

UNIVERSIDAD NACIONAL JOSÉ FAUSTINO SÁNCHEZ CARRIÓN



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

TESIS

**PRONÓSTICO DE PANCREATITIS AGUDA RELACIONADO A LA SEVERIDAD
CLINICA Y MANEJO TERAPEUTICO. HOSPITAL REGIONAL HUACHO 2018-2019**

PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE MEDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR:

GIRÓN GALIANO, CARLOS A.

ASESOR:

M.C. NOLE DELGADO, JAVIER AUGUSTO

HUACHO-PERU

2020

**PRONÓSTICO DE PANCREATITIS AGUDA RELACIONADO A LA SEVERIDAD
CLINICA Y MANEJO TERAPEUTICO. HOSPITAL REGIONAL HUACHO 2018-2019**

Girón Galiano, Carlos Andree

Tesis de pregrado

Asesor: M.C. Nole Delgado, Javier Augusto

UNIVERSIDAD NACIONAL JOSÉ FAUSTINO SÁNCHEZ CARRIÓN

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

2020

Asesor

M.C JAVIER AUGUSTO NOLE DELGADO

Medico asistente del servicio de Medicina Interna del Hospital Gustavo Lanatta Lujan de Huacho.

Docente de la Facultad de Medicina Humana de la UNJFSC.

Jurado evaluador**Presidente**

M.C. EFRAIN ADEMAR ESTRADA CHOQUE

Medico asistente del servicio de neumología de la Clínica San Pedro –Huacho

Docente de la Facultad de Medicina Humana de la UNJFSC.

Secretario

M.C. EDWIN MOSIAH FLORES PEREZ

Medico asistente del servicio de Medicina del Hospital Regional de Huacho.

Docente de la Facultad de Medicina Humana de la UNJFSC.

Vocal

M.C. BENJAMIN ALONSO VANNEVAR MACEDO ROJAS

Medico asistente del servicio de Reumatología del Hospital Regional de Huacho.

Docente de la Facultad de Medicina Humana de la UNJFSC.

Dedicatoria

Este trabajo va dedicado a mi madre Martha, mi padre Carlos, mi hermano Renzo, mi padrino Fernando, mi abuela, mi fallecido abuelo Coco, familiares, amigos y aquellos médicos que siempre me guiaron en cada paso de este arduo y largo camino, a no rendirme nunca y salir adelante siempre, gracias por cada consejo y enseñanza que me permitió forjarme como un profesional correcto y apto para desenvolverme adecuadamente ante cualquier obstáculo.

Carlos Andree Giron Galiano

Indicé General

Dedicatoria.....	iv
Indicé General.....	v
INTRODUCCIÓN	1
1Capítulo I: Planteamiento del problema	4
1.1 Descripción de la realidad problemática.....	4
1.2 Formulación de problema.....	5
1.2.1 Problema general.....	5
1.2.2 Problemas específicos.....	5
1.3 Objetivos de la investigación.....	5
1.3.1 Objetivos generales.....	5
1.3.2 Objetivos específicos.....	5
2Capítulo II: Marco teórico	8
2.1 Antecedentes de la investigación.....	8
2.1.1 Antecedentes internacionales.....	8
2.1.2 Antecedentes Nacionales	11

2.2	Bases teóricas.....	13
2.2.1	Definición conceptual.....	13
2.2.2	Etiología.....	14
2.2.3	Fisiopatología	14
2.2.4	Diagnóstico.....	15
2.2.5	Clasificación	17
2.2.6	Tratamiento.....	18
2.3	Definiciones conceptuales	20
2.4	Formulación de la hipótesis	21
2.4.1	Hipótesis general	21
2.4.2	Hipótesis específicas.....	21
3	Capítulo III: Metodología	22
3.1	Diseño metodológico.....	22
3.1.1	Tipo de Investigación	22
3.1.2	Nivel y Enfoque de la investigación.....	22

3.2	Población y muestra.....	22
3.2.1	Población de estudio.....	22
3.2.2	Muestra.....	23
3.3	Operacionalizacion de Variables e Indicadores.....	24
3.4	Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	25
3.4.1	Técnicas a emplear.....	25
3.4.2	Descripción de los instrumentos.....	26
3.4.3	Técnicas para el procesamiento de la información.....	26
4	Capítulo IV: RESULTADOS.....	27
5	Capítulo V: DISCUSION, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	34
5.1	Discusion de resultados.....	34
5.2	Conclusiones.....	35
5.3	Recomendaciones.....	36
6	Capítulo VI: FUENTES DE INFORMACION.....	37
6.1	Fuentes Bibliográficas.....	37

Índice de tablas

Tabla 1	28
Tabla 2	28
Tabla 3	29
Tabla 4	29
Tabla 5	30
Tabla 6	30
Tabla 7	31
Tabla 8	32
Tabla 9	33

Resumen

Objetivo: Determinar el pronóstico de la pancreatitis aguda relacionada con la severidad clínica y el manejo terapéutico en el Hospital Regional Huacho 2018-2019. **Métodos:** Estudio retrospectivo, es descriptivo correlacional y cuantitativo, obteniéndose 100 casos diagnosticados con Pancreatitis Aguda hospitalizados dentro del periodo establecido. instrumento del estudio ficha de recolección de datos basados para el estudio de los pacientes con la patología mencionada. **Resultados:** se obtuvo una población de 106 pacientes , sexo femenino de 78 (73,6%) y 28 (26.4%) del sexo masculino, analizamos solo 100 pacientes que cumplían con dichos criterios., del grupo de sexo femenino, los 74 casos que presentaron Pancreatitis Aguda, 69(93.3%) casos pertenecen al grado de severidad leve y 5 (6.7%) de ellos con criterios de severidad (grave). De igual manera, del grupo masculino los 26 casos que presentaron la patología descrita, 24 (92.3%) pertenecen a la clasificación leve y 2 (7.3%) de ellos, clasificados como pancreatitis grave. La totalidad de los pacientes con criterios de severidad reciben antibioticoterapia, la relación obtenemos que, obteniendo un $p < 0.05$. Encontramos que el mayor porcentaje de pacientes tiene un pronóstico favorable por resolución de patología con 92%, 7% son referidos y solo 1% falleció. Al evaluar la relación obtenemos que el $p < 0.05$. Del 92% de pronóstico favorable, 0% recibió antibioticoterapia, pacientes referidos y fallecidos 100% antibioticoterapia, la relación obtenemos un $p < 0.05$. **Conclusión:** La severidad clínica y el manejo terapéutico tienen relación con el pronóstico de pacientes diagnosticados con Pancreatitis Aguda.

Palabras claves: Pancreatitis Aguda, severidad clínica, antibioticoterapia, pronóstico, sexo, patología, resolución.

Abstract

Objective: To determine the prognosis of acute pancreatitis related to clinical severity and therapeutic management at Huacho Regional Hospital 2018-2019. **Methods:** Retrospective study is descriptive correlational and quantitative, obtaining 100 cases diagnosed with Acute Pancreatitis hospitalized within the established period. Data collection sheet based on efficient parameters for the study of patients with the mentioned pathology was used as an instrument of the study. **Results:** a population of 106 patients with exclusion criteria was obtained, female of 78 (73.6%) and 28 (26.4%) of the male sex, we analyzed only 100 patients that met these criteria., Of the female group , the 74 cases that presented Acute Pancreatitis, 69 (93.3%) cases belong to the degree of mild severity and 5 (6.7%) of them with criteria of severity (severe). Similarly, in the male group the 26 cases that presented the described pathology, 24 (92.3%) belong to the mild classification and 2 (7.3%) of them, classified as severe pancreatitis. All patients with severity criteria receive antibiotic therapy, and when evaluating the relationship we obtain that, obtaining a $p < 0.05$. We find that the highest percentage of patients have a favorable prognosis due to pathology resolution with 92%, 7% are referred and Only 1% died. When evaluating the relationship, we obtain that $p < 0.05$. Of the 92% favorable prognosis, 0% received antibiotic therapy, patients referred and deceased 100% received antibiotic therapy, when evaluating the relationship we obtained a $p < 0.05$. **Conclusion:** Clinical severity and therapeutic management are related to the prognosis of patients diagnosed with Acute Pancreatitis.

Keywords: Acute pancreatitis, clinical severity, antibiotic therapy, prognosis, sex, pathology, resolution.

INTRODUCCIÓN

Hoy en día hablar de pancreatitis aguda es referirse a una patología gastrointestinal que afecta a un elevado grupo de personas en todos los países, con una gran importancia en su estudio y su diagnóstico precoz para evitar complicaciones y empeoramiento de su pronóstico, a pesar de obtener un buen manejo en el momento adecuado. Aun no es posible establecer medidas específicas en la línea de manejo terapéutico que nos permita tener la seguridad sobre un buen pronóstico y que impida su recurrencia sin presentar índices de mortalidad. Por lo general, encontramos que su etiología puede ser por varios factores siendo una de la más encontrada la de origen obstructivo por antecedente de alguna patología biliar, seguido por el consumo excesivo de alcohol y un desorden metabólico como por ejemplo inducida por dislipidemias u obesidad mórbida.

