

UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

Escuela Profesional de Medicina Humana



TESIS

**“PANCREATITIS AGUDA EN EL EMBARAZO EN UN HOSPITAL
DE LOS ANDES CENTRALES DEL PERÚ
2010-2020”.**

PARA OPTAR : El Título Profesional de Médico Cirujano.

AUTOR : BACH. CARLOS H BILBAO

ASESOR : DR. ERWIN TITO ORTEGA.

LINEA DE INVESTIGACION INSTITUCIONAL: SALUD Y GESTIÓN DE LA
SALUD.

FECHA DE INICIO Y CULMINACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN: Marzo 2021 a
Febrero 2022.

HUANCAYO – PERÚ

2023

DEDICATORIA

Para mi madre, esposa e hijos que me motivaron a cumplir mi sueño con su apoyo incondicional y comprensión en momentos difíciles.

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Peruana los Andes, así mismo la Facultad de Medicina Humana por haberme acogido en mi formación académica y darme la oportunidad de superarme.

Al Hospital HNRPP.



UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
DIRECCIÓN DE LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN

"AÑO DE LA UNIDAD LA PAZ Y EL DESARROLLO"

CONSTANCIA

**DE SIMILITUD DE TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN POR EL SOFTWARE DE PREVENCIÓN DE
PLAGIO TURNITIN**

La Dirección de la Unidad de Investigación de la Facultad de Medicina Humana, hace constar por la presente, que el informe final de tesis titulado:

**"PANCREATITIS AGUDA EN EL EMBARAZO EN UN HOSPITAL DE LOS ANDES CENTRALES DEL PERÚ
2010-2020"**

Cuyo autor (es) : BACH. BILBAO CARLOS H
Facultad : MEDICINA HUMANA
Escuela Profesional : Medicina Humana
Asesor (a) : Dr. TITO ORTEGA ERWIN

Que fue presentado con fecha 09 de agosto de 2023 y después de realizado el análisis correspondiente en el software de prevención de plagio Turnitin con fecha día 09 de agosto de 2023, por la Oficina de Propiedad Intelectual y Publicaciones; con la siguiente configuración del software de prevención de plagio Turnitin:

- Excluye bibliografía
- Excluye citas
- Excluye cadenas menores a 20 palabras
- Otro criterio (especificar)

Dicho documento presenta un porcentaje de similitud de **26%**.

En tal sentido de acuerdo a los criterios de porcentajes establecido en el artículo No. 11 del Reglamento de uso de software de prevención de plagio, el cual indica que no se debe superar el 30%. Se declara, que el trabajo de investigación: Si contiene un porcentaje aceptable de similitud.

Observaciones:

En señal de conformidad y verificación se firma y sella la presente constancia.

Huancayo, 14 de agosto de 2023.

UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES


Dr. Santiago Angel Cortez Orellana
Director (e) de la Unidad de Investigación
Facultad de Medicina Humana

RESUMEN

Introducción: La pancreatitis aguda (PA) continúa siendo un desafío para todo médico involucrado en la atención de la mujer embarazada.

Objetivo: Determinar la prevalencia de PA en las pacientes gestantes atendidas en el HNRPP durante el periodo 2010-2020.

Métodos: Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal, retrospectivo. Se revisaron las historias clínicas de las pacientes gestantes con diagnóstico de pancreatitis aguda que acudieron al Hospital Nacional Ramiro Priale Priale EsSalud de la ciudad de Huancayo. Entre enero 2010 a diciembre del 2020.

Resultados: Se encontró prevalencia de pancreatitis aguda en gestantes (PAE) tasa de 9.6 por 10 000. La edad promedio fue 34,46 años (*D.E* 4,99), presentando la mayoría el diagnóstico en el tercer trimestre del embarazo (62,85%), primíparas el 45,71%. El síntoma y signo más frecuente fue el dolor abdominal 35 pacientes (100,00%) y la distensión abdominal 27 (77,15%), respectivamente. La causa más frecuente fue biliar 24 (68,57%). El tiempo de estancia hospitalaria fue 11 días (9-13), la mayoría de las gestantes fueron sometidas a cesárea 18 (51,42%) y se produjo 1 óbito.

Conclusiones: La prevalencia de pancreatitis aguda en el embarazo fue tasa de 9.6 por 10000 gestantes, siendo el pronóstico para la madre y feto favorable.

Palabras clave: embarazo; pancreatitis; prevalencia; epidemiología clínica; Huancayo; Perú.

(Fuente: DeCS-Bireme)

ABSTRACT

Introduction: Acute pancreatitis (AP) continues to be a challenge for every doctor involved in the care of pregnant women.

Objective: To determine the prevalence of AP in pregnant patients treated at the HNRPP during the period 2010-2020.

Methods: An observational, descriptive, cross-sectional, retrospective study was carried out. The medical records of pregnant patients diagnosed with acute pancreatitis who attended the Ramiro Prialé Prialé EsSalud National Hospital in the city of Huancayo were reviewed. Between January 2010 to December 2020.

Results: A prevalence of acute pancreatitis in pregnant women (PAE) was found, with a rate of 9.6 per 10,000. The average age was 34.46 years (SD 4.99), most of whom were diagnosed in the third trimester of pregnancy (62.85 %), primiparous 45.71%. The most frequent symptom and sign was abdominal pain in 35 patients (100.00%) and abdominal distension in 27 (77.15%), respectively. The most frequent cause was biliary 24 (68.57%). The hospital stay was 11 days (9-13), most of the pregnant women underwent cesarean section 18 (51.42%) and 1 death occurred.

Conclusions: The prevalence of acute pancreatitis in pregnancy was a rate of 9.6 per 10,000 pregnant women, with a favorable prognosis for the mother and fetus.

Keywords: pregnancy; pancreatitis; prevalence; clinical epidemiology; Huancayo; Peru. (Source: DeCS-Bireme)

ÍNDICE

<u>DEDICATORIA</u>	ii
<u>AGRADECIMIENTOS</u>	iii
<u>RESUMEN</u>	v
<u>CONTENIDO DE TABLAS</u>	ix
<u>INTRODUCCIÓN</u>	x
<u>CAPÍTULO I</u>	1
<u>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</u>	1
<u>1.1 Descripción de la realidad problemática:</u>	1
<u>1.2 Delimitación del problema</u>	3
<u>1.2.1 Delimitación de contenido</u>	3
<u>1.2.2 Delimitación espacial</u>	3
<u>1.2.3 Delimitación Temporal</u>	3
<u>1.3 Formulación del Problema</u>	3
<u>1.3.1. Problema General</u>	3
<u>1.3.2. Problemas Específicos</u>	3
<u>1.4 justificación</u>	4
<u>1.4.1. Social</u>	4
<u>1.4.2. Teórica</u>	4
<u>1.4.3. Metodológica</u>	5
<u>1.5 Objetivos</u>	5
<u>1.5.1 Objetivos General</u>	5
<u>1.5.2 Objetivos específicos</u>	5
<u>CAPÍTULO II</u>	7
<u>MARCO TEÓRICO</u>	7
<u>2.1 Antecedentes</u>	7
<u>2.2 Bases Teóricas</u>	8
<u>2.3 Marco conceptual</u>	11
<u>HIPÓTESIS</u>	13
<u>3.1 Hipótesis</u>	13
<u>3.2 Variables</u>	13
<u>CAPÍTULO IV</u>	14
<u>METODOLOGÍA</u>	14
<u>4.1 Método de investigación</u>	14
<u>4.2 Tipo de investigación</u>	14
<u>4.3 Nivel de investigación</u>	14
<u>4.4 Diseño de la investigación</u>	14

<u>4.5</u>	<u>Población y muestra</u>	15
<u>4.6</u>	<u>Determinación de la muestra</u>	15
<u>4.7</u>	<u>Técnicas e instrumentos de recolección de datos</u>	15
	<u>CAPÍTULO V</u>	17
	<u>RESULTADOS</u>	17
5.1.	Descripción de los resultados	17
5.2.	Contrastación de hipótesis	21
	<u>DISCUSIÓN</u>	22
	<u>CONCLUSIONES</u>	311
	<u>RECOMENDACIONES</u>	33
	<u>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>	34
	<u>ANEXOS</u>	38
	<u>Anexo N° 1 Matriz de Consistencia</u>	39
	<u>Anexo N° 2 Matriz de operacionalización de variables</u>	41
	<u>Anexo N° 3 Instrumento de investigación</u>	45
	<u>Anexo N° 4 Validación de instrumentode investigación</u>	45
	<u>Anexo N° 5 Base de datos</u>	54
	<u>Anexo N° 6 Tramites Constancias y fotos</u>	55

CONTENIDO DE TABLAS

Tabla 1. Frecuencia de gestantes diagnosticadas con pancreatitis aguda en el HNRPP, según año.	17
Tabla 2. Características demográficas de las gestantes diagnosticadas con pancreatitis aguda en el HNRPP durante el periodo 2010-2020.	18
Tabla 3. Características clínicas de las gestantes diagnosticadas con pancreatitis aguda en el HNRPP durante el periodo 2010-2020.	19
Tabla 4. Pruebas diagnósticas de las gestantes con pancreatitis aguda en el HNRPP durante el periodo 2010-2020.	20
Tabla 5. Características de la salud de la madre y del producto de las gestantes diagnosticadas con pancreatitis aguda en el HNRPP durante el periodo 2010-2020.	21

INTRODUCCIÓN

La PA es un problema común con una incidencia anual de entre 5 a 80 casos por cada 100 000 pacientes (1, 26). La incidencia de la PA durante el embarazo varía de 1 en 1000 a 1 en 10 000 gestantes(2). Debido a los importantes avances en la prevención, el diagnóstico y el tratamiento adecuado, la tasa de mortalidad de mujeres embarazadas por PA, antes muy alta (37%), ha descendido al 3,3%, y la mortalidad fetal de casi el 60% al 11,6-18,7% (3,4)

A diferencia de la población general, donde la enfermedad de cálculos biliares y el consumo de alcohol son los dos factores etiológicos más comunes, la colelitiasis se destaca en mujeres embarazadas. Sin embargo, a pesar del conocimiento de los efectos nocivos del alcohol en el desarrollo fetal, el alcohol continúa siendo un factor etiológico no menos frecuente(5). La hipertrigliceridemia ha sido recientemente una causa frecuente de PAE(6). Los factores etiológicos observados con menor frecuencia son el hiperparatiroidismo, los agentes infecciosos, los medicamentos o las lesiones y de causas idiopáticas(7).

La secreción de colesterol en la bilis hepática aumenta en el segundo y tercer trimestre en comparación con los ácidos biliares y los fosfolípidos, lo que lleva a una bilis sobresaturada; además, los volúmenes de la vesícula biliar en ayunas y postprandiales son mayores, con velocidad y volumen de vaciamiento reducidos(8). Este gran volumen residual de

bilis sobresaturada en la vesícula biliar de la paciente embarazada conduce a la retención de cristales de colesterol y eventuales cálculos biliares. La formación del barro biliar y cálculos está fuertemente asociada con la frecuencia y el número de embarazos(9).

El cuadro clínico está caracterizado por dolor abdominal a nivel del epigástrico, náuseas y vómitos, y en algunos casos se asocia a un síndrome febril. El diagnóstico diferencial debe establecerse con colecistitis aguda, apendicitis aguda, infarto mesentérico, embarazo ectópico complicado, hiperémesis gravídica, preclamsia e hígado graso agudo, entre otras patologías. El diagnóstico se confirma con medición sérica de amilasa o lipasa, las que se encuentran elevada(1).

La PAE puede desarrollarse en diferentes grados de severidad que van desde un grado leve con un curso autolimitado y que solo requiere de una corta hospitalización, a grados de severidad mayor con disfunción orgánica y con amenaza seria para la madre y el producto de la gestación(8). Dentro de las complicaciones se encuentra los pseudoquistes, daño renal, abscesos pancreáticos, hemorragias, obstrucción del aparato digestivo, neumonía, derrame pleural, entre otros(10).

