, con edad promedio de 42.23 años y con Bravo (2010), en su artículo “Perfil epidemiológico de la pancreatitis aguda en el Hospital General Villa periodo 2008-2009”, en la que refirió que la mayoría de pacientes era de sexo femenino (68.8%). Asimismo, Zevallos (2015) en su investigación encontró que el género afectado con más frecuencia fue el femenino, encontrándose la edad entre los 53 y 60 años. Datos similares a los encontrados con respecto al sexo y edad en nuestro trabajo
- Con respecto al grado de instrucción de los pacientes, se evidenció que el grado de instrucción más frecuente fue el de primaria completa e incompleta con 65 pacientes (54.2%), seguido de secundaria completa e incompleta con 43 pacientes (35.7%), 8 pacientes (6.7%) con estudio superiores y 4 pacientes (3.2)

analfabetos. Soto (2013) en su estudio realizado en Loreto- Perú, encontró que 55 pacientes (62.5) % tuvieron secundaria completa e incompleta, el 13.6% (12 pacientes) correspondieron al grado de instrucción superior; mientras que primaria completa e incompleta representaron el 21.6% y por último 2.3% (2 casos) correspondieron a analfabetos. Estos datos difieren de los resultados obtenidos en la presente investigación.

- En cuanto al lugar de procedencia, el grupo de la zona de Lima Este 70 (58.2%) y Lima Ciudad 22 (18.2%) fueron los que más destacaron, ya que el hospital Hipólito Unanue es catalogado como centro de referencia a nivel nacional y se encuentra ubicado en dicha zona urbana. Arias (2008) en su trabajo encontró que la media de edad fue de 57,7 años; siendo hombres un 57,3%; procedían áreas urbanas un 66.1%., datos similares del lugar de procedencia en nuestro trabajo, pero que difiere con respecto al sexo y edad.
- Acerca del estado civil de los pacientes con pancreatitis aguda, el 56.7% (68) de los pacientes son convivientes, seguido de 42 pacientes solteros que representan el 35%. Soto (2013) en su investigación encontró que el estado civil conviviente representa el 48.9% (43 casos) y el 28.4% (25 casos) corresponden a estado civil soltero. Datos similares a los evidenciados en el presente estudio.
- Con respecto a los hábitos nocivos, 81.6% (98) de los pacientes no tuvo ningún hábito nocivo, seguido de 14 pacientes (11.6%) fumadores de tabaco y 5 pacientes (4.2%) consumidores de alcohol. Landeo y Laura (2011) en su estudio realizado en Huancayo, obtuvieron que 24.1% de los pacientes fueron consumidores de

alcohol, seguido de 21.6% de pacientes sin hábitos nocivos y 6% de pacientes fumadores de tabaco. Dichos datos varían en los resultados obtenidos en este estudio.

- En cuanto a la Ocupación, hallamos que 58 pacientes (48.4%) eran comerciantes, mientras que 38 (31.6) estaban desempleados, seguido de 24 pacientes (20%) que tenían empleo fijo. No obstante, esto se puede deber a las características demográficas del lugar donde se realizó el estudio.
- Cuando se analiza las características clínicas, todos los pacientes incluidos en el estudio presentaron dolor abdominal, seguido por 85 pacientes (70.8%) que presentaron vómitos y 60 pacientes (59%) náuseas. Estos hallazgos se correlacionan con los reportados por Hamada (2014) encontrando que las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron: dolor abdominal, náuseas, vómitos e ictericia. Molina (2015), además reportó que la característica clínica más predominante al 100% fue el dolor abdominal, asimismo Arias (2008) encontró al momento de ingreso a la Emergencia, el 97,1% refirió como síntoma dolor en abdomen superior y el 22,1% manifestó que se irradiaba a la espalda; 83,8% curso con vómito y/o náuseas.
- Cuando se analiza los factores de riesgo asociados a Pancreatitis, encontramos que Obesidad con 58 pacientes (48.5%) e Hipertensión con 35 pacientes (29.1%) son los más representativos. Respecto a los factores etiológicos asociados a Pancreatitis, encontramos que los cálculos biliares presentados en 96 pacientes (80%) fueron los más significativos. Gonzales (2012) teniendo en cuenta el IMC