Por lo tanto, es importante llegar a un mejor entendimiento y estudio con mayor énfasis para establecer adecuadamente el diagnóstico precoz y su clasificación de forma enérgica cuando el paciente ingrese al servicio de urgencias con la clínica sugestiva de esta patología pancreática, y a través de esto, conseguir un manejo terapéutico adecuado para la mejoría del paciente, quien deposita su confianza en nuestros conocimientos y decisiones médicas adecuadas.

Capítulo I: Planteamiento del problema

1.1 Descripción de la realidad problemática.

Al hablar de pancreatitis aguda, es referirse a aquella patología que presenta una incidencia significativa dentro del campo de la especialidad de gastroenterología. Siendo una inflamación no infecciosa del páncreas por la activación de sí misma, provocando una digestión y liberación intersticial enzimática.

Podemos clasificarlas según Atlanta 2012, en base a su gravedad en leve, moderada y severa, siendo la primera la más frecuente y benigna con resolución temprana. En la moderada podemos considerar una falla orgánica de manera transitoria con la existencia de compromiso adyacente a la lesión, la pancreatitis clasificada como grave, manifiesta una falla orgánica persistente en un tiempo mayor a 48 horas. Tengamos en cuenta, que es de suma importancia clasificarla, ya que nos permite vigilar su evolución y evitar una mala decisión médica, puesto que la mayoría de veces no se llega al diagnóstico definitivo por resolución precoz de la enfermedad en la sintomatología clínica del paciente o solo catalogar como Pancreatitis aguda.

Al ver el aumento de la severidad que esta enfermedad implica, se desarrollaron a lo largo del tiempo diversos métodos o sistemas de puntuación pronósticos para poder de una forma más específica identificar precozmente las complicaciones relacionada con la mortalidad de los pacientes.

Sin embargo, el manejo terapéutico ha manifestado distintas modificaciones en estos últimos años, a pesar del amplio estudio y desarrollo de medicamentos para disminuir la inflamación que se presenta en la patología. Actualmente, no existe un consenso definitivo sobre el manejo terapéutico, así como el uso de antibióticos de manera profiláctica.

1.2 Formulación de problema.

1.2.1 Problema general.

¿Cuál es el pronóstico de la pancreatitis aguda relacionado a la severidad clínica y el manejo terapéutico en el Hospital Regional Huacho 2018-2019?

1.2.2 Problemas específicos.

¿Cuál es la relación entre el pronóstico y la severidad clínica en la pancreatitis aguda en el Hospital Regional Huacho 2018-2019?

¿Cómo se relaciona el pronóstico con el manejo terapéutico en la pancreatitis aguda en el Hospital Regional Huacho 2018-2019?

1.3 Objetivos de la investigación.

1.3.1 Objetivos generales.

Determinar el pronóstico de la pancreatitis aguda relacionada con la severidad clínica y el manejo terapéutico en el Hospital Regional Huacho 2018-2019.

1.3.2 Objetivos específicos.

Determinar la relación entre el pronóstico y la severidad clínica en la pancreatitis aguda en el Hospital Regional Huacho 2018-2019.

Determinar la relación entre el pronóstico y el manejo terapéutico en la pancreatitis aguda en el Hospital Regional Huacho 2018-2019.

Justificación de la Investigación

En el transcurso de planificación y análisis del presente estudio, es de suma importancia conocer las manifestaciones clínicas, la forma en cómo se origina, los factores desencadenantes y la relación con la severidad clínica de acuerdo a su manejo terapéutico adecuado. Gran parte de los estudios observados mencionan múltiples factores predisponentes para desarrollar pancreatitis aguda, siendo la de origen biliar más frecuente a nivel mundial, por lo que estudiarla implica gran importancia para conocer los riesgos y complicaciones que pueden llevar a la mortalidad.

Y de esta manera obtener cómo se comporta la patología y encontrar el manejo médico idóneo en los pacientes para optimizar la evolución y prevenir complicaciones y costos por estancia hospitalaria, al revisar en este hospital no se ha estudiado adecuadamente la relación entre el pronóstico y la severa clínica con el manejo terapéutico, motivo por el cual es el origen de este estudio.

Delimitación Del Problema: Línea De Investigación

El presente estudio se elaboró en el Servicio de hospitalización de Medicina Interna del Hospital Regional Huacho durante el presente año con la recolección de datos del 2018-2019, estudiando el grado de severidad relacionado con el manejo terapéutico en pacientes mayores de 18 años con el diagnóstico planteado.

Capítulo II: Marco teórico

2.1 Antecedentes de la investigación.

2.1.1 Antecedentes internacionales.

Masamune, A., Hamada S.(2015), en su estudio observacional y retrospectivo realizado en Japón, en donde el objetivo fue recolectar el número total de casos que presentaban Pancreatitis Aguda, así como, conocer sus condiciones clínicas y su grado de severidad. A través de encuestas como instrumento de investigación en hospitales del país. Como resultado de esta encuesta, se encontró 63.080 personas con este diagnóstico, dando como prevalencia de 49,4 por cada 100 mil habitantes y una relación de 1,9 entre hombre/mujer. La edad media de hombres y mujeres fue de 58.5 y 65.3, respectivamente. Los resultados obtenidos de pronóstico y mortalidad fue de 2.6% y en su clasificación de Pancreatitis grave fue de 10.1%. Tengamos en cuenta que el estudio de esta población sobre estimación de mortalidad siguió aumentando a pesar del manejo terapéutico estándar.

Supot P. (2017), en su estudio de tipo retrospectivo realizado en Tailandia, tuvieron como objetivo el saber sobre la severidad y el manejo terapéutico sobre la Pancreatitis Aguda utilizando como instrumento la clasificación de Atlanta. Constaba de 250 pacientes mayores o igual 18 años que ingresaron al hospital Siriraj entre los periodos de 2011-2014, que presenten al 2 de los 3 criterios diagnósticos (dolor difuso abdominal y enzimas diagnosticas como amilasa y lipasa sérico con un valor tres veces del normal) dentro de las primeras 48 horas. Se obtuvo una muestra de 140 pacientes hombres y 110 mujeres, el 99% de estos pacientes tuvieron como sintomatología: dolor abdominal difuso, 64% presentaron una irradiación a zona lumbar y solo el

1% presento una alteración del sensorio. Se obtuvo como resultado que las enzimas diagnosticas ya mencionadas tuvieron una sensibilidad del 95% para el diagnóstico y que no hubo diferencias significativas si se combinan vs el uso individual. Se llegó a la conclusión que la etiología más frecuente fue de origen biliar (45%) seguida por el consumo de alcohol (16%), CPRE (14%) e idiopática (15%). Al clasificarla con Atlanta 2012 se obtiene que la mayoría de pacientes pertenecían a Pancreatitis de grado leve (72%), seguido de grado moderado (16%) y por ultimo las clasificadas como graves (12%) siendo de este grupo con falla orgánica (82%). Como Gold estándar se utilizó la clasificación de Atlanta y herramientas de valoración BISAP y SIRS.

Valverde F., Wilcox C. (2018) en su revisión sistemática publicada como artículo en España, analizan la incidencia de la pancreatitis aguda sobre sus características clínicas y el manejo terapéutico adecuado. Obteniendo como resultado una incidencia de 72/100 000 por habitantes/año, en el cual la etiología reconocida más frecuente fue la de origen biliar. Dentro de este estudio participaron 1655 pacientes de los cuales se observa un índice de gravedad y mortalidad de 4.2% de los cuales el 24.3% fue por falla orgánica persistente y el 14.3% por sepsis relacionada a necrosis pancreática infectada. Se obtiene que las enzimas diagnosticas mostraron diferencias significativas, siendo la lipasa con una alta sensibilidad y especificidad, 0.85 y 0.96 respectivamente. A diferencia de la amilasa con 0.70 y 0.85 y un valor predictivo de 77% vs 47%. Dentro del manejo terapéutico, se obtiene que aquellos pacientes que recibieron una hidratación moderada mayor a 500ml vs hidratación menor a 500ml mostraron que no fue necesario realizar un tratamiento invasivo, pero no se obtuvo una diferencia al asociarla al índice de mortalidad o quienes presentaron falla multiorganica.

Ríos F., Villareal E. (2017), en su estudio de cohortes que se realizó en el Hospital General Regional de México en los años 2015-2016, cuyo análisis abarcó 134 casos ingresados con inflamación pancreática cuyo objetivo fue determinar la fiabilidad del BISAP como un predictor de mortalidad, dividiéndolos en dos grupos, uno de bajo riesgo(es decir con una puntuación menor o igual a dos) y alto riesgo(con puntuación de 3 a 5), tomando como parámetros la mortalidad a las 24 horas y a los 7 días, obteniéndose que en el primero se vio una probabilidad de 22.7% y a los 7 días de 76.5% (chi cuadrado= 12.91; p=0.0002). Llegaron a la conclusión de que el score de BISAP es una herramienta necesaria y buen predictor para identificar la gravedad y riesgo de mortalidad a las 24 horas de ingreso hospitalario, como también a los 7 días.

