

**UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**DIRECCIÓN DE SEGUNDA ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA HUMANA BAJO LA
MODALIDAD DE RESIDENTADO MÉDICO**



**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN
“EFICACIA DE LA ALIMENTACIÓN PRECOZ EN PANCREATITIS AGUDA EN EL
HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ, 2022”**

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN
GASTROENTEROLOGÍA**

PRESENTADO POR:

ALVAREZ CHALLA, GUTINBERG LUIS

LIMA – PERÚ

2022

AGRADECIMIENTO

A las autoridades del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, quienes me permitieron acceder a todos los datos necesarios para mi investigación, y a todos mis asistentes del servicio por haberme formado como especialista en gastroenterología.

DEDICATORIA

Dedico este proyecto de tesis:

A Dios.

Por haberme permitido lograr mis objetivos.

A mis padres, Francisca Challa y Luis Alvarez.

A quienes admiro, y agradezco por haberme apoyado a lo largo de toda mi vida, quienes con amor y sacrificio lograron hacerme profesional.

A mis hermanos, Charo, Yuly y José.

Por haberme dado siempre todo su apoyo en los momentos más difíciles.

Al amor de mi vida y compañera para toda la vida, Nélide.

Quien siempre estuvo apoyándome con sus palabras y consejos.

Por eso a ustedes que han estado conmigo siempre y han hecho de mí una persona con valores y principios con perseverancia y empeño, les agradezco eternamente y siempre los llevo en mi corazón.

ÍNDICE

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO EL PROBLEMA	5
1.1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	6
1.1.1. PROBLEMA GENERAL	6
1.1.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS	6
1.2. OBJETIVOS	7
1.2.1. OBJETIVO GENERAL	7
1.2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	7
1.3. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA	7
1.3.1. JUSTIFICACIÓN TEÓRICA	7
1.3.2. JUSTIFICACIÓN PRÁCTICA	8
1.3.3. JUSTIIFICACIÓN ECONÓMICA SOCIAL	8
1.4. DELIMITACIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO	8
1.4.1. DELIMITACIÓN DEL PRBLEMA	8
1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN	9
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	10
2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO	10
2.2 BASES TEÓRICAS	13
2.3. DEFINICIÓN DE CONCEPTOS OPERACIONALES	15
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES	16
3.1. HIPÓTESIS GLOBAL	16
3.2 HIPÓTESIS DERIVADAS	16
3.3. VARIABLES	16
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA DE LA INVESIGACIÓN	17
4.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN	17
4.2. MÉTODOSOS DE INVESTIGACIÓN	17
4.3. POBLACIÓN Y MUESTRA	17
4.4.TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	18
CAPÍTULO V: ADMINISTRACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	20
5.1. RECURSOS HUMANOS	20
5.2.RECURSOS MATERIALES	20
5.3.PRESUPUESTO	20
5.4.CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	21
BIBLIOGRAFÍA	23
ANEXOS	27

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO EL PROBLEMA

La pancreatitis aguda (PA) es definida como la presencia repentina de dolor en epigastrio que en algunas ocasiones se irradia hacia la espalda asociado al aumento de enzimas pancreáticas séricas, teniendo como etiologías más frecuentes en adultos: la colelitiasis, el etilismo agudo y la hipertrigliceridemia, otras causas menos comunes son la traumática, medicamentosa e idiopática. (1)

Recientemente se está utilizando predictores de severidad, entre ellos: la proteína C reactiva, hematocrito > 44%, así como conocer el estado nutricional del paciente debido a que la obesidad tiende a ser un factor de mal pronóstico. (2). La clínica de la PA asocia el dolor intenso en epigastrio, el mismo que puede presentarse de manera insidiosa o brusca con irradiación hacia espalda en el 60 a 90% de casos, puede estar asociado a náuseas, vómitos, taquicardia, fiebre, hipotensión y disminución de ruidos hidroaéreos. (3)

Con respecto a la alimentación en pacientes con PA leve y moderadamente severa, la literatura recomienda como tratamiento de primera línea la alimentación por vía oral, como segunda línea está indicado el uso de sonda nasogástrica o sonda naso yeyunal. Hay evidencia de que el uso de soporte nutricional parenteral a tenido un efecto perjudicial en este tipo de pacientes ya que los predispone a infecciones del catéter y septicemia. La alimentación vía oral debiera de iniciarse de forma temprana, antes de las 24 o 48 horas según tolerancia del paciente, esta medida terapéutica es importante ya que se ha visto que esta medica evita la translocación bacteriana del intestino al páncreas, disminuyendo así la incidencia de complicaciones infecciosas del páncreas. (4)

Pese a los temores de que la nutrición enteral pudiera exacerbar la PA debido al efecto estimulante del alimento sobre el páncreas con su posterior secreción de enzimas pancreáticas, en la actualidad se utiliza ampliamente y es la vía preferida por los especialistas. (5). La aparición de signos de íleo no es indicación suficiente para el cese total de la alimentación ya que se puede

optar por iniciar la alimentación con dieta líquida para posteriormente progresar la cantidad y la consistencia de la misma (6).

Aunque la nutrición enteral sea la mejor manera de alimentar al paciente con PA, en algunos casos no es tolerada debido a la intensidad del dolor abdominal, náusea y vómitos persistentes, el íleo prolongado o por la presencia de un pseudoquiste pancreático que pudiera obstruir la desembocadura gástrica. (7) (8).

