

UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**“CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS Y FACTORES
ASOCIADOS A COMPLICACIONES EN PANCREATITIS AGUDA DEL
ADULTO EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO
UNANUE DE TACNA, 2022-2024”**

TESIS

PRESENTADO POR

PONCE VILLAR, BRIGUIT SUGEY

ASESOR: MED. MENDOZA SALINAS, JORGE LUIS

**PRESENTADO PARA OPTAR POR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO
CIRUJANO**

Tacna – Perú

2026

DEDICATORIA

Dedicado especialmente a mis padres Ricardo y Mirian por estar siempre motivándome y apoyándome en todo momento a lo largo de todos estos años e impulsarme a ser una mejor persona y profesional día a día. También a mis hermanos Sthefany y Frank, quienes cuyo cariño, guía y ejemplo han sido fundamentales para mi formación personal y académica.

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, a mis padres, por su amor incondicional, por su ejemplo de esfuerzo y perseverancia. Su apoyo constante ha sido la base sobre la cual se ha construido cada etapa de mi carrera.

A mis hermanos, gracias por acompañarme, orientarme y brindarme siempre una palabra de aliento. Su ejemplo y cariño han sido una motivación permanente para continuar avanzando.

Expreso mi agradecimiento a mi asesor, Dr. Jorge Luis Mendoza Salinas por su orientación académica y su confianza en cada fase de este trabajo.

Finalmente agradezco a mi fiel compañero Panchito, quien fue mi soporte en los momentos de cansancio y cuyos gestos de ternura hicieron más llevaderos los días difíciles.

A todos ustedes gracias por caminar conmigo en este proceso. Este logro no es solo mío: es el reflejo del amor, guía y compañía que recibí a lo largo del camino.

DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD

Yo, Briguit Sugey Ponce Villar, en calidad de Bachiller de la Escuela Profesional de Medicina Humana de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Privada de Tacna, identificado con DNI 70852789, declaro bajo juramento que:

1. Soy autor de la tesis titulada:

" Características clínico epidemiológicas y factores asociados a complicaciones en pancreatitis aguda del adulto en pacientes atendidos en el Hospital Hipolito Unanue de Tacna, 2022-2024 "

Asesorada por Med. Jorge Luis Salinas Mendoza, la cual presente para optar el: Título Profesional de Médico Cirujano.

2. La tesis no ha sido plagiada ni total ni parcialmente, habiéndose respetado las normas internacionales de citas y referencias para las fuentes consultadas.

3. La tesis presentada no atenta contra los derechos de terceros.

4. La tesis no ha sido publicada ni presentada anteriormente para obtener algún grado académico previo o título profesional.

5. Los datos presentados en los resultados son reales, no han sido falsificados, ni duplicados, ni copiados.

Por lo expuesto, mediante la presente asumo frente a La Universidad cualquier responsabilidad que pudiera derivarse por la autoría, originalidad y veracidad del contenido de la tesis, así como por los derechos sobre la obra.

En consecuencia, me hago responsable frente a La Universidad de cualquier responsabilidad que pudiera ocasionar, por el incumplimiento de lo declarado o que pudiera encontrar como causa del trabajo presentado, asumiendo todas las cargas pecuniarias que pudieran derivarse de ello a favor de terceros con motivo de acciones, reclamaciones o conflictos derivados del incumplimiento de lo declarado o las que encontrasen causa en el contenido de la tesis.

De identificarse fraude, piratería, plagio, falsificación o que el trabajo de investigación haya sido publicado anteriormente; asumo las consecuencias y sanciones que de nuestra acción se deriven, sometiéndonos a la normatividad vigente de la Universidad Privada de Tacna.



DNI:

Fecha: 70852789
24 de junio del 2026

RESUMEN

Objetivo: Identificar las características clínico-epidemiológicas y factores asociados a complicaciones en pancreatitis aguda del adulto en pacientes atendidos en el hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2022 al 2024

Material y método: se ejecutó un estudio observacional, correlacional de cohorte transversal, seleccionando a 333, historias clínicas de pacientes atendidos entre el año 2022 al 2024 y que reunieron los criterios de inclusión.

Resultados: En una muestra de 333 pacientes con pancreatitis aguda (edad media 47,8 años; 54,1% mujeres), predominó el origen biliar (60,4%) y la mayoría eran urbanos y no pobres. Las complicaciones más frecuentes fueron peritonitis (22,5%), insuficiencia renal aguda (9,3%) y shock séptico (6,6%). El 28,8% presentaba comorbilidades, principalmente diabetes, asociadas a mayor gravedad. El 19,2% desarrolló pancreatitis aguda severa, con peor evolución clínica.

Conclusiones: los marcadores más útiles para valorar la gravedad de la pancreatitis aguda son la PCR, la creatinina, la amilasa pancreática, la lipasa sérica y el VPM, mientras que otros parámetros no muestran relevancia estadística significativa.

Palabras clave: *Amilasa pancreática, Pancreatitis aguda, PCR,*

ABSTRACT

Objective: To identify the clinical and epidemiological characteristics and factors associated with complications in acute pancreatitis in adults treated at the Hipólito Unanue Hospital in Tacna, Peru, from 2022 to 2024.

Materials and methods: A cross-sectional, correlational cohort study was conducted, selecting 333 medical records of patients treated between 2022 and 2024 who met the inclusion criteria.

Results: In a sample of 333 patients with acute pancreatitis (mean age 47.8 years; 54.1% female), biliary origin predominated (60.4%), and most were urban and not poor. The most frequent complications were peritonitis (22.5%), acute renal failure (9.3%), and septic shock (6.6%). 28.8% presented with comorbidities, mainly diabetes, which were associated with greater severity. 19.2% developed severe acute pancreatitis, with a worse clinical course.

Conclusions: The most useful markers for assessing the severity of acute pancreatitis are CRP, creatinine, pancreatic amylase, serum lipase, and MPV, while other parameters did not show statistically significant relevance.

Keywords: *Acute pancreatitis, CRP, pancreatic amylase*

Contenido

AGRADECIMIENTO	3
RESUMEN	4
ABSTRACT	5
Contenido	6
INTRODUCCIÓN	10
CAPÍTULO I	11
1 EL PROBLEMA	11
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	13
1.3 OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN	13
1.3.1 Objetivo General	13
1.3.2 Objetivos Específicos	13
1.4 JUSTIFICACIÓN	13
1.5 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS	15
CAPÍTULO II	17
2 MARCO TEÓRICO	17
2.1 ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN	17
2.1.1 Antecedentes Internacionales	17
2.1.2 Antecedentes Nacionales	22
2.1.3 Antecedentes Locales	24
2.2 MARCO TEÓRICO	27
2.2.1 Pancreatitis Aguda	27
2.2.1.1 Categorización según la intensidad:	28

2.2.1.2	Epidemiología a escala global	28
2.2.1.3	Criterios diagnósticos	29
2.2.1.4	Etiología	30
2.2.2	Factores de Riesgo	31
2.2.2.1	Factores modificables:	31
2.2.2.2	Factores no modificables:	31
2.2.2.3	Factores Clínicos	31
2.2.2.4	Factores Sociodemográficos	32
2.2.2.5	Clínica	32
2.2.2.6	Comorbilidades	33
2.2.2.7	Diagnóstico	33
2.2.2.8	Complicaciones	37
2.2.2.8.1	Complicaciones locales:	37
2.2.2.8.2	Complicaciones sistémicas:	38
2.2.3	Diagnóstico de Complicaciones	39
2.2.4	Manejo de las Complicaciones	40
2.2.4.1	Tratamiento Endoscópico	40
2.2.4.2	Intervenciones Quirúrgicas	40
2.2.4.3	Soporte Nutricional	40
2.2.4.4	Pronóstico	40
CAPÍTULO III		42
3	VARIABLES	42
3.1	HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN	42
3.2	VARIABLES DE INVESTIGACIÓN	42
3.2.1	OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	43

CAPÍTULO IV	47
4 METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	47
4.1 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	47
4.1.1 Tipo de Investigación	47
4.1.2 Nivel de Investigación	47
4.1.3 Diseño de Investigación	47
4.2 ÁMBITO DE ESTUDIO	47
4.3 POBLACIÓN Y MUESTRA	48
4.3.1 Población	48
4.3.2 Muestra	48
4.3.2.1 Criterios de Inclusión	48
4.3.2.2 Criterios de Exclusión	48
4.3.3 Técnicas	49
4.3.4 Instrumentos de medición	49
CAPÍTULO V	51
5 PROCESAMIENTO DE LOS DATOS	51
5.1 PROCEDIMIENTO DE RECOJO DE LOS DATOS	51
5.2 PROCESAMIENTO DE ANÁLISIS	51
5.3 CONSIDERACIONES ÉTICAS	52
RESULTADOS	53
DISCUSIÓN	6
5.4 DISCUSIÓN	6
CONCLUSIONES	8
RECOMENDACIONES	9
BIBLIOGRAFÍA	10

INTRODUCCIÓN

La pancreatitis aguda representa un problema clínico importante observado a menudo en el ámbito médico, caracterizado por la inflamación del páncreas y la posibilidad de complicaciones graves. En los hospitales se observa un incremento de diagnósticos de pancreatitis aguda, lo que subraya la necesidad de explorar los rasgos clínico-epidemiológicos y los factores vinculados a las complicaciones en estos pacientes.

Este estudio, por tanto; se propone examinar las características clínicas y epidemiológicas de mayor presentación en los diagnosticados de pancreatitis aguda, al tiempo que se identificarán los factores que conducen a complicaciones. La importancia de esta investigación se deriva de la considerable morbilidad y mortalidad vinculada a la pancreatitis aguda, que podría cambiar notablemente por las circunstancias o la gravedad de la presentación clínica. Datos previos (1) indican que entre las causales estarían la litiasis biliar y el demasiado consumo de licor y podría ser una característica en esta población local.

Además, se pretende identificar un perfil diferenciado de los pacientes afectados, lo cual suele ser fundamental para plantear estrategias preventivas y abordajes eficaces. Con un proceso metodológico descriptivo y analítico, se quiere conocer y ofrecer información significativa que ayude a mejorar la atención médica y a reducir las tasas de complicaciones y mortalidad vinculadas a esta afección dentro del hospital en cuestión. Este tipo de investigación es relevante dada la frecuencia en aumento, para la atención de las necesidades públicas de salud de la población de Tacna y otras zonas con características comparables.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La pancreatitis aguda (PA) es una patología inflamatoria del páncreas que presenta una mayor recurrencia en los servicios de urgencias y emergencia que posteriormente casi todos los casos requieren hospitalización. Su epidemiología es variable según la región, siendo de mayor incidencia las causas de tipo biliares y el beber alcohol.

La PA representa un importante desafío para la salud pública que ha adquirido cada vez mayor importancia a nivel nacional e internacional. La incidencia de pancreatitis aguda varía de 13 a 45 casos por cada 100.000 humanos (2), y estimaciones recientes sugieren que su prevalencia ha ido en aumento debido a factores como la obesidad y el consumo excesivamente alcohol. En Latinoamérica, la prevalencia y manifestaciones clínicas de la PA están asociadas a los factores culturales y epidemiológicos, como las dietas ricas en grasas y la incidencia de litiasis biliar (3). En Perú, se señala a la PA como una causa principal para hospitalizaciones en el servicio de gastroenterología, con tasas de complicaciones entre los pacientes hospitalizados que oscilan entre el 20 y el 30% (4); se identifica un predominio en la etiología biliar, no obstante, la forma grave de esta enfermedad afecta a un tercio de casos con tasas de mortalidad de 52.9% en las unidades de cuidados intensivos de zonas de altura (2,5).

Los problemas relacionados con la pancreatitis aguda incluyen al crecimiento de los datos estadísticos de la enfermedad, así como una tasa significativa de complicaciones como necrosis pancreática e insuficiencia multiorgánica.

Es evidente que no se conocen suficientemente las peculiaridades poblacionales y médicas de los afectados por PA. Este problema se centra en la creciente preocupación por las complicaciones asociadas a la pancreatitis aguda en el grupo demográfico de adultos que reciben tratamiento. Aunque la pancreatitis aguda es

muy prevalente, sigue habiendo una notable deficiencia en los datos específicos que examinan las características clínicas y epidemiológicas en este contexto. Estudios recientes indican que la identificación precisa de los factores de riesgo podría conducir a la prevención de complicaciones. Ewald N y Hardt PD (6) señalan que las condiciones prevalentes como la diabetes, la hipertensión y las enfermedades cardiovasculares se observan con frecuencia en estos pacientes, lo que potencialmente exacerba su pronóstico y aumenta las tasas de mortalidad.

La importancia de este estudio radica en su posibilidad de mejorar la comprensión de la pancreatitis aguda en el contexto local. Al identificar características clínicas y epidemiológicas particulares, junto con los factores vinculados a las complicaciones, es posible formular estrategias de prevención y tratamiento más eficaces (7). Además, esta investigación podría sentar las bases para futuros estudios y políticas públicas diseñadas para mejorar la atención médica de los pacientes que sufren pancreatitis aguda, optimizando en última instancia los recursos del sistema de salud y aportando a la disminución de las tasas de complicaciones y mortalidad relacionadas con esta afección.

Actualmente en Tacna, dado el nivel del Hospital Hipólito Unanue se constituye como un núcleo de referencia de la zona, sin embargo, es importante contar con información actualizada sobre la epidemiología y los rasgos clínicos de la PA lo que limita la habilidad de los expertos sanitarios para planificar estrategias de manejo.

De ahí que se hace necesario la investigación de la prevalencia y características clínicas en el hospital Hipólito Unanue, para contribuir a la actualización de la enfermedad en un contexto regional y permita mejorar la atención de los pacientes, con el fin de mejorar futuras políticas de salud en cuanto a los protocolos de diagnóstico y terapéuticos en esta población.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las características clínico-epidemiológicas y factores asociados a complicaciones en pancreatitis aguda del adulto en pacientes atendidos en el hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2022 al 2024?

1.3 OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

1.3.1 Objetivo General

Identificar las características clínico-epidemiológicas y factores asociados a complicaciones en pancreatitis aguda del adulto en pacientes atendidos en el hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2022 al 2024

1.3.2 Objetivos Específicos

- a) Describir las características epidemiológicas y clínicas de la pancreatitis aguda tratadas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2022 al 2024.
- b) Identificar los valores laboratoriales de apoyo diagnóstico y de imágenes en la pancreatitis aguda del adulto atendidos en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2022 al 2024.
- c) Identificar los factores correlacionados, características epidemiológicas, clínicas y laboratoriales, relacionadas a complicaciones en la pancreatitis aguda del adulto atendido en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2022-2024.

1.4 JUSTIFICACIÓN

La labor con este estudio es contribuir a mejorar la comprensión de la pancreatitis aguda mediante la entrega de datos detallados sobre su epidemiología dentro de una comunidad local. Si bien las causas multifactoriales de la pancreatitis aguda,

en particular los factores biliares y el consumo de alcohol, han sido reconocidas a nivel mundial, existen características propias de la región, en diferentes hospitales peruanos. Esta investigación se justifica por su aporte a la literatura científica como una base teórica más sólida para estudios posteriores.

Desde una perspectiva práctica, los hallazgos del estudio pueden aportar a la mejora del tratamiento clínico de las personas que padecen pancreatitis aguda. Al identificar los factores de riesgo y las complicaciones relacionadas, será posible establecer protocolos de atención más eficaces, lo que podría conducir a una disminución notable de las tasas de morbilidad y mortalidad. Las investigaciones de Folgueras (8), indican que la intervención oportuna y el tratamiento nutricional adecuado pueden conducir a mejores resultados clínicos para estos pacientes.

La pancreatitis aguda no solo afecta a las personas que la padecen, sino que también afecta profundamente a sus familias y comunidades. La presión financiera asociada a las estadías prolongadas en el hospital y las complicaciones relacionadas puede ser considerable. Este estudio tiene como objetivo abordar el problema desde un punto de vista médico, anticipando la importancia de prevenir y tratar adecuadamente esta afección, lo que en última instancia conduce a una mejor calidad de vida para los pacientes y sus familias.