Amas L. y Zubia F. (2018), en su estudio de tipo retrospectivo y observacional, realizado en el Hospital Universitario Donostia España, se obtuvo como objetivo observar si existía una mejoría disminuyendo su mortalidad, la estancia hospitalaria y el ingreso a servicio de cuidados intensivos en los pacientes diagnosticados con esta patología ya mencionada al realizar la modificación de un protocolo en el manejo de la misma basada en la 7ma conferencia de consenso SEMICYUC. Se obtuvo una muestra de 286 pacientes, de los cuales la etiología más frecuente fue de origen biliar y con una mortalidad del 23.07%, se obtuvo como resultado que aquellos pacientes en quienes se aplicó esta modificación del protocolo propuesto presentaron una disminución de la estancia hospitalaria, elevación del número de pacientes que utilizaron nutricio enteral y en la no ejecución de antibioticoterapia profiláctica. Se observa un descenso significativo de mortalidad del antes y después a la aplicación del protocolo en estos grupo de

pacientes (35.2 vs 17.18%), a su vez se observó un descenso significativo de la evolución del a gravedad según Atlanta 2012 (37 % vs 19.1%)

2.1.2 Antecedentes Nacionales

Molina J. (2015), realizaron un estudio retrospectivo realizado en el Hospital San Pablo de Trujillo en donde el objetivo era conocer las manifestaciones clínicas y el manejo terapéutico de pancreatitis con y sin signos de severidad, dando como resultados 17.6% para la Pancreatitis aguda leve y 82.4% para grave. Como manifestaciones clínicas se encontraron que el 100% de los pacientes de grado leve presentaron dolor abdominal difuso, pero solo el 11.8% se evidencio náuseas y vómitos, con un resultado de 0 pacientes compatibles con ictericia. Aquellos con presentación de forma grave se observó un 91.1% de pacientes que además de dolor presentaron náuseas y vómitos y el 32.4% con ictericia. La etiología más frecuente encontrada en estos pacientes fueron de origen biliar (mayor al 80%), y se obtuvo una tasa del 7.1% de fallecimiento en el grupo grave. Dentro del manejo terapéutico se dio al 100% de pacientes graves nutrición enteral, y antibiótico terapia solo al 16.6% para la forma leve y 50% a los pertenecientes al grupo grave. En relación al pronóstico según complicaciones se obtuvo que la más frecuente fue la insuficiencia respiratoria en un 26.5% e insuficiencia renal y la falla multiorganica con 5.9%.

Valencia J. (2015), en su estudio de tipo retrospectivo y descriptivo realizado en El Hospital de Vitarte, determinan la prevalencia de los pacientes con pancreatitis aguda y quienes presentaron disfunción orgánica según Marshall, dando como resultado 21.39%, siendo la más frecuente del sexo femenino 96%, y dando como etiología principal la de origen biliar (97.4%), y la manifestación clínica presente en el 100% pacientes fue el dolor abdominal, seguido de

náuseas y vómitos (78.9%). Se obtuvo un 9.65% en los pacientes que presentaron falla multiorganica y una estancia hospitalaria de 6 días.

Huisa J. (2016) en un estudio retrospectivo realizado en el Hospital Regional de Moquegua, considero estudiar las características clínicas y manejo de los pacientes ingresados con el diagnostico de pancreatitis aguda, con una muestra de 42pacientes con una prevaecía de 64 %, siendo más frecuente en las mujeres y la etiología con más frecuencia fue la de origen biliar. Siendo los factores de riesgo más frecuente la Diabetes mellitus tipo 2, colecistitis crónica calculosa y en ciertos pacientes un cuadro de obesidad mórbida. Dentro de la evaluación del pronóstico y severidad se encuentra que el 64.3% del os pacientes padecieron de complicaciones sistémicas (shock e insuficiencia renal aguda) y el 28.6% de complicaciones locales (derrame pleural y pseudoquiste pancreático). Dentro de la gravedad se obtiene que un 14.3% fueron derivados a un hospital de mayor complejidad por el estado crítico del paciente.

Oshiro S. (2017), realiza un estudio retrospectivo realizado en el Hospital de Chosica donde decide determinar los factores de riesgo con la severidad clínica en pacientes con pancreatitis aguda, dando que la etiología encontrada más frecuente fue la de origen obstructiva por patología biliar de los cuales el 97% fueron de gravedad leve y solo un 3% presentaron criterios de severidad.

Zevallos E. (2015), realiza un estudio retrospectivo realizado en el Hospital Regional de Trujillo en el cual decide estudiar y relacionar los factores predisponentes de pancreatitis aguda con el sexo y su etiología. Además, analizo las complicaciones que presentaron dichos pacientes

con la sintomatología, encontrando que más frecuente es el pseudoquiste pancreático. Por último, concluye que la mortalidad de dichos pacientes fue del 2.1%

2.2 Bases teóricas.

2.2.1 Definición conceptual.

Cuando nos referimos a Pancreatitis Aguda, es hablar sobre una patología inflamatoria de la glándula pancreática que provocara el aumento de enzimas de sí misma, provocando daño a estructuras vecinas o lejanas. Por lo general, Gumbs A. (2007) menciona que los pacientes que padecen de esta patología se auto limita (75%), y solo un 25% evolucionando a grave dando progresivamente complicaciones que desencadenan el fallecimiento de estos pacientes (5%). Al hablar sobre este órgano, posee una dimensión de 12-15 cm con un peso aproximado de 70 grs y está ubicado en el abdomen con una morfología cónica y dividida en 4 segmentos: cabeza cuello cuerpo y cola. Adherida posteriormente a la pared que recubre las primeras vértebras lumbares adyacente a las glándula suprarrenales y pasando detrás del estómago, creando una parte de la cámara retroperitoneal. Sus funciones son variadas pero lo más resaltante es la producción de enzimas digestivas y con función hormonal. Cuando se da la noxa, elevan este número de enzimas provocando destrucción de la glándula misma provocando la necrosis. Si este proceso necrótico llega por algún motivo a infectarse, la tasa de mortalidad del paciente aumenta exponencialmente hasta el fallecimiento aun con el manejo terapéutico oportuno. Tenner S. (2013), nos menciona que su aparición se da mayormente entre los pacientes de la cuarta y quinta década, siendo más prevalente en el sexo femenino si se trata de origen biliar y por causa alcohólica en el sexo masculino.

2.2.2 Etiología

Se describen en la literatura varias causas por la cual se produce la pancreatitis aguda ya sea como consecuencia de la evolución de otra patología o factores que induzcan su aparición de forma independiente, evidenciando que el mayor porcentaje es de origen biliar (85%), debido a que algunos litos de tamaño adecuado migran de la vesícula al colédoco alojándose de manera transitoria en la ampolla de váter y así provocando la inflamación ya conocida.

La segunda casusa más frecuente y vista en su mayoría en la población masculina es la provocada por el excesivo consumo de alcohol (25%), seguida por idiopáticas y miscelánea.

2.2.3 Fisiopatología

En la actualidad, hay varios mecanismos que proponen como se desencadena esta patología. Inicialmente debe existir un factor predisponente como es el caso de origen biliar, que van a provocar una activación elevada y liberación de enzimas pancreáticas al intersticio, provocando su propia digestión si esta acción es constante. Dentro de ella encontramos, a la amilasa, carboxipeptidasa, quimiotripsina entre otras, quienes van a hacer liberadas por acción del aumento de colecistoquinina y secretina quienes la van a estimular.

Uno de los mecanismos más estudiados es sobre la teoría del reflejo duodenal, Que una vez que el lito se instala fuera de la vesícula provocaría una lesión en el esfínter de oddi, el cual

induciría un reflejo del jugo duodenal de forma retrograda hacia el páncreas, activando de esta manera enzimas degradadoras de proteínas. La teoría acerca del reflujo de origen biliar, se daría a cabo cuando el lito impacta en la porción distal del conducto común provocando el reflujo hacia el conducto pancreático, y este a su vez provocaría una obstrucción por lo general transitoria del conducto biliar y del páncreas a nivel de la ampolla de váter.

Molina J. (2015), nos menciona que una vez activado este sistema enzimático, provocara una reacción en cascada de coagulación como también del sistema fibrinolítico, dando reacción proteolítica y péptidos vasoactivos.

Jiménez G (2015), identifica a los ácidos grasos como la principal noxa de edema del páncreas, estos dos hallazgos fisiopatológicos ya mencionados, serían los culpables de la respuesta inflamatoria sistémica que si se mantiene persistente provocaría la insuficiencia pancreática.

2.2.4 Diagnóstico

Principalmente utilizaremos los siguientes criterios y basta con tener 2 de estos para poder diagnosticarla adecuadamente:

- 1) Que exista manifestaciones clínicas compatibles con pancreatitis aguda, lo cual ya hemos mencionado.