1.1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.1.1. PROBLEMA GENERAL.

¿Cuál es la eficacia de la alimentación precoz en pancreatitis aguda en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, 2022?

1.1.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS.

1. ¿Cuál es la frecuencia de morbimortalidad en pacientes con PA leve que reciben alimentación precoz en el HCLLH, 2022?
2. ¿Cuál es la frecuencia de morbimortalidad en pacientes con PA moderadamente severa que reciben alimentación precoz en el HCLLH, 2022?
3. ¿cuál es la estancia hospitalaria en pacientes con PA leve que recibieron alimentación precoz en el HCLLH, 2022?
4. ¿cuál es la estancia hospitalaria en pacientes con PA moderadamente severa, que recibieron alimentación precoz en el HCLLH, 2022?
5. ¿Cuál es la frecuencia de riesgo de infecciones intrahospitalarias asociada a alimentación precoz en PA leve en el HCLLH, 2022?
6. ¿Cuál es la frecuencia de riesgo de infecciones intrahospitalarias asociada a alimentación precoz en PA moderadamente severa en el HCLLH, 2022?

1.2. OBJETIVOS

1.2.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar la eficacia de la alimentación precoz en pacientes con diagnóstico de pancreatitis aguda leve y moderadamente severa en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, 2022.

1.2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar la frecuencia de morbimortalidad en pacientes con PA leve que reciben alimentación precoz en el HCLLH, 2022
2. Identificar la frecuencia de morbimortalidad en pacientes con PA moderadamente severa que reciben alimentación precoz en el HCLLH, 2022
3. Determinar la estancia hospitalaria en pacientes con PA leve que recibieron alimentación precoz en el HCLLH, 2022
4. Determinar la estancia hospitalaria en pacientes con PA moderadamente severa, que recibieron alimentación precoz en el HCLLH, 2022
5. Identificar la frecuencia de riesgo de infecciones intrahospitalarias asociada a alimentación precoz en PA leve en el HCLLH, 2022
6. Identificar la frecuencia de riesgo de infecciones intrahospitalarias asociada a alimentación precoz en PA moderadamente severa en el HCLLH, 2022

1.3. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

1.3.1. JUSTIFICACIÓN TEÓRICA

En la actualidad la pancreatitis aguda es una patología que se evidencia frecuentemente en emergencia, siendo una de las principales morbilidades de nuestro país caracterizada principalmente por dolor abdominal agudo, que por las comorbilidades del paciente aunado a falta de diagnóstico precoz o manejo oportuno ocurre falla multiorgánica pudiendo ser mortal.(9)

La incidencia de PA leve es de 80% al 85%, la de PA moderadamente severa es de 15% y la de PA severa es de 5%, así mismo el 70% de pacientes con PA severa tiene necrosis estéril y el 30% tiene necrosis infectada.

La alimentación precoz en PA, está definida como aquella que se inicia dentro de las 48 horas de iniciada la sintomatología, tiene múltiples ventajas, entre ellas, y la más importante es reducir la translocación bacteriana por disminución de la atrofia intestinal, mejorar el estado inmunológico y con ello reducir la tasa de infecciones intrahospitalarias y la morbimortalidad. (10)

1.3.2. JUSTIFICACIÓN PRÁCTICA

Actualmente, en PA está indicado la alimentación enteral temprana la cual ha sido utilizada en diversas condiciones críticas tales como grandes quemados, politraumatizados y en sepsis. Esta práctica ha permitido reducir el número de infecciones nosocomiales, la incidencia de falla orgánica múltiple y los días de estancia hospitalaria.

1.3.3. JUSTIFICACIÓN ECONÓMICA SOCIAL

El presente proyecto de investigación tiene como propósito demostrar que la alimentación precoz por vía oral disminuye: la tasa de infecciones intrahospitalarias, la estancia intrahospitalaria y la morbimortalidad, como consecuencia directa de ello se reducen costos en salud para el estado además de una pronta reincorporación a la actividad laboral del paciente, beneficiándose tanto el paciente como su familia y la sociedad.

1.4. DELIMITACIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO

1.4.1. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

1.4.1.1. DELIMITACIÓN ESPACIAL

Todos los pacientes con diagnóstico de PA leve y moderadamente severa que se encuentren en los servicios de emergencia, observación medicina adultos y hospitalización de medicina interna del HCLLH.

1.4.1.2. DELIMITACIÓN TEMPORAL

De enero a diciembre del 2022.

1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

- Historias clínicas incompletas y con letra ilegible.
- Muestra poblacional muy pequeña.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

Antecedentes internacionales

1. Según **Song J, Zhong Y. y col. (2018)**, realizaron un estudio de tipo revisión sistemática con 1051 pacientes cuyo objetivo fue evaluar la nutrición enteral proporcionada dentro de las 48 horas posteriores al ingreso en la pancreatitis aguda severa (PAS). Buscaron ensayos controlados aleatorios de nutrición enteral temprana (que comienza dentro de las 48 horas posteriores al ingreso) versus nutrición enteral tardía o nutrición parental total en PA severa. Concluyeron que la nutrición enteral dentro de las 48 horas posteriores al ingreso es eficiente y segura para los pacientes con PAS. (24)