Esta investigación empleó un enfoque metodológico tanto analítico como descriptivo, que permitirá la recopilación de datos precisos sobre las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes. Mediante el uso de técnicas estadísticas adecuadas, fue posible una interpretación exhaustiva de los hallazgos, lo que ayudó a la identificación de conexiones significativas entre las variables examinadas.

Esta investigación se destaca por su concentración en un grupo demográfico en particular y por caracterizar a los pacientes con esa enfermedad. Identificar los factores vinculados a las complicaciones de la pancreatitis aguda en el marco del Hospital Hipólito Unanue marca un avance notable en la comprensión de esta condición a escala local.

La relevancia del estudio radica en los resultados, ya que estos podrían contribuir a la toma de decisiones relacionadas con la salud gastrointestinal. Al ofrecer información esencial sobre la epidemiología y el tratamiento clínico de la pancreatitis aguda, se espera que los hallazgos ayuden a formular iniciativas preventivas y educativas dirigidas tanto a los proveedores de atención médica como al público en general.

1.5 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

Pancreatitis aguda

Se define como un proceso inflamatorio agudo del páncreas, con posible afectación de tejidos y órganos adyacentes. Su diagnóstico requiere al menos dos de los siguientes criterios: dolor abdominal intenso, elevación de enzimas pancreáticas (amilasa/lipasa ≥ 3 veces el límite superior) o hallazgos imagenológicos (tomografía o resonancia) (9,10)

Comorbilidades

Presentación de condiciones frecuentemente asociadas incluyen: Diabetes mellitus, Hipertensión arterial, Obesidad, Enfermedades cardiovasculares (10–12).

Complicaciones

Agravamiento de las condiciones de salud, las más relevantes son: Necrosis pancreática, asociada a infección y mortalidad; falla orgánica: Respiratoria, Renal; Infecciones locales (abscesos pancreáticos) y sistémicas (sepsis), Shock hipovolémico (5-10%) (10,11,13,14).

Factores asociados

Condicionantes de la enfermedad como Etiología predominante: Biliar (en Latinoamérica), Alcohólica, Hipertrigliceridemia, Iatrogénica (post-CPRE, fármacos como L-asparaginasa) (12,14).

Factores de riesgo para complicaciones:

Condicionante de mayor probabilidad para la condición como la edad >65 años (3,13), puntajes elevados en escalas como APACHE II (>8) o Marshall modificado, retraso en el manejo inicial (>48 horas) (10,11,13,14).

Perfil clínico

Es forma peculiar de presentación de signos y síntomas que permiten determinar un diagnóstico, así la pancreatitis aguda puede mostrar, síntomas: Dolor epigástrico, náuseas/vómitos, ictericia; Severidad: Leve, Moderadamente severa, y Severa y hallazgos de laboratorio: Hiperamilasemia, leucocitosis (12,14).

Perfil epidemiológico

Características personales, demográficas y de salud, para el caso de la pancreatitis aguda. Se identifica un predominio en adultos de mediana edad con mayor prevalencia en hombres debido a la asociación con el consumo de alcohol y en mujeres por litiasis biliar. En cuanto a la distribución geográfica, las tasas varían dependiendo de los hábitos dietéticos y el acceso a la atención médica, con mayor incidencia en países desarrollados. La mortalidad puede alcanzar hasta un aprox. 30% en casos graves. (3,12,14).

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN

2.1.1 Antecedentes Internacionales

Aljiffry et al (15) La pancreatitis aguda (PA) representa una crisis médica que puede variar en intensidad desde una afección leve que se resuelve por sí sola hasta un incidente grave que conduce a una falla multiorgánica. Esta investigación buscó evaluar las características epidemiológicas de la PA. Abarcó a todas las personas diagnosticadas con PA en el Hospital Universitario Rey Abdulaziz, un centro de atención terciaria ubicado en Jeddah, Arabia Saudita, de 2017 a 2021. El objetivo principal fue examinar la aparición de PA entre los pacientes que llegaban al hospital con dolor abdominal. Además, los objetivos secundarios implicaron investigar las causas, las complicaciones, la gravedad y los resultados para los pacientes. Un total de 67 pacientes formaron parte del estudio. La PA constituyó el 11,6% de todos los casos de pacientes que presentaron dolor abdominal. La PA grave se observó en sólo siete pacientes, y esto se relacionó significativamente con la edad avanzada (más de 60 años). Las causas predominantes de PA fueron la pancreatitis biliar e idiopática, que juntas representaron el 80,6% de los casos. Las complicaciones observadas con mayor frecuencia incluyeron la acumulación de líquido peripancreático y la atelectasia, que se presentaron en el 40,3 % de los casos. En conclusión, la pancreatitis biliar es frecuente entre los pacientes con dolor abdominal y es la causa principal de la afección. La mayoría de los

pacientes presentaron síntomas leves a moderados y lograron resultados favorables con el tratamiento adecuado.

Alkareemy EAR et al (16), la pancreatitis aguda tiene el potencial de conducir a una falla multiorgánica o incluso causar la muerte, presentando una morbilidad y mortalidad significativas. Este estudio de investigación tuvo como objetivo evaluar las características clínicas y los resultados de la pancreatitis aguda dentro de nuestra comunidad. La edad promedio de los pacientes fue de $50,96 \pm 9,71$ años, con 30 (60%) identificados como hombres. La causa más común fueron los cálculos biliares, que representaron el 56%, seguido de la pancreatitis idiopática con el 26%. Si bien la mayoría de los pacientes mostraron una mejoría, cuatro lamentablemente sucumbieron a la afección. Factores como la edad avanzada, las comorbilidades existentes y la leucocitosis se identificaron como factores de riesgo para episodios graves, mientras que la edad avanzada, las comorbilidades, la pancreatitis grave y las complicaciones se relacionaron con la mortalidad. Si no se aborda de manera rápida y adecuada, la pancreatitis aguda puede provocar repercusiones graves. Es aconsejable realizar estudios multicéntricos que involucren a una población de pacientes más grande. Un enfoque multidisciplinario es esencial para la evaluación de la pancreatitis idiopática.

Rojas C et al (17) La pancreatitis aguda (PA) es una enfermedad de gran complejidad clínica, cuya gravedad puede conllevar una elevada morbimortalidad y un elevado gasto sanitario, sobre todo en el ámbito hospitalario. Material y métodos: Estudio descriptivo de las historias clínicas de un hospital universitario de referencia de tercer nivel, en el que se revisaron las historias clínicas que contenían el diagnóstico de pancreatitis aguda según la CIE-10 desde enero de 2011 hasta diciembre de 2018. Se incluyeron todos los pacientes mayores de 18 años, independientemente del sexo, diagnosticados de PA y que

cumplieran al menos dos de los criterios de Atlanta 2012. Resultados: Se examinaron 1.353 historias clínicas, de las que 386 cumplían los criterios de PA. De ellas, 205 eran mujeres (53%) y 181 hombres (47%), y menos del 10% de los participantes presentaban comorbilidades. Cabe destacar que el 38% de los casos de pancreatitis se encontraron en personas de entre 50 y 70 años. En cuanto a la etiología, las causas biliares fueron las más frecuentes, representando 200 casos (52%), seguidas de las idiopáticas con un 19,7% y las posteriores a colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) en 33 pacientes (8,5%). PA es una enfermedad prevalente que afecta a adultos de diversos grupos etarios y que genera un volumen significativo de visitas a servicios de urgencias. En Colombia, los datos previos se limitaban a casos de pancreatitis grave, por lo que se desconocen en gran medida las características sociodemográficas y clínicas asociadas con la pancreatitis aguda en situaciones de urgencias.

Bereded et al (18) La pancreatitis aguda se identifica por un dolor intenso en la parte superior del abdomen, junto con síntomas como náuseas, vómitos y un síndrome de respuesta inflamatoria sistémica que puede manifestarse como fiebre, presión arterial baja y, en ciertos casos, provocar insuficiencia orgánica. Dados los datos limitados disponibles en Etiopía, fue crucial obtener conocimientos sobre las características clínicas y los resultados de la pancreatitis aguda para mejorar las estrategias de tratamiento e intervención. Ese estudio se realizó como un análisis transversal institucional, que abarcó a todos los pacientes ingresados con un diagnóstico de pancreatitis aguda que cumplieron con los criterios de inclusión. La investigación implicó una revisión exhaustiva de los registros médicos completos y documentados de estos pacientes, empleando un formato estructurado para recopilar datos sobre varios factores sociodemográficos, presentaciones clínicas, resultados de imágenes, patrones bioquímicos y resultados. Los datos se procesaron y analizaron utilizando SPSS versión 26. La edad promedio

a la que se presentaron los pacientes fue de $36,89 \pm 10,4$ años, y las mujeres constituyeron el 51,1% de la muestra. La causa predominante identificada fue la litiasis biliar (57,8%), seguida de la pancreatitis alcohólica (26,7%). Solo tres pacientes fallecieron, mientras que la mayoría fueron dados de alta en condición estable. El pronóstico de la pancreatitis aguda resultó relacionado con la gravedad de la afección y la presencia de complicaciones: en nuestra área de estudio, las mujeres fueron las afectadas predominantemente, siendo los cálculos biliares y el alcohol los principales contribuyentes a los casos observados.

Zhang et al (19) Este estudio tiene como objetivo analizar las características clínicas de los pacientes ancianos con pancreatitis aguda (PA) e investigar los efectos de la edad en los resultados clínicos de la PA. Métodos: Se incluyeron pacientes de edad ≥ 18 años con PA ingresados dentro de las 72 h desde el 1 de septiembre de 2013 hasta el 31 de agosto de 2019. Los pacientes se dividieron en grupos de edad avanzada (≥ 60 años) y no avanzada (< 60 años). Se compararon los datos clínicos y los resultados. Resultados: Se incluyeron un total de 756 pacientes ancianos y 4896 pacientes no ancianos con AP. Los pacientes de edad avanzada presentaban una distribución etiológica diferente y marcadores y puntuaciones clínicas más graves. La edad fue un factor de riesgo independiente para la mortalidad (OR: 2,91; IC 95%: 1,801-4,706; $p < 0,001$), el ingreso en la unidad de cuidados intensivos (OR: 1,739; IC 95%: 1,126-2,685; $p = 0,013$), insuficiencia orgánica persistente (OR: 1,62; IC 95%: 1,33-1,99; $p < 0,001$), insuficiencia orgánica múltiple (OR: 1,76; IC 95%: 1,186-2,604; $p = 0,005$) e infección (OR: 2,45; IC 95%: 1,994-3,013; $p < 0,001$). La regresión logística múltiple ajustada y el análisis de tendencias confirmaron el riesgo de la edad para los resultados. Las muertes de los pacientes ancianos mostraron un patrón bifásico con picos en la primera y quinta semanas, en contraste con el pico único en la primera semana en los pacientes no ancianos. La interpretación concluyente fue que los

pacientes ancianos con AP se asociaron a peores resultados clínicos. Es crucial dedicar una atención considerable a la optimización de los enfoques terapéuticos para reducir la mortalidad tardía en este grupo de paciente.

Szatmary et al (20) La pancreatitis aguda es una indicación frecuente de ingreso hospitalario, cuya incidencia va en aumento, incluso en niños, embarazadas y ancianos. La pancreatitis aguda moderadamente grave con líquido y/o colecciones necróticas causa una morbilidad sustancial, y la enfermedad grave con insuficiencia orgánica persistente causa una mortalidad significativa. El diagnóstico requiere dos de dolor abdominal superior, amilasa/lipasa $\geq 3 \times$ límite superior de la normalidad, y/o hallazgos de imagen transversal. Predominan los cálculos biliares y el etanol, mientras que la hipertrigliceridemia y los fármacos destacan entre muchas causas. Están indicados los triglicéridos séricos, el hemograma completo, las pruebas de función renal y hepática, la glucosa, el calcio, la ecografía transabdominal y las imágenes torácicas, con imágenes transversales abdominales si hay incertidumbre diagnóstica. Se realizan pruebas de imagen posteriores para detectar complicaciones, por ejemplo, si la proteína C reactiva supera los 150 mg/l, o etiologías más raras. La sobrecarga de calcio intracelular pancreático, el deterioro mitocondrial y las respuestas inflamatorias son fundamentales en la patogénesis, objetivo de los ensayos de tratamiento actuales, que son de crucial importancia ya que no existe ningún fármaco autorizado internacionalmente para tratar la pancreatitis aguda y prevenir las complicaciones. Las prioridades iniciales son la reanimación con líquidos intravenosos, la analgesia y la nutrición enteral y, cuando sea necesario, los cuidados críticos y el soporte de órganos la nutrición parenteral, los antibióticos y la terapia de sustitución pancreática exocrina y endocrina; todo ello puede tener efectos adversos. Los pacientes con complicaciones locales deben ser derivados a centros terciarios especializados para orientar el tratamiento

posterior, que puede incluir drenaje y/o necrosectomía. El impacto de la pancreatitis aguda puede ser devastador, por lo que la prevención o reducción del riesgo de recurrencia y progresión a pancreatitis crónica con un mayor riesgo de cáncer de páncreas requiere un tratamiento proactivo que debe ser a largo plazo para algunos pacientes

2.1.2 Antecedentes Nacionales

Espinoza-Muyhua y Tinoco (5) La pancreatitis aguda (PA) puede presentar rasgos específicos en grandes altitudes que podrían influir en su gravedad. Por lo tanto, el objetivo fue describir las características clínicas y epidemiológicas de la PA entre los residentes en altitudes elevadas. Se realizó un estudio observacional y descriptivo en un hospital ubicado a 3250 metros sobre el nivel del mar (msnm) en Huancayo, Perú. Entre 2017 y 2021, se incluyeron 129 pacientes con diagnóstico de PA. Se realizó un análisis de características clínicas, demográficas y de manejo. La recolección de datos se realizó al ingreso del paciente y continuó hasta el alta hospitalaria. Para describir las variables cualitativas, el análisis estadístico utilizó frecuencias y porcentajes, mientras que las variables cuantitativas se representaron mediante media y desviación estándar o mediana y rangos intercuartiles según su distribución. Los participantes tenían una edad promedio de 45,8 años, y las mujeres comprendían el 61,2% del grupo. El IMC medio se observó en 26,1 kg/m² y la duración media de la estancia hospitalaria fue de 11,1 días. Las causas biliares representaron la causa principal de pancreatitis aguda (PA) en el 78,3% de los casos. El nivel promedio de SaO₂ registrado fue de 91,6%, mientras que la PaO₂ medida fue de 68,7 mmHg, la PaCO₂ de 29,4 mmHg, el HCO₃ de 18,8 mEq/L, la hemoglobina de 15,5 g y el hematocrito de 46,3%. Además, se observó SGOT en 286,4 U/L y SGPT en 313,9 U/L. La tasa de incidencia de PA se situó en 38,4 casos por cada 10.000 admisiones, con un 13,2% de pacientes que necesitaron atención

en UCI, donde la tasa de mortalidad alcanzó el 52,9%. Las complicaciones más comunes incluyeron colecciones peripancreáticas en el 14,7% y necrosis pancreática en el 9,3%. La tasa de mortalidad general se encontró en el 13,9%. Por último, la presión arterial a grandes altitudes muestra muchas similitudes con la del nivel del mar; sin embargo, las variaciones en SaO₂, PaO₂, PaCO₂, HCO₃ y las tasas de mortalidad pueden indicar la influencia de la hipoxia hipobárica, lo que justifica una mayor investigación en estudios adicionales.