- 2) la elevación sérica de 3 veces el valor normal de amilasa o lipasa.

3) El uso de imágenes como RMN o TAC, para poder identificar el lito migratorio o los cambios en la estructura pancreática que nos confirmen el diagnóstico.

Soler V. (2008), nos menciona que cuando ingresa un paciente con un síndrome doloroso abdominal, y tiene una alta sospecha de pancreatitis aguda, debemos solicitar exámenes auxiliares que incluyan: amilasa o lipasa sérica, biometría completa, glucosa, urea, creatinina; además de perfil hepático completo, lipídico y estudio de electrolitos.

La elevación en primera instancia será de la amilasa dentro de las primeras 12 horas de que se instala la patología. Pero tengamos en cuenta, que su especificidad no es confiable ya que puede presentarse en otras patologías intraabdominal graves.

Al mencionar a la otra enzima: lipasa, esta se mantiene con un pico elevado por más tiempo, dando una mayor sensibilidad y especificidad.

González G. (2013), nos orienta que el perfil hepático específicamente nos ayudara a clasificar el origen de la patología si es biliar o de otra alteración, por lo tanto es necesario e importante para el diagnóstico correcto y el manejo adecuado.

En el cual un valor de tres veces más de las enzimas séricas ya mencionadas acompañadas de una elevación de tres veces el valor normal de ALT nos da un valor predictivo del 95% que el origen sea biliar. Además, el valorar los niveles de fosfatasa alcalina y bilirrubina, apoyaran al diagnóstico prediciendo la existencia de litos en la vía biliar y por lo general, la decisión de realizar una CPRE.

Ramos G. (2014), menciona que las pruebas deben tener una relación entre sí, y no realizarlas de manera individual, un estudio ecosonografico abdominal es de suma importancia para descartar si existe litos en la vesícula.

Rau B. (2007), menciona que a todo paciente que ya se ha establecido el diagnostico de pancreatitis aguda, es importante realizar una TAC si han presentado alguna complicación como falla multiorganica, sepsis o empeoramiento del cuadro clínico pasado las 48 horas a pesar del manejo inicial; y no antes, pues podría dar falsos diagnósticos y generar extensión necrótica en caso que se esté recién estableciendo.

2.2.5 Clasificación

Puentes A. (2014), la clasificación se hará de acuerdo a grados de severidad postulados por el Consenso de Atlanta 2012: el cual toma índices reales del paciente y no solo se enfoca a escalas propuestas para factores pronósticos en el cual se medirá la falla multiorganica y si esta es permanente o de manera transitoria, a su vez mostrando complicaciones como infección de la misma.

Pancreatitis aguda leve (PAL): el cual manifiesta las características clínicas ya conocidas de la patología pero sin presencia de falla multiorganica ni necrosis y de resolución temprana, encontrando solo edema intersticial sin o una pequeña repercusión a nivel sistémico

Pancreatitis aguda moderada (PAM): en el cual además de las características clínicas, se evidencia necrosis estéril y alguna falla orgánica de manera transitoria.

Pancreatitis aguda grave (PAG): en el cual existe la presencia de necrosis con infección del a misma y falla orgánica constante mayor a 48 horas y en evolución.

Otra forma de poder identificar y clasificar la gravedad por medio de la falla orgánica, es a través de criterios de Marshall y la evaluación de APACHE II.

2.2.6 Tratamiento

Para manejar esta condición patológica, lo primordial es dirigirlo por un grupo multidisciplinario y que estos profesionales cuenten con la experiencia necesaria donde será de suma importancia la participación de un médico de urgencias, especialista internista, el servicio de unidad intensiva y el servicio de cirugía por si fuese necesario.

Se rige en tres pilares importantes:

1. El manejo de soporte donde será primordial para el inicio de complicaciones ya descritas.
2. La terapia directa que englobara toda etiología específica que provoque el inicio de la patología.
3. Y la detección precoz para poder tratar de manera enérgica las complicaciones.

Soporte:

Ni bien ingresa todo paciente con diagnóstico presuntivo de inflamación pancreática, debe monitorizarse e iniciar todo examen analítico de manera eficaz y rápida, dando la detección rápida de complicaciones y el manejo de fluidos. Evitar de esta manera sobrecarga o aquellos que no respondan al tratamiento, siendo de utilidad la medición de presión venosa central.

Todo paciente que en el momento de monitorización presente cualquier indicio de estar deshidratado, hematocrito mayor al 44%, o niveles de urea mayores al valor normal a la hora de ingreso debería iniciarse un aumento de fluidos.

El uso de analgesia será usado en todo paciente con la clínica sugestiva inicial ya mencionada, que no mejore de manera precoz con el manejo de todo síndrome abdominal agudo aumentando su intensidad, de acuerdo a cada criterio médico por lo general el analgésico inicial es el uso de Metamizol o meperidina. El uso de opiáceos está en controversia, pero no está establecido por evidencias que provoquen hipertonia de esfínter de Oddi. La adición de manejo por bomba de infusión está aceptada en casos de rescate.

El soporte nutricional inicialmente no es necesario puesto que el paciente una vez que se le indica nada por vía oral y el uso primordial de sonda nasogástrica o nasoyeyunal, el paciente por lo general tiende a iniciar la alimentación oral a pocos días por resolución temprana de la patología. El manejo será distinto en aquellos que presentan criterios de gravedad, ya que son pacientes que están en alto catabolismo, siendo por todas las complicaciones que se presentan el uso importante y exclusivo de soporte nutricional, claro que el uso de sonda enteral es de

preferencia por el riesgo de complicaciones sépticas y metabólicas así como disminución de la probabilidad de que sea necesario un manejo quirúrgico. El uso de antibióticos es controvertido para mejorar o no el pronóstico del paciente con esta patología, ya que por lo general su uso es exclusivo en quienes empeoren dentro de las 48 horas o inicien criterios de severidad, manejo que vamos a analizar en el presente estudio.

2.3 Definiciones conceptuales

Pronóstico: Es el juicio que realiza el médico tras evaluar todos los cambios en la evolución de una enfermedad, como la duración, las complicaciones y la finalización de los síntomas o el empeoramiento clínico. Real Academia Española (2017).

Pancreatitis aguda: patología inflamatoria aguda del páncreas, que afectara inicialmente a la glándula misma hasta afectar tejidos adyacentes o con repercusión sistémica Valencia C. (2016).

Grado de severidad: Evalúa la evolución de la patología durante el tiempo con la existencia de complicaciones o no, que repercutirán en el paciente.

CPRE: descrita como colangiopancreatografía retrograda endoscópica, siendo reconocida como una técnica diagnóstica y a la vez terapéutica para la visualización y extracción de cálculos biliares. Artifon E. (2012)

Nutrición enteral: técnica por el cual se introduce nutrientes de forma directa en el sistema digestivo para prevenir de esta manera cualquier condición patológica que provoque catabolismo excesivo para el paciente.

Pancreatitis leve: Aquella que manifiesta la condición clínica mencionada en el estudio, sin inducir falla orgánica que por lo general evolución con resolución temprana.

Pancreatitis grave: condición patológica donde se inicia el proceso de necrosis con infección de esta, que a su vez provocara falla multiorganica de manera persistente con empeoramiento progresivo del paciente.

2.4 Formulación de la hipótesis

2.4.1 Hipótesis general

El pronóstico de la pancreatitis aguda tiene relación con la severidad clínica y el manejo terapéutico. Hospital Regional Huacho 2018-2019.

2.4.2 Hipótesis específicas

Existe relación entre el pronóstico y la severidad clínica en la pancreatitis aguda en el Hospital Regional Huacho 2018-2019.

Existe relación entre el manejo terapéutico y el pronóstico de pancreatitis aguda en el Hospital Regional Huacho 2018-2019.

Capítulo III: Metodología

3.1 Diseño metodológico

3.1.1 Tipo de Investigación

El presente estudio es retrospectivo por lo que se contará con la información de los pacientes diagnosticados a través de recolección de datos de historias clínicas con dicha patología desde el 2018 hasta el 2019; por lo tanto, dependerá de la disponibilidad de los registros de estadística para poder recolectar los datos. Es descriptivo y correlacional porque el propósito está en identificar como interaccionan nuestras variables en el desarrollo de la enfermedad además de especificar propiedades, características importantes que puedan ser analizados.

3.1.2 Nivel y Enfoque de la investigación

Es cuantitativo debido al uso de recolección de datos y su análisis de tal forma de se expresara numéricamente con resultados y el uso de sistemas estadísticos; a través de prueba chi cuadrado y OR.

3.2 Población y muestra

3.2.1 Población de estudio

Se recolectará la información a partir de los datos estadísticos brindados por el Hospital Regional de Huacho. La población estará conformada por todos los pacientes diagnosticados con Pancreatitis aguda hospitalizados del Hospital Regional de Huacho en el periodo 2018-2019. Obteniendo 100 casos diagnosticados con Pancreatitis Aguda hospitalizados dentro del periodo establecido.