de los pacientes, encontró que el 64% de estos tenía sobrepeso y/o obesidad. El factor etiológico fue biliar en 66,6%, el alcohol en 15,9%, la hiperlipidemia en 7,8%, algunos datos coinciden con nuestro trabajo. Zevallos (2015) en sus resultados encontrados demuestra que la etiología más frecuente fue litiasis vesicular; así mismo Ayala (2014), reportó pancreatitis asociada a comorbilidades, principalmente a Diabetes Mellitus tipo 2 (DMT-2). Gonzales (2012) describe que la etiología más frecuente fue la asociada a litiasis biliar, por encima de los pacientes con alcoholismo. Como se puede observar la mayoría de trabajos coinciden en que la causa etiológica de la Pancreatitis es la litiasis, datos que concuerdan con los obtenidos.

- Cuando se analiza el tiempo de hospitalización en pacientes con Pancreatitis Aguda, se encontró que 76 pacientes (63.4%) estuvieron internados de 1 a 4 días, siendo este intervalo el que predominó, seguido por 18 pacientes (15%) que estuvieron hospitalizados entre 8- 14 días. Huisa (2016) en su investigación encontró que los días de hospitalización promedio en pacientes con pancreatitis aguda fue de 14, diferente a lo encontrado por Ayala (2014) el cual mencionan que el promedio de días de hospitalización fue de 26.8 días, estos datos difieren del presente trabajo ya que destacaron significativamente los pacientes con pancreatitis aguda leve y tiempo de hospitalización muy corto.
- Sobre el grado de severidad se evidenció que el 60.8% de pacientes (70) presentaron pancreatitis aguda leve, siendo este resultado el más representativo; seguido por 35 pacientes (29.1%) que presentaron pancreatitis aguda moderada y

12 pacientes (10.1%) cursaron con pancreatitis aguda severa. Landeo y Laura (2011) encontraron que 52.6% de pacientes tuvieron pancreatitis aguda grave y el 47.4 % presentaron pancreatitis aguda leve. El estudio realizado por Arroyo (2008) en el Hospital Víctor lazarte de Trujillo - Perú presentó 66.6 % de pacientes con pancreatitis aguda grave y 33.3% con pancreatitis aguda leve. No coincidiendo con los resultados obtenidos en esta investigación, dado que hubo un mayor número de pacientes con pancreatitis aguda leve.

- Cuando correlacionamos los factores de riesgo relacionados al grado de severidad se observa que la Obesidad tiene mayor riesgo de presentar pancreatitis moderada (P 0.0033) seguido por Hipertensión Arterial que tiene riesgo de presentar pancreatitis leve (P 0.077), datos encontrados muy similares por Gonzales (2012) donde la Obesidad es el principal factor de riesgo y Ayala (2014) menciona que la diabetes mellitus es el principal factor asociado a pancreatitis aguda en su estudio.
- En cuanto a la correlación de Sexo, edad y severidad se encontró que pacientes entre 41- 60 años de sexo femenino tienen más riesgo de presentar pancreatitis leve; resultados que coinciden con Ayala (2014) en cuanto al sexo femenino más no en el grupo etario, quien encontró que en pancreatitis aguda leve se evidenció mayor frecuencia de mujeres, pero en el grupo de edad de 15-24 años. Esto podría deberse a que en la población del presente estudio prevaleció el rango de edad de 41-60 años.
- La mortalidad de pacientes en este estudio fue de 7 (5.8%) casos del total, los cuales al correlacionarlos con grado de severidad y etiología se observa que la

mayor presentación de casos fueron por Neoplasias asociadas evidenciadas en 4 pacientes (57.1%), seguido de cálculos biliares en 2 pacientes (28.5%), datos similares a los obtenidos por Gonzales (2012) que en su trabajo demostró que la mortalidad total fue del 5%, siendo más frecuente en pacientes menores de 30 años con 2,6%).