Quispe-Quispe (21) el páncreas sufre una lesión debido a la activación de sus enzimas, impactando tanto a los tejidos circundantes como a los que se encuentran a distancia. El objetivo de este estudio fue determinar las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes con diagnóstico de pancreatitis aguda atendidos en el Hospital EsSalud Juliaca III durante los años 2021 y 2022. Esta investigación se categoriza como un estudio cuantitativo, descriptivo, retrospectivo, observacional y transversal, utilizando métodos e instrumentos de recolección de datos validados por jueces y expertos. La información recolectada incluyó edad, procedencia, sexo, factores de riesgo, comorbilidades y síntomas clínicos. Se estudiaron 116 pacientes con pancreatitis aguda, de los cuales 54,3% fueron hombres, la edad promedio de todos los participantes fue de 47,64 años y el 95,7%, procedían de zonas urbanas. El nivel educativo predominante fue la educación superior completa, reportado por 58 pacientes, lo que representa el 50%. El principal factor de riesgo identificado fueron los cálculos biliares, presentes en 95 pacientes (81,9%), seguido del alcoholismo, que afectó a 21,6%. Se observó dolor abdominal en 94,6%, de los pacientes, náuseas en el 81,9% y vómitos en 68,1%. Una evaluación de las comorbilidades acompañantes indicó que la diabetes mellitus estaba presente en el 6,9%. Finalmente demuestran que, la mayoría de los individuos eran varones y provenían de entornos urbanos, y los cálculos biliares se identificaron como el principal factor de riesgo, con una edad promedio de 47 años.

Entre toda la población, el 50% había alcanzado la educación superior y los síntomas clínicos notables incluían dolor abdominal, que a menudo se acompañaba de náuseas y vómitos. Las comorbilidades eran mínimas, y la diabetes mellitus se destacaba más que la insuficiencia renal y la hipertensión arterial.

2.1.3 Antecedentes Locales

Los antecedentes encontrados a nivel local datan de al menos 10 años anteriores y los citamos porque reflejan una realidad probablemente superada.

Isidro, R (22) analiza el “Tratamiento quirúrgico de la pancreatitis aguda en el Hospital de Apoyo Hipólito Unanue de Tacna, durante el periodo 2002 – 2007” mediante un estudio retrospectivo de los casos de pancreatitis aguda que requirieron intervención quirúrgica en el Hospital de Apoyo Hipólito Unanue de Tacna, desde enero de 2002 hasta junio de 2007. Se incluyeron 34 pacientes, con una edad promedio de 38 años y un marcado predominio del sexo femenino (1,4:1). La principal causa de pancreatitis aguda fue biliar, representando el 82,4% de los casos. Las evaluaciones postoperatorias revelaron que el 53% de los pacientes presentaron pancreatitis aguda leve, mientras que el 47% padeció pancreatitis aguda grave. En promedio, los pacientes fueron sometidos a cirugía 3 días después del inicio de los síntomas clínicos. Entre los pacientes con pancreatitis leve, las intervenciones quirúrgicas más comunes incluyeron colecistectomía y coledocotomía con drenaje. En contraste, para la cohorte de pancreatitis grave, los procedimientos prevalentes fueron colecistectomía y coledocotomía con drenaje, a menudo acompañadas de gastrostomía y yeyunostomía. La tasa de morbilidad fue mayor en pacientes con pancreatitis aguda grave en comparación con aquellos con casos leves, y la morbilidad más alta se asoció con la colecistectomía combinada con coledocotomía, gastrostomía y yeyunostomía. La tasa de mortalidad para este

procedimiento en particular fue del 28,6% (2 pacientes), mientras que para la laparotomía con drenaje, se situó en el 11,1% (1 paciente). Los hallazgos indican que las cirugías que involucran la vesícula biliar y el tracto biliar, cuando se combinan con la gastrostomía y la yeyunostomía, resultaron en una mayor morbilidad y mortalidad en comparación con otras opciones quirúrgicas.

Franco CE (23) La mayoría de los pacientes con pancreatitis aguda presentan una evolución clínica autolimitada, con una baja incidencia de complicaciones significativas; sin embargo, aproximadamente el 20% de los casos progresan a una forma grave. En 2013, un consenso internacional multicéntrico sobre pancreatitis condujo a la publicación de una nueva Clasificación Basada en Determinantes de Gravedad. Por ello estudiaron la *“Aplicación de la clasificación basada en determinantes para el pronóstico de severidad de pancreatitis aguda potencialmente grave en pacientes del servicio de emergencia del hospital III Daniel Alcides Carrión - Essalud Tacna, 2008- 2012”* así se buscó evaluar la aplicabilidad de la Clasificación Basada en determinantes para predecir la gravedad de la pancreatitis aguda potencialmente grave en pacientes del Servicio de Urgencias del Hospital. Se realizó una investigación observacional, retrospectiva, transversal y analítica. Se seleccionó una muestra de 124 historias clínicas que cumplieron con los criterios de inclusión, de personas que acudieron al Servicio de Urgencias y recibieron diagnóstico clínico de pancreatitis aguda. La recolección de datos se realizó mediante un formulario específico. Entre la población asegurada mayor de 15 años, la incidencia de pancreatitis aguda se registró en 75 por 100.000 habitantes. Tanto la Clasificación de Gravedad de Atlanta como la Clasificación Basada en Determinantes de Gravedad categorizan la Pancreatitis Aguda Leve, con tasas respectivas de 71% y 77.4%. Sin embargo, la Clasificación por Determinantes de Gravedad también incluye tres categorías adicionales: moderada (12.9%), severa (13.7%) y crítica (2.5%), en contraste con la Clasificación de Atlanta, que solo da cuenta de la Pancreatitis Aguda Severa con un 22.6%. La

pancreatitis aguda afecta a las mujeres más que a los hombres, ocurriendo predominantemente en individuos de 24 a 53 años, y los cálculos biliares se identificaron como la causa más común. La duración típica de la enfermedad antes del ingreso de emergencia fue de un día o menos, mientras que la estadía hospitalaria promedio para estos casos se extendió a 4 semanas o más, con una media de 34.09 días. Medicina Interna fue el departamento que trató el mayor número de pacientes con pancreatitis. Entre los pacientes muestreados, el 29% presentó Pancreatitis Aguda de gravedad variable, y el mismo porcentaje reflejó casos de necrosis pancreática; Sin embargo, la falla orgánica se observó solo en el 9,7% de los casos analizados, manifestándose predominantemente como insuficiencia respiratoria. De aquellos diagnosticados con pancreatitis aguda potencialmente grave, el 57,1% calificó para el ingreso a la UCI-UCIN, mientras que el 71,4% de los pacientes clasificados con pancreatitis aguda grave según la clasificación de gravedad de Atlanta también fueron elegibles para cuidados intensivos. La Clasificación de Gravedad de Atlanta mostró mayores valores de sensibilidad y especificidad, junto con un mayor odds ratio diagnóstico; sin embargo, el intervalo de confianza para el odds ratio de esta clasificación fue notablemente amplio. A pesar de esto, ambas clasificaciones compartieron el mismo valor global. Si bien el valor predictivo negativo se mantuvo comparable entre las dos clasificaciones, se enfatizó que el valor predictivo positivo fue significativamente mayor en la Clasificación Potencialmente Grave, registrándose en 57,14% en comparación con solo 12,5% para la Clasificación de Gravedad de Atlanta. En conclusión, la clasificación basada en determinantes para predecir resultados en pacientes con Pancreatitis Aguda Potencialmente Grave puede tener una efectividad limitada en entornos de emergencia al clasificar a pacientes con Pancreatitis Aguda en riesgo de desarrollar diversos grados de gravedad.

Huayta y Ticona (14) estudiaron “*Prevalencia, características clínicas y disfunción orgánica según score de Marshall modificado en pacientes*

con pancreatitis aguda en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2015 – 2016” su objetivo fue evaluar la prevalencia, características sociodemográficas, clínicas y disfunción orgánica según el Score Marshall modificado en pacientes con pancreatitis aguda del servicio de medicina del Hospital Hipólito Unanue de Tacna desde enero de 2015 a diciembre de 2016. Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal en una muestra de 161 pacientes, encontrando una prevalencia de 9,26%. La mayoría de los casos fueron de sexo femenino (56,5%), siendo la etiología biliar la más frecuente con 92,6%. Según la clasificación de Atlanta 2012, la gravedad se categorizó en leve (73,3%), moderadamente grave (20,5%) y grave (6,2%). La prevalencia de disfunción orgánica según el Score Marshall modificado fue de 14,9%, presentándose insuficiencia respiratoria en 12,4% de los casos. La tasa de mortalidad fue de 1,2%. En conclusión, las mujeres jóvenes y los hombres adultos son más susceptibles a la pancreatitis aguda, principalmente por litiasis biliar. Una forma menos grave de la afección se correlaciona con una estadía en el hospital más corta; por el contrario, una afección más grave requiere una hospitalización más prolongada y potencialmente tratamiento en UCI si surgen complicaciones.

2.2 MARCO TEÓRICO

2.2.1 Pancreatitis Aguda

La pancreatitis aguda (PA) es una enfermedad caracterizada por la inflamación súbita del páncreas, que puede tener consecuencias graves tanto a nivel local como sistémico. Se define como un episodio agudo de inflamación del páncreas que puede ser severo, dependiendo de la etiología y la respuesta del organismo. Es una inflamación del páncreas que se presenta de forma repentina y puede provocar efectos sistémicos y complicaciones importantes. Si bien se han realizado numerosas

investigaciones sobre su epidemiología, causas y tratamiento, aún existen dificultades para abordarla, en particular en áreas donde el acceso a la atención médica es desigual. AP se caracteriza por el cumplimiento de dos de tres criterios (24): Molestia abdominal frecuente (dolor epigástrico que se extiende a la espalda), Niveles de amilasa o lipasa elevados tres veces o más por encima del umbral normal superior y Resultados de imágenes (hinchazón, muerte de tejido o acumulación de líquido).

2.2.1.1 Categorización según la intensidad:

Leve: no hay complicaciones ni insuficiencia orgánica presentes.

Moderadamente grave: insuficiencia orgánica temporal (menos de 48 horas) o complicaciones localizadas.

Grave: insuficiencia orgánica continua que dura más de 48 horas o resulta en muerte.

2.2.1.2 Epidemiología a escala global

Se muestra una frecuencia anual de 13 a 45 casos por cada 100.000 personas, variando según la región. En Europa y Estados Unidos, se producen entre 30 y 40 casos por cada 100.000 personas, con una tasa de mortalidad que oscila entre el 1% y el 5% (25). En Asia se observa una mayor incidencia de PA atribuida a hipertrigliceridemia, representando entre el 15 y el 20% de los casos (20). África: Es probable que la prevalencia esté subestimada, pero se asocia con tasas de complicaciones significativas (mortalidad que varía entre el 10% y el 20%) (26). El aumento de casos graves después de la pandemia ha provocado una tasa de mortalidad del 8 al 12 % en los países de bajos ingresos debido al aplazamiento del tratamiento médico. Efectos de la obesidad: las personas con un IMC superior a 30 enfrentan un riesgo 2,5 veces mayor de desarrollar pancreatitis aguda necrosante (27).

La litiasis biliar se presenta como causa principal en el 70-95% de los casos, especialmente en mujeres mayores de 50 años en países como México, Perú y Chile. Seguido del consumo de alcohol (15–25%) es más frecuente entre los hombres jóvenes en países como Argentina y Brasil (28).

La tasa de mortalidad varía entre el 3% y el 8%, con picos del 12% al 15% observados en regiones rurales donde el acceso a unidades de cuidados intensivos está restringido (29).

En Perú (Hospital Nacional Edgardo Rebagliati, 2022): El origen biliar representó el 92,6% de los casos. La tasa de necrosis pancreática se sitúa en el 18%, acompañada de una tasa de mortalidad del 6,7%. (30)

La obesidad y el síndrome metabólico aumentan la probabilidad de sufrir pancreatitis aguda grave y recurrente. La activación de las enzimas pancreáticas dentro del espacio intraductal inicia la pancreatitis aguda, lo que conduce a la autodigestión tisular. Este mecanismo desencadena: Reacción inflamatoria local, reducción del flujo sanguíneo y muerte del tejido y SIRS (síndrome de respuesta inflamatoria sistémica): en casos graves, puede provocar insuficiencia de múltiples órganos (31).

Las complicaciones de la pancreatitis aguda son diversas y pueden afectar tanto al páncreas como a otros órganos y sistemas. Su reconocimiento temprano y manejo adecuado son cruciales para mejorar el pronóstico de los pacientes. La evaluación continua, el soporte intensivo y las intervenciones específicas son fundamentales para abordar estas complicaciones y reducir la morbilidad y mortalidad asociadas a la PA (24,29)

2.2.1.3 Criterios diagnósticos

Según la revisión de 2012 de los criterios de Atlanta, el diagnóstico de pancreatitis aguda requiere el cumplimiento de al menos dos de las siguientes condiciones (32):

- a) Dolor abdominal: típicamente, el dolor es intenso y localizado en la región epigástrica, frecuentemente irradiando a la espalda.
- b) Enzimas pancreáticas elevadas: los niveles séricos de amilasa o lipasa que superan tres veces el límite superior normal se consideran elevados.
- c) Resultados de imagen: Estudios como la ecografía o la tomografía computarizada revelan alteraciones que indican inflamación o necrosis del páncreas.

2.2.1.4 Etiología

La etiología de la pancreatitis aguda es multifactorial y puede clasificarse en varias categorías (33):

- a) Litiasis biliar: Es la causa más común en muchos países, incluyendo Perú. Los cálculos biliares pueden obstruir el conducto pancreático o el conducto colédoco, provocando inflamación.
- b) Consumo excesivo de alcohol: El abuso crónico de alcohol es un factor importante en el desarrollo de pancreatitis aguda. Se estima que entre el 6% y el 20% de los casos son atribuibles a esta causa (28).
- c) Hipertrigliceridemia: Niveles elevados de triglicéridos (generalmente >1000 mg/dL) pueden inducir pancreatitis aguda. Este mecanismo se relaciona con la toxicidad directa del tejido adiposo sobre las células acinares del páncreas (34).
- d) Otras causas: Incluyen trauma abdominal (por accidentes o procedimientos quirúrgicos), infecciones virales (como las causadas por el virus de las paperas), ciertos medicamentos (azatioprina, diuréticos) y condiciones metabólicas como la diabetes mellitus.

Cada etiología tiene sus implicaciones para el manejo clínico y la prevención. Por ejemplo, en pacientes con pancreatitis biliar, la colecistectomía puede ser una intervención preventiva clave.

2.2.2 Factores de Riesgo

Los factores de riesgo para desarrollar pancreatitis aguda pueden dividirse en modificables y no modificables:

2.2.2.1 Factores modificables:

- a) Consumo excesivo de alcohol: Se considera un factor crítico; el riesgo aumenta con la cantidad y duración del consumo.
- b) Obesidad: La obesidad se ha asociado con un mayor riesgo debido a su relación con la inflamación sistémica y alteraciones metabólicas (35).
- c) Tabaquismo: Fumar aumenta el riesgo de desarrollar pancreatitis aguda y se ha asociado con una mayor gravedad de la enfermedad.

2.2.2.2 Factores no modificables:

- a) Edad: Los pacientes mayores (>65 años) tienen un mayor riesgo de complicaciones severas.
- b) Sexo: Hay una prevalencia más alta en hombres para casos relacionados con el alcohol, mientras que las mujeres tienden a tener más casos relacionados con litiasis biliar.
- c) Historia familiar: Algunas condiciones genéticas predisponen a los individuos a desarrollar pancreatitis aguda. La comprensión de estos factores es esencial para implementar estrategias preventivas efectivas.(36)

2.2.2.3 Factores Clínicos

Los factores clínicos juegan un papel crucial en el pronóstico y manejo de la pancreatitis aguda:

- a) Gravedad: La gravedad se clasifica en leve (sin complicaciones), moderadamente grave (complicaciones transitorias) y grave (fallo orgánico persistente). Escalas pronósticas como APACHE II y BISAP ayudan a estratificar el riesgo y guiar las decisiones terapéuticas. (14)
- b) Retraso en atención médica: El tiempo hasta recibir atención médica adecuada puede influir significativamente en los resultados clínicos. Un retraso mayor a 48 horas se asocia con una mayor mortalidad.
- c) El reconocimiento temprano de los signos clínicos y la evaluación adecuada son fundamentales para mejorar los resultados del paciente.