2. Según **Desheng Qi, Bo Yu y col. (2018)**, realizaron un estudio de tipo metanálisis con 727 pacientes, cuyo objetivo fue evaluar la seguridad de la NE temprana en las primeras 24 horas del ingreso hospitalario. Al comparar la EN temprana con la EN tardía o la nutrición parental total en AP, los cocientes de probabilidades (OR) fueron 0,56 para el riesgo de mortalidad (IC del 95%: 0,23 a 1,34), 0,40 para insuficiencia multiorgánica (IC 95 % 0,20–0,79), 0,57 para complicaciones infecciosas (IC 95 % 0,23–1,42), 0,45 para eventos adversos (IC 95 % 0,17–1,21) y 0,83 para infecciones relacionadas con el páncreas (IC 95 % 0,59–1,18). Se concluye que la NE temprana dentro de las 24 horas posteriores a la admisión es segura y proporciona beneficios para PA severa, pero no para leve ni para la moderadamente severa. (25)

3. Según **Héctor Losada M., Andrés Troncoso T. y Col. (2021)**, realizaron un estudio de tipo Cohorte prospectiva en pacientes con PA, cuyo objetivo fue determinar si la nutrición vía oral precoz (NVOP) disminuye la estancia hospitalaria y no se asocia a mayor reactivación de pancreatitis aguda (PA), ni a deterioro del pronóstico. Se incluyeron 65 pacientes, el 49,3% presentó pancreatitis aguda grave (PAG) y 90,8% toleró protocolo de NVOP, con promedio de estancia

hospitalaria de $13,3 \pm 5$ días vs. $19 \pm 8,2$ días en quienes no toleraron ($p = 0,0177$). Hubo reactivación de PA en 1 (1,5%) paciente sin tener relación con el protocolo. No hubo necesidad de cama UCI, ni mortalidad. Nueve pacientes fueron excluidos por no cumplir criterios para iniciar o mantener protocolo. Se concluye que la tolerancia a la NVOP en el tratamiento de la PA, se asocia a menor estancia hospitalaria, menor tasa de reactivación de PA, menos complicaciones locales y sin aumentar la mortalidad, en relación con los que no toleran la NVOP. (26)

4. Según **Masashi Kusanaga, Kei Tokutsu y Col. (2021)**, identificaron a los pacientes que habían sido diagnosticados con pancreatitis aguda y dados de alta del hospital entre 2014 y 2015. Compararon la duración de la estancia hospitalaria y la mortalidad hospitalaria entre los pacientes con pancreatitis aguda que se manejaron con y sin nutrición enteral temprana. Los resultados mostraron una disminución significativa en la tasa de mortalidad hospitalaria del 56 % (odds ratio 0,444, intervalo de confianza [IC] del 95 % 0,358 - 0,551, $P < 0,001$) y la duración de la estancia hospitalaria en 8,6 días (IC del 95 % -9,05). - 8,13, $P < 0,001$). Se concluyó que la nutrición enteral temprana se asoció a una disminución de la tasa de mortalidad hospitalaria y la duración de la hospitalización. (27)

5. Según **Ping Feng, Chenjian Él y Col. (2017)**, realizaron un estudio de tipo metanálisis cuyo objetivo agrupar todos los artículos relevantes para evaluar los efectos de la nutrición enteral temprana (EEN) dentro de las 48 horas versus la nutrición enteral tardía (DEN) más allá de las 48 horas, en PA. La EEN se relacionó con un riesgo reducido de insuficiencia multiorgánica (RR = 0,67, IC del 95 %: 0,46-0,99, $P = 0,04$), pero no con la pancreatitis necrosante (RR = 0,95, 95 % IC 0,81-1,12, $p = 0,57$). Hubo una tendencia a la disminución del SIRS en el grupo EEN, pero la tendencia no fue significativa (RR = 0,85, IC del 95 %: 0,71-1,02, $P = 0,09$). Para la mortalidad, no se encontraron diferencias significativas entre los grupos EEN y DEN (RR = 0,78, IC del 95 %: 0,27-2,24, $P = 0,64$). Se concluyó que la EEN dentro de las 48 horas es superior a DEN más allá de las 48 horas para pacientes con pancreatitis aguda; sin embargo, se requieren más estudios para verificar esta conclusión. (28)

6. Según **Valerie M Vaughn, Dmitri Shuster y Col. (2017)**, realizaron un estudio de tipo revisión sistemática con 948 pacientes cuyo objetivo fue comparar la duración de la estancia hospitalaria, la mortalidad y el reingreso en adultos hospitalizados con PA que recibieron alimentación temprana versus tardía. Entre los pacientes con PA leve a moderada, la alimentación temprana se asoció con una estancia hospitalaria reducida en 4 de 7 estudios. Entre los pacientes con pancreatitis severa, la evidencia limitada reveló que no hubo ninguna diferencia estadísticamente significativa en los resultados entre la alimentación temprana y tardía. Se concluye que la alimentación temprana en pacientes con PA no parece aumentar los eventos adversos y, para pacientes con PA leve y moderada, puede reducir la duración de la estancia hospitalaria. (29)