3.2.2 Muestra

La muestra estuvo delimitada por todos las personas mayores de 18 años diagnosticados con Pancreatitis aguda del Hospital Regional de Huacho en el periodo 2018-2019

3.2.2.1 *Criterios de inclusión*

- Pacientes cuya edad sea de 18 años a mas.
- Pacientes con diagnóstico de Pancreatitis aguda, que acudieron a emergencias y fueron hospitalizados dentro del periodo establecido.
- Que cuenten con una historia clínica disponible para su lectura y con datos que cumplan los requisitos para el estudio.

3.2.2.2 *Criterios de exclusión*

- Pacientes que hayan tenido como primer diagnóstico una patología distinta a una pancreatitis aguda.
- Pacientes con dolor abdominal de etiología no específica o con resolución inmediata al manejo inicial dado.
- Historia clínica no disponible y/o con información requerida incompleta.

3.3 Operacionalizacion de Variables e Indicadores

Variable	Concepto	Dimensión	Tipo	Escala de Medición
Edad	Número de años cumplidos al momento de ser hospitalizado	Número de años	Cuantitativo	ordinal
Sexo	Conjunto de características biológicas asignadas a cada grupo.	Femenino Masculino	Cualitativo	Nominal/ Dicotómica
Grado de severidad	Presencia de falla orgánica durante la estancia hospitalaria	Grado de severidad catalogada en el registro de la historia clínica utilizando las escalas propuestas complicación	Cualitativo	Nominal

Manejo terapéutico	Además del manejo estándar de hidratación y analgesia, se desea estudiar el uso de antibiótico terapia.	Si / No	Cualitativo	Nominal
Condición el paciente	Donde se analizara como es el egreso del paciente: si fue dado de alta por resolución, referido a hospital e mayor complejidad o fallecido.	Cualitativo		Nominal

3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.4.1 Técnicas a emplear

Los datos son obtenidos de la revisión de historias clínicas en base a evidencias documentables confiables de los pacientes diagnosticados con PA desde el inicio de sus síntomas en el periodo 2018-2019. Además de contar con datos estadísticos proporcionados por el área de archivos y estadística del Hospital Regional de Huacho.

La información obtenida es procesada, se excluyen datos que no aporten a la investigación y se procede a codificar según las variables para su posterior análisis. El plan de recolección de datos incluye:

Coordinación con el servicio de trámites para solicitar el permiso de la obtención de la base de datos durante el periodo 2018-2019

Se revisa la información de historias clínicas de pacientes diagnosticados con PA de la cual se obtuvo datos de los pacientes que hayan requerido una TAC dentro del periodo establecido, datos clínicos y laboratoriales.

3.4.2 Descripción de los instrumentos

Se usará los criterios diagnósticos de ATLANTA 2012 y los sistemas predictores de gravedad y pronóstico de BISAP. Mediante la recolección de puntuación a través de las historias clínicas y en su estancia hospitalaria.

3.4.3 Técnicas para el procesamiento de la información

Culminada la recolección se procederá a registrar los datos en una hoja de cálculo del programa Excel 2013. Finalmente, los datos serán analizados por el paquete estadístico SPSS.

Capítulo IV: RESULTADOS

El Hospital Regional de Huacho que está incluido en el sistema Minsa, cuenta con un total de 2579 pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina Interna durante el periodo de 2018-2019, de los cuales 105 (4%) casos presentaron Pancreatitis Aguda.

El presente estudio analiza la severidad clínica de Pancreatitis aguda y su relación con el manejo terapéutico y su posterior pronóstico para así identificar si el manejo estándar es adecuado para evitar las complicaciones y mortalidad de los pacientes estudiados en relación a su pronóstico. Para ello se obtuvo una población de 106 pacientes con la patología mencionada, de los cuales en su mayoría con población de sexo femenino de 78 (73,6%) pacientes y 28 (26.4%) del sexo masculino. Al filtrar los criterios de inclusión y exclusión que anteriormente mencionamos, analizamos solo 100 pacientes que cumplían con dichos criterios. Obteniendo la frecuencia más alta en pacientes dentro del rango de edad de 18-29 años (36%), encontrando que la edad mínima 18 años y la máxima 85 años. Al analizar el muestreo del grupo de sexo femenino, los 74 casos que presentaron Pancreatitis Aguda, 69(93.3%) casos pertenecen al grado de severidad leve y 5 (6.7%) de ellos con criterios de severidad (grave).

De igual manera, del grupo masculino los 26 casos que presentaron la patología descrita, 24 (92.3%) pertenecen a la clasificación leve y 2 (7.3%) de ellos, clasificados como pancreatitis grave.

4.1 Tabla 1

Tasa de prevalencia de pancreatitis aguda en el Hospital Regional de Huacho durante 2018-2019.

Total de egresos 2018-2019	N° de pacientes con Pancreatitis aguda	Tasa por 100 pacientes
2579	105	4.07

Fuente: Revisión de Historias clínicas del servicio de medicina interna del HRH.

Como podemos observar, la tasa de prevalencia de pancreatitis aguda en el Hospital Regional de Huacho durante 2018-2019 fue de 4.07 casos por cada 100 pacientes hospitalizados.

4.2 Tabla 2

4.2.1.1.1 Distribución de pacientes con pancreatitis aguda en relación al sexo

Sexo del paciente	Frecuencia	Porcentaje	Media	Desviación Estándar
Femenino	74	74,0%	1.74	0.441
Masculino	26	26,0%		
Total	100	100,0%		

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Como podemos observar, el sexo femenino predomina con el porcentaje más alto de pacientes que presentan pancreatitis aguda con 74%, frente al 26% de los varones, obteniendo así una desviación estándar de 0.441.

4.3 Tabla 3

Distribución de casos de pancreatitis aguda según edad agrupada.

Edad del paciente	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
18-29 años	38	38,0	38,0
30-44 años	26	26,0	26,0
45-69 años	23	23,0	23,0
70 a mas	13	13,0	100,0
Total	100	100,0	

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Como observar, el grupo con mayor porcentaje es de 18 a 29 años con 38% y el de menor porcentaje del grupo de 70 a más con podemos 13%.

4.4 Tabla 4

Distribución de casos de pancreatitis aguda según grado de severidad

Grado de severidad	Frecuencia	Porcentaje	Media	Desviación Estándar
Leve	93	93,0%	1,07	0,256
Grave	7	7,%		
Total	100,0	100,0		

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Como podemos observar, encontramos un mayor porcentaje en pacientes con un grado de severidad leve de 93% frente a la grave con 7%, obteniendo así, una desviación estándar de 0,256.

4.5 Tabla 5

Distribución de casos de pancreatitis aguda según uso de antibioticoterapia.

Antibioticoterapia	Frecuencia	Porcentaje	Media	Desviación Estándar
Recibió	8	8,0%	1,92	0,273
No recibió	92	92,0%		
Total	100,0	100,0		

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Como podemos observar, encontramos un porcentaje del 8% en aquellos pacientes que si recibieron antibioticoterapia y un 92 % de aquellos que no recibieron esta medida terapéutica. Obteniendo así, una desviación estándar de 0,273.

4.6 Tabla 6

Distribución de casos de pancreatitis aguda según pronóstico del paciente.

Pronóstico	Frecuencia	Porcentaje	Media	Desviación Estándar
Alta por resolución	92	92,0%	1,09	0,321
Paciente referido	7	7,0%		
Fallecido	1	1,0%		
Total	100	100%		

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Como podemos observar, encontramos que el mayor porcentaje de pacientes con pancreatitis aguda se resuelven favorablemente con un porcentaje de 92%, 7% de ellos son referidos a Hospital de mayor complejidad y solo el 1% falleció.

4.7 Tabla 7

Relación entre la severidad clínica y el manejo terapéutico de los pacientes con Pancreatitis Aguda.

		Antibioticoterapia		Total
		Recibió	No recibió	
Severidad	Leve	1	92	93
	Grave	7	0	7
Total		8	92	100

	Pruebas de chi-cuadrado				
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	86,559	1	,000		
Corrección de continuidad	73,640	1	,000		
Razón de verosimilitud	44,699	1	,000		
Prueba exacta de Fisher				,000	,000
Asociación lineal por lineal	85,694	1	,000		
N de casos válidos	100				

Fuente: Instrumento de recolección de datos y análisis estadístico mediante SPSS.

Como podemos observar, se obtiene que de los pacientes con grado leve solo el 1% recibió antibioticoterapia y el resto (99%) no recibió. La totalidad de los pacientes con grado grave reciben antibioticoterapia, y al evaluar la relación obtenemos que, el $p < 0.05$, lo cual es estadísticamente significativo dándonos que si existe relación entre ambas

4.8 Tabla 8

Relación entre la severidad clínica y el pronóstico de los pacientes con Pancreatitis Aguda.

