



UNIVERSIDAD DE ORIENTE  
NÚCLEO ANZOÁTEGUI  
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS DE LA  
PANCREATITIS AGUDA. COMPLEJO HOSPITALARIO  
UNIVERSITARIO “DR. LUIS RAZETTI” BARCELONA.**

**Asesor:**

Prof. Diaz, Uslar.

**Co-asesor:**

Prof. Chaurán, María

**Autores:**

Br. Guaimares P, Viviana J. C.I: 26.704.463

Br. Guillen M, Cristiangel C. C.I: 26.118.719

Br. Rivero M, Francys C. C.I: 26.419.537.

Trabajo de grado presentado como requisito parcial para optar al título de médico  
cirujano.

Barcelona, febrero de 2025.



UNIVERSIDAD DE ORIENTE  
NÚCLEO ANZOÁTEGUI  
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS DE LA  
PANCREATITIS AGUDA. COMPLEJO HOSPITALARIO  
UNIVERSITARIO “DR. LUIS RAZETTI” BARCELONA.**

Trabajo de grado presentado como requisito parcial para optar al título de médico  
cirujano.

Barcelona, febrero de 2025.

## RESOLUCIÓN

De acuerdo al artículo 41 del reglamento de trabajo de grado:

**“Los trabajos de grado son de la exclusiva propiedad de la Universidad de Oriente, y solo podrán ser utilizados para otros fines con el consentimiento del Consejo de Núcleo Respectivo, quien deberá participarlo previamente al Consejo Universitario, para su autorización”.**





UNIVERSIDAD DE ORIENTE

NÚCLEO ANZOÁTEGUI

ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD

DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA GENERAL

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS DE LA  
PANCREATITIS AGUDA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO  
“DR. LUIS RAZETTI” BARCELONA.**

AUTOR(ES): Guaimares Viviana, Guillén Cristiangel, Rivero Francys.

ASESOR (ES): Díaz Uslar, Chaurán María.

**RESUMEN**

La pancreatitis aguda puede causar injuria local, síndrome de respuesta inflamatoria sistémica, fallo orgánico y muerte, conformando una de las patologías más importantes en el área de emergencia. **Objetivo:** Analizar las características epidemiológicas de la pancreatitis aguda en los pacientes ingresados en el Complejo Hospitalario Universitario “Dr. Luis Razetti” de Barcelona, estado Anzoátegui, en el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2020 a 31 de diciembre de 2023. **Material y Métodos:** Investigación descriptiva, documental, retrospectiva transversal que incluyó 51 pacientes con pancreatitis aguda. **Resultados:** 54,9% del sexo femenino, con edad media de  $43,6 \pm 17,6$  años,  $\frac{1}{4}$  refirió hábito alcohólico. El dolor abdominal (88,2%), ictericia (25,5%) y vómitos (25,5%) fueron los síntomas más frecuentes, hallando taquipnea como signo clínico predominante (17,6%). A nivel ecográfico, el páncreas aumentado de tamaño fue el hallazgo más común (68,6%), y a nivel paraclínico las cifras medias elevadas de bilirrubina total, enzimas pancreáticas, GGT y fosfatasa alcalina. La etiología biliar fue la principal (82,4%) y casi la totalidad de la muestra se clasificó de acuerdo a Atlanta 2012 como leve (80,4%), con escasas complicaciones locales y sistémicas y una mortalidad del 0% para una estancia media de 7,8 días, la cual aumentó con la severidad del cuadro ( $p 0,001$ ). **Conclusión:** Los hallazgos descritos se correlacionan epidemiológicamente con la bibliografía mundial revisada, y se destaca que el manejo en el centro hospitalario de estudio fue óptimo al evidenciar escasa severidad, pocas complicaciones locales y sistémicas y una supervivencia del 100%.

*Palabras clave: pancreatitis aguda, litiasis vesicular, dolor abdominal, Atlanta 2012.*

## ÍNDICE

|                                                     |      |
|-----------------------------------------------------|------|
| RESOLUCIÓN .....                                    | iii  |
| RESUMEN.....                                        | iv   |
| ÍNDICE .....                                        | v    |
| ÍNDICE DE TABLAS .....                              | vii  |
| ÍNDICE DE GRÁFICOS .....                            | viii |
| AGRADECIMIENTOS .....                               | ix   |
| DEDICATORIA .....                                   | x    |
| INTRODUCCIÓN .....                                  | 15   |
| OBJETIVOS .....                                     | 20   |
| Objetivo general .....                              | 20   |
| Objetivos específicos.....                          | 20   |
| METODOLOGÍA .....                                   | 21   |
| Nivel, diseño y tipo de investigación .....         | 21   |
| Población y muestra .....                           | 22   |
| Criterios de inclusión.....                         | 22   |
| Criterios de exclusión.....                         | 22   |
| Técnica e instrumento de recolección de datos ..... | 23   |
| Análisis estadístico .....                          | 24   |
| RESULTADOS Y DISCUSIÓN .....                        | 25   |
| CONCLUSIONES .....                                  | 41   |
| RECOMENDACIONES .....                               | 43   |

|                                                      |    |
|------------------------------------------------------|----|
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....                      | 44 |
| ANEXOS .....                                         | 49 |
| METADATOS DE TRABAJO DE GRADO, TESIS Y ASCENSO. .... | 51 |