7. Según **Melodía G Bevan, Varsha M Asrani y Col. (2017)**, realizaron un estudio tipo metanálisis cuyo objetivo fue cuantificar la incidencia de la intolerancia a la alimentación oral, el efecto de los factores de confusión y determinar los mejores predictores de la intolerancia a la alimentación oral. Se analizaron 17 estudios con 1550 pacientes. La incidencia de intolerancia a la alimentación oral fue del 16,3 % y no se vio afectada por la región de la OMS, la edad, el sexo o la etiología de la PA. Con respecto a los predictores de intolerancia a la alimentación oral, se encontró que el nivel de lipasa sérica antes de la realimentación, los derrames pleurales, las colecciones (peri) pancreáticas, la puntuación de Ranson y la puntuación de Balthazar eran estadísticamente significativas. Concluyen que la intolerancia a la alimentación oral afecta aproximadamente a 1 de cada 6 pacientes con PA. Los niveles de lipasa sérica de más de 2,5 veces el límite superior normal antes de la realimentación es un umbral potencialmente útil para identificar a los pacientes con alto riesgo de desarrollar intolerancia a la alimentación oral. (30)

2.2 BASES TEÓRICAS

2.2.1. ETIOLOGÍA

Las causas más frecuentes de PA, son: la litiasis vesicular (65-70%) y el etilismo agudo (10-15%), con consumo de alcohol > 50 gr./día; otras causas, aunque menos, comunes son: la hipertrigliceridemia >1000 mg/dl, reacciones a medicamentos y neoplasias malignas pancreáticas sólidas y quísticas (22, 24). Además hasta un 10% de los pacientes puede llegar a catalogarse como pancreatitis idiopática luego de haber realizado todos los estudios diagnósticos, los cuales no muestran alteración en los resultados que justifiquen la patología. En los pacientes con PA de etiología biliar, el 75% de ellos sufren cuadros de PA por micro litiasis, barro biliar o restos de cálculos que fugan y ocluyen el conducto biliar común distal y también el conducto pancreático, que también llegan a ser causa de PA idiopática recurrente. Por otra parte, una disfunción del esfínter de Oddi resulta en una obstrucción transitoria del conducto pancreático, que puede constituir la principal causa en los pacientes previamente sometidos a colecistectomía. (1,18,19,24)

2.2.2. DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de PA se basa en la presencia de criterios clínicos dolor abdominal en epigastrio, de laboratorio: niveles de amilasa o lipasa séricas, elevadas mayor a 3 veces el límite superior normal y alteración del páncreas por imágenes (Ultrasonido, tomografía o resonancia magnética), la presencia de dos de los tres criterios enmarca al paciente dentro del diagnóstico de pancreatitis aguda. (1)

2.2.3. CLASIFICACIÓN DE LA PANCREATITIS AGUDA

El último consenso internacional reunido en Atlanta en el año 2012 presentó una nueva clasificación, la cual divide a la PA en 2 tipos según sus características anatómicas: pancreatitis intersticial o edematosa que puede ser local o generalizada y pancreatitis necrotizante que se presenta en

alrededor del 5 al 10% de pacientes y según la severidad de la pancreatitis se clasifica en tres niveles de severidad: leve, moderadamente severa y severa.

(13)

2.2.4. SCORES PRONÓSTICOS

Se han realizado varios estudios en los cuales se ha comparado BISAP con otros scores como APACHE-II, criterios de RANSON, índice de severidad tomográfica, evidenciando que BISAP es un muy buen predictor de morbilidad y mortalidad en el paciente con pancreatitis aguda, mostrando un área bajo la curva como score predictor de pancreatitis aguda severa, pancreatitis necrotizante y mortalidad en proporción de 0.962, 0.934 y 0.846 respectivamente, siendo superior a los mencionados anteriormente y con la ventaja de ser un score fácil de obtener y repetir. (10,11,13, 29,30)

2.2.5. TRATAMIENTO INICIAL EN LA PANCREATITIS AGUDA

2.2.5.1. MANEJO INICIAL

Por tanto, el objetivo de la reanimación hídrica es prevenir el compromiso de la microcirculación y prevenir la necrosis pancreática, por lo que el tratamiento que se inicia en emergencia es de suma importancia para la evolución del paciente, si este es adecuado disminuye la morbilidad y la mortalidad. Para poder cumplir con el objetivo de la reanimación, el protocolo de hidratación agresiva debe ser iniciado durante las primeras 24 horas de inicio de los síntomas, periodo de tiempo donde se ha comprobado su mayor beneficio, aunque también se sugiere un periodo de ventana de 5 días desde el inicio de los síntomas, donde la reanimación agresiva puede corregir las pérdidas del tercer espacio e incrementar la perfusión tisular evitando la FMO. (4,10,14)

Actualmente, la evidencia demuestra el beneficio de la alimentación temprana, se piensa que mantener la nutrición enteral ayuda a proteger la barrera intestino-mucosa y reducir la traslocación bacteriana, reduciendo así el riesgo de falla orgánica múltiple, necrosis pancreática y peri pancreática infectada,

reduciendo de esta manera la morbilidad por lo que se ha convertido en un pilar fundamental del tratamiento.(22) En PA leve y moderadamente severa, puede iniciarse alimentación por vía oral temprana, en ausencia de dolor intenso, náuseas, vómitos, íleo y comienzo de la disminución de los marcadores inflamatorios asociada a manifestación de apetito por parte del paciente, se ha demostrado ser seguro y está asociada con menor estancia hospitalaria en comparación con la tardía, pero en caso de no poder iniciarla al 3°-4° día, la NE es la vía de elección. (22, 23)

2.3. DEFINICIÓN DE CONCEPTOS OPERACIONALES

Pancreatitis aguda: es una condición inflamatoria del páncreas que puede causar injuria local, síndrome de respuesta inflamatoria sistémica, fallo orgánico y muerte.