VI. CONCLUSIONES

- El sexo femenino fue el de mayor frecuencia con 86 pacientes (72%).
- La media de edad de los pacientes fue de 49,225 años (19- 88 años), encontrándose el mayor grupo de pacientes (60%) dentro de los 41-60 años y en el grupo de 18-40 años al 23.4%, siendo estos los más predominantes.
- El grado de instrucción que la mayoría de pacientes presentan primaria completa e incompleta con 65 pacientes (54.2%).
- El estado civil que prevalece es la condición conviviente con 68 pacientes (56.7%).
- El grupo de comerciantes con 58 pacientes (48.4%) fue el más representativo en cuanto a la ocupación de los pacientes.
- El lugar de procedencia que más destacó fue el grupo de la zona de Lima Este con 70 pacientes (58.2%), seguido de Lima Ciudad con 22 pacientes (18.2%).
- En cuanto a hábitos nocivos encontramos que 98 pacientes (81.6%) no registra ningún hábito nocivo, seguido de 14 pacientes (11.6%) que son fumadores de tabaco.
- Las manifestaciones clínicas que prevalecen son el dolor abdominal que manifestaron el 100% de pacientes, seguido de vómitos en 85 pacientes (70.8%) y náuseas en 60 pacientes (50%).
- Los factores de riesgo más representativos asociados a Pancreatitis aguda fueron Obesidad con 58 pacientes (48.5%) e Hipertensión arterial con 35 pacientes (29.1%).

- Los cálculos biliares evidenciados en 96 pacientes (80%) fueron la etiología más frecuente.
- El grado de severidad asociados a Pancreatitis Aguda más predominante fue la condición leve con 73 pacientes (60.8%).
- En el tiempo de hospitalización asociados a Pancreatitis Aguda, encontramos que el intervalo de 1 a 4 días con 76 pacientes (63.4%) es el que predominó.
- En la correlación de los factores de riesgo y el grado de severidad se observó que la Obesidad tiene mayor riesgo de presentar pancreatitis aguda moderada (P 0.0033) y la Hipertensión Arterial tiene mayor riesgo de presentar pancreatitis aguda leve (P 0.077).
- La etiología correlacionada con el tiempo de hospitalización evidencia que el paciente con cálculos biliares tiene una estancia hospitalaria de 8 a 14 días (P 0.004).
- El sexo y edad respecto al grado de severidad de pancreatitis aguda evidencian que las pacientes de sexo femenino de 41 a 60 años tienen más riesgo de presentar pancreatitis aguda leve (P 0.007).
- La mortalidad en este trabajo fue de 7 pacientes (5.8%) del total de casos, los cuales al correlacionarlos con grado de severidad y etiología evidencian que la mayor causa de mortalidad fue por Neoplasias presentadas en 4 pacientes (57.1%).

VII. RECOMENDACIONES

- Uno de los pilares fundamentales de la salud pública es la prevención de la salud, por este motivo, siendo la pancreatitis aguda una patología que está asociada a comorbilidades y factores de riesgo que pueden ser modificados; recomiendo realizar consejerías para obtener cambios en el estilo de vida de los pacientes, que involucren la mejora de la alimentación, control de peso y como consecuencia el control de las comorbilidades asociadas.
- Se recomienda la elaboración de más estudios con un mayor número poblacional, en las diferentes regiones del país, con la finalidad de obtener más información, sobre todo que se ajuste a la realidad de los lugares en los que se realicen estos estudios para conocer la epidemiología y las características clínicas de pacientes con Pancreatitis Aguda.
- Finalmente, se puede recomendar un manejo adecuado de la enfermedad, ya que es responsabilidad de todo el equipo multidisciplinario que se encuentra valorando al paciente y que las decisiones que se tomen siempre deben ser encaminadas a la mejoría clínica y a la prevención de eventos recurrentes y complicaciones.