En Perú, existen pocos estudios que caractericen la prevalencia de la pancreatitis en gestantes. Un estudio realizado en gestantes y puérperas de un hospital peruano reportó un total de 316 casos de PAE durante cinco años(11). Sin embargo, en la población de Junín no existen estudios, por ello, es importante conocer más sobre la prevalencia, las posibilidades diagnósticas y terapéuticas de la PAE en el transcurso del embarazo. potencialmente grave para la madre y el feto.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática:

Si bien la pancreatitis es una complicación poco frecuente durante el embarazo, en las últimas décadas su incidencia se ha incrementado en todo el mundo. En la actualidad se estima que en Estados Unidos es de 1 caso por cada 3021 embarazos(12). En 1970 la mortalidad materno-fetal era del 37%(13). En la actualidad, se reporta en 1% de los casos, con mortalidad fetal menor al 5%(14).

A pesar que la PAE tiene una prevalencia menor tiene un riesgo potencial de presentar episodios de gravedad y complicaciones que amenazan a la madre y el feto. El manejo de la PAE es una entidad nosológica que plantea desafíos por la complejidad de los cambios fisiológicos y anatómicos. Estos desafíos se tornan más agudos en casos de tomar decisiones en situaciones de emergencia(15).

Los cambios fisiológicos que se desarrollan normalmente durante el embarazo afectan el metabolismo de los lípidos y conducen a un aumento de las concentraciones de lipoproteínas de baja densidad (LDL) (que aumentan en un 42 % a las 36 semanas de embarazo), lipoproteínas de alta densidad (HDL) (aumentan en un 24 % a 36 semanas)

y los triglicéridos, que aumentaron de 14 semanas a tres veces el valor normal a las 36 semanas. Aunque los niveles de triglicéridos durante el embarazo no suelen superar los 300 mg/dl, cuando supera los 1 000 mg/dl aumenta el riesgo de pancreatitis(16).

Los síntomas de pancreatitis durante el embarazo son inespecíficos; las que la padecen suelen tener: dolor abdominal (96%), náuseas y vómitos (86%), fiebre (81%), anorexia (28%), ictericia (14%) o diarrea (6%). Los síntomas duran de 1 día a 3 semanas(16).

Las complicaciones más importantes son: neumonía, derrame pleural, hemorragia digestiva, pseudoquistes, absceso pancreático, trombosis de la vena femoral, fallo multiorgánico, etc. La pancreatitis durante el embarazo es un problema diagnóstico y su retraso puede conducir a complicaciones perinatales graves(17). Las concentraciones altas de amilasa y lipasa pueden confirmar el diagnóstico, los niveles de bilirrubina y enzimas hepáticas pueden ser normales o ligeramente estar elevados. Se ha reportado que alrededor del 10% de las PAE cursan con cuadros graves con necrosis pancreática, la cual puede desencadenar una sepsis y en última instancia la muerte(18).

El riesgo de recurrencia de pancreatitis durante el embarazo depende de las semanas en que sucede el primer evento y de su causa. Existe un riesgo de recurrencia de pancreatitis incluso hasta del 92%; 64% y 44% durante el primer, segundo y tercer trimestre, respectivamente(19).

La carencia de estudios en Perú, esto sumado a que en la mayoría de establecimientos de salud en Junín carecen de información actualizada la cual permita abordar de una manera más integral a las gestantes con PA. El uso generalizado de métodos de diagnóstico por imágenes y un enfoque multidisciplinario de la enfermedad pueda ayudar a prevenir la morbilidad y mortalidad materna y fetal.

Por lo anterior expuesto el objetivo del presente estudio fue estimar la prevalencia de la PA en las pacientes atendidas en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé, Huancayo - Junín, durante el periodo 2010-2020.

1.2 Delimitación del problema

1.2.1 Delimitación de contenido

El presente estudio es sobre las características de la pancreatitis aguda en el embarazo en un hospital de los andes centrales del Perú, 2010-2020.

1.2.2 Delimitación espacial

El ámbito geográfico en el que se ejecutó la investigación fue el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé EsSalud Huancayo, localizado en la ciudad de Huancayo, departamento de Junín (3,259 msnm).

1.2.3 Delimitación Temporal

El presente estudio abarcó el periodo de tiempo comprendido entre el 01 de enero de 2010 al 31 de diciembre de 2020.

1.3 Formulación del Problema

1.3.1. Problema General

- ¿Cuál es la prevalencia de la PA en las pacientes embarazadas atendidas en el HNRPP durante el periodo 2010-2020?

1.3.2. Problemas Específicos

- ¿Cuáles son las características demográficas (edad de la madre, edad gestacional al momento de presentación de la enfermedad, gravidez, antecedente de colelitiasis diagnosticada por US, antecedente de PA, antecedente de PA recurrente y diámetro de la vía biliar) de las gestantes diagnosticadas con PA en el HNRPP durante el periodo 2010-2020?

- ¿Cuáles son las características clínicas (signos, síntomas y etiología) de las gestantes diagnosticadas con PA en el HNRPP durante el periodo 2010-2020?
- ¿Cuáles son las pruebas diagnósticas (amilasa, lipasa, triglicéridos, calcio, ultrasonografía (US), ultrasonografía endoscopia (USE) y colangiografía retrograda endoscópica (CPRE)) de las gestantes diagnosticadas con PA en el HNRPP durante el periodo 2010-2020?
- ¿Cuáles son los resultados de salud de la madre y del producto de la gestación de las gestantes diagnosticadas de PA en el HNRPP durante el periodo 2010-2020?

1.4. Justificación

1.4.1. Social

Se justificó realizar la presente investigación porque fue una aproximación para conocer el comportamiento de la variable de estudio (PAE) que es una patología de alto impacto para generar morbilidad y mortalidad en las pacientes embarazadas que son atendidas en el HNRPP, teniendo en consideración que la Red Asistencial Junín tiene una población asegurada femenina de 188,750 personas(13).

Asimismo, conocer el impacto de la PAE permitirá a las autoridades de salud tomar decisiones estratégicas que incidan en el incremento de la cobertura de atención poniendo énfasis en un examen exhaustivo dirigido a la gestante.

1.4.2. Teórica

Los resultados obtenidos del presente estudio se consideraron como una línea de base de la población gestante de la Red Asistencial Junín para conocer los indicadores de la variable de estudio (PAE) que antes del estudio eran desconocidos para el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé EsSalud Huancayo. Además, a partir de los resultados obtenidos se pueden desarrollar ideas de investigación en el futuro.

1.4.3. Metodológica

La investigación planteó un instrumento de recojo de datos para el estudio de la variable principal de la investigación. También sugirió una forma de estudio de la PAE en un Hospital Nacional de la Seguridad Social en la altura (3,259 msnm), característica de su localización que es relevante por sus condiciones únicas en relación a instituciones de salud localizadas a nivel del mar.

1.5. Objetivos

1.5.1. Objetivo General

Determinar la prevalencia de PA en las pacientes embarazadas atendidas en el HNRPP durante el periodo 2010-2020.

1.5.2 Objetivos Específicos

1.5.2.1. Establecer las características demográficas (edad de la madre, edad gestacional al momento de presentación de la enfermedad, gravidez, antecedente de colelitiasis diagnosticada por US, antecedente de PA, antecedente de PA recurrente y diámetro de la vía biliar) de las pacientes diagnosticadas de PAE en el HNRPP durante el periodo 2010-2020.

1.5.2.2. Establecer las características de presentación clínica (signos, síntomas y etiología) de las pacientes diagnosticadas de PAE y en el HNRPP durante el periodo 2010-2020.

1.5.2.3. Establecer las pruebas diagnósticas (amilasa, lipasa, triglicéridos, calcio, ultrasonografía (US), ultrasonografía endoscopia (USE) y colangiografía retrograda endoscópica (CPRE)) de las pacientes con diagnóstico clínico de PAE en el HNRPP durante el periodo 2010-2020.

1.5.2.4. Determinar los resultados de salud de la madre y del producto de la gestación de las pacientes diagnosticadas de PAE en el HNRPP durante el periodo 2010-2020.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

Los episodios de PAE que se produce en los diferentes trimestres del embarazo comparados con los que se producen en pacientes no embarazadas no presentan características diferentes en cuanto a edad de presentación de los episodios de la enfermedad, los periodos de hospitalización, la gravedad de la enfermedad, el número de complicaciones locales y las tasas de mortalidad por PAE(11).

Existe una disminución de costos en el tratamiento de la PAE si se realiza una colecistectomía laparoscópica a las pacientes embarazadas que desarrollan PAE. Esta disminución se debe a una reducción de los costos relacionados con las readmisiones hospitalarias(14).

La PAE es una entidad infrecuente, ocurre con mayor probabilidad durante el tercer trimestre y la litiasis vesicular es la etiología más común. Cuando no es posible realizar una colecistectomía laparoscópica y se tiene una alta sospecha de litiasis biliar, la colocación de un stent biliar o la realización de una esfinterotomía endoscópica está

indicada para prevenir la recurrencia de episodios y posponer la indicación quirúrgica hasta después del parto(15).

Son factores de riesgo independientes para la PAE la litiasis vesicular, el consumo de una dieta rica en grasas y la presencia de hipertrigliceridemia. Además, la presencia de litiasis vesicular tiene una mayor relación como causa de PAE y las embarazadas con hipertrigliceridemia son más susceptibles de presentar episodios de PAE(16).

En pacientes con diagnóstico de PAE esta descrita la asociación entre la hipertrigliceridemia y un peor pronóstico de la enfermedad. Cuando se presenta la enfermedad de manera súbita, el diagnóstico precoz para implementar un rápido tratamiento mejora el pronóstico materno y fetal y disminuye la mortalidad de la enfermedad(10).

La PAE generalmente tiene un curso benigno con un tratamiento adecuado y oportuno. En los casos en los que el origen es biliar el tratamiento quirúrgico es el más adecuado y debe ser realizado durante el segundo trimestre del embarazo(17).

2.2 Bases Teóricas

Pancreatitis aguda durante el embarazo (PAE)

La gestación está relacionada con la formación de barro biliar y cálculos biliares como resultado de las acciones de estrógenos y progesterona que promueven un aumento de secreción de colesterol y estasis biliar(24).

Se ha estimado que entre el 0,05% y el 0,8% de las mujeres embarazadas tienen cálculos biliares sintomáticos(25).

La incidencia por año de pancreatitis aguda en la población en general está en el intervalo de 5 a 80 por 100,000 habitantes (1, 26). Puntualmente durante la gestación la incidencia presenta un valor que varía entre 1 en 1000 a 1 en 10,000 embarazos(13).

Aproximadamente más del 50% de los casos de PAE son diagnosticados durante el tercer trimestre del embarazo, estableciéndose que la PAE es más frecuente con el aumento de la edad gestacional, así como lo es la frecuencia del diagnóstico de litiasis vesicular(26).

Las causas de la PAE son diversas, presentando un símil a lo que ocurre en la población de pacientes no embarazadas. La frecuencia es diversa: litiasis vesicular (65-100%), alcohol (5-10%) e hipertrigliceridemia (5%)(12).

Diagnóstico de PAE

Para pacientes embarazadas no se han desarrollado criterios diagnóstico específicos. Para pacientes en general se han desarrollado guías de práctica clínica para el manejo de esta entidad. La más utilizada es la desarrollada por la Asociación Internacional de Pancreatología (IAP) y la Asociación Americana del Páncreas (APA)(27).

La PAE se presenta con mayor frecuencia durante el tercer trimestre de la gestación o en posparto inmediato temprano con una presentación clínica caracterizada por dolor abdominal, náuseas o vómitos, anorexia, fiebre y niveles elevados de amilasa o lipasa sérica(1).

El diagnóstico de PAE no es sencillo. Por ser un proceso fisiológico, el embarazo produce alteraciones y bioquímicas que pueden tener valores de variables de confusión en la interpretación de las pruebas diagnósticas solicitadas para el caso (amilasa y lipasa sérica) y en la determinación de la severidad de la enfermedad(28).

Durante el embarazo se produce una leucocitosis habitualmente menor de 16,000 mm³ y una elevación de la fosfatasa alcalina hasta tres veces su valor basal. Se deben considerar estos cambios fisiológicos para plantear el diagnóstico de PA(28).

El valor de una amilasa o lipasa sérica elevada en un nivel superior de tres veces su valor basal tiene un valor predictivo positivo (VPP) alto para el diagnóstico de PAE. La lipasa sérica tiene una mejor sensibilidad (94% vs 83%) y especificidad (96% vs 88%) comparado con la amilasa sérica para el diagnóstico de PAE(29).