PA leve: ausencia de daño a órgano blanco, ni complicaciones locales en el páncreas o sistémicas.

PA moderadamente severa: aquella en la cual encontramos una falla orgánica transitoria que responde al tratamiento y se corrige dentro de las primeras 48 horas o complicaciones locales en ausencia de falla multiorgánica (FMO).

PA severa: es aquella que pese al tratamiento persiste con falla multiorgánica, luego de las primeras 48 horas y se acompaña de complicaciones locales, lo que prevé una mala evolución del paciente y una alta tasa de mortalidad.

Alimentación precoz: es aquella que se da dentro de las primeras 24 - 48 horas de iniciada la sintomatología del paciente.

Alimentación tardía: es aquella que se inicia después de las 48 horas de iniciada la sintomatología, cursa con aumento del riesgo de necrosis infectada, falla orgánica, necesidad de cirugía y mortalidad.

Ayuno prolongado: es aquel ayuno superior a 10 días, debido a que se suceden nuevos cambios de adaptación en el organismo, intentando minimizar el catabolismo proteico porque la vida es incompatible con la pérdida del 30 – 40 % de las proteínas corporales.

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1. HIPÓTESIS GLOBAL

La alimentación enteral precoz es más eficaz para resolver la enfermedad que mantener en ayuno prolongado al paciente con PA leve y moderadamente severa en el HCLLH, 2022.

3.2 HIPÓTESIS DERIVADAS

- Existe una baja frecuencia de morbilidad asociada a alimentación precoz en PA leve en el HCLLH, 2022.
- Existe una baja frecuencia de morbilidad asociada a alimentación precoz en PA moderadamente severa en el HCLLH, 2022.
- Existe menor estancia hospitalaria asociada a alimentación precoz en PA leve en el HCLLH, 2022
- Existe menor estancia hospitalaria asociada a alimentación precoz en PA moderadamente severa en el HCLLH, 2022
- La alimentación precoz se asocia a menos infecciones intrahospitalarias en PA leve en el HCLLH, 2022
- La alimentación precoz se asocia a menos infecciones intrahospitalarias en PA moderadamente severa en el HCLLH, 2022
- Existe una baja tasa de alimentación precoz en PA leve en el HCLLH, 2022
- Existe una baja tasa de alimentación precoz en PA moderadamente severa en el HCLLH, 2022

3.3. VARIABLES

- Alimentación precoz en PA
- Otras variables: Edad, sexo, obesidad, antecedente de alcoholismo, dislipidemia, diabetes mellitus.

3.3.1. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Ver anexo 2.

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Observacional: porque tiene un carácter demográfico, debido a que el investigador solo mide las variables estudiadas por lo que no altera su desarrollo.

Longitudinal: ya que implica la existencia de medidas repetidas a lo largo del seguimiento.

Prospectivo: son estudios cuyo inicio se da antes que los hechos estudiados, además los datos se van recogiendo a medida que suceden.

Enfoque cuantitativo: los datos recogidos son analizados por medio de pruebas estadísticas y comprobación de hipótesis.

Nivel de investigación

Descriptivo: sólo se busca describir el problema de estudio, la información es captada sin modificar el entorno.

4.2. MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN

Observación científica.

4.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

4.3.1. POBLACIÓN

Está conformada por los pacientes con diagnóstico de pancreatitis aguda que son hospitalizados en el servicio de emergencia, servicio de observación medicina y servicio de hospitalización medicina interna.

4.3.2. MUESTRA

El presente estudio tomara una muestra poblacional conformada por 150 pacientes con diagnóstico de pancreatitis aguda.

4.3.3.CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de Inclusión:

Pacientes mayores de 15 años de edad.

Pacientes con diagnóstico de pancreatitis aguda

Pacientes que acudan al el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz

Criterios de Exclusión:

Pacientes que no deseen participar del estudio.

4.4.TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La técnica a usarse será la observación.

4.4.1. FICHA DE DATOS

A través del instrumento ficha de datos, en el cual se realizará la recolección de datos basado en las variables e indicadores del estudio. El instrumento de medición es una ficha de recolección de datos.

4.4.2. PROCEDIMIENTO DE COMPROBACIÓN DE LA VALIDEZ DE LA FICHA DE DATOS

La validez del instrumento se realizará mediante consulta a expertos.

4.5.TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO DE DATOS

La información completa del instrumento fue digitalizada y analizada por medio del programa SPSS 25.0 y Excel MS 2019.

4.6.ANÁLISIS DE RESULTADOS

Asimismo, el análisis estadístico de los resultados se realizará a través de un análisis descriptivo univariado de las prevalencias y las proporciones entre las diferentes variables fueron evaluadas por medio de la prueba de chi cuadrado, con un nivel de significancia de 0.05.