VIII. REFERENCIAS

1. Abel Salvador Arroyo-Sánchez¹, Jorge García Ventura¹, Rosa Y. Aguirre Mejía. Pancreatitis aguda en la Unidad de Cuidados Intensivos e Intermedios: revisión y evolución de 36 casos. Hospital Víctor Lazarte E. – Trujillo, Perú. Rev. Gastroenterol. Perú v.28 n.2 Lima Abr./Jun. 2008
2. Alfonso, I., Salabert, I., Alfonso, J., Álvarez, M., Torres, A., Semper, A. Factores de riesgo para pancreatitis aguda en el Hospital Comandante Faustino Pérez de Matanzas. Rev. Med. Electrón. 2017; 39(6):1259-126
3. Álvarez-Aguilar, P., Dobles-Ramírez, C., Álvarez-Aguilar, P., & Dobles-Ramírez, C. (2021). Pancreatitis aguda: fisiopatología y manejo inicial. Retrieved 10 July 2021, from https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022019000100013
4. Álvaro A. Gómez V., MD, Alberto Rodríguez V., MD. Características de los pacientes con diagnósticos de Pancreatitis aguda atendidos entre Enero 2008 y Diciembre de 2011 en un centro de cuarto nivel. Rev Col Gastroenterol / 30 (2) 2015. <http://www.redalyc.org/html/3377/337740056005/>
5. Arias Alarcón, María Angélica; Troncoso Trujillo, Paula; Neira Vidal, Víctor; Castagnoli Parraguez, Natalia. Artículo original: Caracterización epidemiológica y clínica de pacientes con diagnóstico de pancreatitis en la Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital de Temuco. Revista chilena de Medicina Intensiva. 2008.vol 23 (4): 225.230
6. Ayala Balseca, Vanessa Elizabeth; Mora Guzmán, Ana Gabriela. Diferencias clínico- demográficas entre la pancreatitis aguda leve y severa en una cohorte

histórica del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo, Quito Ecuador, durante el año 2008-2013. Tesis. Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

7. Banks PA, Bollen TL, Dervenis C, et al. Acute Pancreatitis Classification Working Group. Classification of acute pancreatitis 2012: Revision of the Atlanta Classification and definitions by international consensus. *Gut* 2013; 62(1): 102- 111.
8. Bravo Mateos, Guillermo (2010). Perfil Epidemiológico de la Pancreatitis aguda En el hospital general Villa. Período 2008-2009. Tesis para obtener el Diploma de Especialidad en urgencias Médico – Quirúrgicas. Instituto Politécnico Nacional. Escuela Superior de Medicina.
9. Breijo A, Prieto J. Pancreatitis aguda. Artículo de revisión. *IntraMed Journal*. 2014; 3(2): 1-14
10. Chacha, M. “Factores de riesgo de pancreatitis aguda en pacientes del Hospital Provincial Docente Ambato, enero – diciembre 2016”. (Tesis de titulación) Universidad Regional Autónoma de los Andes, Facultad de Ciencias Médicas. Ecuador, 2017.
11. Díaz, T., Otero, W., Gómez, M. pancreatitis aguda y elevación de aminotransferasas: ¿en qué pensar? Reporte de caso y revisión de la literatura. *Revista Colombiana de Gastroenterología*. 2014; 30(4): 479-484.
12. Esquivia, E., Pancreatitis aguda factores de riesgo y complicaciones. Hospital Abel Gilbert pontón, periodo 2014-2015. (Tesis de titulación). Universidad de Guayaquil, Facultad de Ciencias Médicas. Ecuador, 2016.
13. Ferreira Bogado, M; Ramirez Sotomayor,J; Grance, J; Aquino, Cesar.(Dic. 2015) Pancreatitis aguda: nuestros resultados en 350 casos aplicando la clasificación de

Petrov en Paraguay. Rev. Cir. Parag. vol.39 no.2 Asunción Dec. 2015.