Evaluación de la severidad

La determinación de la severidad de la PAE no tiene una herramienta clínica específica. Se utiliza con frecuencia la Guía de Práctica Clínica propuesta por la Asociación Internacional de Pancreatología (IAP) y la Asociación Americana del Páncreas (APA)(27).

Esta recomienda utilizar el concepto de síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SIRS) como predictor de pancreatitis aguda grave (PAG) en el momento de la admisión y si el SIRS es persistente a las 48 horas de evolución. Además, al ingreso se recomienda un enfoque tridimensional para pronosticar el resultado considerando la evaluación de los factores de riesgo de la paciente (por ejemplo, edad, comorbilidad e índice de masa corporal), estratificación del riesgo (SIRS persistente) y monitoreo permanente de la respuesta al tratamiento inicial(27).

Complicaciones prenatales

Existen riesgos para el producto de la gestación cuando se desarrolla la PAE. Estos riesgos implican la amenaza de parto pretérmino, prematuridad y muerte fetal intrauterina. Las altas tasas de mortalidad perinatal secundarias a PAE se deben a las muertes neonatales después de un parto pretérmino. Estas tasas han decrecido en el transcurso del tiempo presentando valores menores como un 3.6%(1).

Las pacientes que presentan PAE en el primer trimestre de la gestación tienen el menor porcentaje de término de la gestación (60%) y los mayores riesgos de pérdida fetal (20%) y parto prematuro (16%)(7).

Tratamiento de la PAE

El tratamiento de la PAE se realiza de manera similar a las pacientes no embarazadas que presentan el diagnóstico de PA (29). El tratamiento depende fundamentalmente del tipo de pancreatitis establecida por la Clasificación de Pancreatitis Aguda 2012 y la presencia de sus complicaciones(30).

Es de especial interés en una gestante con PAE tipo grave considerar el aspecto nutricional. El soporte nutricional en una gestante con PAE grave evita la desnutrición. La terapia de soporte nutricional modula la respuesta al estrés, promueve una resolución más rápida de la enfermedad y disminuye el riesgo de traslocación e infección en el tejido pancreático necrosado(31).

No existen publicaciones científicas que evidencien la forma más eficaz de parto para las gestantes con diagnóstico de PAE durante el tercer trimestre de la gestación para reducir las complicaciones perinatales. La mejor indicación depende de la edad gestacional y la gravedad de la PAE. Cuando sea posible la indicación de parto vaginal, se debe indicarla porque se limita el riesgo de sobreinfección agregada comparada con la realización de una laparotomía utilizada en una cesárea. El tratamiento debe ser multidisciplinario e implica la atención de gastroenterólogos, cirujanos generales, ginecólogos(32) y obstetras(33).

2.3 Marco conceptual

Pancreatitis aguda (PA): Inflamación aguda del páncreas, que puede ser asintomática o sintomática y que se debe a la auto digestión del tejido pancreático por sus propias enzimas. Su inicio es súbito y presenta dolor abdominal, náuseas y vómitos.

Embarazo: Estado de tener un feto o embrión en desarrollo dentro del cuerpo, después de la unión de un óvulo y un espermatozoide. En las mujeres, la duración del embarazo desde la concepción al parto es de unos 266 días. El embarazo se caracteriza

por el cese de las menstruaciones, náuseas que aparecen por la mañana (náuseas matutinas), aumento de tamaño de las mamas y la pigmentación de los pezones y agrandamiento progresivo del abdomen. Los signos absolutos de embarazo son los movimientos fetales, los tonos cardíacos fetales y la demostración del feto mediante radiografía o ecografía.

Pancreatitis aguda durante el embarazo (PAE): Pancreatitis aguda que se desarrolla durante el embarazo.

Epidemiología: Rama aplicada de la ciencia que estudia la salud y la enfermedad de la población humana.

Características clínicas: Cualidades indicativas de una enfermedad.

CAPÍTULO III

HIPÓTESIS

2.1 Hipótesis

Por el diseño de la investigación el presente trabajo no plantea hipótesis.

2.2 Variables

Pancreatitis aguda en el embarazo (PAE).

La operacionalización se muestra en el Anexo.

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA

4.1 Método de investigación

Método científico.

4.2 Tipo de investigación

En razón de los propósitos de la investigación el presente estudio es de tipo observacional.

4.3 Nivel de investigación

Descriptivo.

4.4 Diseño de la investigación

Estudio observacional, de tipo descriptivo simple, (series de casos transversales).

M 

- M = Gestantes que acuden al Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé EsSalud, Huancayo, durante el periodo de tiempo de 2010 a 2020.
- O = Pancreatitis aguda.

4.5 Población y muestra

Se realizó una revisión retrospectiva de las historias clínicas de las pacientes gestantes cuyos partos fueron atendidos en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé EsSalud Huancayo con criterios de inclusión y exclusión, durante el periodo comprendido entre enero 2010 a diciembre del 2020.

Por la naturaleza del estudio se realizó estudio poblacional, esto quiere decir que se incluirán al total de gestantes diagnosticadas con pancreatitis.

4.6 Determinación de la muestra

La muestra a utilizar será una muestra censal.

Criterios de inclusión:

- a) Pacientes gestantes con partos atendidos en edad comprendida entre los 18 y 45 años atendidas en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé EsSalud Huancayo durante el periodo comprendido entre enero 2010 a diciembre del 2020.
- b) Historias clínicas de gestantes con pancreatitis que no contengan las variables de análisis.

Criterios de exclusión:

- a) Gestante referida de otra institución para su manejo clínico.
- b) Historia clínica inaccesible, por problemas médico legales o haya sido depurada por antigüedad.

4.7 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La técnica que se utilizó fue el análisis documental. El instrumento de recolección de datos será un formulario *ad hoc*.

Técnicas de procesamiento y análisis de datos

Se empleó la técnica estadística en sus componentes descriptivos e inferencial a través de los programas Excel versión 2020 para Windows 10 y SPSS versión 23 para Windows 10.

Aspectos éticos de la investigación

El presente estudio con los principios bioéticos de la declaración de Helsinki. Se contó con la aprobación del comité de ética del Hospital Nacional del Hospital Ramiro Prialé Prialé EsSalud, Huancayo.

Asimismo, se contó con la aprobación del comité de ética institucional de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Peruana los Andes.

Se cumplió con la confidencialidad de los datos, por lo tanto, los resultados mostrados garantizan el anonimato de los pacientes estudiados.

CAPÍTULO V

RESULTADOS

5.1. Descripción de los resultados

Durante el periodo de estudio de enero del 2010 a diciembre del 2020, se atendieron en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé EsSalud, Huancayo un total de 36 389 gestantes, de las cuales 35 padecieron pancreatitis aguda, reportando una tasa de prevalencia que fue de 9.6 por 10 000 pacientes.

Tabla 1. Frecuencia de gestantes diagnosticadas con pancreatitis aguda en el HNRPP, según año.

Año	N	%
2010	4	11,40
2011	3	8,60
2012	2	5,70
2013	5	14,30
2014	3	8,60
2015	3	8,60
2016	2	5,70
2017	2	5,70
2018	3	8,60
2019	3	8,60
2020	5	14,30
Total	35	100,00

Respecto, al año se observó que la mayoría de gestantes con pancreatitis fueron diagnosticadas el 2020 5(14,30%) y 2013 5(14,30%), seguido del año 2010 4(11,40%).

Tabla 2. Características demográficas de las gestantes diagnosticadas con pancreatitis aguda en el HNRPP durante el periodo 2010-2020.

Características demográficas		
	<i>X</i>	<i>D.E</i>
Edad (años)	34,46	4,990
Edad gestacional (semanas)	36,31	3,359
	n	%
Primer trimestre	3	8,57
Segundo trimestre	10	28,57
Tercer trimestre	22	62,86
Paridad		
Nulípara	4	11,44
Primípara	16	45,71
Múltípara	15	42,85
Antecedente de colelitiasis diagnosticada por US		
No	18	51,42
Si	17	48,58
Antecedente de Pancreatitis aguda		
No	11	31,43
Si	24	68,57
Antecedente de Pancreatitis aguda recurrente		
No	23	65,71
Si	12	34,29
	<i>X</i>	<i>D.E</i>
Diámetro de la vía biliar (colédoco)	6,001	1,425

**X*: media; *D.E*: desviación estándar.

Fuente: Hospital Nacional Ramiro Prialé-Prialé EsSalud, Huancayo.
Elaborado por el propio investigador.

En la tabla 2 se evidencia que la media de edad fue 34,46 años ($D.E = 4,99$) y de edad gestacional fue 36,31 semanas ($D.E = 3,35$). Asimismo, se observó que la mayoría de gestantes con pancreatitis fueron diagnosticadas en el tercer trimestre del embarazo 22 (62,86%), eran primíparas 16 (45,71%), no presentaban antecedente de colelitiasis diagnosticada por ultrasonografía 18 (51,42%), si presentaban antecedentes de pancreatitis aguda 24 (68,57%) y no de pancreatitis aguda recurrente 23 (65,71%). Además, se evidenció que la media del diámetro de la vía biliar fue 6,00 ($D.E = 1,42$).

Tabla 3. Características clínicas de las gestantes diagnosticadas con pancreatitis aguda en el HNRPP durante el periodo 2010-2020.

Características Clínicas	n	%
Síntomas		
Dolor abdominal	35	100
Nauseas	33	94,28
Vómitos	30	85,79
Ictericia	11	31,42
Signos		
Distensión abdominal	27	77,15
Resistencia de pared	5	14,28
Contracción de pared	3	8,57
Etiología		
Biliar	24	68,57
Hiperlipidemia	6	17,14
Idiopático	2	5,71
Hiperparatiroidismo	2	5,71
Alcohol	1	2,87

Fuente: Hospital Nacional Ramiro Prialé-Prialé EsSalud, Huancayo.
Elaborado por el propio investigador.

En la tabla 3, se evidenció que el síntoma más común que presentaban las gestantes fue el dolor abdominal 35 (100%), seguido por las náuseas 33 (94,28%), vómito 30 (85,79%), ictericia 11 (31,42%). Respecto, a los signos se encontró que la distensión abdominal fue el más frecuente 27 (77,15%), seguido por la resistencia abdominal 5 (14,28%) y por la contracción de pared 3 (8,57%). Finalmente, la etiología más frecuente fue la biliar 24 (68,57%), seguido por hiperlipidemia 6 (17,14%), idiopático 2 (5,71%), hiperparatiroidismo 2 (5,71%) y por el alcohol 1 (2,87%).

Tabla 4. Pruebas diagnósticas de las gestantes con pancreatitis aguda en el HNRPP durante el periodo 2010-2020.

Pruebas diagnósticas	<i>X</i>	<i>D.E</i>
	Amilasa (UI/dL)	1498,491
Lipasa (UI/dL)	1354,857	378,118
Triglicéridos (mg/dL)	254,885	225,169
Calcio (mg/dL)	8,522	1,762
	<i>n</i>	%
Ultrasonografía	33	94,28
Colangiografía retrograda endoscópica	3	8,57

**X*: media; *D.E*: desviación estándar.

Fuente: Hospital Nacional Ramiro Prialé-Prialé EsSalud, Huancayo. Elaborado por el propio investigador.

En la tabla 4, se observa que el valor promedio de la amilasa fue 1498,491 UI/dL (*D.E*= 413,080), de la lipasa 1354,857 UI/dL (*D.E*= 378,118), de los triglicéridos 254,885 mg/dL (*D.E*=225,169) y del calcio 8,522 mg/dL (*D.E*= 1,762). Respecto, al uso de pruebas imagenológicas la ultrasonografía se realizó en 33 pacientes (94,28%). En contraparte, la colangiografía retrograda endoscópica solo se realizó en 3 (8,57%) y no se practicó la ultrasonografía endoscópica.

Tabla 5. Características de la salud de la madre y del producto de las gestantes diagnosticadas con pancreatitis aguda en el HNRPP durante el periodo 2010-2020.