2.2.2.4 Factores Sociodemográficos

Los factores sociodemográficos también influyen en la presentación y evolución de la pancreatitis aguda (37):

- a) Edad: La incidencia es mayor en adultos jóvenes (30-50 años) para causas alcohólicas y en mayores (>65 años) para causas biliares.
- b) Género: Las mujeres presentan más casos relacionados con litiasis biliar, mientras que los hombres tienen una mayor incidencia asociada al consumo de alcohol.
- c) Ubicación geográfica: En algunas regiones, hay una alta prevalencia de litiasis biliar debido a factores dietéticos y genéticos locales. Estos factores deben ser considerados al diseñar programas educativos y preventivos dirigidos a poblaciones específicas.

2.2.2.5 Clínica

La presentación clínica típica incluye (29):

- a) Síntomas cardinales: Dolor epigástrico intenso que puede irradiarse hacia la espalda, náuseas y vómitos frecuentes, ictericia en casos relacionados con obstrucción biliar.
- b) Signos físicos: Sensibilidad abdominal difusa, distensión abdominal, signos hemorrágicos como Cullen o Grey Turner son raros pero indicativos de hemorragia retroperitoneal.
- c) Laboratorio: Elevación significativa de amilasa y lipasa, leucocitosis e hipocalcemia pueden ser indicativos de gravedad, el reconocimiento temprano de estos signos es esencial para iniciar un tratamiento oportuno.

2.2.2.6 Comorbilidades

Las comorbilidades son condiciones que pueden complicar el manejo y pronóstico (38):

- a) Metabólicas: Diabetes mellitus es común entre pacientes con pancreatitis aguda; hasta un 35% pueden tener antecedentes.
- b) Cardiovasculares: Hipertensión arterial y enfermedad coronaria son frecuentes entre pacientes hospitalizados por pancreatitis aguda.
- c) Hepáticas: Enfermedades hepáticas como esteatosis pueden coexistir con pancreatitis aguda, complicando su manejo (34).

El manejo integral debe considerar estas comorbilidades para optimizar los resultados clínicos.

2.2.2.7 Diagnóstico

El diagnóstico preciso es vital para el tratamiento efectivo (28):

- a) Criterios diagnósticos: Los criterios mencionados anteriormente son esenciales para confirmar el diagnóstico inicial.
- b) Imágenes diagnósticas: Ecografía abdominal es útil para detectar litiasis biliar; tomografía computarizada ayuda a evaluar necrosis o complicaciones asociadas.
- c) Diagnóstico diferencial: Es importante considerar condiciones como úlcera perforada o infarto mesentérico al evaluar síntomas similares.

Un enfoque diagnóstico riguroso permite implementar estrategias terapéuticas adecuadas desde el inicio. Los avances tecnológicos en el diagnóstico de la pancreatitis aguda han sido significativos en los últimos años, facilitando una identificación más rápida y precisa de esta condición crítica (39).

Los principales avances y enfoques que se han integrado en el diagnóstico de la pancreatitis aguda:

a) Marcadores Bioquímicos y Moleculares

Los marcadores bioquímicos como la amilasa y la lipasa han sido fundamentales en el diagnóstico de la pancreatitis aguda. La lipasa, en particular, ha demostrado ser más específica para la inflamación pancreática. Recientemente, se ha investigado el uso de otros marcadores como el tripsinógeno-2 urinario, que podría ofrecer información adicional sobre la severidad de la enfermedad y ayudar a diferenciar entre pancreatitis aguda y otras condiciones abdominales (40).

Parámetros de hemogramas:

Volumen plaquetario medio: El análisis de sangre MPV evalúa el tamaño promedio de estas plaquetas, lo que proporciona información sobre su funcionalidad. Por lo general, se realiza un recuento de plaquetas, que evalúa la cantidad total de plaquetas en el torrente sanguíneo, junto con la prueba MPV. Las investigaciones han indicado que podría haber variaciones estadísticamente significativas en el volumen plaquetario medio (VPM) durante las fases de inicio y remisión de la pancreatitis aguda. Al inicio de la enfermedad, el VPM es menor que durante la remisión de la PA, y el análisis de subgrupos reveló que los niveles de VPM son similares en cuanto a la gravedad de la PA. Sin embargo, no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes con PA y los controles durante el inicio de la enfermedad o la remisión. Se requiere una evaluación clínica adicional para determinar su posible importancia pronóstica. (1)

Neutròfilo/Monocito

Cuando el recuento de neutrófilos cae por debajo de 500 células por microlitro, una condición conocida como neutropenia grave, hay un aumento significativo en el riesgo de infección. Las personas con esta condición pueden sufrir infecciones por bacterias que normalmente existen inofensivamente en la boca y los intestinos. Si bien los recuentos bajos o altos de monocitos generalmente no producen síntomas, las personas pueden presentar síntomas relacionados con la enfermedad subyacente responsable del cambio en los niveles de monocitos, La monocitopenia es una reducción del recuento de monocitos en sangre a $< 500/\text{mcL}$ ($< 0,5 \times 10^9/\text{L}$). (2)

b) Técnicas de Imagen Avanzadas

Las técnicas de imagen han evolucionado considerablemente, mejorando la capacidad para diagnosticar y evaluar la gravedad de la pancreatitis aguda:

- Ecografía: es una técnica inicial común, su uso se ha optimizado con tecnologías avanzadas como la ecografía endoscópica, para la detección de complicaciones del tubo digestivo y de órganos cercanos como hígado páncreas, riñones y otros. (41)
- Tomografía Computarizada (TC): La TC con contraste es ahora un estándar en el diagnóstico de pancreatitis aguda. Permite evaluar no solo el páncreas, sino también las estructuras adyacentes y detectar complicaciones como abscesos o necrosis pancreática (41).
- Resonancia Magnética (RM): Aunque menos utilizada que la TC, la RM puede ser útil en ciertos casos, especialmente cuando hay sospecha de complicaciones biliares o cuando se desea evitar el uso de contraste yodado.

c) Inteligencia Artificial (IA)

La integración de herramientas basadas en inteligencia artificial ha comenzado a mostrar promesas en el diagnóstico médico. En el contexto de la pancreatitis aguda, se están desarrollando algoritmos que pueden analizar imágenes médicas y datos clínicos para predecir complicaciones y mejorar la precisión diagnóstica. Esta tecnología puede ayudar a los médicos a tomar decisiones más informadas al identificar patrones que podrían no ser evidentes a simple vista (42).

d) Diagnóstico Molecular

Aunque aún no se han establecido marcadores moleculares específicos para la pancreatitis aguda, el avance en técnicas como la secuenciación genética podría abrir nuevas vías para identificar predisposiciones genéticas o biomarcadores que ayuden a personalizar el tratamiento y mejorar el pronóstico (40).

e) Monitoreo Continuo y Dispositivos Portátiles

El desarrollo de dispositivos portátiles que permiten un monitoreo continuo de parámetros vitales y marcadores bioquímicos está emergiendo como una herramienta valiosa en el manejo de pacientes con pancreatitis aguda. Estos dispositivos pueden alertar a los médicos sobre cambios críticos en tiempo real, facilitando intervenciones oportunas. (43)

f) Revisión Sistemática y Guías Clínicas

La recopilación y análisis sistemático de datos clínicos han llevado a una mejor comprensión del manejo diagnóstico de la pancreatitis aguda. Las guías clínicas actualizadas incorporan nuevos hallazgos e integran diversas modalidades diagnósticas para ofrecer un enfoque más holístico.

2.2.2.8 Complicaciones

Las complicaciones de la pancreatitis aguda se definen como eventos adversos que surgen como resultado de la inflamación del páncreas. Estas complicaciones pueden ser clasificadas en locales o sistémicas:

2.2.2.8.1 Complicaciones locales:

Afectan directamente al páncreas y a los tejidos adyacentes. Las complicaciones locales son comunes y pueden incluir:

a) Pseudoquistes Pancreáticos

Los pseudoquistes son colecciones líquidas que se forman por la acumulación de fluidos pancreáticos en el espacio peritoneal. Se presentan en aproximadamente el 6.3% a 15% de los casos de pancreatitis aguda. Los pseudoquistes pueden llevar a complicaciones adicionales como infección, hemorragia o fístulas. El manejo endoscópico, como la cistogastrostomía, ha demostrado ser efectivo y tiene una tasa de éxito del 86% al 100% en el tratamiento de estos pseudoquistes (43).

b) Necrosis Pancreática

La necrosis pancreática se refiere a la muerte del tejido pancreático y puede ser estéril o infectada. La necrosis infectada tiene un pronóstico grave y puede llevar a sepsis y fallo multiorgánico. La evaluación mediante tomografía computarizada (TC) es crucial para determinar la extensión de la necrosis y guiar el tratamiento (44).

c) Abscesos Pancreáticos

Los abscesos son colecciones purulentas que pueden desarrollarse a partir de pseudoquistes infectados o necrosis pancreática. Su tratamiento puede requerir drenaje percutáneo o quirúrgico.

d) Fístulas Pancreáticas

Las fístulas pancreáticas son conexiones anormales entre el páncreas y otros órganos o estructuras, resultantes de la inflamación o necrosis del tejido pancreático. Estas fístulas pueden ser difíciles de manejar y requieren un enfoque

multidisciplinario para su tratamiento. Necrosis pancreática puede ocurrir en hasta un 20% de los casos graves; su manejo incluye drenaje percutáneo si hay infección asociada.

2.2.2.8.2 Complicaciones sistémicas:

Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SIRS) puede llevar a fallo multiorgánico; esto ocurre en aproximadamente un tercio de los pacientes hospitalizados. Involucran disfunción en otros órganos o sistemas del cuerpo. Las complicaciones sistémicas son potencialmente mortales y afectan múltiples sistemas orgánicos:

a) Síndrome de Respuesta Inflamatoria Sistémica (SIRS)

El SIRS es una respuesta inflamatoria generalizada que puede llevar a fallo multiorgánico. Se presenta en un porcentaje significativo de pacientes con pancreatitis aguda severa, contribuyendo a la alta mortalidad asociada.

b) Falla Orgánica

La falla orgánica se refiere a la incapacidad de uno o más órganos para funcionar adecuadamente debido a la inflamación sistémica y puede incluir:

- Falla respiratoria: Comúnmente observada en pacientes con pancreatitis severa.
- Falla renal: Puede manifestarse como oliguria o anuria debido a hipoperfusión renal.
- Falla cardiovascular: Puede resultar en shock hipovolémico o cardiogénico.

Las tasas globales varían entre 1.2% a más del 30% en casos severos; la identificación temprana es crucial para mejorar estos números.

2.2.3 Diagnóstico de Complicaciones

El diagnóstico temprano de las complicaciones es crucial para mejorar el pronóstico del paciente:

Tomografía Computarizada (TC): Es la modalidad preferida para evaluar complicaciones locales, permitiendo visualizar necrosis, abscesos y pseudoquistes (45).

Ecografía: Útil para detectar líquido peritoneal y evaluar colecciones.

Marcadores Bioquímicos: La elevación de amilasa y lipasa es indicativa de pancreatitis, pero no necesariamente correlaciona con la gravedad o presencia de complicaciones.

2.2.4 Manejo de las Complicaciones

El manejo varía según la naturaleza y severidad de las complicaciones (46):

2.2.4.1 Tratamiento Endoscópico

El manejo endoscópico ha revolucionado el tratamiento de las complicaciones locales, especialmente los pseudoquistes y abscesos (47). Técnicas como la cistogastrostomía endoscópica permiten un abordaje menos invasivo con menores tasas de morbilidad (48).

2.2.4.2 Intervenciones Quirúrgicas

En casos severos donde hay necrosis infectada o fistulas complejas, puede ser necesario realizar intervenciones quirúrgicas más invasivas.

2.2.4.3 Soporte Nutricional

El soporte nutricional es fundamental en el manejo integral del paciente con pancreatitis aguda, ayudando a preservar la mucosa intestinal y prevenir complicaciones adicionales (35).

2.2.4.4 Pronóstico

El pronóstico en pacientes con pancreatitis aguda depende significativamente del desarrollo de complicaciones:

La mortalidad global varía entre el 1% al 13%, pero puede alcanzar hasta el 30% en casos con necrosis infectada (3,4).

La identificación temprana y el tratamiento adecuado son esenciales para mejorar los resultados clínicos.

El reconocimiento temprano y el manejo adecuado son esenciales para prevenir estas complicaciones devastadoras.

El estudio exhaustivo sobre la pancreatitis aguda revela su complejidad desde múltiples perspectivas: clínica, epidemiológica y social. La identificación temprana, junto con un enfoque multidisciplinario que considere las características individuales del paciente, es fundamental para mejorar los resultados clínicos. La investigación continua es necesaria para optimizar las estrategias preventivas y terapéuticas, adaptándolas a las realidades locales como las observadas en Tacna. Este marco teórico proporciona una base sólida para futuras investigaciones sobre esta patología crítica que afecta a millones alrededor del mundo.

CAPÍTULO III

VARIABLES

3.1 HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN

Debido a que el presente estudio corresponde a una investigación descriptiva, no se plantea una hipótesis de investigación, por lo que su finalidad es describir las características y comportamiento de la variable de estudio en la población seleccionada.

3.2 VARIABLES DE INVESTIGACIÓN

Variable 1: Pancreatitis aguda

Definición operacional: Se refiere a la condición médica en estudio. Se mide a través del diagnóstico confirmado según los criterios establecidos y la etiología identificada

Variable 2: Factores clínicos

Definición operacional: Incluye los síntomas y signos presentados por los pacientes. Se evaluó las comorbilidades que puedan influir en la evolución de la pancreatitis

Variable 3: Factores sociodemográficos

Definición operacional: Se analizó variables como la edad, género y nivel socioeconómico para identificar patrones que puedan estar asociados con la incidencia y gravedad de la pancreatitis aguda.

Variable 4: Complicaciones de la pancreatitis aguda

Definición operacional: Se registró tanto las complicaciones locales como sistémicas que puedan surgir durante el curso de la enfermedad.

3.2.1 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADORES	CATEGORÍAS	MEDICIÓN
Pancreatitis aguda	Etiología	Causas probables asociadas a etiología	1. Biliar 2. Alcohólica 3. Idiopática 4. otra	Nominal
	Gravedad	Clasificación Clínica de severidad (49)	1. Leve (Ausencia tanto de la necrosis (peri) pancreática como de fallo orgánico. 2. Moderada (cualquier tipo de necrosis (peri) pancreática estéril o fallo orgánico transitorio.) 3. Moderadamente grave (cualquier grado de necrosis (peri) pancreática infectada o fallo orgánico persistente) 4. Grave (necrosis (peri) pancreática infectada y fallo orgánico persistente.)	Ordinal
	Estancia hospitalaria	Nº de días desde captación hospitalaria hasta el alta	1. 1-3 2. 4-6 3. 7- 9 4. 10-12 5. 13-15 6. Más de 15 días	Nominal
	Ingreso a UCI	Ingreso a unidad de cuidados intensivos con consignación de Nº de días en dicho servicio	1. Sí 2. No Nº de días: _____	Nominal

	Estado al alta	Evolución al alta consignado en historia clínica	1. Recuperado 2. Fallecido	
Valores laboratoriales	Biomarcadores inflamatorios	Creatinina	Rango de normalidad en registro hospitalario/institucional	Razón
		Proteína reactiva C		Razón
		Amilasa pancreática		Razón
		Leucocitos		Razón
		Neutrófilos		Razón
		Fosfatasa alcalina		Razón
		Índice neutrófilo/monocito		Razón
		Volumen plaquetario medio (MPV)		Razón
		Procalcitonina		Razón
		Lipasa sérica		Razón
Factores clínicos	Tiempo de enfermedad	Nº de horas o días desde inicio de síntomas y fecha de captación hospitalaria	1. 1-3 2. 4-6 3. 7-9 4. 10-12 5. 13-15 6. Más de 15 días	Nominal
	Síntomas	Dolor abdominal	1. Si 2. No	Nominal
		Náuseas	1. Si 2. no	Nominal
		Vómitos	1. Si 2. no	Nominal
	Signos físicos	Sensibilidad abdominal	1. Si 2. no	Nominal
		Distensión	1. Si 2. no	Nominal
	Comorbilidades	Diabetes	1. Si 2. no	Nominal
		Hipertensión	1. Si 2. no	Nominal
		Obesidad	1. Si 2. no	Nominal

		Litiasis vesicular	1. Si 2. no	Nominal
		Otros	Si no	Nominal
	Informe ecográfico	Informe de servicio diagnóstico por imágenes con incidencia en región abdominal	Se consignará cada diagnóstico consignado en periodo de hospitalización o previo no mayor de 48 horas	Nominal
	Complicaciones locales	Estudios imagenológicos (TC ecografía)	1. Sin complicaciones 2. Presencia de pseudoquistes 3. Necrosis pancreática	Nominal
	Complicaciones sistémicas	Falla orgánica consignado en historia clínica	1. Sepsis 2. Infecciones asociadas a catéter 3. Respiratoria 4. Renal 5. Cardíaca 6. Absceso o pseudoquiste 7. Hemorragia pancreática	
Factores sociodemográficos	Edad	Años cumplidos	1. 18 a 29 años 2. 30 a 39 años 3. 40 a 49 años 4. 50 a 59 años 5. 60 a más	Continua
	Género	Reportado en historia clínica	1. Masculino 2. Femenino	Nominal
	Procedencia	Lugar de residencia	1. Urbana 2. Rural	Nominal
	Nivel socioeconómico	Historial clínico determinado por evaluación de servicio social	1. No pobre 2. Pobre 3. Extremo pobre	Nominal
	Año de atención	Año de hospitalización sujeto d estudio	1. 2022 2. 2023 3. 2024	Nominal

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

4.1.1 Tipo de Investigación

La presente investigación es analítica. Se busca describir las características clínico-epidemiológicas de los pacientes con pancreatitis aguda y analizar los factores asociados a las complicaciones que pueden presentarse durante el curso de la enfermedad.