			SEVERIDAD		
			leve	grave	Total
PRONOSTICO	alta por resolución de patología	Recuento	92	0	92
		% del total	92,0%	0,0%	92,0%
	referido	Recuento	1	6	7
		% del total	1,0%	6,0%	7,0%
	fallecido	Recuento	0	1	1
		% del total	0,0%	1,0%	1,0%
Total		Recuento	93	7	100
		% del total	93,0%	7,0%	100,0%

		Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson		86,833 ^a	2	,000
Razón de verosimilitud		44,986	2	,000
Asociación lineal por lineal		81,062	1	,000
N de casos válidos		100		

Fuente: Instrumento de recolección de datos y análisis estadístico SPSS.

Como podemos observar, encontramos que el mayor porcentaje de pacientes tiene un pronóstico favorable por resolución de patología con 92%, 7% son referidos y solo 1% falleció.

Al evaluar la relación obtenemos que el $p < 0.05$, siendo estadísticamente significativo.

4.9 Tabla 9

Relación entre el pronóstico de Pancreatitis Aguda y el manejo terapéutico.

			ANTIBIOTICO		Total
			RECIBIO	NO RECIBIO	
PRONOSTICO	alta por resolución de patología	Recuento	0	92	92
		% del total	0,0%	92,0%	92,0%
	referido	Recuento	7	0	7
		% del total	7,0%	0,0%	7,0%
	fallecido	Recuento	1	0	1
		% del total	1,0%	0,0%	1,0%
Total	Recuento	8	92	100	
	% del total	8,0%	92,0%	100,0%	

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	100,000	2	,000
Razón de verosimilitud	55,754	2	,000
Asociación lineal por lineal	90,499	1	,000
N de casos válidos	100		

Fuente: Instrumento de recolección de datos y análisis estadístico SPSS.

Como podemos observar, del 92% de pronóstico favorable por resolución de patología, 0% recibió antibioticoterapia, de los pacientes referidos 100% recibió antibioticoterapia, y el 100% de pacientes fallecidos recibieron antibioticoterapia, al evaluar la relación obtenemos un $p < 0.05$, siendo estadísticamente significativo.

Capítulo V: DISCUSION, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 DISCUSION DE RESULTADOS

Pascual (2012), menciona patología pancreática es frecuente en la totalidad de países, siendo así la estadística de 8 casos por cada cien mil habitantes con una tasa de mortalidad menor al 5%. En el Hospital estudiado dentro del periodo de tiempo establecido, se encontró que la prevalencia fue de 4,07 casos por cada 100 pacientes hospitalizados.

Al analizar el sexo de estos pacientes, encontramos que el sexo femenino lidera la estadística con 74% de pacientes diagnosticados con la patología pancreática ya mencionada, encontrando datos similares a un estudio realizado por Valencia (2015), quien fue a predominio de sexo femenino de hasta 96%. Ferreira (2015), analizando su estudio internacional en Paraguay, analiza y concluye que el sexo femenino es el predominante al diagnosticar Pancreatitis aguda con un porcentaje no menor del 70%.

Al mencionar el grado de severidad, encontramos en el presente estudio que el 93% corresponde a pancreatitis leve y el 7% a pancreatitis grave. Se ha evidenciado mediante recolección de información que, Ferreira (2015), encontró en su estudio realizado en Paraguay, que 82% de sus pacientes analizados presentaron pancreatitis leve y el resto por su contraparte, con signos de gravedad. El encontrar un alto porcentaje de estos pacientes sin signos de severidad, es debido al diagnóstico y manejo precoz de la enfermedad, como de sus complicaciones para referir a un Hospital de mayor complejidad si la resolución no es acorde en el hospital estudiado.

Por último, evidenciamos que, el 92% de los pacientes que presentaron pancreatitis leve tuvieron una resolución de la enfermedad sin complicaciones y recibiendo solo el manejo estándar de hidratación y analgesia, mas no de antibioticoterapia. El 7% de estos si recibieron antibioticoterapia con su posterior referencia puesto que, existe una limitación para el apoyo diagnóstico como el uso de CPRE. Moreno V (2015), evidencia de igual manera que solo el 14% de los pacientes estudiados presentaron al menos un criterio de severidad por lo cual ameritaban referir a un centro hospitalario de mayor resolución.

5.2 Conclusiones.

El análisis de la prevalencia encontrada en el Hospital Regional Huacho dentro del periodo 2018-2019 fue de 4,07 casos por cada 100 pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina interna.

La presentación sin criterios de severidad en pancreatitis es más frecuente en los pacientes estudiados, que aquella que si presenta complicaciones.

Se encuentra relación entre el pronóstico y el manejo terapéutico al establecer terapia antibiótica a aquellos pacientes que inicien con criterios de severidad.

Se encuentra relación entre el pronóstico y la severidad clínica, al establecer que los pacientes con pancreatitis leve en su totalidad se resuelven favorablemente sin complicaciones. Y aquellos, que presentan criterios de severidad o complicaciones tienen un empeoramiento de su pronóstico.

Se encuentra relación entre la severidad clínica y el manejo terapéutico, al establecer que aquellos pacientes que no presentan complicaciones no necesitan el manejo antibiótico para la resolución favorable de la patología.

5.3 Recomendaciones

Una de las recomendaciones, es elaborar estudios similares en un tiempo más prolongado y con mayor muestra para el análisis estadístico añadiendo otros factores asociados a la enfermedad.

Revisar, identificar e integrar los resultados obtenidos en el estudio, para de esta manera poder diagnosticar de manera precoz y mejorar la atención del paciente mediante, uso de esquemas, establecimiento de charlas entre el personal de salud con la finalidad de obtener un grupo multidisciplinario con experiencia para poder evitar complicaciones.

Motivar al a realización de nuevos estudios que evalúen el presente, con la finalidad de obtener información y ampliación del manejo terapéutico en relación a aquellos pacientes que presenten complicaciones.

Establecer medidas que permitan la conexión entre hospitales de referencia de una manera más rápida y efectiva, ya que al momento de analizar aquellos pacientes que necesitaron referencia, hubo muchos inconvenientes y no se realizaron en el tiempo adecuado.

Capítulo VI: FUENTES DE INFORMACION

6.1 Fuentes Bibliográficas

- Aguilar Zevallos, C. V. (2018). *Factores de riesgo asociados a la severidad de la pancreatitis aguda en pacientes del Hospital Nacional Sergio Bernales enero 2016-diciembre2017*. Lima: Repositorio Ricardo Palma.
- Aguirre Fernandez, C. (2017). *TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO EMPÍRICO DE ELECCIÓN EN PROFILAXIS DE PANCREATITIS AGUDA GRAVE*. Machala: Repositorio Universidad Tecnica de Machala.
- Amas Gomez, L., & Olaskoaga Zubia, F. (2018). Results of the modification of an acute pancreatitismanagement protocol in intensive Care medicine. *Elsevier*.
- Andrade Calero, M. (2017). *USO DE ANTIBIÓTICOS EN EL TRATAMIENTO CLÍNICO DE LA PANCREATITIS AGUDA DE ORIGEN BILIAR EN PACIENTES INGRESADOS EN EL HOSPITAL PABLO ARTURO SUÁREZ EN EL PERÍODO ENERO 2015 – OCTUBRE 2016*. Quito: Repositorio Universidad Catolica Del Ecuador.
- Artifon, E., Tchekmedyan, A., & Aguirre, P. (2013). Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica: una técnica en permanente evolución. *Gastroenterologia Peru*.
- Bustamante Duron, D., Garcia Lainez, A., Umanzor Garcia , W., Leiva Rubio , L., Barrientos Rosales, A., & Diek Romero, L. (2018). Pancreatitis Aguda: Evidencia Actual. *ARCHIVOS DE MEDICINA iMedPubJournals*, 14(1:4). doi:10.3823/1380
- Ferreira Bogado, M., Ramirez Sotomayor, J., & Aquino, C. (2015). pancreatitis aguda: nuestros resultados en 350 casos aplicando la clasificacion de Pretov en Paraguay. *Cirugia Paraguay*, 39(02), 12-15.
- Gonzales Gonzales, J., Castañeda Sepulveda, R., Martinez Garza, A., & Bosques Padilla, F. (2012). Características clínicas de la pancreatitis aguda en Mexico. *Gastroenteroogia de Mexico*, 167-173.
- Hamada, S., Masamune, A., Kikuta, K., Hirota, M., Tsuji , I., & Shimosegawa, T. (2015). Nationwide Epidemiological Survey of Acute Pancreatitis in Japan. *Pancreas*, 1244-1248.
- Huisa Chura, J. (2016). *CARACTERISTICAS DE LOS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE PANCREATITIS AGUDA EN EL HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUADURANTE EL PERIODO 2014 - 2015*". Tacna: Repositorio Universidad Privada de Tacna.
- Jamanca Milian, H. (2019). *Factores pronosticos de severidad en pacientes con diagnostico de pancreatitis aguda en el servicio de gastroenterologia del HNSEB de junio 2016 a junio 2018*. Lima: Repositorio Universidad Ricardo Palma.
- Molina Socola, J. (2015). *Características clínicas, epidemiológicas y terapeuticas de la pancreatitis aguda grave. Tesis Doctoral. Universidad Nacional de Trujillo*. Trujillo: Repositorio Universidad Nacional de Trujillo.