<http://dx.doi.org/10.18004/sopaci.2015.Diciembre.12-15>

14. Figueroa, Z. Factores de riesgo y complicaciones de la pancreatitis aguda en pacientes masculinos entre 20 y 64 años en el Hospital Universitario de Guayaquil periodo 2013-2015. (Tesis de grado). Universidad de Guayaquil. Ecuador, 2016
15. González-González, J., Castañeda-Sepúlveda, R., Martínez-Vázquez, M., García Compean, D., Flores-Rendón, A., Maldonado-Garza, H., Bosques- Padilla, F. and Garza-Galindo, A. (2012). Características clínicas de la Pancreatitis aguda en México. Revista de Gastroenterología de México, 77(4), pp.167-173.
16. Hamada, S., Masamune, A., Kikuta, K., Hirota, M., Tsuji, I. and Shimosegawa, T. (2014). Nationwide Epidemiological. Survey of Acute Pancreatitis in Japan. Páncreas, 43(8), pp.1244-1248.
17. Herrera, D., Garavito, J., Linarez, K., Lizarzaburu, V. Pancreatitis aguda por hipertrigliceridemia severa: reporte de caso y revisión de la literatura. Rev Gastroenterol Peru. 2015;35(2):159-64
18. Herrera, D., Garavito, J., Linarez, K., Lizarzaburu, V. Pancreatitis aguda por hipertrigliceridemia severa: reporte de caso y revisión de la literatura. Rev. Gastroenterol Perú. 2015;35(2):159-64.
19. Huisa Chura, J. (2016). Características de los pacientes con diagnóstico de Pancreatitis Aguda en el hospital regional de Moquegua durante el periodo 2014-2015. Tesis para obtención de título profesional de Médico Cirujano. Universidad Privada de Tacna.

20. Jin Z1,2, Xu L2, Wang X2, Yang D1. Risk Factors for Worsening of Acute Pancreatitis in Patients Admitted with Mild Acute Pancreatitis. *Med Sci Monit.* 2017 Feb 26; 23:1026-1032
21. Junquera, R., & Segura, I. (2021). Pancreatitis aguda. Retrieved 9 July 2021, from <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=25132>.
22. Landeo Gonzales, C., & Laura Cuba, j. (2021). Etiología y presentación clínica de la pancreatitis aguda en la altura en el Hospital Nacional ESSALUD Huancayo. Enero 2007 - diciembre 2010. Retrieved 9 July 2021, from <http://repositorio.uncp.edu.pe/handle/20.500.12894/533>.
23. Molina Socola, J. (2015). Características clínicas, epidemiológicas y terapéuticas de la pancreatitis aguda grave. Tesis Doctoral. Universidad Nacional de Trujillo.
24. Motta, G., Alberto, O., Colín, M., Rodríguez, H., Méndez, J., Mata, D., Aldana, L. Estudio de pacientes con pancreatitis aguda evaluados con la nueva guía del Colegio Americano de Gastroenterología. *Rev Sanid Milit Mex* 2015; 69(2): 118-139.
25. Navarro, S., Amador, J., Argüello, L., Ayuso, C., Boadas, J., de las Heras, G., Farré, A., Fernández-Cruz, L., Ginés, À., Guarner, L., López Serrano, A., Llachi, J., Lluís, F., de Madaria, E., Martínez, J., Mato, R., Molero, X., Oms, L., Pérez-Mateo, M. and Vaquero, E., 2008. Recomendaciones del Club Español Biliopancreático para el Tratamiento de la Pancreatitis Aguda. *Gastroenterología y Hepatología*, 31(6), pp.366-387.
26. Niveló G., Ojeda M. y Orellana T. Prevalencia y Características Clínicas de la Pancreatitis Aguda en el Hospital “Vicente Corral Moscoso”, durante el periodo 2007 – 2011, Cuenca. Tesis para obtención de Especialidad de Médico y Médica: Universidad de Cuenca –Ecuador 2013.