4.1.2 Nivel de Investigación

El nivel de investigación es correlacional, ya que se pretende establecer relaciones entre las variables clínicas, sociodemográficas y las complicaciones asociadas a la pancreatitis aguda en los pacientes atendidos en el Hospital Hipólito Unanue.

4.1.3 Diseño de Investigación

El diseño de la investigación es transversal. Se llevó a cabo un estudio observacional en el que se recolectó datos en un solo momento del tiempo, permitiendo analizar las características y complicaciones de los pacientes con pancreatitis aguda durante un periodo específico (2022-2024).

4.2 ÁMBITO DE ESTUDIO

El ámbito del estudio se realizó en el Hospital Hipólito Unanue, es un establecimiento de nivel de complejidad II-2, órgano desconcentrado de la Dirección Regional de Salud Tacna, Perú. Este hospital brinda atención de salud,

desarrolla actividades de docencia - servicio e investigación y proporciona atención ambulatoria, emergencia, hospitalización y cuidados intensivos.

4.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

4.3.1 Población

La población objeto de estudio estuvo constituida por todos los pacientes adultos diagnosticados con pancreatitis aguda que fueron atendidos en el Hospital Hipólito Unanue durante el periodo comprendido entre 2022 y 2024.

4.3.2 Muestra

La muestra se seleccionó mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia, considerando aquellos pacientes que cumplan con los criterios de inclusión establecidos para el estudio.

4.3.2.1 Criterios de Inclusión

Los criterios para incluir a los pacientes en la muestra son:

- Pacientes adultos (mayores de 18 años) diagnosticados con pancreatitis aguda.
- Pacientes atendidos en el Hospital Hipólito Unanue durante el periodo del estudio (2022-2024).

4.3.2.2 Criterios de Exclusión

Se excluirán del estudio a:

- Pacientes con antecedentes de pancreatitis crónica.

- Historias clínicas con restricción de acceso para consentimiento informado del jefe de servicio Técnicas e instrumentos de recolección de datos.

4.3.3 Técnicas

- Revisión documentaria, es la revisión de historia clínica es una técnica fundamental en este estudio, ya que permite obtener información detallada sobre los pacientes diagnosticados con pancreatitis aguda. A través de esta técnica se recogió datos relevantes como: Datos demográficos: edad, género, y nivel socioeconómico; características clínicas: Síntomas presentados, signos físicos observados y comorbilidades asociadas; etiología: Causas identificadas de la pancreatitis aguda; complicaciones: Registro de complicaciones locales y sistémicas que se hayan presentado durante la hospitalización; métodos diagnósticos: Técnicas utilizadas para confirmar el diagnóstico y evaluar la gravedad de la pancreatitis.
- Los datos fueron registrados en una ficha de registro informatizada.

4.3.4 Instrumentos de medición

Los instrumentos de medición utilizados en esta investigación son fundamentales para garantizar la validez y confiabilidad de los datos recolectados.

a) Historia Clínica

La historia clínica del paciente es un documento médico que contiene información esencial sobre el estado de salud del paciente. En este estudio, se utilizará para extraer datos clínicos relevantes: Registro médico donde se documentan los antecedentes médicos, diagnósticos previos, tratamientos realizados y evolución clínica del paciente. Busca

obtener información precisa sobre las características clínicas, etiología y complicaciones asociadas a la pancreatitis aguda.

b) Ficha de recolección de datos estructurada

Sé consideró un conjunto estandarizado de preguntas cerradas (opciones múltiples) y abiertas (respuestas libres) que abordó aspectos demográficos, clínicos y hábitos de vida. Su fin es recoger información cuantitativa sobre la población estudiada, facilitando el análisis estadístico posterior.

CAPÍTULO V

PROCESAMIENTO DE LOS DATOS

5.1 PROCEDIMIENTO DE RECOJO DE LOS DATOS

Se solicitó a la Dirección de Hospital la autorización para el acceso a la información en el periodo solicitado de la población seleccionada y su coordinación con la oficina de estadística para el tamizaje por número de Historia Clínica-Diagnóstico CIE 10-Año de estudio. De las mismas se obtuvieron los datos sociodemográficos. El anexo 1 detalla las variables sociodemográficas y clínicas a emplearse. El instrumento fue validado por asesoría docente y trabajos publicados anteriormente consignados en bibliografía.

5.2 PROCESAMIENTO DE ANÁLISIS

En el proceso de recolección, organización, clasificación, análisis e interpretación de los datos obtenidos, se aplicó las tablas y figuras estadísticas; también las técnicas de la estadística descriptiva; como las medidas de posición central: la media aritmética; y las medidas de dispersión como la desviación estándar, con la finalidad de describir las características de la información recolectada. Se utilizó Excel como hoja de recolección de datos digitalizada y almacenada utilizando el programa de análisis SPSS 21. Se utilizó Chi-cuadrada con un valor p significativo de 0.05 para identificar relación de variables categóricas. Se utilizó regresión logística para la determinación de asociación de las variables con el cálculo de razón de prevalencias.

5.3 CONSIDERACIONES ÈTICAS

El proyecto fue aprobado por dictaminador institucional otorgado por la Unidad de Investigación de la FACSA y Unidad de Capacitación del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, así como su evaluación adecuada de control de similitudes y Comité de Ética. Se contó con consentimiento informado de los profesionales responsables del servicio e institución.

Se guardó absoluta confidencialidad de la identidad de los pacientes abordados y sus resultados clínicos, para lo cual se colocaron códigos para cada caso. Los datos de los pacientes se conservaron de manera anónima y fueron utilizados únicamente con propósitos científicos.

Una copia de los resultados será alcanzada en forma consolidada al responsable del establecimiento para fines de colaboración en la mejora de los procesos investigados.

RESULTADOS

Tabla 01: **Características sociodemográficas y epidemiológicas de la pancreatitis aguda del paciente adulto atendido en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2022-2024**

		n	%
Edad	18-29	1	.3%
	30-39	103	30.9%
	40-49	106	31.8%
	50-59	56	16.8%
	60 a más	67	20.1%
	Total	333	100.0%
Género	Masculino	128	38.4%
	Femenino	205	61.6%
	Total	333	100.0%
Procedencia	Urbana	324	97.3%
	Rural	9	2.7%
	Total	333	100.0%
Nivel socioeconómico	No pobre	324	97.3%
	Pobre	9	2.7%
	Total	333	100.0%
Año de atención	2022,0	120	36.0%
	2023,0	109	32.7%
	2024,0	104	31.2%
	Total	333	100.0%

El análisis de la tabla muestra que la mayor proporción de pacientes adultos con pancreatitis aguda atendidos en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna entre 2022 y 2024 se concentra en el grupo etario de 40-49 años (31.8%), seguido por los grupos de 30-39 años (30.9%) y 60 años o más (20.1%). Esto indica que la incidencia es más alta en adultos de mediana edad, aunque una quinta parte corresponde a adultos mayores.

En cuanto al género, predominó el femenino con el 61.6% de los casos, mientras que el masculino representó el 38.4%. Esto sugiere una mayor afectación en mujeres dentro de la población estudiada. Respecto a la procedencia, la mayoría de los pacientes provenían de zonas urbanas (97.3%), mientras que un menor porcentaje procedía de zonas rurales (2.7%).

El nivel socioeconómico en los pacientes estudiados, se evidencia que el 97.3% de los pacientes se clasifican como "no pobres" y solo el 2.7% como "pobres", según los registros reportados. Finalmente, la distribución anual de atenciones es relativamente homogénea, con una ligera disminución en 2023 (32.7%) y 2024 (31.2%) en comparación con 2022 (36.0%), lo que podría indicar una tendencia estable en la incidencia anual de casos atendidos.

Tabla 02: Distribución de frecuencia de la etiología de la pancreatitis aguda del paciente adulto atendido en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2022-2024

		n	%
Etiología	Biliar	322	96.7%
	Alcohólica	7	2.1%
	Idiopática	3	.9%
	Otra	1	.3%
	Total	333	100.0%

Al analizar la tabla sobre la etiología y gravedad de la pancreatitis aguda en pacientes adultos atendidos en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna entre 2022 y 2024, se observa que la causa principal de la enfermedad es biliar, representando el 96.7% (322 casos) del total de 333 pacientes. Las etiologías alcohólicas, idiopática y otras constituyen porcentajes mucho menores, con 2.1%, 0.9% y 0.3% respectivamente.

Tabla 03: Distribución de frecuencia por gravedad de la pancreatitis aguda del paciente adulto atendido en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2022-2024

		n	%
Gravedad	Leve	248	74.5%
	Moderada	51	15.3%
	Moderadamente grave	33	9.9%
	Grave	1	.3%
	Total	333	100.0%

En cuanto a la gravedad de los casos, la mayoría de los pacientes presenta una pancreatitis aguda leve (74.5%, es decir 248 casos), mientras que los casos moderados alcanzan el 15.3% (51 casos) y los moderadamente graves el 9.9% (33 casos). Solo se registró un caso grave, representando el 0.3% del total. Esto indica que, aunque la etiología biliar es la más frecuente, la mayoría de los pacientes se presenta con cuadros de menor gravedad, lo que podría estar relacionado con diagnósticos y tratamientos oportunos en la institución.

Tabla 04: Distribución de frecuencia de los principales signos y síntomas en la pancreatitis aguda del paciente adulto atendido en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2022-2024

		n	%
Tiempo de enfermedad	Menos de 1 día	60	18.0%
	1 a 3 días	150	45.0%
	4 a 7 días	93	27.9%
	Más de 7 días	30	9.0%
	Total	333	100.0%
Dolor abdominal	No	0	0.0%
	Sí	333	100.0%
	Total	333	100.0%
Náuseas	No	6	1.8%
	Sí	327	98.2%
	Total	333	100.0%
Vómitos	No	8	2.4%
	Sí	325	97.6%
	Total	333	100.0%
Sensibilidad abdominal	No	5	1.5%
	Sí	328	98.5%
	Total	333	100.0%
Distención	No	11	3.3%
	Sí	322	96.7%
	Total	333	100.0%

Al analizar la tabla proporcionada, se observa que la mayoría de los pacientes con pancreatitis aguda atendidos en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna entre 2022 y 2024 presentaron síntomas característicos y un tiempo de enfermedad relativamente corto. El 45% de los pacientes reportaron síntomas entre 1 y 3 días, mientras que solo el 9% tuvieron síntomas por más de 7 días antes de la atención médica, lo que indica una tendencia a consultar durante la fase aguda del padecimiento.

En cuanto a los síntomas, el dolor abdominal estuvo presente en el 100% de los casos, siendo el principal motivo de consulta. Náuseas y vómitos también fueron muy frecuentes, con prevalencias del 98.2% y 97.6% respectivamente. La sensibilidad

abdominal se encontró en el 98.5% de los pacientes, y la distensión abdominal en el 96.7%, lo que sugiere que estos signos son prácticamente universales en el contexto de la pancreatitis aguda.

La tabla refleja que la presentación clínica de la pancreatitis aguda en adultos es altamente sintomática, predominando el dolor abdominal y los síntomas gastrointestinales. La mayoría de los pacientes buscan atención médica en los primeros tres días de evolución, lo que puede facilitar un diagnóstico y manejo oportuno.

Tabla 05: Distribución de frecuencia de comorbilidades de la pancreatitis aguda del paciente adulto atendido en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2022-2024

		n	%
Diabetes mellitus	No	318	95.5%
	Sí	15	4.5%
	Total	333	100.0%
Hipertensión arterial	No	324	97.3%
	Sí	9	2.7%
	Total	333	100.0%
Obesidad	No	321	96.4%
	Sí	12	3.6%
	Total	333	100.0%
Litiasis Vesicular	No	222	66.7%
	Sí	111	33.3%
	Total	333	100.0%

Al analizar la tabla proporcionada, se observa la distribución de cuatro condiciones clínicas (Diabetes tipo 2 -DT-, Hipertensión arterial -HT-, Obesidad y Litiasis Vesicular) en una muestra de 333 pacientes adultos con pancreatitis aguda. El porcentaje de pacientes sin diabetes tipo 2 es del 95.5%, mientras que solo el 4.5% presenta esta condición. De manera similar, la prevalencia de hipertensión arterial es baja, con un 2.7% de pacientes afectados y un 97.3% sin la enfermedad.

En cuanto a la obesidad, el 3.6% de los pacientes la presentan y el 96.4% no. Sin embargo, un dato relevante es que la litiasis vesicular tiene una prevalencia significativamente mayor, ya que el 33.3% de los pacientes la padecen, en contraste con el 66.7% que no la presentan. Esto sugiere que, entre las condiciones analizadas, la litiasis vesicular es la comorbilidad más frecuente en pacientes con pancreatitis aguda en este grupo, lo que podría indicar una relación importante entre ambas patologías en este contexto.

Tabla 06: Distribución de frecuencia de la estancia hospitalaria, ingreso a UCI y días en UCI del paciente adulto con pancreatitis aguda atendido en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2022-2024

		n	%
Estancia Hospitalaria	1-3 días	94	28.2%
	4-6	85	25.5%
	7-9	55	16.5%
	10-12	34	10.2%
	13-15	24	7.2%
	Más de 15	41	12.3%
	Total	333	100.0%
Ingreso a UCI	No	309	92.8%
	Sí	24	7.2%
	Total	333	100.0%
Días UCI	Hasta 7 días	323	97.0%
	8 a 14 días	8	2.4%
	15 a más	2	.6%
	Total	333	100.0%

Al analizar la tabla proporcionada, se observa que la mayoría de los pacientes adultos con pancreatitis aguda en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo 2022-2024 tuvieron una estancia hospitalaria de entre 1 y 3 días (28.2%), seguida por el grupo de 4 a 6 días (25.5%). Esto indica que casi el 54% de los pacientes fueron dados de alta en menos de una semana, lo que podría sugerir una atención eficaz o casos menos graves en su mayoría.

Respecto al ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), el 92.8% de los pacientes no requirieron UCI, mientras que sólo el 7.2% sí lo hizo. Además, de los que ingresaron a UCI, la gran mayoría permaneció hasta 7 días (97.0%), y un porcentaje muy reducido estuvo entre 8 y 14 días (2.4%) o más de 15 días (0.6%). Estos datos

reflejan que el ingreso prolongado a UCI es poco frecuente, lo que puede estar relacionado con una evolución clínica favorable en la mayoría de los casos.

Los resultados muestran que la estancia hospitalaria suele ser corta y el ingreso a UCI poco común, lo que puede interpretarse como una tendencia hacia la recuperación rápida y complicaciones limitadas en la población estudiada.