Características de la salud de la madre y producto		
	<i>X</i>	<i>D.E</i>
Peso del recién nacido (gr)	3173,942	567,916
Edad gestacional del recién nacido (semanas)	37,374	1,066
	Me	<i>RIQ</i>
Estancia hospitalaria (días)	11	9-13
	n	%
Tipo de parto		
Cesárea	18	51,42
Vaginal	17	48,58
Presencia de prematuridad		
No	32	91,42
Si	3	8,58
Mortalidad materna		
No	34	97,14
Si	1	2,86

**X*: media; *D.E*: desviación estándar; Me: mediana; *RIQ*: rango intercuartílico

Fuente: Hospital Nacional Ramiro Prialé-Prialé EsSalud, Huancayo. Elaborado por el propio investigador.

En la tabla 5, se evidenció que el peso del recién nacido y la edad gestacional del recién nacido promedio fue 3173,94 gr (D. E= 567,916); 37,374 semanas (D.E= 1,066), respectivamente. La estancia hospitalaria de las gestantes fue 11 días (9-13). El tipo de parto el más frecuente fue la cesárea 18 (51,42%), seguido por el vaginal 17 (48,58%). Asimismo, la presencia de prematuridad se identificó 3 (8,58%) recién nacidos, y presentó 1 (2,86%) muerte materna.

5.2 Contrastación de hipótesis.

Por el diseño de la investigación no aplica.

DISCUSIÓN

La presente investigación encontró que 35 gestantes padecían de pancreatitis aguda de un total de 36 389 gestantes, se evidenció una tasa de prevalencia de 9.6 por 10 000, siendo inferior a lo reportado por Ríos-Cruz quien encuentra 13 por 10 000(37), Vilallonga en España concluyó con 106 por 10 000(22) y Jin de la República Popular de China mostró 11 por 10 000(41). En contraparte, fue superior a lo encontrado por Eddy en gestantes de 15 hospitales estadounidenses 3 por 10 000(2), y Hacker (1.7 por 10 000)(14), dichas variaciones podrían estar asociado a diferentes rasgos étnicos, variaciones genéticas, así también a factores sociodemográficos como al grado de instrucción, servicios básicos, acceso a una alimentación saludable, y a la precariedad de los servicios de atención de la salud(38, 39).

Respecto a las características sociodemográficas, la edad media de las gestantes fue 34,46 (D.E 4,99), dicho resultado es superior a lo reportado por Pérez en estudios realizados en gestantes peruanas 27,50(23), Ríos-Cruz 27,50 en un estudio mejicano(37), y Eddy reportó en USA 26,20(2), dicha variación podría ser atribuido a las variaciones genéticas propias de nuestra región, adicionalmente Kamichi reporta que la población de menor edad está más vinculada con empleos informales(41). Teniendo mucha razón ya que las mujeres aseguradas en su mayoría retrasan el embarazo por estudio o trabajo, y en nuestro estudio solamente consideramos gestantes aseguradas, es por esta razón que en nuestro estudio se reportó mayor edad que el resto de estudios.

En relación, a la edad gestacional, se observó que el embarazo puede predisponer casos de pancreatitis aguda, ya que algunos estudios refieren que una mayor edad gestacional aumenta la probabilidad de desarrollar pancreatitis(1). Además, se evidenció que la mayoría de casos de pancreatitis en el embarazo acontecieron en el tercer trimestre del embarazo, dicho hallazgo concuerda con el estudio de Pérez realizados en un hospital

peruano donde el 82,80% de las gestantes con pancreatitis cursaban con la segundo y tercer trimestre del embarazo(23). Es similar a lo reportado por Vilallonga en España(22), y Eddy en Estados Unidos(2), donde el 62,50%, 76,00%, de las gestantes fueron diagnosticadas con pancreatitis aguda en el segundo y tercer trimestre de embarazo; respectivamente. Diversas teorías tratan de explicar la relación entre el avance de la gestación con la pancreatitis, Al Samaraee(15), evidenció que el embarazo aumenta el riesgo de la formación de cálculos biliares, además existe una tendencia a cambiar la composición de la bilis y cambios cuantitativos en la proporción de ácidos biliares(43), lo que provoca un aumento del tamaño de la reserva de ácidos biliares, disminución de la circulación enterohepática, disminución del porcentaje de ácido quenodesoxicólico, aumento del porcentaje de ácido cólico, aumento de la secreción de colesterol, y estasis biliar(23). Esta fisiopatología y nuestra dieta rica en grasas y carbohidratos explican el mayor número de casos de pancreatitis a mayor edad gestacional.

En nuestro estudio la mayoría de gestantes eran primíparas 16 (45.70%) y multíparas 15 (42.85%), resultado que es corroborado por el estudio de Pérez realizado en un hospital peruano donde el 54,50% de las gestantes eran primíparas(23). En contraste a estudios realizados por Igbinosa en Estados Unidos(13) y Yeshiltas en Turquía(5) donde el 65% y 71,00%, respectivamente de las gestantes eran multíparas. Sin embargo, nuestros hallazgos difieren de un estudio realizado por Jin en la República Popular de China donde la mayoría de gestantes con pancreatitis aguda eran nulíparas (75,90%)(41). Ninguno de los autores explica la razón de por qué la pancreatitis es más frecuente en primíparas, multíparas o nulíparas; mi opinión es que este factor no es relevante para que se dé con mayor frecuencia la pancreatitis aguda, siendo más importante la genética y los hábitos alimentarios, esto explicaría el por qué los investigadores hallan diferentes resultados.

El antecedente de colelitiasis diagnosticada por ultrasonografía en gestantes con pancreatitis aguda fue 48.50%, siendo superior al estudio de Pérez realizado en la capital peruana donde el 29.50% fue diagnosticado a través de la ultrasonografía(23). e Igbinsa evidenció que el 72,41% de las gestantes fueron diagnosticadas con ultrasonografía(13). Ninguno de los autores comenta este hallazgo, yo opino que esto probablemente se debe a la proliferación de establecimientos con equipos ecográficos en nuestro medio y a la facilidad de diagnóstico.

Se encontró que el 68,57% de las gestantes presentaron antecedentes de pancreatitis, dicho porcentaje fue mayor a estudios realizado por Pérez en un hospital peruano 22,70%(23), Vilallonga en España 43,60%(19) y Eddy en USA 35,70%(2). Adicionalmente, el 34,29% de las gestantes presentaron antecedentes pancreatitis recurrente, siendo superior a lo reportado por Igbinsa en un hospital estadounidense 6,80%(13), Papadakis en China 7,20%(12) y Veshiltas en Turquía 13,40%(5). En mi opinión esta discrepancia puede estar asociado a factores propios de cada región y país, pero más importante es la gestación como factor de riesgo para la formación de cálculos biliares conllevando a episodios de pancreatitis aguda.

En relación, al diámetro de la vía biliar se encontró un diámetro 6,00 mm, siendo inferior a lo reportado por Pérez en un hospital de la capital peruana 7,60 mm(23), este aumento del diámetro fue reportado por Igbinsa en el 17,24% de las gestantes con pancreatitis en un hospital de Estados Unidos(13). Estos hallazgos pueden variar por el tipo de equipo y por los diferentes parámetros que toma el examinador.

En relación a los síntomas de las gestantes con pancreatitis aguda, el 100% presentó dolor abdominal, el 94.28% de pacientes presentó náuseas, el 85.71% vómitos,

y menos de la tercera parte (31.42%) ictericia. Estos síntomas no son específicos de la pancreatitis aguda(45). Algunos investigadores, han sugerido que los síntomas de la PA en el segundo y tercer trimestre tiende a ser atípicos debido la ubicación profunda del páncreas y al tamaño del útero. El exudado pancreático y la peritonitis difusa pueden inducir a contracciones uterinas y encubrir el dolor abdominal superior, y son engañosas por que el médico puede tomarlas como signos prematuros de partos y otras complicaciones(46). Pero en nuestro estudio el dolor abdominal, las náuseas y los vómitos fueron las quejas principales.

En relación a los signos el 77,15% presentó distensión abdominal, resistencia de pared el 14,28%, solo un 8,57% contracción de la pared abdominal. Dichos hallazgos son similares a lo reportado por Pérez, en un hospital peruano(23).El dolor abdominal generalmente se localiza en epigastrio o hipocondrio derecho, es transfixiante, que se irradia siguiendo la configuración de un cinturón y constante, este es un signo cardinal de la pancreatitis aguda, puede ir de un dolor leve o aumento de sensibilidad en esa zona a una peritonitis generalizada. La decoloración azul violácea de los flancos, debido a la exudación de fluidos pancreáticos por necrosis pancreática en el tejido sub cutáneo es conocido como signo de Grey-Turner, decoloración similar en el área periumbilical es conocido como el signo de Cullen(45). Ninguno de estos signos se encontró en alguna de nuestras pacientes, probablemente porque las pacientes fueron diagnosticadas precozmente por la facilidad de análisis de laboratorio y ecografía.

La principal etiología de la pancreatitis aguda en gestantes fue la de tipo biliar, con 68,57%, siendo similar a otros estudios donde Jin reportan desde 62.30% en China(41),100% en México por Rios-Cruz(22) y Yeshiltas en Turquía(5). Estos estudios reportar que la etiología biliar se asocia a una menor probabilidad de complicaciones tanto

para la madre como para el feto(2). Esta variación del porcentaje podría deberse a las variaciones étnicas y geográficas.

La segunda causa fue la hiperlipidemia representando el 17,14% de las gestantes con pancreatitis agudas, dicho hallazgo concuerda con lo reportado en un estudio realizado en España por Vilallonga donde el 15,00% de las gestantes presentaron este cuadro(22). Otros estudios realizados por Eddy en Estados Unidos y Jin en la República Popular de China reportaron un porcentaje del 4,40%(47) y 27,50%(12), cabe mencionar que los estudios mencionados encontraron que la hiperlipidemia fue la segunda causa etiológica de presentar pancreatitis aguda en gestantes. En contraparte, a las gestantes que presentaron pancreatitis por cálculos biliares, las que presentaron hiperlipidemia como etiología, tienen un pronóstico más desfavorable para la salud materna y fetal. Esto podría estar asociado a que en el embarazo los triglicéridos plasmáticos aumentan entre 2 a 4 veces principalmente en el tercer trimestre debido al aumento de la producción de las lipoproteínas ricas en triglicéridos y a la disminución de la actividad de la lipoproteína lipasa. En las mujeres con un metabolismo anormal de las lipoproteínas esto puede conllevar a una hipertrigliceridemia grave y a presentar un síndrome quilimicronémico, precipitando el páncreas, debido a la sobreproducción de las lipoproteínas(2). Mis resultados son semejantes al estudio español, lo cual puede ser explicado por un factor genético, ya que fuimos colonizados por España.

En tercer lugar, encontramos como etiología al hiperparatiroidismo y el idiopático con 5.14% respectivamente, dicho porcentaje fue un poco mayor a estudios realizados por Eddy en hospitales estadounidenses donde solo el 1,10%(2) e Igbiosa 3,40%(47) las gestantes presentaron como etiología el hiperparatiroidismo. En la mayoría de los pacientes que padecen pancreatitis aguda a consecuencia del hiperparatiroidismo, son atribuidas al adenoma de paratiroides. La pancreatitis provoca un cuadro de hipercalcemia

en la gestante, afectando también al feto, las complicaciones incluyen la hipocalcemia neonatal, retardo en el crecimiento uterino, parto pretérmino y muerte fetal(2). No encuentro una razón que explique que nuestro resultado sea un poco mayor a los otros estudios más que la genética.

La pancreatitis causada por el alcohol en gestantes representó el 2,87%, siendo ligeramente superior a lo reportado por Pérez en un hospital peruano 2.59% e inferior a lo reportado en estudios realizados por Igbinsosa en Estado Unidos (12,30%)(47) y Papadakis en China (7,20%)(12). Este hallazgo va en contra de lo que se esperaría considerando que Huancayo es una de las ciudades con mayor consumo de alcohol en el Perú, podría ser que el consumo de alcohol es más frecuente en los varones que en las mujeres, más aún en pacientes aseguradas.