27. Ojeda Ojeda, M; Gonzales Aguilera, J; Frometa Guerra, A; Palacios Ojeda, L. (2012) Factores que al ingreso influyen en la evaluación de pacientes con diagnóstico de Pancreatitis Aguda. Multimed. Revista Médica. Granma, Cuba. Vol.16, No.3 (2012). <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/565>.
28. Povar, M., Auquilla, P. Pancreatitis aguda grave como complicación de Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica. RAPD ONLINE. 2017; 40(3): 150-153
29. Rau B, Kemppainen E, Gumbs A, et al. Early assessment of pancreatic, infections and overall prognosis in several acute pancreatitis by procaltitonic, A prospective international multicenter study Ann Surg. 2007; (245): 745-54.
30. Salirrosas Sepúlveda, M (2017). Factores asociados a complicaciones postoperatorias en pacientes adultos mayores sometidos a colecistectomía laparoscópica en el hospital Vitarte 2012-2015. Tesis para obtención de título profesional de Médico Cirujano. Universidad Ricardo Palma.
31. Samarasekera, E., Mahammed, S., Carlisle, S., & Charnley, R. (2018). Pancreatitis: summary of NICE guidance. Retrieved 14 april 2021, from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30185473/>
32. Semicyuc 2012. Recomendaciones para el manejo de cuidados intensivos de la Pancreatitis Aguda. Disponible en: <https://www.semicyuc.rg/temas/formacion/Guias-de-practica-clinica/guias-de-practica-gastroenterologia/semicyuc-2012>.
33. Senosiain, C., Tavio, E., Moreira, V., Maroto, M., García, M., Ramos, M., et al. Pancreatitis aguda por hipertrigliceridemia. Gastroenterol Hepatol. 2013;36(4):274--279

34. Sierra F., MD, Torres D. del pilar, MD. Pancreatitis aguda: una propuesta clínica basada en la "mejor evidencia disponible (primera de 2 partes). Disponible en: <http://www.encolombia.com/gastro14399-pancreatitis.htm>
35. Soto Soria, C. (2013). Características clínicas- epidemiológicas de pancreatitis aguda en pacientes hospitalizados en el departamento de medicina interna del Hospital Regional de Loreto de enero a diciembre 2012. Retrieved 9 July 2021, from: <https://repositorio.unapiquitos.edu.pe/handle/20.500.12737/2215>
36. Surco Y, Huerta Mercado J, Pinto J, Piscocoya A, De Los Ríos R, Prochazka R, et al. Predicción precoz de severidad en pancreatitis aguda. Rev Gastroenterol Perú [Internet]. 2012 jul/set [citado 14 Sep 2020]; 32(3): [aprox. 12 p.]. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S102251292012000300002&script=sc_art
- t.
37. Valencia Cardozo, J. (2016). Prevalencia y disfunción orgánica según Marshall en Pancreatitis Aguda en el servicio de medicina del Hospital de Vitarte en el periodo Enero – diciembre 2015. Tesis para obtención de título profesional de Médico Cirujano. Universidad Ricardo Palma.
38. Víctor Hugo Moreno Munguía. Características clínicas y epidemiológicas de la Pancreatitis aguda en el Centenario Hospital Miguel Hidalgo: Experiencia de 5 años. Tesis para obtención de título de especialidad en Medicina Interna: Universidad Autónoma de Aguascalientes, México. Febrero del 2015.
39. Zevallos Esquivel, A. (2015). Características clínico-epidemiológicas de pacientes con pancreatitis aguda atendidos en el Hospital Regional Docente de Trujillo en el periodo 01 enero del 2007 al 31 de diciembre del 2011. Tesis Doctoral. Universidad Nacional de Trujillo.

IX. ANEXOS

- ANEXO N°1:

Drogas asociadas con Pancreatitis.