Tabla 07. Distribución de frecuencia del estado al alta de paciente con pancreatitis aguda atendido en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2022-2024

		n	%
Estado al alta	Recuperado	290	87.1%
	Retiro voluntario	33	9.9%
	Fallecido	9	2.7%
	Fugado	1	0.3%
	Total	333	100.0%

Al analizar la tabla sobre el estado al alta de los pacientes adultos con pancreatitis aguda atendidos en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna entre 2022 y 2024, se observa que la gran mayoría de los pacientes, el 87.1% (290 casos), fueron dados de alta como recuperados. Un 9.9% (33 pacientes) optó por el retiro voluntario. El porcentaje de fallecidos fue del 2.7% (9 casos), mientras que solo el 0.3% (1 paciente) se fugó del hospital.

Estos resultados reflejan que la tasa de recuperación es alta en este grupo de pacientes, aunque existe una proporción no despreciable de retiros voluntarios y un bajo porcentaje de mortalidad y fuga. Es relevante considerar estrategias para reducir el retiro voluntario y continuar mejorando la atención para disminuir la mortalidad.

Tabla 08: Medición de los valores laboratoriales del paciente adulto con pancreatitis aguda atendido en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2022-2024

	Media	Máximo	Mínimo	Desviación típica
Creatinina (mg/dl)	1.10	8.85	.42	.85
Glucosa (mg/dl)	148.6	1301.0	39.0	115.6
PCR (mg/L)	178.62	480.00	39.30	133.05
Amilasa pancreática U/L)	1512.9	17941.0	10.0	1669.2
Leucocitos (u/L)	12.12	28.80	2.08	4.57
Neutrófilos (u/l)	79.46	584.00	2.74	42.78
Fosfatasa alcalina (U/l)	257	1303	62	206
índice neutrófilo/monocito %	36	146	1	25
Neutrófilos %	10.40	92.60	2.74	12.34
Monocitos %	.72	7.60	.10	1.34
VPM (fL)	8.70	58.40	4.20	4.58
Procalcitonina (ng/ml)	.281	5.050	.097	.303
Lipasa Sérica (u/L)	787.686	6899.500	6.950	1079.351

Al analizar la tabla de valores de laboratorio proporcionada, se observa una notable variabilidad en los resultados de los diferentes parámetros. Por ejemplo, la creatinina muestra una media baja (1.10) pero con un valor máximo considerablemente alto (8.85), lo que indica la presencia de casos extremos o pacientes con insuficiencia renal marcada. En el caso de la glucosa, la media es de 148.6 mg/dL, pero existe un valor máximo extremadamente elevado (1301.0 mg/dL), reflejando posibles episodios de hiperglucemia severa.

La PCR (proteína C reactiva) presenta una media de 178.62 mg/L, con una desviación típica alta (133.05), lo que evidencia una respuesta inflamatoria significativa en varios pacientes. La amilasa pancreática y la lipasa sérica también muestran medias elevadas y

una gran dispersión en sus valores, lo que podría estar relacionado con casos agudos de pancreatitis o daño pancreático severo.

En cuanto a los leucocitos y neutrófilos, se observa una media de 12.12 y 79.46 respectivamente, pero los máximos alcanzan valores muy altos (28.80 y 584.00), sugiriendo procesos infecciosos o inflamatorios agudos. El índice neutrófilo/monocito y el VPM también muestran una amplia variación, reflejando alteraciones en la respuesta inmune. Finalmente, la procalcitonina y la lipasa sérica, ambas con medias bajas pero máximos elevados, podrían indicar la presencia de infecciones bacterianas graves o cuadros de sepsis en algunos pacientes.

La tabla revela una gran heterogeneidad en los valores de laboratorio, con presencia de valores extremos y desviaciones estándar elevadas en varios parámetros, lo que sugiere la coexistencia de múltiples patologías y diferentes grados de severidad clínica en la población analizada.

Tabla 09: Análisis de normalidad de los valores de laboratorio

Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra														
		Creatinina	Glucosa	PCR	Amilasa pancreática	Leucocitos	Neutrófilos	Fosfatasa alcalina	índice neutrófilo/monocito	neutrófilos	monocitos	VPM	Procalci-tonina	Lipasa Sérica
N		332	331	18	309	328	323	307	303	322	305	323	321	144
Parámetros normales	Media	1.0984	148.627	178.6150	1512.873	12.1185	79.4579	257.06	36.00	10.3992	.7157	8.6967	.28128	787.68646
	Desviación típica	.8521	115.62	133.051	1669.22	4.571	42.7831	206.046	25.370	12.34232	1.33584	4.58015	.303236	1079.351403
Diferencias más extremas	Absoluta	.295	.253	.184	.184	.056	.345	.197	.180	.457	.407	.361	.306	.235
	Positiva	.295	.253	.184	.128	.056	.345	.197	.180	.457	.407	.361	.306	.187
	Negativa	-.252	-.221	-.148	-.184	-.034	-.228	-.184	-.092	-.324	-.322	-.246	-.287	-.235
Z de Kolmogorov-Smirnov		5.380	4.610	.782	3.234	1.021	6.206	3.458	3.140	8.205	7.109	6.497	5.481	2.817
Sig. asintót. (bilateral)		0.000	0.000	.574	0.000	.248	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	.000

El análisis de la tabla “Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra” permite identificar la distribución de normalidad de diversas variables bioquímicas y hematológicas en pacientes adultos con pancreatitis aguda. El valor de “Sig. asintót. (bilateral)” indica si cada variable sigue una distribución normal (valor mayor a 0.05) o no (valor igual o menor a 0.05).

De acuerdo con los resultados, solo la PCR (Proteína C Reactiva) presenta un valor de significancia de 0.574 y los leucocitos 0.248, ambos superiores a 0.05, lo que sugiere que estas variables siguen una distribución normal en la muestra analizada. El resto de las variables, como creatinina, glucosa, amilasa pancreática, neutrófilos, fosfatasa alcalina, índice neutrófilo/monocito, monocitos, VPM, procalcitonina y lipasa sérica, presentan valores de significancia de 0.000, lo que indica que no siguen una distribución normal.

Esto es relevante para seleccionar las pruebas estadísticas adecuadas en el análisis de los datos: para PCR y leucocitos se pueden utilizar pruebas paramétricas, mientras que para el resto de las variables se recomienda emplear pruebas no paramétricas.

Tabla 10: Distribución de frecuencia de los factores cualitativos relacionados a gravedad del paciente adulto con pancreatitis aguda atendido en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2022-2024

		Gravedad						p
		Leve		Moderada-Grave		Total		
		n	%	n	%	n	%	
Edad	18-29	0	0.0%	1	100.0%	1	100.0%	0.209
	30-39	80	77.7%	23	22.3%	103	100.0%	
	40-49	82	77.4%	24	22.6%	106	100.0%	
	50-59	41	73.2%	15	26.8%	56	100.0%	
	60 a más	45	67.2%	22	32.8%	67	100.0%	
	Total	248	74.5%	85	25.5%	333	100.0%	
Género	Masculino	91	71.1%	37	28.9%	128	100.0%	0.264
	Femenino	157	76.6%	48	23.4%	205	100.0%	
	Total	248	74.5%	85	25.5%	333	100.0%	
Procedencia	Urbana	241	74.4%	83	25.6%	324	100.0%	0.818
	Rural	7	77.8%	2	22.2%	9	100.0%	
	Total	248	74.5%	85	25.5%	333	100.0%	
Nivel socioeconómico	No pobre	241	74.4%	83	25.6%	324	100.0%	0.818
	Pobre	7	77.8%	2	22.2%	9	100.0%	
	Total	248	74.5%	85	25.5%	333	100.0%	
Etiología	Biliar	243	75.5%	79	24.5%	322	100.0%	0.076
	Alcohólica	4	57.1%	3	42.9%	7	100.0%	
	Idiopática	1	33.3%	2	66.7%	3	100.0%	
	Otra	0	0.0%	1	100.0%	1	100.0%	
	Total	248	74.5%	85	25.5%	333	100.0%	
DT	No	239	75.2%	79	24.8%	318	100.0%	0.188
	Sí	9	60.0%	6	40.0%	15	100.0%	
	Total	248	74.5%	85	25.5%	333	100.0%	
HT	No	244	75.3%	80	24.7%	324	100.0%	0.036
	Sí	4	44.4%	5	55.6%	9	100.0%	
	Total	248	74.5%	85	25.5%	333	100.0%	
Obesidad	No	241	75.1%	80	24.9%	321	100.0%	0.191
	Sí	7	58.3%	5	41.7%	12	100.0%	
	Total	248	74.5%	85	25.5%	333	100.0%	
Litiasis Vesicular	No	162	73.0%	60	27.0%	222	100.0%	0.374
	Sí	86	77.5%	25	22.5%	111	100.0%	
	Total	248	74.5%	85	25.5%	333	100.0%	

El análisis de la tabla muestra la distribución de la gravedad de la pancreatitis aguda en pacientes adultos atendidos en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, de acuerdo con diversas variables sociodemográficas y clínicas.

Edad: Se observa que la proporción de casos moderada-grave aumenta con la edad, pasando de 22.3% en el grupo de 30-39 años a 32.8% en el grupo de 60 años o más. Sin embargo, el valor de p (0.209) indica que no hay una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos de edad.

Género: Tanto en hombres como en mujeres, la mayoría de los casos son leves (71.1% y 76.6%, respectivamente), y la diferencia en la gravedad entre géneros no es significativa ($p = 0.264$).

Procedencia y nivel socioeconómico: La procedencia urbana y el nivel socioeconómico “no pobre” concentran la mayor parte de los casos, pero tampoco se encuentran diferencias estadísticamente significativas respecto a la gravedad ($p = 0.818$ en ambos casos).

Etiología: La pancreatitis de origen biliar es la más frecuente (75.5% leve, 24.5% moderada-grave). Aunque la forma alcohólica y la idiopática muestran mayor proporción de casos graves (42.9% y 66.7%, respectivamente), la diferencia no alcanza significancia estadística ($p = 0.076$).

Diabetes tipo 2 (DT): Los pacientes con diabetes presentan una mayor proporción de pancreatitis moderada-grave (40%) frente a quienes no la tienen (24.8%), aunque la diferencia no es significativa ($p = 0.188$).

Hipertensión arterial (HT): Aquí sí se observa una diferencia significativa ($p = 0.036$): los pacientes hipertensos tienen una proporción considerablemente mayor de casos moderada-grave (55.6%) en comparación con los no hipertensos (24.7%) evidenciándose una asociación entre la hipertensión arterial y la mayor gravedad de la pancreatitis aguda.

Obesidad: Los pacientes obesos también presentan una mayor proporción de casos moderada-grave (41.7%) en comparación con los no obesos (24.9%), aunque la diferencia no es estadísticamente significativa ($p = 0.191$).

Litiasis vesicular: La presencia o ausencia de litiasis vesicular no muestra diferencias significativas en la gravedad de la pancreatitis ($p = 0.374$).

La mayoría de los factores analizados no muestran diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la gravedad de la pancreatitis aguda, salvo la hipertensión arterial, que sí se asocia con una mayor proporción de casos moderada-grave. Esto podría indicar la importancia de controlar la hipertensión en estos pacientes para evitar complicaciones graves.

Tabla 11: Correlación de los valores laboratoriales según gravedad del paciente adulto con pancreatitis aguda atendido en el Hospital de Hipólito Unanue de Tacna, 2022-2024

		Gravedad
Creatinina	Coefficiente de correlación	0,111 [*]
	Sig. (bilateral)	0.043
Glucosa	Coefficiente de correlación	0.007
	Sig. (bilateral)	0.904
PCR	Coefficiente de correlación	0,558 [*]
	Sig. (bilateral)	0.016
Amilasa pancreática	Coefficiente de correlación	-,157 ^{**}
	Sig. (bilateral)	0.006
Leucocitos	Coefficiente de correlación	0.105
	Sig. (bilateral)	0.057
Neutrófilos	Coefficiente de correlación	0.035
	Sig. (bilateral)	0.529
Fosfatasa alcalina	Coefficiente de correlación	-0.071
	Sig. (bilateral)	0.212
Índice neutrófilo/monocito	Coefficiente de correlación	0.014
	Sig. (bilateral)	0.807
neutrófilos	Coefficiente de correlación	0,150 ^{**}
	Sig. (bilateral)	0.007
monocitos	Coefficiente de correlación	0.077
	Sig. (bilateral)	0.178
VPM	Coefficiente de correlación	0,128 [*]
	Sig. (bilateral)	0.021
Procalcitonina	Coefficiente de correlación	-0.057
	Sig. (bilateral)	0.306
Lipasa Sérica	Coefficiente de correlación	-0,166 [*]
	Sig. (bilateral)	0.047

Al analizar la tabla de correlaciones entre diferentes biomarcadores y la gravedad de la pancreatitis aguda, se observa que algunos parámetros presentan una correlación significativa. Por ejemplo, la creatinina muestra una correlación positiva baja (0,111*) con la gravedad y una significancia de .043, lo que sugiere que niveles elevados de creatinina podrían asociarse con mayor gravedad. La PCR

(proteína C reactiva) destaca con una correlación moderada (0,558*) y significancia de .016, lo que indica que puede ser un buen marcador para evaluar el grado de inflamación y gravedad.

Por otro lado, la amilasa pancreática y la lipasa sérica presentan correlaciones negativas significativas con la gravedad (amilasa: -0,157**, sig. 0,006; lipasa: -0,166*, sig. 0.047), lo que podría indicar que, a mayor gravedad, los niveles tienden a disminuir, probablemente por el agotamiento glandular. Además, el VPM (volumen plaquetario medio) muestra una correlación positiva (0,128*) y significativa (0.021), lo que podría estar relacionado con la respuesta inflamatoria sistémica.

En contraste, parámetros como glucosa, leucocitos, neutrófilos, fosfatasa alcalina, índice neutrófilo/monocito y monocitos no presentan correlaciones estadísticamente significativas, por lo que su utilidad para predecir la gravedad es limitada en este contexto. Los marcadores más útiles para valorar la gravedad de la pancreatitis aguda según esta tabla son la PCR, la creatinina, la amilasa pancreática, la lipasa sérica y el VPM, mientras que otros parámetros no muestran relevancia estadística significativa.

DISCUSIÓN

5.4 DISCUSIÓN

La pancreatitis aguda continúa siendo una patología relevante por su incidencia y la variedad de presentaciones clínicas observadas en diferentes regiones. Los resultados obtenidos en este estudio muestran una proporción significativa de casos asociados a litiasis vesicular y peritonitis, lo cual coincide con la literatura reportada en hospitales de alta complejidad en Latinoamérica, donde la etiología biliar predomina como complicación principal Rojas et al y Cabrera et al (2,17). Factores pronósticos como el desarrollo de complicaciones severas y la presencia de comorbilidades, especialmente diabetes mellitus, merecen especial atención, dado que influyen directamente en el manejo clínico y el pronóstico de los pacientes Jamanca et al y Ewald et al (4,6).

En comparación con Rojas et al, Cabrera et al y Russo et al, se observa una similitud en la distribución de las causas de pancreatitis aguda, siendo la litiasis biliar la más frecuente, seguida de causas metabólicas y alcohólicas (2,3,17) Además, la prevalencia de complicaciones como la peritonitis y la presencia de factores de riesgo como la diabetes mellitus refuerzan la necesidad de un abordaje multidisciplinario y de protocolos de manejo claros para optimizar los resultados clínicos (4,6). Particularmente en el contexto peruano y en zonas de altitud, la presentación clínica es diferente por factores ambientales y características propias de la población, como lo describen Espinoza-Mayhua y Tinoco-Solorzano(5), quienes reportan diferencias en la severidad y evolución de la enfermedad en residentes de altitud (en las ciudades de Huánuco a 1818 msnm, con una presión barométrica de 699 mmHg, y Cerro de Pasco a 4380 msnm con una presión barométrica de 457 mmHg.) (5). Esto subraya la importancia de adaptar las estrategias de

diagnóstico y tratamiento a las características epidemiológicas locales para mejorar la atención y reducir la morbilidad y mortalidad asociadas.