En nuestro estudio el promedio de la amilasa fue 1498,49 UI/dL, similar resultado encontró Pérez en un hospital peruano 1194.50 UI/dL(23) .El promedio de lipasa fue 1354,85 UI/dL, siendo superior al mismo estudio, quienes encontraron un valor promedio de 996.40 UI/dL. Las características típicas junto con una alta concentración plasmática de enzimas pancreáticas son la base del diagnóstico para la mayoría de casos. Aunque la amilasa sérica está ampliamente disponible, las concentraciones disminuyen rápidamente en dos o tres días. Por lo tanto, en diagnóstico no debe basarse en límites arbitrarios de valores tres o cuatro veces mayores de lo normal, sino en valores interpretados a la luz del inicio del dolor abdominal. Además, debido a que la hiperamilasemia se encuentra en varias enfermedades no pancreáticas (perforación visceral, obstrucción intestinal e isquemia, aneurisma roto, embarazo ectópico, y tumores), su especificidad para la pancreatitis aguda es de 88,00%. La lipasa tiene sensibilidad y especificidad superior para PA y cuando esté disponible es preferible a la amilasa(39). Los exámenes de laboratorio

son una ayuda para el diagnóstico de pancreatitis aguda, pero estos deben ser interpretados a la luz de las variaciones propias del embarazo.

El 94.28% de nuestras pacientes tuvieron una ultrasonografía que ayudó al diagnóstico de pancreatitis aguda, colangiografía retrograda endoscópica el 8,57 % y la ultrasonografía endoscópica no se realizó. La ultrasonografía abdominal es un examen ideal para detectar barro biliar, cálculos biliares sin riesgo de irradiación al feto, pero difícilmente evalúa el conducto biliar. Se debe tener cuidado cuando se considera la tomografía computarizada o una resonancia magnética debido a la exposición del feto a la radiación(27). En relación a la colangiografía retrograda endoscópica (CPRE) se realizó en tres pacientes los dos últimos años (8,57%). No tenemos estudios recientes pero un estudio realizado por Eddy de Estados Unidos reporta este procedimiento en un 3,96%(2). La ultrasonografía endoscópica (exploración bajo sedación), tiene un valor predictivo cercano al 100%(22), pero no se ha utilizado en hospital Ramiro Prialé Prialé de Huancayo, probablemente por falta de capacitación del personal, en contraparte estudios realizados por Yeshiltas en Turquía(5) y Vilallonga en España(22) reportan haber realizado este procedimiento en el 100% y 21,50% de las gestantes; respectivamente.

Se encontró que la mayoría de las gestantes fueron sometidas a cesárea (51,42%), siendo similar a lo reportado en un estudio peruano de Pérez (66,66%)(23), Igbinsa en USA (75,80%)(47). Discrepando, de estudios realizados por Papadakis en la República Popular de China, Vilallonga en España y Yeshiltas en Turquía, quienes encontraron que el 100%(12); 57,89%(12); y 73,00%(5); respectivamente de las gestantes culminaron su gestación por vía vaginal. En el Perú el parto por cesárea ha ido aumentando año tras año, para el 2021 el 33% de mujeres fueron sometidas a cesárea según el sistema de registro de certificado de nacido vivo. Pese a que la OMS recomienda un 15,00%. Nuestro estudio encontró una muerte materna que representa el 2,86%. Siendo superior a estudios

realizados por Jin en la República Popular de China (1,85%)(12), Vilallonga en España (0,00%)(22) y Eddy en Estados Unidos (0,00%)(47). Considerando que las pacientes con pancreatitis aguda tienen una alta mortalidad, el parto por cesárea podría estar justificado. Pero, en nuestro país el parto por cesárea ha aumentado a niveles alarmantes que se podría considerarse una epidemia. En relación a la mortalidad materna el Perú es considerado uno de los países con mayor mortalidad materna en la región por las múltiples deficiencias del sistema de salud.

En este estudio reportó 3 prematuros (8,58%) siendo superior a lo señalado por Pérez y Eddy en estados unidos quienes reportaron un porcentaje de 0,00%(23) y 3,40%(2), y fue inferior a lo reportado por Yeshiltas en un hospital de Turquía donde el 15,38% de los recién nacidos fueron prematuros(5). Si bien es cierto que nuestro porcentaje de prematuros está en un nivel intermedio, estos tuvieron buenos resultados.

La estancia hospitalaria de las gestantes fue 11 días, siendo mayor comparándolo a un estudio realizado por Pérez en un hospital peruano, donde fue 7,3 días y más aún si lo comparamos con estudios realizados por Eddy en Estados Unidos(2) y Yeshiltas en Turquía(5), donde fue menos de la mitad (5,4 días). Esto refleja la deficiencia de nuestros servicios de salud donde hay demora en el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno.

Podemos afirmar que ninguna investigación es fácil, todas tienen limitaciones dificultades y problemas. En cuanto a este trabajo de investigación la principal limitación es que tiene un diseño básico simple que no permite hacer una inferencia a la población total, solo permite sacar conclusiones del número de casos que se ha estudiado. También tuve dificultades para acceder a las historias clínicas, porque el área de archivo cuenta con escaso personal. Además, algunas de las historias clínicas se encuentran en mal estado y con letras ilegibles.

Este trabajo de investigación es el inicio de otras investigaciones, servirá para contrastar con estudios de otros hospitales y obtener un estudio de diseño multicéntrico y analítico, de nuestra macro región.

Se plantea las siguientes hipótesis para futuras investigaciones. La prevalencia de pancreatitis aguda en las pacientes gestantes atendidas en los hospitales de la macroregión Junín será mayor que las gestantes atendidas en hospitales de ESSALUD.

La etiología alcohólica de pancreatitis aguda en gestantes de la macroregión Junín será mayor a la hallada en este estudio.

CONCLUSIONES

- 1) Se determinó que la prevalencia de pancreatitis aguda en gestantes en el HNRPP fue tasa de 9.6 por 10 000 gestantes, representando 1 caso cada 1039 gestantes durante el periodo 2010 al 2020. Fue un evento poco frecuente, pero importante de diagnosticar sobre todo durante la gestación.
- 2) Se estableció que las características demográficas de gestantes con pancreatitis aguda fueron más frecuentes en el tercer trimestre del embarazo con (62.86%), y cerca de la mitad primíparas (45,71%), sin antecedentes de colelitiasis diagnosticada por ultrasonografía 18 (51,42%). Además, el 68,57% y 65,71% de las gestantes presentaron antecedentes de pancreatitis aguda y pancreatitis aguda recurrente; respectivamente.
- 3) Se estableció las características de presentación clínica, donde el síntoma más frecuente que presentaron las gestantes con pancreatitis aguda fue el dolor abdominal 35 (100,00%), seguido por las náuseas 33 (94,28%) y vómitos 30 (85,79%). Respecto, a los signos se encontró que la distensión abdominal fue el más frecuente 27 (77,15%), seguido por la resistencia abdominal 5 (14,28%). Finalmente, la etiología más frecuente fue la biliar 24 (68,57%).
- 4) Se estableció las pruebas diagnósticas de las pacientes con pancreatitis aguda, se encontró un valor promedio de amilasa 1498,49 UI/dL (*D.E*= 413,08), lipasa 1354,85 UI/dL (*D.E*= 378,11), triglicéridos 254,88 mg/dL (*D.E*=225,16) y calcio 8,52 mg/dL (*D.E*= 1,76). Respecto, al uso de pruebas imagenológicas la mayoría fue evaluada por ultrasonografía 33 (94,28%).
- 5) Se determinó los resultados de salud de la madre y del producto de la gestación, donde la estancia hospitalaria de las gestantes fue 11 días (9-13). El tipo de parto el más

frecuente fue la cesárea 18 (51,42%). La presencia de prematuridad se identificó 3 recién nacidos (8,58%) y se presentó 1 muerte materna (2,86%).

RECOMENDACIONES

- 1) Se recomienda al director(a) del HNRPP lo siguiente: que todas las pacientes que son diagnosticadas de litiasis vesicular y que están embarazada deben ser evaluadas de forma multidisciplinaria por los especialistas.
- 2) Establecer un protocolo de atención específico en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé EsSalud, Huancayo para aquellos casos de sospecha de pancreatitis en gestantes en el cual además se solicite dosaje de triglicéridos, lipasa, calcio y pruebas imagenológicas.
- 3) Proponer un capacitación de los médicos especialistas en procedimiento mínimamente invasivos como Colangiografía retrograda endoscópica (CPRE) y Ultrasonografía endoscópica (EUS) en las gestantes con pancreatitis aguda.
- 4) Si bien todos los casos se comportaron como una pancreatitis leve no estuvieron exentas de presentar complicaciones en algunas pacientes, como la prematuridad de los neonatos y la muerte de una madre por lo que esta patología, aunque infrecuente debe precisar de un diagnóstico y manejo temprano.
- 5) Desarrollar nuevas investigaciones que permitan ver el grado de asociación y riesgos entre la pancreatitis aguda en gestantes y las características epidemiológico-clínicas y resultados terapéuticos, así como el empleo de scores de severidad para pancreatitis aguda actualizados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ramin KD, Ramin SM, Richey SD, Cunningham FG. Acute pancreatitis in pregnancy. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. 1995;173(1):187-91.
2. Eddy JJ, Gideonsen MD, Song JY, Grobman WA, O'Halloran P. Pancreatitis in Pregnancy. *Obstetrics & Gynecology*. noviembre de 2008;112(5):1075.
3. Luo L, Zen H, Xu H, Zhu Y, Liu P, Xia L, et al. Clinical characteristics of acute pancreatitis in pregnancy: experience based on 121 cases. *Arch Gynecol Obstet*. 2018;297(2):333-9.
4. Hughes DL, Hughes A, White PB, Silva MA. Acute pancreatitis in pregnancy: meta-analysis of maternal and fetal outcomes. *Br J Surg*. 2021;109(1):12-4.
5. Yeşiltaş M, Hot S, Gökçek B, Karakaş DÖ, Eğin S. Acute biliary pancreatitis during pregnancy and in the post-delivery period. *Ulusal Travma ve Acil Cerrahi Dergisi*. 2019;25(3):253-8.
6. Cruciat G, Nemeti G, Goidescu I, Anitan S, Florian A. Hypertriglyceridemia triggered acute pancreatitis in pregnancy – diagnostic approach, management and follow-up care. *Lipids Health Dis*. 2020; 19:2.
7. Tang SJ, Rodriguez-Frias E, Singh S, Mayo MJ, Jazrawi SF, Sreenarasimhaiah J, et al. Acute Pancreatitis During Pregnancy. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*. 2010;8(1):85-90.
8. Ko CW, Beresford SAA, Schulte SJ, Matsumoto AM, Lee SP. Incidence, natural history, and risk factors for biliary sludge and stones during pregnancy. *Hepatology*. 2005;41(2):359-65.
9. Pandey M, Shukla VK. Lifestyle, parity, menstrual and reproductive factors and risk of gallbladder cancer. *European Journal of Cancer Prevention*. 2003;12(4):269.
10. Critical thresholds: key to unlocking the door to the prevention and specific treatments for acute pancreatitis | Gut [Internet]. [citado 7 de junio de 2023]. Disponible en: <https://gut.bmj.com/content/70/1/194.long>
11. Luna Reyes TP. Factores de riesgo de pancreatitis aguda en gestantes y puérperas del “Hospital Jose Agurto Tello De Chosica” en los años 2015 a 2019. Universidad Ricardo Palma [Internet]. 2020 [citado 7 de junio de 2023]; Disponible en: <https://repositorio.urp.edu.pe/handle/20.500.14138/2902>
12. Papadakis EP, Sarigianni M, Mikhailidis DP, Mamopoulos A, Karagiannis V. Acute pancreatitis in pregnancy: an overview. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2011;159(2):261-6.
13. Igbinosa O, Poddar S, Pitchumoni C. Pregnancy associated pancreatitis revisited. *Clinics and Research in Hepatology and Gastroenterology*. 2013;37(2):177-81.