- Moran Jaramillo, A. (2017). *EVALUACIÓN PRONÓSTICA DE LA TERAPIA CON ANTIMICROBIANOS EN EL MANEJO INTEGRADOR DE LA PANCREATITIS AGUDA GRAVE*. Machala: Repositorio Universidad Tecnica de Machala.
- Moreno Maguiña, V. (2015). *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*. Mexico.
- Motta Ramirez, G., Alberto Infante, O., Colin Santiago, M., Rodriguez Olivares, H., & Mendez Valle, J. (Marzo Abril de 2015). Estudio de pacientes con pancreatitis aguda evaluados con la nueva guía del Colegio Americano de Gastroenterología. *Sanid Milit Mex*, 118-139.
- Oshiro Penilla, A. (2018). *Factores clínico epidemiológicos asociados a pancreatitis aguda leve y severa en pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna del hospital Jose Agurto Tello en el periodo de enero a diciembre del año 2016*. Lima: Repositorio Universidad Ricardo Palma.
- Pacheco De La Cruz, J. (2016). *FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A COMPLICACIONES DE PANCREATITIS AGUDA BILIAR HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES 2015*. Lima: Repositorio Universidad San Martin De Porres.
- Puentes, A., & Prieto, J. (2005). Pancreatitis Aguda. Artículo de Revisión. *Society of Gastroenterology UK guidelines*.
- Ramos F., & Marquez, R. (2015). *Utilidad de la escala de BISAP como predictor de buen o mal pronostico en pacientes que ingresan al servicio de urgencias de la unidad medica de alta especialidad numero 14 del IMSS comprendido 1 marzo septiembre 2014*. Repositorio Universidad medica de alta especialidad Mexico .
- Rau, B., Kempainen, E., & Gumbs, A. (2007). Early assessment of pancreatic infections and overall prognosis in severe acute pancreatitis by procalcitonin, A prospective international multicenter study. *Ann Surg*, 745-754.
- Rios Jaimes, F., Villarreal Rios, E., Martinez Gonzales, L., Vargas Daza, E., & Galicia Rodriguez, L. (2017). *Índice clínico de gravedad en pancreatitis aguda como predictor de mortalidad en pancreatitis aguda en el servicio de urgencias*. Chile: Elsevier Chile.
- Sanchez Ames, C. (2018). *Prevalencia y factores de riesgo asociados a la pancreatitis aguda de causa biliar en la población femenina en el Hospital Jose Agurto Tello Chosica durante el periodo enero diciembre 2016*. Lima: Repositorio Ricardo Palma.
- Soler, V., Riveron, P., & Cardenas, J. (2008). Pancreatitis Aguda: Temas para la docencia de Cirugía. *Editorial Científico Técnica*.
- Supot, P., Vibhatavata, P., & Apisarnthanarak, P. (2017). *Severity, Treatment, and Outcome of Acute Pancreatitis in Thailand: The First Comprehensive Review Using Revised Atlanta Classification*. Thailand: Hindawi.
- Tenner, S., DeWitt, & Vege, S. (2013). American College of Gastroenterology Guideline: Management of Acute Pancreatitis. *Am J Gastroenterol*, 1400-1415.

- Valencia Cardozo, J. (2016). *Prevalencia y disfunción orgánica según Marshall de 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*. Lima: Repositorio Universidad Ricardo Palma.
- Valverde Lopez, F., Mel Wilcox, C., & Rendondo Cerezo, E. (2018). Evaluation and management of acute pancreatitis in Spain. *Gastroenterología y Hepatología ELSEVIER*, 41(10):618--628.
- 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 de 2007 al 31 de diciembre del 2011*. Trujillo: Repositorio Universidad Nacional de Trujillo.

Anexo 1

MATRIZ DE CONSISTENCIA

PRONÓSTICO DE LA PANCREATITIS AGUDA RELACIONADO A LOS CRITERIOS TOMOGRÁFICOS DE BALTHAZAR Y LA SEVERIDAD CLÍNICA. HOSPITAL REGIONAL HUACHO 2014-2016

Problema	Objetivo	Hipótesis	Variable	Metodología
<p>Problema general ¿Cuál es el pronóstico de la pancreatitis aguda relacionado a la severidad clínica y el manejo terapéutico en el Hospital Regional Huacho 2018-2019?</p> <p>Problemas específicos ¿Cuál es la relación entre el pronóstico y la severidad clínica en la pancreatitis aguda en el Hospital Regional Huacho 2018-2019? ¿Cómo se relaciona el pronóstico con el manejo terapéutico en la pancreatitis aguda en el Hospital Regional Huacho 2018-2019?</p>	<p>Objetivos generales Determinar el pronóstico de la pancreatitis aguda relacionada con la severidad clínica y el manejo terapéutico en el Hospital Regional Huacho 2018-2019.</p> <p>Objetivos específicos Determinar la relación entre el pronóstico y la severidad clínica en la pancreatitis aguda en el Hospital Regional Huacho 2018-2019. Determinar la relación entre el pronóstico y el manejo terapéutico en la pancreatitis aguda en el Hospital Regional Huacho 2018-2019.</p>	<p>Hipótesis general El pronóstico de la pancreatitis aguda tiene relación con la severidad clínica y el manejo terapéutico. Hospital Regional Huacho 2018-2019.</p> <p>Hipótesis específica Existe relación entre el pronóstico y la severidad clínica en la pancreatitis aguda en el Hospital Regional Huacho 2018-2019. Existe relación entre el manejo terapéutico y el pronóstico de pancreatitis aguda en el Hospital Regional Huacho 2018-2019.</p>	<p>1.Edad del paciente</p> <p>2.Sexo del paciente</p> <p>3.Grado de severidad</p> <p>4.Manejo antibiótico</p> <p>5.Pronostico del paciente al alta</p>	<p>Tipo de investigación Es retrospectivo, descriptivo y correlacional.</p> <p>Nivel y Enfoque de tipo cuantitativo</p> <p>Población Pacientes diagnosticados con Pancreatitis aguda hospitalizados del Hospital Regional de Huacho en el periodo 2018-2019.</p> <p>Muestra todos las personas mayores de 18 años diagnosticados con Pancreatitis aguda del Hospital Regional de Huacho en el periodo 2018-2019 Procesamiento de datos Microsoft Excel 2013 y SPSS v.24</p> <p>Instrumento de recolección Ficha de recolección de datos</p>

Anexo 2**Instrumento para la recolección de datos**

FORMULARIO NÚMERO:

FECHA:

NUMERO DE HISTORIA CLINICA:

1. EDAD:

18-29 AÑOS

30-44 AÑOS

45-69 AÑOS

70 Y MÁS

2. SEXO:

MASCULINO

FEMENINO

3. GRADO DE SEVERIDAD SEGÚN ESCALA:

LEVE

GRAVE

4. MANEJO ANTIBIOTICO:

RECIBIO ANTIBIOTICOTERAPIA:

NO RECIBIO ANTIBIOTICOTERAPIA

5. ALTA DEL PACIENTE SEGÚN PRONÓSTICO:

ALTA HOSPITALARIA

REFERIDO

FALLECIDO

Anexo 3

Descripción del Sistema pronóstico de BISAP para el análisis de los pacientes estudiados En el Hospital Regional de Huacho

Tabla 36-2 Sistema pronóstico BISAP	
B lood urea nitrogen (BUN)	BUN > 25 mg/dl
I mpaired mental status	Alteración de la conciencia
S ystemic inflammatory response syndrome (SIRS)	Presencia de criterios de SRIS*
A ge	Edad > 60 años
P leural effusion	Presencia de derrame pleural en radiografía de tórax

*Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SRIS): presencia de 2 o más de los siguientes criterios:

1. Frecuencia cardíaca > 90 lpm.
2. Temperatura > 38 °C o < 36 °C.
3. Frecuencia respiratoria > 20 rpm o PaCO₂ < 32 mmHg.
4. Leucocitos > 12.000 o < 4.000/mm³ o > 10% inmaduros.

Med Clin N Am; 2008; 92: 899-923

Anexo 4

Constancia de Aprobación del Asesor del Plan de Tesis

“Año de la universalización de la salud”

CONSTANCIA

Yo Nole Delgado, Javier Augusto designado como asesor del alumno Giron Galiano, Carlos Andree con resolución del decanato N° 0067-2020-FMH-UNFSC dejo constancia que el plan de tesis que lleva por título: “Pronostico de Pancreatitis aguda relacionado a la severidad clínica y manejo terapéutico Hospital Regional Huacho 2018-2019 “ está aprobado para su ejecución, así como obtener el título de médico cirujano, por lo que solicito a las autoridades pertinentes dar las facilidades para la recolección de datos y su pronta ejecución.