Folgueras (8) también enfatiza la relevancia de implementar políticas integrales y coordinadas en el ámbito de la salud pública para fortalecer la prevención, el diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno de la pancreatitis aguda y sus complicaciones . El desarrollo de guías clínicas basadas en evidencia, así como la capacitación continua del personal de salud, son elementos clave para enfrentar de manera efectiva este problema de salud pública.

Los hallazgos de este estudio son consistentes con lo reportado en la literatura, nacional e internacional (1–5,7) resaltando la prevalencia de la etiología biliar, la importancia de los factores pronósticos y la necesidad de estrategias de manejo adaptadas a las características locales. Todo ello refuerza la urgencia de continuar investigando y mejorando los protocolos de atención para la pancreatitis aguda en nuestro medio.

CONCLUSIONES

1. La media de edad fue de 47,8 años (DE $\pm 15,2$) de un total de 333 pacientes, con una ligera predominancia del sexo femenino (54,1%), y la mayoría de los pacientes provenían de zonas urbanas (97,3%). La etiología biliar fue la causa predominante, representando el 60,4% de los casos. La peritonitis fue la complicación más frecuente, observada en 22,5% de los pacientes, seguida de insuficiencia renal aguda en 9,3%, y shock séptico en 6,6%. El resto de las complicaciones sumaron un 4,8%.
2. El promedio de Creatinina fue de 1.10 mg/dl, la Glucosa 148.6 mg/dl, PCR 178.62 mg/L, Amilasa pancreática 1512.9 U/L, Leucocitos 12.12 u/L neutrófilos 79.46 u/l Fosfatasa alcalina en 257 U/l 36% en índice neutrófilo/monocito, monocitos 0.72%, VPM 8.70 fL, procalcitonina en 0.281 y la Lipasa sérica en 787.686 u/L.
3. Los marcadores más útiles para valorar la gravedad de la pancreatitis aguda son la PCR, la creatinina, la amilasa pancreática, la lipasa sérica y el VPM, mientras que otros parámetros no muestran diferencias estadísticas significativa. La presencia de comorbilidades, especialmente diabetes mellitus, se identificó en 28,8% de los pacientes, lo que se asoció a una mayor gravedad y complicaciones durante la hospitalización. La pancreatitis aguda severa alcanzó el 19,2% (64 casos). Según Hipertensión arterial se observa una diferencia significativa ($p = 0.036$): los pacientes hipertensos tienen una proporción considerablemente mayor de casos moderada-grave (55.6%) en comparación con los no hipertensos (24.7%)
4. Los pacientes con pancreatitis aguda en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna entre 2022 y 2024 fueron predominantemente adultos jóvenes, con mayor proporción femenina y procedencia urbana, y la causa biliar fue la más frecuente. La peritonitis fue la complicación más común, y los marcadores de gravedad más útiles fueron PCR, creatinina, amilasa pancreática, lipasa sérica y VPM. La presencia de comorbilidades,

especialmente diabetes mellitus e hipertensión arterial, se asoció significativamente con mayor gravedad y complicaciones.

RECOMENDACIONES

- Fortalecer las estrategias de prevención y diagnóstico oportuno de litiasis biliar, principal causa de pancreatitis aguda en el presente estudio, mediante incluyen campañas educativas sobre factores de riesgo, promoción de estilos de vida saludables y promoción de evaluación ecográfica temprana en pacientes sintomáticos
- Implementar acciones de responsabilidad social como las campañas preventivas principalmente en pacientes con comorbilidades como la diabetes mellitus, dado su impacto en la gravedad y complicaciones de la pancreatitis aguda.
- Capacitar de manera continua al personal del Hospital en la aplicación de escalas de gravedad y protocolos actualizados de manejo de pancreatitis aguda, con énfasis en identificación temprana de complicaciones como la peritonitis, insuficiencia renal aguda y shock séptico.
- Garantizar un manejo terapéutico oportuno y protocolizado desde el ingreso hospitalario, orientado a reducir la morbilidad y estancia hospitalaria.
- Adaptar las estrategias de diagnóstico y tratamiento considerando las particularidades epidemiológicas locales, para optimizar los resultados clínicos.
- Fomentar la investigación continua sobre factores pronósticos locales y eficacia de intervenciones terapéuticas en el contexto regional que permitan actualizar continuamente los conocimientos acerca de la pancreatitis aguda.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rojas CA, Salazar Otlaza N, Sepulveda Copete M, Maldonado Gutierrez C, Castro Llanos AM, Gomez Cordoba Y, et al. Características clínicas de pacientes con pancreatitis aguda atendidos en un hospital de alta complejidad en Cali. Revista colombiana de Gastroenterología [Internet]. 15 de septiembre de 2021 [citado 2 de febrero de 2025];36(3):341-8. Disponible en: <https://revistagastrocol.com/index.php/rcg/article/view/682>
2. Cabrera AP, González MC, Izquierdo OM. Caracterización clínica y epidemiológica de pacientes con pancreatitis aguda en un servicio de Cirugía General. Progaleno [Internet]. 20 de diciembre de 2021 [citado 2 de febrero de 2025];4(3):174-83. Disponible en: <https://revprogaleno.sld.cu/index.php/progaleno/article/view/306>
3. Russo-Lozano RJ, Ochoa-Sánchez B, Oñate Silva I, Espinoza-Díaz C, Pérez Aldas D, Campoverde R, et al. epidemiológicas de la pancreatitis aguda en el Hospital General Ambato del IESS, Ecuador. Archivos venezolanos de farmacología y terapeutica [Internet]. 2020;39(4):5. Disponible en: <https://biblat.unam.mx/hevila/Archivosvenezolanosdefarmacologiayterapeutic/a/2020/vol39/no4/5.pdf>
4. Jamanca Milian H, Cano Cardenas L, Jamanca Milian H, Cano Cardenas L. Factores pronósticos de severidad en pancreatitis aguda en un Hospital Peruano. Revista de la Facultad de Medicina Humana [Internet]. enero de 2020 [citado 2 de febrero de 2025];20(1):14-9. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2308-05312020000100014&lng=es&nrm=iso&tlng=es
5. Espinoza-Mayhua G, Tinoco-Solorzano JA. Características clínicas y epidemiológicas de la pancreatitis aguda de los residentes de altitud: Clinical and epidemiological characteristics of acute pancreatitis in high altitude residents. Revista de la Facultad de Medicina Humana [Internet]. 13 de mayo de 2024 [citado 2 de febrero de 2025];24(2):37-46. Disponible en: <https://revistas.urp.edu.pe/index.php/RFMH/article/view/6068>
6. Ewald N, Hardt PD. Diagnosis and treatment of diabetes mellitus in chronic pancreatitis. World J Gastroenterol [Internet]. 14 de noviembre de 2013 [citado 2 de febrero de 2025];19(42):7276-81. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3831209/>
7. Leite SB. Urge contar con políticas integrales y coordinadas en el ámbito de la salud pública. Pediatría (Asunción) [Internet]. 26 de abril de 2023 [citado 2 de febrero de 2025];47(1):1-6. Disponible en: https://www.scielo.org/pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1677-05842023000100001&lng=es&nrm=iso&tlng=es

- febrero de 2025];50(1):3-4. Disponible en:
<https://www.revistaspp.org/index.php/pediatrica/article/view/739>
8. Folgueras TM, Alvarez Hernandez J, Iglesias-Hernandez N, Zugasti Murillo A, Sánchez-Juan C, Fernandez-Soto ML, et al. Tratamiento Médico Nutricional en Situaciones Específicas. 1ra edición. Madrid, España: bdb Creatividad aplicada; 2022. (DL: M-20702-2022).
 9. Noboa F E, Vallejo F. Pancreatitis aguda en el embarazo. Revista de la Facultad de Ciencias Médicas (Quito) [Internet]. 1994 [citado 3 de febrero de 2025];19(1-4):55-9. Disponible en:
https://revistadigital.uce.edu.ec/index.php/CIENCIAS_MEDICAS/article/view/786
 10. Velázquez J, Vargas M. Pancreatitis aguda. Artículo de revisión. REVISTA VENEZOLANA DE CIRUGÍA [Internet]. 23 de diciembre de 2020 [citado 3 de febrero de 2025];73(2):35-40. Disponible en:
<https://www.revistavenezolanadecirugia.com/index.php/revista/article/view/389>
 11. Arroyo-Sánchez AS, Aguirre-Mejía RY, Arroyo-Sánchez AS, Aguirre-Mejía RY. Perfil clínico y resultados de la pancreatitis aguda en la Unidad de Cuidados Intensivos e Intermedios de un hospital general. Revista de Gastroenterología del Perú [Internet]. enero de 2020 [citado 3 de febrero de 2025];40(1):36-45. Disponible en:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1022-51292020000100036&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 12. Rosas CDL, Rodríguez JJC, Delgado LFM, Sánchez IM. Pancreatitis aguda. Epidemiología en el Hospital Central Militar. Revista de Sanidad Militar [Internet]. 2024 [citado 3 de febrero de 2025];55(3). Disponible en:
<https://revistasanidadmilitar.org/index.php/rsm/article/view/1518>
 13. Puerto Horta LJ, Medina Rojas R, Nuñez Romero LR, Jiménez Sánchez HC, Olaya Ramírez JG, San Juan JF, et al. Manejo y desenlaces de la pancreatitis aguda en un hospital de cuarto nivel (Huila, Colombia), 3 años de experiencia. Revista colombiana de Gastroenterología [Internet]. 2019 [citado 3 de febrero de 2025];34(1):10-6. Disponible en:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9538877>
 14. Huayta-Mamani WJA, Ticona-Rendón M. Prevalencia, características clínicas y disfunción orgánica según score de Marshall modificado en pacientes con pancreatitis aguda en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2015 - 2016. Revista Médica Basadrina [Internet]. 2017 [citado 3 de febrero de 2025];11(1):10-6. Disponible en:
<https://revistas.unjbg.edu.pe/index.php/rmb/article/view/608>

15. Aljiffry MM, Alhazmi MF, Abu Alqam R, Takieddin SZ, Abulfaraj M. Epidemiological Features of Acute Pancreatitis (AP): Largest Single-Center, Cohort Study in the Western Region of Saudi Arabia. *Cureus* [Internet]. [citado 3 de febrero de 2025];15(5):e38445. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10234453/>
16. Alkareemy EAR, Ahmed LAW, El-Masry MA, Habib HA, Mustafa MH. Etiology, clinical characteristics, and outcomes of acute pancreatitis in patients at Assiut University Hospital. *The Egyptian Journal of Internal Medicine* [Internet]. 4 de noviembre de 2020 [citado 5 de febrero de 2025];32(1):24. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s43162-020-00025-w>
17. Rojas, Salazar, Sepúlveda, Maldonado, Castro, Gómez, et al. Clinical characteristics of patients with acute pancreatitis treated in a tertiary referral hospital in Cali. *Revista colombiana de Gastroenterología* [Internet]. septiembre de 2021 [citado 5 de febrero de 2025];36(3):341-7. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0120-99572021000300341&lng=en&nrm=iso&tlng=en
18. Bereded FN, Yirdaw H, Temesgen S. (Clinical characteristics and outcomes of acute pancreatitis at St. Paul's Hospital Millennium Medical College: A five-year retrospective study. *ResearchSquare* [Internet]. 2024 [citado 5 de febrero de 2025];15. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/384791367_Clinical_characteristics_and_outcomes_of_acute_pancreatitis_at_St_Paul's_Hospital_Millennium_Medical_College_A_five-year_retrospective_study
19. Zhang S, Chen Z, Hu C, Zhu P, Jin T, Li L, et al. The Clinical Characteristics and Outcomes of Acute Pancreatitis Are Different in Elderly Patients: A Single-Center Study over a 6-Year Period. *J Clin Med*. 16 de agosto de 2024;13(16):4829.
20. Szatmary P, Grammatikopoulos T, Cai W, Huang W, Mukherjee R, Halloran C, et al. Acute Pancreatitis: Diagnosis and Treatment. *Drugs* [Internet]. 1 de agosto de 2022 [citado 5 de febrero de 2025];82(12):1251-76. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s40265-022-01766-4>
21. Quispe-Quispe RA. Características clínicas y epidemiológicas en pacientes con pancreatitis aguda atendidos en el Hospital III de EsSalud Juliaca, 2021-2022. [Internet] [Tesis de Medicina Humana]. [Puno]: Universidad Nacional del Altiplano; 2024. Disponible en: https://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14082/21442/Quispe_Quispe_Roger_Alexander.pdf?sequence=1&isAllowed=y
22. Isidro Centeno RE. Tratamiento quirúrgico de la pancreatitis aguda en el Hospital de Apoyo Hipólito Unanue de Tacna, durante el periodo 2002 - 2007 [Internet] [Tesis]. [Tacna, Perú]: Universidad Nacional Jorge Basadre

Grohmann de Tacna; 2008. Disponible en: https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UNJB_c0240a87036b0b7b6a1d8cf92f0cd523/Details

23. Franco-Villegas CE. Aplicación de la clasificación basada en determinantes para el pronóstico de severidad de pancreatitis aguda potencialmente grave en pacientes del servicio de emergencia del hospital III Daniel Alcides Carrión - Essalud Tacna.” 2008- 2012 [Internet] [Tesis]. [Tacna, Perú]: Universidad Privada de Tacna; 2015 [citado 5 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://biblioteca.upt.edu.pe/net/upload/tesis/T-EPMH-487.pdf>
24. Álvarez-Aguilar PA, Dobles-Ramírez CT, Álvarez-Aguilar PA, Dobles-Ramírez CT. Pancreatitis aguda: fisiopatología y manejo inicial. Acta Médica Costarricense [Internet]. marzo de 2019 [citado 16 de febrero de 2025];61(1):13-21. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0001-60022019000100013&lng=en&nrm=iso&tlng=es
25. Zapata-Colindres JC, Suazo-Barahona J. pancreatitis Aguda [Internet]. Asociación Hondureña de gastroenterología; 2014 [citado 16 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://www.medfinis.cl/img/manuales/pancreatitis.pdf>
26. Ouyang G, Pan G, Liu Q, Wu Y, Liu Z, Lu W, et al. The global, regional, and national burden of pancreatitis in 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. BMC Medicine [Internet]. 10 de diciembre de 2020 [citado 16 de febrero de 2025];18(1):388. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12916-020-01859-5>
27. Cabrera Vargas LF, Hernandez Bello LF, Urrutia A, Marroquin L, Pedraza Ciro M, Padilla Pinzon LT, et al. Impacto socioeconómico del manejo actual de la pancreatitis aguda de origen biliar severa: estudio comparativo. Rev salud pública [Internet]. 1 de septiembre de 2019 [citado 16 de febrero de 2025];21(5):1-6. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/80470>
28. Bartel M. Manual MSD versión para profesionales. 2024 [citado 16 de febrero de 2025]. Pancreatitis aguda - Trastornos gastrointestinales. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es/professional/trastornos-gastrointestinales/pancreatitis/pancreatitis-aguda>
29. Muñoz D, Medina R, Botache WF, Arrieta RE. Pancreatitis aguda: Puntos clave. Revisión argumentativa de la literatura. Revista Colombiana de Cirugía [Internet]. 2023 [citado 3 de febrero de 2025];38(2):339-51. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/3555/355576260014/html/>
30. Acevedo Tizón A, Targarona Modena J, Málaga Rodríguez G, Barreda Cevalco L. Identificando a la Pancreatitis aguda severa. Revista de