CAPÍTULO V: ADMINISTRACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

5.1. RECURSOS HUMANOS

Médico residente de tercer año de la segunda especialidad en gastroenterología

5.2. RECURSOS MATERIALES

- Materiales de oficina
- Libros
- Artículos científicos
- Tinta
- Impresora
- Equipo de Computo

5.3. PRESUPUESTO

Costo de Recursos Humanos:

N°	PERSONAL	COSTO MENSUAL	NUMERO MESES	TOTAL
1	Médico residente de tercer año de segunda especialidad gastroenterología	S/. 90.00	12 meses	S/. 1080.00
TOTAL				S/. 1080.00

Costo de Recursos Materiales:

N°	MATERIAL	COSTO / UNIDAD	CANTIDAD	COSTO TOTAL
1	Papel	S/. 0.10	250	S/. 25 .00
2	Tinta	S/. 50.00	2	S/. 100.00
3	Libros	S/. 50.00	5	S/. 250.00
4	Artículos Científicos	S/.5.00	40	S/. 200.00
5	Computadora	S/. 1500.00	1	S/. 1500.00
TOTAL				S/.2075

BIBLIOGRAFÍA

1. D PC. Pancreatitis aguda. Cuadernos de Cirugía. 14 de mayo de 2018;14(1):62-9.
2. Hammad AY, Ditillo M, Castanon L. Pancreatitis. Surgical Clinics. 1 de octubre de 2018;98(5):895-913.
3. Lorenzo D, Debourdeau A. Pancreatitis aguda. EMC - Tratado de Medicina. 1 de marzo de 2022;26(1):1-8.
4. Cruz Navarrete JD, Medina Guevara AJ. Pancreatitis aguda prevalencia y complicaciones a realizar en el Hospital León Becerra de Milagro en el período 2015 - 2017 [Internet] [Thesis]. Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas. Carrera de Medicina; 2018 [citado 8 de marzo de 2022]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/30652>
5. Losada M. H, Troncoso T. A, Curitol S. S, Sanhuesa V. F, Silva A. J, Losada M. H, et al. Nutrición vía oral precoz en pancreatitis aguda. Estudio de cohorte. Revista de cirugía. agosto de 2021;73(4):470-5.
6. Menéndez Marquinez CA. Factores de riesgos y complicaciones de pancreatitis aguda en el Hospital Universitario de Guayaquil año 2015 [Internet] [Thesis]. Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas. Carrera de Medicina; 2017 [citado 8 de marzo de 2022]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/32342>
7. Gento Peña E, Martín de la Torre E, Miján de la Torre A. Nutrición artificial y pancreatitis aguda: revisión y actualización. Nutrición Hospitalaria. febrero de 2007;22(1):25-37.
8. Reyes RP. Efectividad de la nutrición enteral precoz en la pancreatitis aguda según las escalas de Ranson, Apache II, y Balthazar Hill. Effectiveness of the precocious enteral nutrition in the acute pancreatitis according to scales of Ranson, Apache II, and Balthaz. Revista Cubana de Medicina Intensiva y Emergencias. 9 de julio de 2015;14(3):42-50.

9. Villalobos R, Manuel O. Tolerancia de la alimentación inmediata en pacientes con pancreatitis aguda biliar leve. 28 de febrero de 2016 [citado 7 de marzo de 2022]; Disponible en: <https://repositorioinstitucional.uaslp.mx/xmlui/handle/i/5880>
10. Márquez Mesa E, Baz Figueroa C, Suárez Llanos JP, Sanz Pereda P, Barrera Gómez MÁ. Manejo nutricional en la rehabilitación multimodal precoz en cirugía pancreática. *Cirugía Española*. 1 de agosto de 2017;95(7):361-8.
11. Díaz DLA. 23543820 luisdiazpiga@gmail.com. 26:4.
12. Durón DB, Laínez AG, García WU, Rubio LL, Rosales AB, Romero LD. Pancreatitis aguda: Evidencia actual. *Archivos de medicina*. 2018;14(1):4.
13. Beyer G, Habtezion A, Werner J, Lerch MM, Mayerle J. Chronic pancreatitis. *The Lancet*. 15 de agosto de 2020;396(10249):499-512.
14. Huerta-Mercado Tenorio J. Tratamiento médico de la pancreatitis aguda. *Revista Medica Herediana*. julio de 2013;24(3):231-6.
15. Reyes ALD, Tang LV, Álvarez EA, Carlos J, Fernández D. Effects of early enteral feeding on surgical patients. :11.
16. Morales HFL, Trujillo AIT, Sanchez SMC, Vega FAS, Abarca JAS. Nutrición vía oral precoz en pancreatitis aguda. Estudio de cohorte. *Revista de Cirugía [Internet]*. 22 de julio de 2021 [citado 7 de marzo de 2022];73(4). Disponible en: <https://plataforma.revistacirugia.cl/~revtacirugia23/index.php/revistacirugia/article/view/856>
17. Tabares Ibarra MJ. Tratamiento dietético nutricional en pancreatitis aguda. 2013 [citado 7 de marzo de 2022]; Disponible en: <http://www.dspace.espol.edu.ec/handle/123456789/24909>
18. Yang CJ, Chen J, Phillips ARJ, Windsor JA, Petrov MS. Predictors of severe and critical acute pancreatitis: a systematic review. *Dig Liver Dis*. 2014;46(5):446-451. doi:10.1016/j.dld.2014.01.158
19. Vasudevan S, Goswami P, Sonika U, Thakur B, Sreenivas V, Saraya A. Comparison of Various Scoring Systems and Biochemical Markers in Predicting the

Outcome in Acute Pancreatitis. *Pancreas*. 2017;47(1):1.doi:10.1097/MPA.0000000000000957

20. Valverde-López F, Matas-Cobos AM, Alegría-Motte C, Jiménez-Rosales R, Úbeda-Muñoz M, Redondo-Cerezo E. BISAP, RANSON, lactate and others biomarkers in prediction of severe acute pancreatitis in a European cohort. *J Gastroenterol Hepatol*. 2017;32(9):1649-1656. doi:10.1111/jgh.13763

21. American Gastroenterological Association Institute Guideline on Initial Management of Acute Pancreatitis. Crockett, Seth D. Crockett, Seth et al.. *Gastroenterology*, Volume 154, Issue 4, 1096 - 1101

22. Guidi M., Curvale C., actualización en el manejo inicial de la pancreatitis aguda. *Acta Gastroenterol Latinoam* 2019;49(4):307-323.