Asociacion definitiva	Probable asociación	Posible asociacion
Azatropina-----INCIDENCIA 3-5 %	Acido Valproico	Corticoesteroides
	Furosemide	Ciclosporina
6-mercaptopurina-- INCIDENCIA 3-5 %	Hidroclorotiazida	Metronidazol
Asparaginasa	Sulfonamidas	Eritromicina
Pentamidine	Tetraciclinas	Piroxicam
Didanosine-----INCIDENCIA > 23 %	Estrogenos	Cimetidina
	Sulfasalazine	Metolazone
	Sobredosis de Paracetamol	Methyldopa
	Sobredosis Ergotamina	Acido 5' - Aminosalicilico

Bustamante D., 2017

- ANEXO N°2:

Grado de severidad de Pancreatitis Aguda, Atlanta 2012

GRADO DE SEVERIDAD DE PANCREATITIS AGUDA

PANCREATITIS LEVE

No hay falla de órganos

No hay complicaciones locales o sistémicas

PANCREATITIS MODERADA SEVERA

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

Presenta complicaciones locales o sistémicas

PANCREATITIS SEVERA

Presenta falla de órgano persistente

Falla de un órgano

Falla Multiorgánica

- ANEXO N°3:

Puntuación APACHE II									
APS	4	3	2	1	0	1	2	3	4
Tª rectal (°c)	> 40,9	39-40,9		38,5-38,9	36-38,4	34-35,9	32-33,9	30-31,9	< 30
Pres. arterial media	> 159	130-159	110-129		70-109		50-69		< 50
Frec. cardíaca	> 179	140-179	110-129		70-109		55-69	40-54	< 40
Frec. respiratoria	> 49	35-49		25-34	12-24	10-11	6-9		< 6
Oxigenación:	> 499	350-499	200-349		< 200				
Si FiO2 ≥ 0.5 (AaDO2)					> 70	61-70		56-60	< 56
Si FiO2 ≤ 0.5 (paO2)									
pH arterial	> 7,69	7,60-7,69		7,50-7,59	7,33-7,49		7,25-7,32	7,15-7,24	< 7,15
Na plasmático (mmol/l)	> 179	160-179	155-159	150-154	130-149		120-129	111-119	< 111
K plasmático (mmol/l)	> 6,9	6,0-6,9		5,5-5,9	3,5-5,4	3,0-3,4	2,5-2,9		< 2,5
Creatinina * (mg/dl)	> 3,4	2-3,4	1,5-1,9		0,6-1,4		< 0,6		
Hematocrito (%)	> 59,9		50-59,9	46-49,9	30-45,9		20-29,9		< 20
Leucocitos (x 1000)	> 39,9		20-39,9	15-19,9	3-14,9		1-2,9		< 1
Suma de puntos APS									
Total APS									
15 - GCS									
EDAD	Puntuación	ENFERMEDAD CRÓNICA		Puntos APS (A)	Puntos GCS (B)	Puntos Edad (C)	Puntos enfermedad previa (D)		
≤ 44	0	Postoperatorio programado	2						
45 - 54	2	Postoperatorio urgente o Médico	5	Total Puntos APACHE II (A+B+C+D)					
55 - 64	3			Enfermedad crónica:					
65 - 74	5			Hepática: cirrosis (biopsia) o hipertensión portal o episodio previo de fallo hepático					
≥ 75	6			Cardiovascular: Disnea o angina de reposo (clase IV de la NYHA)					
				Respiratoria: EPOC grave, con hipercapnia, policitemia o hipertensión pulmonar					
				Renal: diálisis crónica					
				Inmunocomprometido: tratamiento inmunosupresor inmunodeficiencia crónicas					

Knaus et al., 1985

- ANEXO N°4:

CRITERIOS DE RANSON

Criterios	Originales	Modificados
En el ingreso		
Edad (años)	> 55	> 70
Leucocitos (×10 ⁹ /l)	> 16	> 18
Glucosa (mg/dl)	> 200	> 220
LDH (UI/l)	> 350	> 400
AST (UI/l)	> 250	> 250
A las 48 h		
Descenso del hematocrito (%)	> 10	> 10
Elevación del BUN (mg/dl)	> 5	> 2
Calcio (mg/dl)	< 8	< 8
PaO ₂ (mmHg)	< 60	—
Déficit de bases (mEq/l)	> 4	> 5
Pérdida de líquidos (l)	> 6	> 4

Surco, 2012

- ANEXO N°5:

SCORE DE MARSHALL MODIFICADO

Sistema	Puntuación				
	0	1	2	3	4
Respiratorio (PaO ₂ /FIO ₂)	>400	301-400	201-300	101-200	<101
Renal (creatinina sérica, μmol/l) ^a	<134	134-169	170-310	311-439	>439
Cardiovascular (tensión arterial sistólica, mm Hg) ^b	>90	<90 respuesta a la reposición hídrica	<90 falta de respuesta a la reposición hídrica	<90, pH <7,3	<90, pH <7,2

Resultado ≥2 para cualquier sistema supone falla orgánica.

^a La puntuación en pacientes con insuficiencia renal crónica existente depende del grado de empeoramiento de la función renal basal; no existen calculadoras para concentración de creatinina de partida ≥134 μmol/l (1,4 mg/dl).

^b Sin asistencia inotrópica.

Según: *Gut*, 2013; 62: 102-111.

- ANEXO N°6:

CLASIFICACIÓN DE BALTHAZAR:

Grado	Hallazgos Tomográfico			
A	Páncreas normal			
B	Aumento del tamaño del páncreas			
C	Inflamación pancreática y/o de la grasa peripancreática			
D	Una colección líquida			
E	Dos o más colecciones líquidas y/o aire en retroperitoneo			
Necrosis				
Grado	Pts	Porcentaje	Pts adicionales	Índice de gravedad
A	0	0	0	0
B	1	0	0	1
C	2	<30	2	4
D	3	30-50	4	7
E	4	>50	6	10

Pts, puntos. Fuente: Balthazar EJ. *Radiology* 2002;223:603-613.

• ANEXO N°7:

Secundaria

Superior

**FICHA CLÍNICO-
EPIDEMIOLÓGICA DE
RECOLECCIÓN DE DATOS**

PACIENTES CON PANCREATITIS

**AGUDA ATENDIDOS EN EL
HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO
UNANUE.**

JULIO 2019- JULIO 2020

N°. de historia clínica:.....

Fecha de ingreso al hospital:.....

Sexo: Femenino Masculino

Peso:.....Talla:.....

Edad:.....Años

18-40 AÑOS

41-60 AÑOS

61-80 AÑOS

>80 AÑOS

Grado de instrucción: Analfabeto

Primaria

Estado civil: Soltero Casado

Viudo Conviviente

Divorciado

Ocupación: Empleado

Desempleado

Comerciante

Lugar de Procedencia: Lima este

Lima sur

Lima centro

Otros:.....

Hábitos Nocivos: Alcohol

Drogas:.....

Tabaco

Ninguno

Factores de riesgo:

Obesidad (IMC:.....)

Dislipidemias

Diabetes Mellitus

- Hipotiroidismo
- Hipertensión arterial
- Otras:.....

- Leve
- Moderado
- Severo.

- Etiología:**
- Cálculos
 - Parásitos
 - Neoplasias
 - Post CPRE
 - Alcohol
 - Autoinmunes
 - Otras:.....

Días de Hospitalización:.....días

- 1-4 días.
- 5-7 días.
- 8-14 días
- Mayor de 15 días.

Manifestaciones clínicas:

- Dolor abdominal
- Náuseas
- Vómitos
- Fiebre
- Diarrea
- Otros:.....

Condición de egreso

- Alta médica
- Referido
- Fallecido

Grado de severidad (según diagnóstico en Historia Clínica):