Sin otro particular, expido la presente para los fines pertinentes agradeciendo el apoyo otorgado al alumno de mi asesoría

Huacho, 28 de febrero de 2020



DR. JAVIER A. NOLE DELGADO
Médico Cirujano
C.M.P. 65804 - R.N.E. 6028

Anexo 5

Constancia de Aprobación de Plan de Tesis de Docencia e Investigación del Hospital Regional Huacho



GOBIERNO REGIONAL DE LIMA

"DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES"
"AÑO DE LA UNIVERSALIZACIÓN DE LA SALUD"

HOSPITAL HUACHO HUALURA OYON
UNIDAD DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA

MEMORANDO N° 0004/2020 - GRL.DIRESA-HHHO Y SBS-UDEIN

SISGEDO
DOC. 2266313
EXP. 1472189

DE : Ing. Sist. MILTON CHUMBES CHAFALOTE.
Jefe de la Unidad de Estadística e Informática.

A : Dr. CHRISTIAN GUSTAVO CASTILLO GUERRA.
Jefe de la Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación.

REF. : Oficio N°088-2020-UGyT/FMH-UN.JFSC.
Solicitud de autorización para revisión de historias clínicas.

FECHA : Huacho, 05 de marzo del 2020.

Me dirijo a Usted, en atención a la solicitud en referencia, otorgar la aceptación, para revisar las historias clínicas requeridas por el egresado, CARLOS ANDREE GIRON GALIANO, a fin de ejecutar su plan de tesis; PRONOSTICO DE PANCREATITIS AGUDA RELACIONADO A LA SEVERIDAD CLINICA Y MANEJO TERAPEUTICO HOSPITAL REGIONAL HUACHO 2018 - 2019.

Atentamente.

GOBIERNO REGIONAL DE LIMA
DIRECCION REGIONAL DE SALUD LIMA
HOSPITAL HUACHO HUALURA OYON S.B.S.

ING. SIST. MILTON CHUMBES CHAFALOTE
C.J.M. N° 86553
JEFE DE LA UNIDAD DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA



GOBIERNO REGIONAL DE LIMA
DIRECCION REGIONAL DE SALUD LIMA
HOSPITAL HUACHO HUALURA OYON S.B.S.

DI. CHRISTIAN GUSTAVO CASTILLO GUERRA
JEFE DE LA UNIDAD DE APOYO A LA DOCENCIA E INVESTIGACION

MCHCH/dvch.-
Archivo

Anexo 6

Constancia de Aprobación por el Servicio de Estadística del Hospital Regional Huacho



HOSPITAL HUACHO
RED DE SALUD
HUAURA OYÓN.

"DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES"
"AÑO DE LA UNIVERSALIZACIÓN DE LA SALUD"

HOSPITAL HUACHO HUAURA OYON Y SBS
UNIDAD DE ESTADISTICA E INFORMATICA

CONSTANCIA

REVISIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS

El Jefe de la Unidad de Estadística é Informática del Hospital Huacho Huaura Oyón y SBS, hace constar:

Mediante el presente hago constar que los datos registrados en el Proyecto de Investigación Titulado: "PRONOSTICO DE PANCREATITIS AGUDA RELACIONADA A LA SEVERIDAD CLINICA Y MANEJO TERAPEUTICO HOSPITAL REGIONAL HUACHO 2018-2019", elaborado por el Bachiller, GIRON GALIANO CARLOS ANDREE aspirante al Título de Médico Cirujano, fueron obtenidos de los archivos de las Historias Clínicas de la Unidad de Estadística é Informática del Hospital Regional de Huacho; los cuales son válidos y confiables, para ser aplicados en el logro de los objetivos que se plantean en la investigación.

Huacho, 05 de marzo del 2020.

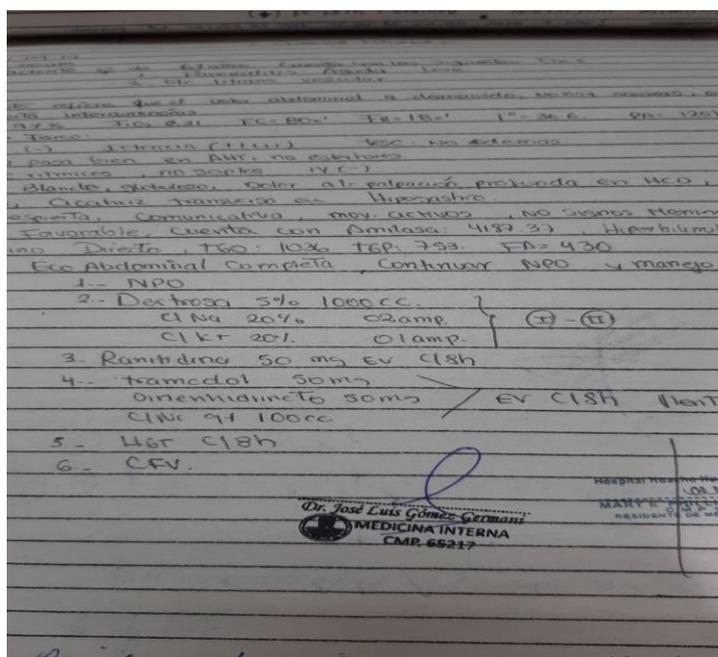
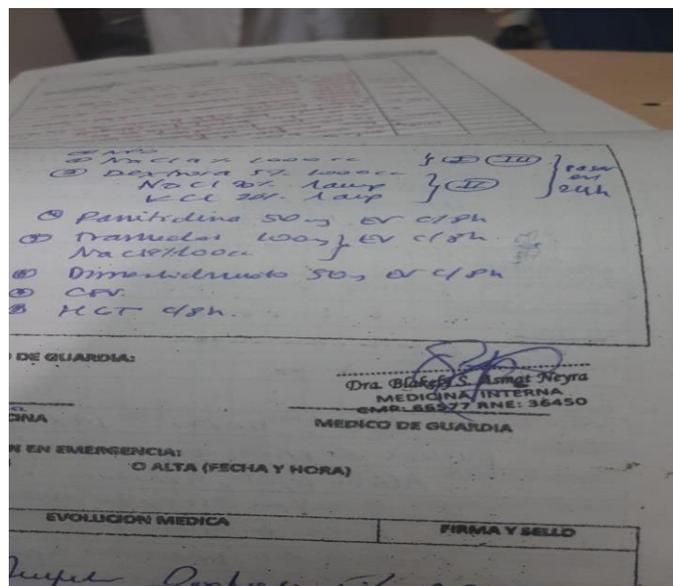
Atentamente.

GOBIERNO REGIONAL DE LIMA
DIRECCION REGIONAL DE SALUD LIMA
HOSPITAL HUACHO RED HUACHO OYON S.B.S.

ING. SIST. MILTON CHUMBES CHAFALOTE
C.I.P. N° 86553
UNIDAD DE ESTADISTICA E INFORMATICA

Anexo 7

Revisión de historias clínicas



Anexo 9

Procesamiento de datos

Sin titulo1.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

Visible: 5 de 5 variables

	EDAD	SEXO	SEVERIDAD	PRONOSTICO	ANTIBIOTICO	var										
1	1	2	1	1	2											
2	4	1	1	1	2											
3	1	2	1	1	2											
4	3	1	1	1	2											
5	2	1	1	1	2											

Resultado2x.spv [Documento2] - IBM SPSS Statistics Visor

Archivo Editar Ver Datos Transformar Insertar Formato Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

ANTIBIOTICO

Válido	RECIBIO	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	RECIBIO	8	8,0	8,0	8,0
	NO RECIBIO	92	92,0	92,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

ALTA

Válido	alta por resolucion de patologia	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	alta por resolucion de patologia	92	92,0	92,0	92,0
	referido	7	7,0	7,0	99,0
	fallecido	1	1,0	1,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Gráfico de barras

Resultado2x.spv [Documento2] - IBM SPSS Statistics Visor

Archivo Editar Ver Datos Transformar Insertar Formato Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

Tablas cruzadas

Resumen de procesamiento de casos

	Válido		Casos Perdido		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
SEVERIDAD * ANTIBIOTICO	100	100,0%	0	0,0%	100	100,0%

Tabla cruzada SEVERIDAD*ANTIBIOTICO

Recuento		ANTIBIOTICO		Total
		RECIBIO	NO RECIBIO	
SEVERIDAD	leve	1	92	93
	grave	7	0	7
Total		8	92	100

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	86,559	1	,000		
Corrección de continuidad	73,640	1	,000		
Razón de verosimilitud	44,699	1	,000		
Prueba exacta de Fisher				,000	,000
Asociación lineal por lineal	85,694	1	,000		
N de casos válidos	100				

IBM SPSS Statistics Processor está listo | Unicode:ON

**PRONOSTICO DE PANCREATITIS AGUDA RELACIONADO A LA SEVERIDAD
CLINICA Y MANEJO TERAPEUTICO HOSPITAL REGIONAL HUACHO 2018-
2019**

.....
M.C. Javier Augusto Nole Delgado

Asesor

Jurado evaluador

.....
M.C. Efraín Ademar Estrada Choque

Presidente

.....
M.C. Edwin Mosiah Flores Perez

Secretario

.....
M. C. Benjamin Alonso Vannevar Macedo Rojas

Vocal