14. Hacker FM, Whalen PS, Lee VR, Caughey AB. Maternal and fetal outcomes of pancreatitis in pregnancy. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. 2015;213(4): 568.e1-5.
15. Al Samarae A, Bhattacharya V. Challenges encountered in the management of gall stones induced pancreatitis in pregnancy. *International Journal of Surgery*. 2019; 71:72-8.
16. Jeon HR, Kim SY, Cho YJ, Chon SJ. Hypertriglyceridemia-induced acute pancreatitis in pregnancy causing maternal death. *Obstet Gynecol Sci*. 2016;59(2):148-51.
17. Xu Q, Wang S, Zhang Z. A 23-year, single-center, retrospective analysis of 36 cases of acute pancreatitis in pregnancy. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2015;130(2):123-6.
18. Swisher SG, Hunt KK, Schmit PJ, Hiyama DT, Bennion RS, Thompson JE. Management of pancreatitis complicating pregnancy. *Am Surg*. octubre de 1994;60(10):759-62.
19. Vilallonga R, Calero-Lillo A, Charco R, Balsells J. Acute pancreatitis during pregnancy, 7-year experience of a tertiary referral center. *Cir Esp*. 2014;92(7):468-71.
20. Zhang T, Wang G, Cao Z, Huang W, Xiao H, Wei H, et al. Acute pancreatitis in pregnancy: a 10-year, multi-center, retrospective study in Beijing. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2022;22(1):414.
21. Haiyan Z, Na P, Jialin H, Qingjian L, Jianying B, Xiumei B. Acute Pancreatitis in Pregnancy: A Ten-Year Noninterventional, Retrospective Cohort Experience. *Gastroenterol Res Pract*. 2022; 2022:3663079.
22. Vilallonga R, Calero-Lillo A, Charco R, Balsells J. Pancreatitis aguda durante la gestación, experiencia de 7 años en un centro de tercer nivel. *Cir Esp*. 2014;92(7):468-71.
23. Pérez Uceda GA. Características epidemiológico-clínicas y resultados terapéuticos de la pancreatitis aguda en gestantes y puérperas atendidas en el hospital María Auxiliadora 2008-2017. Universidad Nacional de la Amazonía Peruana [Internet]. 2018 [citado 7 de junio de 2023]; Disponible en: <https://repositorio.unapiquitos.edu.pe/handle/20.500.12737/5477>
24. Giló NB, Amini D, Landy HJ. Appendicitis and cholecystitis in pregnancy. *Clin Obstet Gynecol*. 2009;52(4):586-96.
25. Date RS, Kaushal M, Ramesh A. A review of the management of gallstone disease and its complications in pregnancy. *Am J Surg*. 2008;196(4):599-608.
26. Pitchumoni CS, Yegneswaran B. Acute pancreatitis in pregnancy. *World J Gastroenterol*. 2009;15(45):5641-6.

27. Working Group IAP/APA Acute Pancreatitis Guidelines. IAP/APA evidence-based guidelines for the management of acute pancreatitis. *Pancreatology*. 2013;13(4 Suppl 2):e1-15.
28. Karsenti D, Bacq Y, Bréchet JF, Mariotte N, Vol S, Tichet J. Serum amylase and lipase activities in normal pregnancy: a prospective case-control study. *Am J Gastroenterol*. 2001;96(3):697-9.
29. Ducarme G, Maire F, Chatel P, Luton D, Hammel P. Acute pancreatitis during pregnancy: a review. *J Perinatol*. 2014;34(2):87-94.
30. Banks PA, Bollen TL, Dervenis C, Gooszen HG, Johnson CD, Sarr MG, et al. Classification of acute pancreatitis--2012: revision of the Atlanta classification and definitions by international consensus. *Gut*. 2013;62(1):102-11.
31. McClave SA, Chang WK, Dhaliwal R, Heyland DK. Nutrition support in acute pancreatitis: a systematic review of the literature. *JPEN J Parenter Enteral Nutr*. 2006;30(2):143-56.
32. Ducarme G, Châtel P, Alves A, Hammel P, Luton D. Management of necrotizing pancreatitis in the third trimester of pregnancy. *Arch Gynecol Obstet*. 2009;279(4):561-3.
33. Pandey R, Jacob A, Brooks H. Acute pancreatitis in pregnancy: review of three cases and anaesthetic management. *Int J Obstet Anesth*. 2012;21(4):360-3.
34. Dorland. *Dorland Diccionario enciclopédico ilustrado de medicina*. Elsevier Health Sciences; 2005. 2240 p.
35. Pq C. *METODOLOGÍA Y DISEÑOS EN LA INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA*. Metodología y Diseños en la Investigación Científica 5ta Edición [Internet]. 1 de enero de 2015 [citado 7 de junio de 2023]; Disponible en: https://www.academia.edu/78002369/METODOLOG%C3%8DA_Y_DISE%C3%91OS_EN_LA_INVESTIGACI%C3%93N_CIENT%C3%8DFICA
36. Londoño Fernández JL. *Metodología de la investigación epidemiológica* [Internet]. Quinta edición. Bogotá: Editorial El Manual Moderno Colombia; 2014 [citado 7 de junio de 2023]. 1 p. Disponible en: <http://public.ebookcentral.proquest.com/choice/publicfullrecord.aspx?p=3226495>
37. Ríos-Cruz D, Valerio-Ureña J, Santiago-Pérez F. Prevalencia de pancreatitis aguda en el embarazo. *Revista chilena de cirugía*. 2015;67(1):38-42.
38. Gardner T, Kennedy A, Gelrud A, Banks P, Vege S, Gordon S, et al. Chronic Pancreatitis and Its Effect on Employment and Health Care Experience. *Pancreas*. 2010; 39:498-501.
39. Kingsnorth A, O'Reilly D. Acute pancreatitis. *BMJ*. 2006;332(7549):1072-6.
40. Pérez López JA. Tabaco, alcohol y embarazo en Atención Primaria. *Med Integr*. 2000;36(9):343-54.

41. Jin J, Yu Y hong, Zhong M, Zhang G wei. Analyzing and identifying risk factors for acute pancreatitis with different etiologies in pregnancy. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2015;28(3):267-71.
42. Kamichi Miyashiro MJ. La realidad de la informalidad en el Perú previo a su bicentenario. *Desde el Sur* [Internet]. abril de 2023 [citado 7 de junio de 2023];15(1). Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2415-09592023000100013&lng=es&nrm=iso&tlng=es
43. Mądro A. Pancreatitis in Pregnancy—Comprehensive Review. *Int J Environ Res Public Health.* 2022;19(23):16179.
44. Stawirej-Kucharek M, Walenda O, Gąsiorowska A. Pancreatic diseases during pregnancy. *Postępy Nauk Medycznych* [Internet]. 23 de abril de 2018 [citado 7 de junio de 2023]; Disponible en: <https://www.czytelniamedyczna.pl/6504,choroby-trzustki-u-kobiet-w-ciazy.html>
45. Sharp HT. The acute abdomen during pregnancy. *Clin Obstet Gynecol.* junio de 2002;45(2):405-13.
46. Zhang DL, Huang Y, Yan L, Phu A, Ran X, Li SS. Thirty-eight cases of acute pancreatitis in pregnancy: a 6-year single center retrospective analysis. *J Huazhong Univ Sci Technolog Med Sci.* 2013;33(3):361-7.
47. Igbinsosa O, Poddar S, Pitchumoni C. Pregnancy associated pancreatitis revisited. *Clin Res Hepatol Gastroenterol.* 2013;37(2):177-81.

ANEXOS

Anexo N° 1 Matriz de Consistencia

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	METODOLOGÍA
<p>General:</p> <p>¿Cuál es la prevalencia de la PA en las pacientes atendidas en el HNRPP durante el periodo 2010-2020?</p>	<p>General:</p> <p>Determinar la prevalencia de la PA en las pacientes atendidas en el HNRPP durante el periodo 2010-2020.</p>	<p>General.</p> <p>Por el diseño de la investigación el presente trabajo no plantea hipótesis.</p>	<p>Variable:</p> <p>Pancreatitis aguda en el embarazo (PAE).</p>	<p>Métodos:</p> <p>Método de observación y método descriptivo.</p> <p>Tipo:</p> <p>Básica.</p> <p>Nivel:</p> <p>Descriptivo.</p> <p>Diseño:</p> <p>Estudio descriptivo transversal (series de casos transversales).</p> <p>Población y muestra:</p> <p>Historias clínicas de las pacientes gestantes cuyos partos fueron atendidos en el Hospital Nacional Ramiro Prialé EsSalud Huancayo con criterios de inclusión y exclusión. durante el periodo comprendido entre enero 2010 a diciembre del 2020.</p>
<p>Específicos:</p> <p>1. ¿Cuáles son las características demográficas (edad de la madre, edad gestacional al momento de presentación de la enfermedad, gravidez, antecedente de coleditiasis diagnosticada por US, antecedente de PA, antecedente de PA recurrente y diámetro de la vía biliar) de las pacientes diagnosticadas de PA en el HNRPP durante el periodo 2010-2020?</p> <p>2. ¿Cuáles son las características de presentación clínica (signos, síntomas y etiología) de las pacientes diagnosticadas de PAE en el HNRPP durante el periodo 2010-2020?</p> <p>3. ¿Cuáles son las pruebas diagnósticas (amilasa, lipasa, triglicéridos, calcio, ultrasonografía (US),</p>	<p>Específicos:</p> <p>1. Cuáles son las características demográficas (edad de la madre, edad gestacional al momento de presentación de la enfermedad, gravidez, antecedente de coleditiasis diagnosticada por US, antecedente de PA, antecedente de PA recurrente y diámetro de la vía biliar) de las pacientes diagnosticadas de PA en el HNRPP durante el periodo 2010-2020.</p> <p>2. Especificar las características de presentación clínica (signos, síntomas y etiología) de las pacientes diagnosticadas de PA en el HNRPP</p>	<p>Específicos:</p> <p>Por el diseño de la investigación el presente trabajo no plantea hipótesis.</p>		

<p>ultrasonografía endoscopia (USE) y colangiografía retrograda endoscópica (CPRE)) de las pacientes con diagnóstico clínico de PAE en el HNRPP durante el periodo 2010-2020?</p> <p>4. ¿Cuáles son los resultados de salud de la madre y del producto de la gestación de las pacientes diagnosticadas de PAE en el HNRPP durante el periodo 2010-2020?</p>	<p>durante el periodo 2010-2020?</p> <p>3. Especificar las pruebas diagnósticas (amilasa, lipasa, triglicéridos, calcio, ultrasonografía (US), ¿ultrasonografía endoscopia (USE) y colangiografía retrograda endoscópica (CPRE)) de las pacientes con diagnóstico clínico de PA en el HNRPP durante el periodo 2010-2020?</p> <p>4. Determinar los resultados de salud de la madre y del producto de la gestación de las pacientes diagnosticadas de PAE en el HNRPP durante el periodo 2010-2020?</p>			<p>Muestra censal. N=36,975 partos atendidos en el HNRPP.</p> <p>Técnicas e instrumentos: Análisis documental y ficha de recolección de datos.</p> <p>Técnicas de procesamiento de datos: Técnica estadística en sus componentes descriptivo e inferencial a través de los programas Excel para Windows 10 y SPSS versión 23 para Windows 10.</p>
---	--	--	--	---

Anexo N° 2 Matriz de operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADOR	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION
Pancreatitis aguda en el embarazo (PAE)	Pancreatitis aguda que se desarrolla durante el embarazo o posterior a él ³¹ .	Se determinarán la prevalencia, características demográficas, presentación clínica, pruebas diagnósticas y resultados de salud de la madre y del producto de la gestación de las pacientes diagnosticadas de PAE en el HNRPP durante el periodo 2010-2020.	Epidemiológica	Registrar la prevalencia de la PA en pacientes expuestos y no expuestos atendidas en el HNRPP	Cuantitativa	Discreta
			Características demográficas	Registrar la edad de la paciente al presentar el diagnóstico de PAE en el HNRPP	Cuantitativa	De razón
				Registrar la edad gestacional al momento de presentar el diagnóstico de PAE en el HNRPP	Cuantitativa	De razón
				Registrar la gravidez de la paciente al presentar el diagnóstico de PAE en el HNRPP	Cuantitativa	Discreta
				Registrar el antecedente de coleditiasis diagnosticada por US en la paciente al presentar el diagnóstico de PAE en el HNRPP	Cualitativa	Nominal
				Registrar el antecedente de PA en la paciente al	Cualitativa	Nominal

				presentar el diagnóstico de PAE en el HNRPP.		
				Registrar el antecedente de PA recurrente en la paciente al presentar el diagnóstico de PAE en el HNRPP.	Cualitativa	Nominal
				Registrar el diámetro de la vía biliar en las pacientes con diagnóstico de PA en el HNRPP.	Cuantitativa	Continua
			Presentación clínica	Registrar los síntomas de la PA en las apacientes atendidas en el HNRPP	Cualitativa	Nominal
				Registrar los signos de la PA en las apacientes atendidas en el HNRPP	Cualitativa	Nominal
				Registrar la etiología de la PA en las apacientes atendidas en el HNRPP	Cualitativa	Nominal
			Pruebas diagnósticas	Registrar el valor de amilasa en las pacientes diagnosticadas de PA atendidas en el HNRPP	Cuantitativa	Continua
				Registrar el valor de lipasa en las pacientes diagnosticadas de PA atendidas en el HNRPP	Cuantitativa	Continua
				Registrar el valor de triglicéridos en las	Cuantitativa	Continua

				pacientes diagnosticadas de PA atendidas en el HNRPP		
				Registrar el valor de calcio en las pacientes diagnosticadas de PA atendidas en el HNRPP	Cuantitativa	Continua
				Registrar el resultado de la US en las pacientes diagnosticadas de PA atendidas en el HNRPP	Cualitativa	Nominal dicotómica
				Registrar el resultado de la USE en las pacientes diagnosticadas de PA atendidas en el HNRPP	Cualitativa	Nominal dicotómica
				Registrar el resultado de la CPRE en las pacientes diagnosticadas de PA atendidas en el HNRPP	Cualitativa	Nominal dicotómica
			Resultados de salud de la madre y del producto de la gestación	Registrar el resultado del peso de los RN de las pacientes diagnosticadas de PA atendidas en el HNRPP	Cuantitativa	Continua
				Registrar el resultado de la edad gestacional de los RN de las pacientes diagnosticadas de PA atendidas en el HNRPP	Cuantitativa	De razón