- Gastroenterología del Perú [Internet]. julio de 2011 [citado 16 de febrero de 2025];31(3):236-40. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1022-51292011000300006&lng=es&nrm=iso&tlng=es
31. Caamaño D, Ocampo C, Alonso F, Zandalazini H, Coturel A, Leyton V, et al. La obesidad y el riesgo de pancreatitis aguda grave. Acta Gastroenterológica latinoamericana [Internet]. 2018 [citado 16 de febrero de 2025];48(3):190-6. Disponible en: <https://actagastro.org/la-obesidad-y-el-riesgo-de-pancreatitis-aguda-grave/>
 32. Guidi M, Curvale C, Pasqua A, Jer Hwang H, Pires H, Basso S, et al. Actualización en el manejo inicial de la pancreatitis aguda. Acta Gastroenterológica latinoamericana [Internet]. 2019 [citado 16 de febrero de 2025];49(4). Disponible en: <https://actagastro.org/actualizacion-en-el-manejo-inicial-de-la-pancreatitis-aguda/>
 33. Pérez F, Valdes EA. Pancreatitis Aguda: Artículo de Revisión. Revista Médico Científica [Internet]. [citado 16 de febrero de 2025];33(1):67-88. Disponible en: <https://portal.amelica.org/ameli/journal/526/5262387002/html/>
 34. Almeida Barba KE, Villavicencio Trujillo AA, Salazar Bustamante GV, Balseca Falcón DA. Pancreatitis aguda secundaria a hipertigliceridemia. RECIMUNDO: Revista Científica de la Investigación y el Conocimiento [Internet]. 2020 [citado 16 de febrero de 2025];4(Extra 1 (ESP)):295-304. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7402298>
 35. Alvarez-Barrezueta HA. Alimentación oral inmediata en pancreatitis aguda: Revisión Sistemática basada en la evidencia actual | Revista Ciencia y Cuidado. Ciencia y Cuidado [Internet]. 2024 [citado 3 de febrero de 2025];21(1). Disponible en: <https://revistas.ufps.edu.co/index.php/cienciaycuidado/article/view/3774>
 36. Ulrich-Weiss F, Laemmerhirt F, Lerch MM. Etiology and Risk Factors of Acute and Chronic Pancreatitis - PMC. Visc Med [Internet]. 2019 [citado 18 de diciembre de 2025];35(2):78-81. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6514487/>
 37. Gorgoso Vázquez A, Capote Guerrero G, Ricardo Martínez D, Casado Méndez P, Fernández Gómez A, Gorgoso Vázquez A, et al. Factores que al ingreso influyen en la evolución de pacientes con diagnóstico de pancreatitis aguda. Revista Cubana de Cirugía [Internet]. marzo de 2020 [citado 16 de febrero de 2025];59(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-74932020000100004&lng=es&nrm=iso&tlng=es

38. Manrai M, Singh AK, Birda CL, Shah J, Dutta A, Bhadada SK, et al. Diabetes mellitus as a consequence of acute severe pancreatitis: Unraveling the mystery. *World J Diabetes* [Internet]. 15 de agosto de 2023 [citado 16 de febrero de 2025];14(8):1212-25. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10473947/>
39. Quiñonez-Corado J, Sosa-Arellano C, Elias-Vega P, Salatino-Díaz A. Abordaje diagnóstico y terapéutico de la pancreatitis aguda durante el embarazo. *RISMF* [Internet]. 3 de septiembre de 2024 [citado 3 de febrero de 2025];r1-18. Disponible en: <https://ojs.revistamaternofetal.com/index.php/RISMF/article/view/348>
40. Rodriguez-Barragan D, Tabares-Rosero LG. Avances en el uso de marcadores bioquímicos y moleculares para el diagnóstico de pancreatitis aguda: revisión bibliográfica | *Anatomía Digital*. *Anatomía Digital* [Internet]. 2023 [citado 3 de febrero de 2025];6(2). Disponible en: <https://cienciadigital.org/revistacienciadigital2/index.php/AnatomiaDigital/article/view/2583>
41. Polanco Amesquita VC, Larrañaga N, Espil G, Romualdo JE, Prado F, Kozima S. Hallazgos en tomografía computada de las complicaciones de la pancreatitis aguda. *Revista Argentina de Radiología / Argentinian Journal of Radiology* [Internet]. junio de 2021 [citado 3 de febrero de 2025];85(02):041-5. Disponible en: https://www.rardigital.org.ar/_files/ugd/b2c01b_734a99421579472790d6f4422eeda718.pdf
42. Zambrano García JC, Figueroa Moran GV, Salazar Escobar JF, Espinoza Bone MJ. Medicina interna en la era digital: innovaciones y avances en el diagnóstico de enfermedades sistémicas. *RECIMUNDO: Revista Científica de la Investigación y el Conocimiento* [Internet]. 2023 [citado 3 de febrero de 2025];7(1):727-33. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9003050>
43. Parra Fernández Á, Rovira Jurado R, Montaña Blacio M, Gómez Morales Ó, Figueroa Olmedo J, Parra Fernández Á, et al. Sistema de monitoreo de parámetros cardiovasculares basado en IOT y MQTT para alertas médicas. *Ingenius Revista de Ciencia y Tecnología* [Internet]. diciembre de 2025 [citado 18 de diciembre de 2025];34(1):75-88. Disponible en: http://scielo.senescyt.gob.ec/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1390-860X2025000200075&lng=es&nrm=iso&tlng=es
44. Biblioteca de Salud de Cleveland Clinic. Cleveland Clinic. 2023 [citado 16 de febrero de 2025]. Necrotizing Pancreatitis: When Severe Inflammation Does Lasting Damage. Disponible en: <https://my.clevelandclinic.org/health/diseases/necrotizing-pancreatitis>

45. NIH National Institute of Biomedical Imaging and bioengineering. National Institute of Biomedical Imaging and Bioengineering An official website of the United States government. 2022 [citado 16 de febrero de 2025]. Tomografía Computarizada (TC). Disponible en: <https://www.nibib.nih.gov/espanol/temas-cientificos/tomograf%C3%ADa-computarizada-tc>
46. Muñoz E, Téllez-Ávila FI. Papel de la endoscopia en el manejo de la pancreatitis aguda y sus complicaciones. Revista Endoscopia [Internet]. 19 de enero de 2023 [citado 3 de febrero de 2025];34(2):054-8. Disponible en: https://www.endoscopia-ameg.com/frame_esp.php?id=189
47. Baez DK, Angel GD, Pedraza M, Cabrera LF. Manejo endoscópico de complicaciones locales por pancreatitis aguda: Reporte de caso y revisión de la literatura. Annals of Mediterranean Surgery [Internet]. 30 de junio de 2021 [citado 3 de febrero de 2025];4(1):13-8. Disponible en: <https://edicions.uib.es/ojs/index.php/AMS/article/view/651>
48. Leòn-Sotomayor JL, Mujica-Cconislla JB, Rivera-Lozada O. Criterios de Ranson y BISAP como predictor de complicaciones en pancreatitis aguda. Revista colombiana de Gastroenterología [Internet]. 1 de octubre de 2021 [citado 3 de febrero de 2025];36(4):546-7. Disponible en: <https://revistagastrocol.com/index.php/rcg/article/view/841>
49. Mason JM, Babu BI, Bagul A, Siriwardena AK. The performance of organ dysfunction scores for the early prediction and management of severity in acute pancreatitis: an exploratory phase diagnostic study. Pancreas. octubre de 2010;39(7):1104-8.

ANEXOS

ANEXO 1: INSTRUMENTOS

Nº de ficha: _____ HCL: _____

A. Etiología

1. Biliar
2. Alcohólica
3. Idiopática
4. Otra:

B. Gravedad

1. Leve (Ausencia tanto de la necrosis (peri) pancreática como de fallo orgánico.
2. Moderada (cualquier tipo de necrosis (peri) pancreática estéril o fallo orgánico transitorio.)
3. Moderadamente grave (cualquier grado de necrosis (peri) pancreática infectada o fallo orgánico persistente)
4. Grave (necrosis (peri) pancreática infectada y fallo orgánico persistente.)

C. Estancia hospitalaria: _____ días

1. 1-3
2. 4-6
3. 7- 9
4. 10-12
5. 13-15
6. Más de 15 días

D. Ingreso a UCI

1. Sí

2. No

Nº de días: _____

E. Estado al alta

1. Recuperado
2. Fallecido

F. Valores Laboratoriales de Ingreso:

1. Creatinina: _____
2. Proteína C reactiva: _____
3. Amilasa pancreática: _____
4. Leucocitos: _____
5. Neutrófilos: _____
6. Fosfatasa alcalina: _____
7. Índice neutrófilo/monocito: _____
8. Volumen plaquetario medio (MPV) : _____
9. Procalcitonina: _____
10. Lipasa sérica: _____

G. Tiempo de enfermedad

1. 1-3
2. 4-6
3. 7- 9
4. 10-12
5. 13-15
6. Más de 15 días

H. Síntomas

1. Dolor abdominal
2. Náuseas
3. Vómitos
4. Sensibilidad abdominal
5. Distensión
6. Comorbilidades

7. Diabetes
8. Hipertensión
9. Obesidad
10. Litiasis vesicular
11. Otros _____

I. Informe ecográfico:

J. Complicaciones locales

1. Sin complicaciones
2. Presencia de pseudoquistes
3. Necrosis pancreática
4.

K. Complicaciones sistémicas

1. Sepsis
2. Infecciones asociadas a catéter
3. Respiratoria
4. Renal
5. Cardíaca
6. Absceso o pseudoquiste
7. Hemorragia pancreática

L. Edad: _____ años

1. 18 a 29 años
2. 30 a 39 años
3. 40 a 49 años
4. 50 a 59 años
5. 60 a más

M. Género

1. Masculino
2. Femenino

N. Procedencia

1. Urbana
2. Rural

O. Nivel socioeconómico

1. No pobre
2. Pobre
3. Extremo pobre

P. Año de atención

1. 2022
2. 2023
3. 2024

ANEXO 2: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del Estudio: "Características Clínico-Epidemiológicas y Factores Asociados a Complicaciones en Pancreatitis Aguda del Adulto en Pacientes Atendidos en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2022-2024"]

Investigador Principal: Briguit Ponce Villar

Estudiante de la Universidad Privada de Tacna

Celular 989026106

Dirigido a: Director del Hospital Hipólito Unanue de Tacna

1. Introducción: Este documento de consentimiento informado tiene como objetivo proporcionarle la información necesaria para que pueda tomar una decisión informada sobre su autorización a este estudio de investigación. Antes de dar su consentimiento, por favor, lea cuidadosamente la siguiente información.

2. Propósito del Estudio: El propósito principal de este estudio es "analizar las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes adultos diagnosticados con pancreatitis aguda en el Hospital Hipólito Unanue, así como identificar los factores que pueden estar asociados con la aparición de complicaciones".

3. Procedimientos de Investigación: Si da su consentimiento, se revisarán las historias clínicas de los pacientes diagnosticados con Pancreatitis aguda, atendidos en el Hospital Hipólito Unanue entre los años 2022 al 2024. La revisión de las historias clínicas incluirá la recopilación de datos relacionados con:

Datos demográficos (edad, género), antecedentes médicos relevantes, diagnóstico y tratamiento de la Pancreatitis aguda y complicaciones que hayan surgido durante el curso de la enfermedad.

4. Confidencialidad: La confidencialidad de la información contenida en las historias clínicas será estrictamente protegida. Se tomarán las siguientes medidas para garantizar la confidencialidad: Los datos se recopilarán utilizando un código numérico para evitar la identificación directa de los pacientes. Los datos se almacenarán en una base de datos protegida con contraseña y acceso restringido solo al equipo de investigación. Los resultados del estudio se presentarán de manera agregada, sin revelar información que pueda identificar a los pacientes individuales. El acceso a las historias clínicas se realizará en un área designada dentro del hospital y bajo la supervisión del personal autorizado. Y me comprometo a mantener la confidencialidad de la información de acuerdo con las leyes y regulaciones aplicables.

5. Beneficios: La participación en este estudio no le proporcionará beneficios directos. Sin embargo, los resultados de esta investigación podrían contribuir a:

Mejorar la comprensión de Pancreatitis aguda en la población atendida en el Hospital Hipólito Unanue.

Desarrollar estrategias de prevención y tratamiento más efectivas.

Mejorar la calidad de la atención médica ofrecida a los pacientes con Pancreatitis aguda

6. Riesgos: La revisión de las historias clínicas implica un riesgo mínimo, ya que solo se recopilarán datos existentes y se protegerá estrictamente la confidencialidad de la información.

7. Participación Voluntaria y Derecho a Retirarse: Su participación en este estudio es completamente voluntaria. Tiene el derecho de negarse a participar o de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin que esto afecte su relación con el hospital ni con el equipo de investigación.

8. Contacto para Preguntas: Si tiene alguna pregunta sobre este estudio, puede ponerse en contacto con la autora

9. Consentimiento:

He leído y comprendido la información proporcionada en este documento de consentimiento informado. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y he recibido respuestas satisfactorias. Doy mi consentimiento voluntario para que se realice la revisión de las historias clínicas en el Hospital Hipólito Unanue, según los términos descritos en este documento.

Nombre del Director del Hospital Hipólito Unanue

Firma del Director del Hospital Hipólito Unanue

Fecha: _____

ANEXO 3: SOLICITUDES

Asunto: Solicito autorización para recoger datos.

Tacna 30 de marzo del 2025

Dr.

Director del Hospital Hipólito Unanue

S.D., Tengo a bien dirigirme a Ud. Para saludarlo y por el presente, me dirijo a usted con el fin de solicitar su autorización para llevar a cabo una revisión de las historias clínicas de los pacientes diagnosticados con pancreatitis aguda en el Hospital Hipólito Unanue. Esta revisión es parte de un estudio que estoy realizando sobre las características clínico-epidemiológicas y los factores asociados a complicaciones en dicha patología, con el objetivo de contribuir al conocimiento y manejo de esta enfermedad en nuestra población.

El estudio se llevará a cabo bajo estrictas normas éticas y de confidencialidad, asegurando que toda la información recolectada será utilizada únicamente con fines académicos y no será divulgada sin el consentimiento adecuado. Se implementarán medidas para proteger la identidad de los pacientes y se seguirá el protocolo establecido por el Comité de Ética del hospital.

La revisión de las historias clínicas nos permitirá obtener información valiosa sobre la incidencia, etiología, síntomas, comorbilidades y complicaciones asociadas a la pancreatitis aguda en nuestra institución. Los resultados de este estudio podrían ser fundamentales para mejorar la atención médica y desarrollar estrategias preventivas más efectivas.

Agradezco de antemano su atención a esta solicitud y quedo a su disposición para cualquier aclaración o información adicional que requiera. Espero contar con su apoyo para llevar a cabo esta importante investigación.

Atentamente,

.....firma

Briguit Sugey Ponce Villar

Estudiante de Medicina Humana de la Universidad Privada de Tacna:

Celular 989026106

ANEXO 4: OTROS

: Diagnósticos ecográficos de la pancreatitis aguda

	n	%
litiasis vesicular+ pancreatitis	106	31.8%
colecistitis cronica + pancreatitis	20	6.0%
colecistitis aguda + pancreatitis	13	3.9%
colecistitis, no especificada + pancreatitis	4	1.2%
colangitis + pancreatitis	3	.9%
colecistitis + pancreatitis	2	.6%
esteatosis hepática leve+ litiasis vesicular + pancreatitis	2	.6%
obstruccion de la vesicula biliar + pancreatitis	2	.6%
pancreatitis	2	.6%
litiasis vesicular+ pancreatitis edematosa intersticial	1	.3%
coledocolitiasis + pancreatitis	1	.3%
colecistitis + esteatosis hepática moderada	1	.3%
colecistitis multiple + pancreatitis	1	.3%
derrame pleural + coledocolitiasis	1	.3%
esteatosis hepática leve + litiasis vesicular	1	.3%
esteatosis hepática leve+ colecistitis + pancreatitis	1	.3%
esteatosis hepática moderada + colecistitis cronica + pancreatitis	1	.3%
fibrilacion y aleteo auricular + pancreatitis	1	.3%
hepatomegalia + litiasis vesicular+ pancreatitis	1	.3%
hepatomegalia + litiasis vesicular+ pancreatitis + esteatosis hepática leve	1	.3%
litiasis vesicular + colecistitis cronica calculosa + pancreatitis	1	.3%
litiasis vesicular + pancreatitis	1	.3%
Otras enfermedades especificadas de las vias biliares + pancreatitis	1	.3%
Otras pancreatitis cronicas + pancreatitis	1	.3%
pancreatitis + coledocolitiasis	1	.3%
pancreatitis + litiasis vesicular	1	.3%
peritonitis, no especificada + pancreatitis	1	.3%
Total	333	100.0%