23. Bustamante D., García A., Pancreatitis aguda: evidencia actual. *Archivos de medicina* ISSN-e 1698-9465, Vol. 14 N°.1, 2018.

24. Song J, Zhong Y, Lu X, et al. Enteral nutrition provided within 48 hours after admission in severe acute pancreatitis: A systematic review and meta-analysis. *Medicine (Baltimore)*. 2018;97(34):e11871. doi:10.1097/MD.00000000000011871

25. Qi D, Yu B, Huang J, Peng M. Meta-Analysis of Early Enteral Nutrition Provided Within 24 Hours of Admission on Clinical Outcomes in Acute Pancreatitis. *JPEN J Parenter Enteral Nutr*. 2018;42(7):1139-1147. doi:10.1002/jpen.1139

26. Losada Morales H, Troncoso Trujillo A, Curitol Sanchez S, Sanhueza Vega F, Silva Abarca J. Nutrición vía oral precoz en pancreatitis aguda. Estudio de cohorte. *Rev. Cirugía*. 2021;73(4). Disponible en: doi:10.35687/s2452-45492021004856 [Accessed 15 ago. 2022].

27. Kusanaga M, Tokutsu K, Narita M, et al. Early Enteral Nutrition is Related to Decreased In-hospital Mortality and Hospitalization in Patients with Acute Pancreatitis: Data from the Japanese Diagnosis Procedure Combination Database. *J UOEH*. 2021;43(3):313-321. doi:10.7888/juoeh.43.313

28. Feng P, He C, Liao G, Chen Y. Early enteral nutrition versus delayed enteral nutrition in acute pancreatitis: A PRISMA-compliant systematic review and meta-analysis. *Medicine (Baltimore)*. 2017;96(46):e8648. doi:10.1097/MD.00000000000008648

29. Vaughn VM, Shuster D, Rogers MAM, et al. Early Versus Delayed Feeding in Patients With Acute Pancreatitis: A Systematic Review. *Ann Intern Med.* 2017;166(12):883-892. doi:10.7326/M16-2533
30. Bevan MG, Asrani VM, Bharmal S, Wu LM, Windsor JA, Petrov MS. Incidence and predictors of oral feeding intolerance in acute pancreatitis: A systematic review, meta-analysis, and meta-regression. *Clin Nutr.* 2017;36(3):722-729. doi:10.1016/j.clnu.2016.06.006

ANEXOS

Anexo 01: Matriz de consistencia

“EFICACIA DE LA ALIMENTACIÓN PRECOZ EN PANCREATITIS AGUDA LEVE Y MODERADA SEVERA EN EL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ - 2022”

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	INDICADORES	METODOLOGÍA
<p>Problema general</p> <p>¿Cuál es la eficacia de la alimentación precoz en pancreatitis aguda leve y moderada severa en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz - 2022?</p>	<p>Objetivo general</p> <p>Determinar la eficacia de la alimentación precoz en pancreatitis aguda leve y moderada severa en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz – 2022.</p>	<p>Hipótesis General</p> <p>Existe una alta eficacia de la alimentación precoz en pancreatitis aguda leve y moderada severa en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz – 2022.</p>	<p>Variable Independiente</p> <p>Pancreatitis aguda</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Edad - Sexo - Clínico - Amilasa - Lipasa 	<p><u>DISEÑO METODOLÓGICO</u></p> <p>Estudio descriptivo Observacional.</p> <p><u>POBLACIÓN</u></p> <p>La población está constituida por 150 pacientes.</p>
<p>Problemas específicos</p> <p>¿Cuál es la eficacia de la alimentación precoz en pancreatitis aguda leve y moderada severa en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz - 2022?</p>	<p>Objetivos específicos</p> <p>Identificar la frecuencia de morbilidad asociada a pancreatitis aguda leve y moderada severa en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz – 2022.</p> <p>Determinar la estancia hospitalaria en pacientes con pancreatitis aguda leve y moderada severa en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz – 2022</p> <p>Identificar la frecuencia de riesgo de infección en pacientes con pancreatitis aguda leve y moderada severa en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz – 2022</p> <p>Identificar la alimentación precoz en pancreatitis aguda leve y moderada severa en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz – 2022.</p>	<p>Hipótesis Específicas</p> <p>Existe una baja frecuencia de morbilidad asociada a pancreatitis aguda leve y moderada severa en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz – 2022.</p> <p>Existe mucha estancia hospitalaria en pacientes con pancreatitis aguda leve y moderada severa en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz – 2022</p> <p>Existe una alta frecuencia de riesgo de infección en pacientes con pancreatitis aguda leve y moderada severa en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz – 2022</p> <p>Existe diferentes respuestas entre la alimentación precoz en pancreatitis aguda leve y la moderada severa en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz – 2022.</p>	<p>Variable Dependiente (Y)</p> <p>Alimentación precoz</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Nutrición enteral - Nutrición parenteral - Nutrición mixta 	<p>La muestra es probabilística aleatoria simple de pacientes.</p>

Anexo 02: Cuadro de operacionalización de variables.