				Registrar la estancia hospitalaria de las pacientes diagnosticadas de PA atendidas en el HNRPP	Cuantitativa	Discreta
				Registrar el tipo de parto de las pacientes diagnosticadas de PA atendidas en el HNRPP	Cualitativa	Nominal dicotómica
				Registrar la mortalidad en la atención de las pacientes diagnosticadas de PA en el HNRPP	Cualitativa	Nominal dicotómica

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

ESTUDIO PAE

I. DATOS GENERALES:

1. Numero de participante 2. Edad años

II. CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS:

4. Edad gestacional al momento del diagnóstico de pancreatitis aguda (PA) (semanas)

5. Gravidez 6. Antecedente de litiasis vesicular por US

0	1
---	---

7. Antecedente de pancreatitis aguda.

0	1
---	---

 8. Antecedente de pancreatitis aguda recurrente.

0	1
---	---

9. Diámetro de la vía biliar principal (colédoco mm)

III. PRESENTACION CLINICA:

10. Síntomas

Dolor abdominal	1
Nauseas	2
Vómitos	3
Otros:	4
<input type="text"/>	

11. Signos

Contracción pared	1
Resistencia pared	2
Distensión abdominal	3
Otros:	4
<input type="text"/>	

12. Etiología

Biliar	1
Alcohol	2
Hiperlipidemia	3
Hiperparatiroidismo	4
Idiopático	5

IV. PRUEBAS DIAGNOSTICAS:

13. Amilasa (UI/dL)	<input type="text"/>	
14. Lipasa (UI/dL)	<input type="text"/>	
15. Triglicéridos (mg/dL)	<input type="text"/>	
16. Calcio (mg/dL)	<input type="text"/>	
17. Ultrasonografía (US)	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>
18. Ultrasonografía endoscópica (EUS)	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>
19. Colangiografía retrograda endoscópica (CPRE)	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>

V. RESULTADOS DE SALUD DE LA MADRE Y DEL PRODUCTO DE LA GESTACIÓN:

20. Peso del recién nacido (RN) (gr)	<input type="text"/>	
21. Edad gestacional del recién nacido (semanas)	<input type="text"/>	
22. Estancia hospitalaria de la paciente diagnosticada de pancreatitis aguda (PA) (días)	<input type="text"/>	
23. Tipo de parto		
Vaginal	<input type="text" value="1"/>	
Por cesárea	<input type="text" value="2"/>	
24. Mortalidad materna	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>

Análisis de Validez y Confiabilidad de datos

Tabla Resumen de la Evaluación de Expertos según cada Ítem

ITEM S	EXPERTOS					Suma	Valor de Aiken	Descriptivo
	A	B	C	D	E			
1	1	1	1	1	1	5	1.00	VALIDO
2	1	1	1	1	1	5	1.00	VALIDO
3	1	1	1	1	1	5	1.00	VALIDO
4	1	1	1	1	1	5	1.00	VALIDO
5	1	1	1	1	1	5	1.00	VALIDO
6	1	1	1	1	1	5	1.00	VALIDO
7	1	1	1	1	1	5	1.00	VALIDO
8	1	1	1	1	1	5	1.00	VALIDO
9	1	1	1	1	1	5	1.00	VALIDO
10	1	1	1	1	1	5	1.00	VALIDO
11	1	1	1	1	1	5	1.00	VALIDO
12	1	1	1	1	1	5	1.00	VALIDO

**COEFICIENTE DE VALIDEZ V
(V de AIKEN, 1985)**

$$V = \frac{S}{(N(c-1))}$$

S = Sumatoria de los valores dados por los jueces al ítem

Si = valor asignado por el juez

n = Número de jueces

c = Numero de valores de la escala de valoración (pueden ser dicotómicas o politómicas)

Anexo N° 4 Hoja de validación del instrumento de investigación

INFORME DE OPINIÓN DE JUICIO DE EXPERTOS PARA LA VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO: INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS ESTUDIO PANCREATITIS AGUDA EN EL EMBARAZO (PAE)

1. DATOS GENERALES:

- 1.1. Nombres y Apellidos del Experto : _____
- 1.2. Cargo e Institución donde labora : _____
- 1.3. Instrumento a Validar : Ficha de Recolección de datos (PAE).
- 1.4. Área : Medicina Humana.
- 1.5. Tesista : Carlos H Bilbao.
- 1.6. Tesis : “Pancreatitis aguda en el embarazo en un Hospital de los andes centrales del Perú 2010-2020”.

2. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

Indicadores Criterios		Deficiente 0-20%	Regular 21-40%	Buena 41-60%	Muy Buena 61-80%	Excelente 81-100%
1.	El instrumento responde a los objetivos de la investigación planteada					
2.	Existe congruencia entre el problema, el objetivo y la hipótesis de la investigación					
3.	Las principales variables de la investigación están consideradas en el instrumento					
4.	Los datos complementarios de la investigación son adecuados					
5.	El número de ítems y datos es suficiente para medir la variable					
6.	La estructura del instrumento es optimo					
7.	Entre el objetivo, problema e hipótesis existe coherencia.					
8.	Los procedimientos para su aplicación y corrección son sencillos					
9.	El orden de los ítems del instrumento es adecuado					
10.	El vocabulario es correcto					
11.	El número de ítems del instrumento es suficiente o muy amplio					
12.	Los ítems del instrumento tienen carácter de excluyentes					

3. PROMEDIO DE VALORACIÓN AL 100%

FIRMA EXPERTO ():.....

Nombre y apellido:

DNI N*:

**INFORME DE OPINIÓN DE JUICIO DE EXPERTOS PARA LA VALIDACIÓN DEL
INSTRUMENTO: INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS
ESTUDIO PANCREATITIS AGUDA EN EL EMBARAZO (PAE)**

1. DATOS GENERALES:

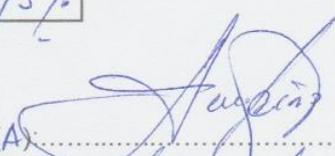
- 1.1. Nombres y Apellidos del Experto : Anibal Valentín Dros Loro.
 1.2. Cargo e Institución donde labora : Hospitales ROLQ SAC.
 1.3. Instrumento a Validar : Ficha de Recolección de datos (PAE).
 1.4. Área : Medicina Humana.
 1.5. Tesista : Carlos H Bilbao.
 1.6. Tesis : "Pancreatitis aguda en el embarazo en un Hospital de los andes centrales del Perú 2010-2020".

2. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

Indicadores Criterios	Deficiente 0-20%	Regular 21-40%	Buena 41-60%	Muy Buena 61-80%	Excelente 81-100%
1. El instrumento responde a los objetivos de la investigación planteada					90%
2. Existe congruencia entre el problema, el objetivo y la hipótesis de la investigación					90%
3. Las principales variables de la investigación están consideradas en el instrumento					90%
4. Los datos complementarios de la investigación son adecuados					90%
5. El número de ítems y datos es suficiente para medir la variable					95%
6. La estructura del instrumento es optimo					96%
7. Entre el objetivo, problema e hipótesis existe coherencia.					96%
8. Los procedimientos para su aplicación y corrección son sencillos					98%
9. El orden de los ítems del instrumento es adecuado					95%
10. El vocabulario es correcto					100%
11. El número de ítems del instrumento es suficiente o muy amplio					98%
12. Los ítems del instrumento tienen carácter de excluyentes					100%

3. PROMEDIO DE VALORACIÓN AL 100%

95%

FIRMA EXPERTO (A): 

Nombre y apellido: Anibal Dros Loro.

DNI N*: 19927106

**INFORME DE OPINIÓN DE JUICIO DE EXPERTOS PARA LA VALIDACIÓN DEL
INSTRUMENTO: INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS
ESTUDIO PANCREATITIS AGUDA EN EL EMBARAZO (PAE)**

1. DATOS GENERALES:

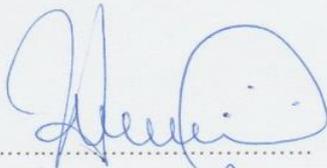
- 1.1. Nombres y Apellidos del Experto : Henry Francisco Aguado Vazquez
 1.2. Cargo e Institución donde labora : Coordinador Médico Progresos FEM-UPCO
 1.3. Instrumento a Validar : Ficha de Recolección de datos (PAE).
 1.4. Área : Medicina Humana.
 1.5. Tesista : Carlos H Bilbao.
 1.6. Tesis : "Pancreatitis aguda en el embarazo en un Hospital de los andes centrales del Perú 2010-2020".

2. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

Indicadores Criterios		Deficiente 0-20%	Regular 21-40%	Buena 41-60%	Muy Buena 61-80%	Excelente 81-100%
1.	El instrumento responde a los objetivos de la investigación planteada					98%
2.	Existe congruencia entre el problema, el objetivo y la hipótesis de la investigación					100%
3.	Las principales variables de la investigación están consideradas en el instrumento					95%
4.	Los datos complementarios de la investigación son adecuados					90%
5.	El número de ítems y datos es suficiente para medir la variable					95%
6.	La estructura del instrumento es optimo					95%
7.	Entre el objetivo, problema e hipótesis existe coherencia.					98%
8.	Los procedimientos para su aplicación y corrección son sencillos					98%
9.	El orden de los ítems del instrumento es adecuado					95%
10.	El vocabulario es correcto					95%
11.	El número de ítems del instrumento es suficiente o muy amplio					95%
12.	Los ítems del instrumento tienen carácter de excluyentes					95%

3. PROMEDIO DE VALORACIÓN AL 100%

96%

FIRMA EXPERTO (B): 

Nombre y apellido: Henry Francisco AGUADO

DNI N*: 10578762

**INFORME DE OPINIÓN DE JUICIO DE EXPERTOS PARA LA VALIDACIÓN DEL
INSTRUMENTO: INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS
ESTUDIO PANCREATITIS AGUDA EN EL EMBARAZO (PAE)**

1. DATOS GENERALES:

- 1.1. Nombres y Apellidos del Experto : Fabiola Milagros Castillo Llica
 1.2. Cargo e Institución donde labora : Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen.
 1.3. Instrumento a Validar : Ficha de Recolección de datos (PAE).
 1.4. Área : Medicina Humana.
 1.5. Tesista : Carlos H Bilbao.
 1.6. Tesis : "Pancreatitis aguda en el embarazo en un Hospital de los andes centrales del Perú 2010-2020".

2. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

Indicadores Criterios	Deficiente 0-20%	Regular 21-40%	Buena 41-60%	Muy Buena 61-80%	Excelente 81-100%
1. El instrumento responde a los objetivos de la investigación planteada	-	-	-	-	90%
2. Existe congruencia entre el problema, el objetivo y la hipótesis de la investigación	-	-	-	-	90%
3. Las principales variables de la investigación están consideradas en el instrumento	-	-	-	-	90%
4. Los datos complementarios de la investigación son adecuados	-	-	-	-	95%
5. El número de ítems y datos es suficiente para medir la variable	-	-	-	-	95%
6. La estructura del instrumento es óptimo	-	-	-	-	90%
7. Entre el objetivo, problema e hipótesis existe coherencia.	-	-	-	-	94%
8. Los procedimientos para su aplicación y corrección son sencillos	-	-	-	-	90%
9. El orden de los ítems del instrumento es adecuado	-	-	-	-	96%
10. El vocabulario es correcto	-	-	-	-	99%
11. El número de ítems del instrumento es suficiente o muy amplio	-	-	-	-	100%
12. Los ítems del instrumento tienen carácter de excluyentes	-	-	-	-	100%

3. PROMEDIO DE VALORACIÓN AL 100%

94%



FIRMA EXPERTO (C):

Nombre y apellido: Fabiola Milagros Castillo Llica

DNI N*: 29603869

**INFORME DE OPINIÓN DE JUICIO DE EXPERTOS PARA LA VALIDACIÓN DEL
 INSTRUMENTO: INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS
 ESTUDIO PANCREATITIS AGUDA EN EL EMBARAZO (PAE)**

1. DATOS GENERALES:

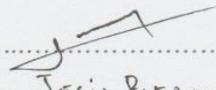
- 1.1. Nombres y Apellidos del Experto : ROBERTO JESÚS BERNARDO CABALLERÍA
 1.2. Cargo e Institución donde labora : COORDINADOR DE ASUNTOS ACADÉMICOS - FACULTAD DE MEDICINA HUMANA - UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES
 1.3. Instrumento a Validar : Ficha de Recolección de datos (PAE).
 1.4. Área : Medicina Humana.
 1.5. Tesista : Carlos H Bilbao.
 1.6. Tesis : "Pancreatitis aguda en el embarazo en un Hospital de los andes centrales del Perú 2010-2020".

2. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

Indicadores Criterios		Deficiente 0-20%	Regular 21-40%	Buena 41-60%	Muy Buena 61-80%	Excelente 81-100%
1.	El instrumento responde a los objetivos de la investigación planteada					90
2.	Existe congruencia entre el problema, el objetivo y la hipótesis de la investigación					90
3.	Las principales variables de la investigación están consideradas en el instrumento					90
4.	Los datos complementarios de la investigación son adecuados					90
5.	El número de ítems y datos es suficiente para medir la variable					90
6.	La estructura del instrumento es óptimo					90
7.	Entre el objetivo, problema e hipótesis existe coherencia.					90
8.	Los procedimientos para su aplicación y corrección son sencillos					90
9.	El orden de los ítems del instrumento es adecuado					90
10.	El vocabulario es correcto					90
11.	El número de ítems del instrumento es suficiente o muy amplio					90
12.	Los ítems del instrumento tienen carácter de excluyentes					90

3. PROMEDIO DE VALORACIÓN AL 100%

90

FIRMA EXPERTO () : 

Nombre y apellido: ROBERTO JESÚS BERNARDO CABALLERÍA

DNI N*: 19861668

**INFORME DE OPINIÓN DE JUICIO DE EXPERTOS PARA LA VALIDACIÓN DEL
INSTRUMENTO: INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS
ESTUDIO PANCREATITIS AGUDA EN EL EMBARAZO (PAE)**

1. DATOS GENERALES:

- 1.1. Nombres y Apellidos del Experto : Santiago Angel Cortez Orellana
 1.2. Cargo e Institución donde labora : Director Departamento Académico
 1.3. Instrumento a Validar : Ficha de Recolección de datos (PAE).
 1.4. Área : Medicina Humana.
 1.5. Tesista : Carlos H Bilbao.
 1.6. Tesis : "Pancreatitis aguda en el embarazo en un Hospital de los andes centrales del Perú 2010-2020".

2. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

Indicadores Criterios	Deficiente 0-20%	Regular 21-40%	Buena 41-60%	Muy Buena 61-80%	Excelente 81-100%
1. El instrumento responde a los objetivos de la investigación planteada					96%
2. Existe congruencia entre el problema, el objetivo y la hipótesis de la investigación					95%
3. Las principales variables de la investigación están consideradas en el instrumento					100%
4. Los datos complementarios de la investigación son adecuados					96%
5. El número de ítems y datos es suficiente para medir la variable					100%
6. La estructura del instrumento es optimo					96%
7. Entre el objetivo, problema e hipótesis existe coherencia.					90%
8. Los procedimientos para su aplicación y corrección son sencillos					100%
9. El orden de los ítems del instrumento es adecuado					99%
10. El vocabulario es correcto					98%
11. El número de ítems del instrumento es suficiente o muy amplio					100%
12. Los ítems del instrumento tienen carácter de excluyentes					100%

3. PROMEDIO DE VALORACIÓN AL 100% 97.5%

FIRMA EXPERTO () : Santiago Angel Cortez Orellana
 Nombre y apellido :
 DNI N* : 08694200
 SANTIAGO ANGEL CORTEZ ORELLANA
 FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
 DIRECCIÓN DE DEPARTAMENTO ACADÉMICO

Anexo 5

Base de datos

base de datos spss pancreatitis aguda.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

	Nombre	Tipo	Anchura	Decimales	Etiqueta	Valores	Perdidos	Columnas	Alineación	Medida	Rol
1	ID	Númerico	8	0	ID de gestante	Ninguna	Ninguna	8	Derecha	Escala	Entrada
2	Año	Númerico	8	2	Año de detección	Ninguna	Ninguna	8	Derecha	Escala	Entrada
3	Edad	Númerico	8	0	Edad de la gest...	Ninguna	Ninguna	8	Derecha	Escala	Entrada
4	EdGestacio...	Númerico	8	0	Edad gestacional	Ninguna	Ninguna	8	Derecha	Escala	Entrada
5	Gravidez	Númerico	8	0	Gravidez	Ninguna	Ninguna	8	Derecha	Escala	Entrada
6	Antcolectitis	Cadena	8	0	Antecedente de...	{0, No}...	Ninguna	15	Izquierda	Nominal	Entrada
7	AntPA	Cadena	8	0	Antecedente de...	{0, No}...	Ninguna	8	Izquierda	Nominal	Entrada
8	AntPArec	Cadena	8	0	Antecedente de...	{0, No}...	Ninguna	8	Izquierda	Nominal	Entrada
9	DiamViaBiliar	Númerico	8	2	Diámetro de la ...	Ninguna	Ninguna	8	Derecha	Escala	Entrada
10	Sintoma1	Cadena	8	0	Dolor abdominal	{0, No}...	Ninguna	8	Izquierda	Nominal	Entrada
11	Sintoma2	Cadena	8	0	Nauseas	{0, No}...	Ninguna	8	Izquierda	Nominal	Entrada
12	Sintoma3	Cadena	8	0	Vómitos	{0, No}...	Ninguna	8	Izquierda	Nominal	Entrada
13	Sintoma4	Cadena	8	0	Cefalea	{0, No}...	Ninguna	8	Izquierda	Nominal	Entrada
14	Sintoma5	Cadena	8	0	Vision borrosa	{0, No}...	Ninguna	8	Izquierda	Nominal	Entrada
15	Sintoma6	Cadena	8	0	Ictericia	Ninguna	Ninguna	8	Izquierda	Nominal	Entrada
16	Signo1	Cadena	8	0	Contracción par...	{0, No}...	Ninguna	8	Izquierda	Nominal	Entrada
17	Signo2	Cadena	8	0	Resistencia par...	{0, No}...	Ninguna	8	Izquierda	Nominal	Entrada
18	Signo3	Cadena	8	0	Distensión abd...	{0, No}...	Ninguna	8	Izquierda	Nominal	Entrada
19	Signo4	Cadena	8	0	Sensibilidad	{0, No}...	Ninguna	8	Izquierda	Nominal	Entrada
20	Etiologia1	Cadena	8	0	Biliar	{0, No}...	Ninguna	8	Izquierda	Nominal	Entrada
21	Etiologia2	Cadena	8	0	Alcohol	{0, No}...	Ninguna	8	Izquierda	Nominal	Entrada
22	Etiologia3	Cadena	8	0	Hiperlipidemia	{0, No}...	Ninguna	8	Izquierda	Nominal	Entrada
23	Etiologia4	Cadena	8	0	Hiperparatiroidi...	{0, No}...	Ninguna	8	Izquierda	Nominal	Entrada
24	Etiologia5	Cadena	8	0	Idiopático	{0, No}...	Ninguna	8	Izquierda	Nominal	Entrada
25	PruebaDx1	Númerico	8	2	Amilasa (UI/dL)	Ninguna	Ninguna	8	Derecha	Escala	Entrada
26	PruebaDx2	Númerico	8	2	Lipasa (UI/dL)	Ninguna	Ninguna	8	Derecha	Escala	Entrada
27	PruebaDx3	Númerico	8	2	Triglicéridos (m...	Ninguna	Ninguna	8	Derecha	Escala	Entrada
28	PruebaDx4	Númerico	8	2	Calcio (mg/dL)	Ninguna	Ninguna	8	Derecha	Escala	Entrada

Anexo N° 6 Trámites Constancias y fotos

01

NIT. 1302 2021 6162

 **UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES** 
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
DECANATO
"AÑO DEL BICENTENARIO DEL PERÚ: 200 AÑOS DE INDEPENDENCIA"

GERENCIA RED ASISTENCIAL JUNIN
OF. ADM. DOCUMENTARIA Y ARCHIVO
26 JUL. 2021
Hora: 10:10 Recibido por: *[Signature]*

Huancayo 21 de julio de 2021

CARTA DE PRESENTACIÓN N° 0160-DFMH-UPLA/2021

SEÑOR:
DR. HENRY MIGUEL ORTIZ HUARI
DIRECTOR DEL HOSPITAL NACIONAL RAMIRO PRIALÉ PRIALÉ
PRESENTE.-

De mi especial consideración:

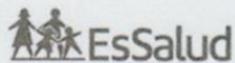
Es grato dirigirme a usted para expresarle mi cordial saludo y a la vez presentarle al estudiante **CARLOS H. BILBAO**, alumno de la FACULTAD DE MEDICINA HUMANA de la UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES con Código de Matrícula **J01130B** por razones de estudio desea realizar su Trabajo de Investigación titulado "PANCREATITIS AGUDA EN EL EMBARAZO EN UN HOSPITAL DE LOS ANDES CENTRALES DEL PERÚ 2010-2020" en su institución. Para quien solicito se le otorgue las facilidades del caso.

Sin otro particular, quedo de usted.

Atentamente.


MG. SEGUNDO RONALD SAMAMÉ TALLEDO
Decano
Facultad de Medicina Humana
UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES

cc.archivo



NOTA N° 02 -UCID-GRAJ-ESSALUD-2022

Huancayo, 04 de enero del 2022

Señor:

Juan Manuel Torres Polar

Jefe de la oficina de Admisión, Referencias y Contrareferencias

Red Asistencial Junín

EsSalud

Presente. –

Asunto : Solicitud para acceder a historias clínicas

Referencia : a) Solicitud S/N de fecha 28 de diciembre del 2021

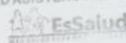
Es grato dirigirme a usted para saludarlo cordialmente y en atención al documento de referencia a) y habiéndose **Aprobado** el proyecto de investigación titulado "Pancreatitis aguda en el embarazo en un hospital de los andes centrales del Perú 2010-2020" se solicita a su despacho el permiso correspondiente para que los interesados puedan acceder a las historias clínicas con la finalidad procesar los datos que requiere el proyecto

Por lo expuesto, se envía el documento de la referencia para la respectiva atención a lo solicitado.

Sin otro particular, quedo de usted.

Atentamente,

JUAN MAEL PALOMINO ESPINOZA
JEFE (a) UNIDAD DE CAPACITACION
INVESTIGACION Y DOCENCIA
RED ASISTENCIAL JUNIN



JMPE/jmpe
NIT: 1302-2021-10389
Folios : ()

www.essalud.gob.pe

Av. Independencia N° 296
Huancayo – Región Junín
Red Asistencial Junín
Seguro Social de Salud - Perú