“EFICACIA DE LA ALIMENTACIÓN PRECOZ EN PANCREATITIS AGUDA LEVE Y MODERADA SEVERA EN EL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ - 2022”

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSION	INDICADOR	TIPO DE VARIABLE	INSTRUMENTO
Pancreatitis aguda	Es un proceso proceso inflamatorio agudo del páncreas reversible frecuentemente involucra tejido peripancreático y puede involucrar órganos sistemas distantes	Diagnostico con cuadro clínico laboratorio y gabinete.	<ul style="list-style-type: none"> - Clínico - Amilasa - Lipasa 	<p>Cuantitativa</p> <p>Nominal</p>	Ficha de recolección de datos
Etiología de la Pancreatitis Aguda	Causa de pancreatitis aguda determinada mediante clínica, laboratorio exploraciones complementarias	Diagnostico con cuadro clínico laboratorio y gabinete.	<ul style="list-style-type: none"> - Biliar - Alcohólica - Post CPRE - Idiopática 	<p>Cualitativa</p> <p>Nominal</p>	Ficha de recolección de datos
Severidad de Pancreatitis Aguda	Grado de afección de la enfermedad.	Marshall modificada APACHE II: <7 pts ≥ 8 pts	<ul style="list-style-type: none"> - < 2 pts - ≥ 2 pts (<48 hrs) - ≥ 2 pts (≥ 48) 	<p>Cualitativa</p> <p>Nominal</p>	Ficha de recolección de datos
Alimentación/ dieta	Dieta progresiva: dieta que incluye al inicio líquidos claros, posteriormente líquida amplia y finalmente dieta hipograsa. Dieta blanda hipograsa: modificada en su textura para facilitar su masticación, incluye carnes bajo en grasa fruta picada, verduras blandas o cocidas. Cantidad de grasas diarios 50grs	Tipo de dieta	<ul style="list-style-type: none"> - Dieta blanda hipograsa, - dieta progresiva 	<p>Cualitativa</p> <p>Nominal</p>	Ficha de recolección de datos
Estado Nutricional	El estado nutricional es el reflejo del estado de salud.	Tipo de estado nutricional	<ul style="list-style-type: none"> - Bajo peso - Normal - Sobrepeso - Obesidad 	<p>Cualitativa</p> <p>Nominal</p>	Ficha de recolección de datos
Tipos de soporte	Las dos alternativas terapéuticas de nutrición para pacientes que no pueden ingerir alimentos.	Tipo de soporte	<ul style="list-style-type: none"> - Nutrición enteral - Nutrición parenteral 	<p>Cualitativa</p> <p>Nominal</p>	Ficha de recolección de datos
Sexo	Género del paciente.	Sexo	<ul style="list-style-type: none"> - Masculino - Femenino. 	Cualitativa Nominal	Ficha de recolección de datos
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el ingreso hospitalario	Edad en Años.	<ul style="list-style-type: none"> - 18 a 25 años - 26 a 30 años - 31 a 35 años - Más de 35 años 	<p>Cualitativa</p> <p>Nominal</p>	Ficha de recolección de datos

Anexo 03: Instrumentos.

I. DATOS PERSONALES:

Edad:

Grado de instrucción:

Analfabeta ()

Nivel primario ()

Nivel Secundario ()

Superior ()

Estado civil:

Casado ()

Conviviente ()

Soltero ()

Viuda ()

Divorciado ()

II. DATOS ESPECIFICOS

Etiología de la Pancreatitis

A. Traumática ()

B. Infecciosa ()

C. Biliar ()

D. Alcohólica ()

E. Idiopática ()

F. Otra _____

PRESENTACIÓN CLÍNICA

A. Dolor Abdominal ()

B. Nausea ()

C. Vomito ()

D. Fiebre ()

E. Ictericia ()

F. Otra _____

DÍAS DE ESTANCIA INTRAHOSPITALARIA

A. 5-10 Días ()

B. 10-15 Días ()

C. Mas De 16 Días ()

TIPO DE SOPORTE NUTRICIONAL

Enteral ()

Parenteral ()

- Mixta ()
- Parenteral-Mixta ()

ESTADO NUTRICIONAL

- Desnutrido ()
- Normal ()
- Sobrepeso ()
- Obesidad ()

COMPLICACIONES LOCALES

- A. Necrosis ()
- B. Pseudoquiste ()
- C. Absceso ()
- D. Otra _____

COMPLICACIONES SISTÉMICAS

- A. Insuficiencia Respiratoria ()
- B. Insuficiencia Cardíaca ()
- C. Lesión Renal ()
- D. Sepsis ()

VALORES DE LABORATORIO

- A. Lipasa _____
- B. Amilasa _____
- C. Bilirrubina Total _____
- D. Bilirrubina Directa _____
- E. Bilirrubina Indirecta _____
- F. Colesterol _____
- G. Triglicéridos _____
- H. Hematocrito _____
- I. Leucocitosis _____
- J. BUN _____
- K. Urea _____
- L. Creatinina _____
- M. Glucosa _____

CONDICIÓN DE EGRESO

- A. Mejoría ()
- B. Muerte ()

Anexo 04: Validez de instrumentos: Consulta de expertos.

Anexo 05: Autorización de la institución o zona donde realizara su estudio.