## ÍNDICE DE TABLAS

|                                                                                                                                                   |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Tabla 1.</b> Pancreatitis aguda de acuerdo a sexo y rango etario.....                                                                          | 26 |
| <b>Tabla 2.</b> Antecedentes personales, comorbilidades y/o hábitos psicobiológicos presentes en pacientes con pancreatitis aguda.....            | 29 |
| <b>Tabla 3.</b> Características clínicas observadas en los pacientes con diagnóstico de pancreatitis aguda.....                                   | 30 |
| <b>Tabla 4.</b> Características paraclínicas de laboratorio observadas en los pacientes con diagnóstico de pancreatitis aguda.....                | 32 |
| <b>Tabla 5.</b> Características paraclínicas de imagen observadas en los pacientes con diagnóstico de pancreatitis aguda.....                     | 34 |
| <b>Tabla 6.</b> Etiología de la pancreatitis aguda.....                                                                                           | 36 |
| <b>Tabla 7.</b> Clasificación de severidad de acuerdo a Atlanta 2012 de los pacientes con pancreatitis aguda.....                                 | 37 |
| <b>Tabla 8.</b> Complicaciones locales y sistémicas observadas en los pacientes con diagnóstico de pancreatitis aguda.....                        | 39 |
| <b>Tabla 9.</b> Estancia hospitalaria de acuerdo a la severidad de la pancreatitis aguda según la clasificación de severidad de Atlanta 2012..... | 41 |

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

**Gráfico 1.** Histograma de distribución de la muestra de acuerdo a la edad en años....28

**Gráfico 2.** Histograma de distribución de la estancia hospitalaria en días.....40



## **AGRADECIMIENTOS**

A nuestro tutor Dr. Uslar Díaz, por aceptar ser ese guía necesario para orientarnos y proporcionarnos el conocimiento científico, metodológico y estadístico para la elaboración de nuestra tesis.

Al registro de historias médicas, del hospital Dr. Luis Razetti Barcelona, Estado Anzoátegui, por proporcionarnos las historias clínicas necesarias para la recolección de información que nos permitió la elaboración de nuestro trabajo de grado.

Al Dr. José Diego Díaz y al Dr. Ali Sotillo por brindarnos el apoyo académico que necesitábamos.

Agradecimientos especiales a la Dra. Andrea Campos, por su ayuda incondicional, su tiempo y sus conocimientos. Su colaboración fue esencial para la culminación de este trabajo.

## **DEDICATORIA**

Quiero dedicar mis más profundos agradecimientos a Dios, por ser la guía y la fortaleza en cada paso de este camino.

A mi amada madre, Loira, quien ha sido el faro en mi vida. Tu amor, sacrificio y dedicación incondicional me han enseñado el verdadero significado de la perseverancia. Gracias por ser mi mayor apoyo y por siempre creer en mí, incluso en los momentos más difíciles.

A mi adorado padre, José Vicente, Te llevo conmigo en cada logro que alcance. siempre serás una parte fundamental de mi vida. Te extraño profundamente y sé que estás orgulloso de mí.

A mis queridas hermanas, Valeria y Verónica, por ser mis cómplices y mis mejores amigas. Valeria, tu sabiduría y consejos siempre han iluminado mi camino. Verónica, tu energía y entusiasmo son contagiosos; gracias por recordarme que la vida también se disfruta.

A mis hermanos, Mariangeles, José Tomás, y José Domingo, por su apoyo inquebrantable y las risas compartidas. Mariangel, tu creatividad siempre me ha inspirado a pensar fuera de lo convencional. José Tomás, agradezco tus palabras de aliento en cada desafío que he enfrentado.

A mis segundos padres, Papi Tomás y Mamaina, por brindarme un hogar lleno de amor y enseñanzas valiosas. Vuestra paciencia y comprensión han sido un refugio en los momentos de incertidumbre.

A mis amigas del alma, Cristiangel Guillen y Shariffa Mok. Cristiangel, tu lealtad y sentido del humor han hecho que cada día sea más brillante. Shariffa, agradezco tus consejos sinceros y tu capacidad para escucharme siempre. Ustedes han sido un pilar fundamental en este viaje académico.

A mí linda norita, por tu compañía y comprensión. El mejor regalo que me ha dejado este último año de carrera, Gracias por tanto amor.

A toda mi familia y amigos que ha estado presente en cada etapa de este proceso. Cada uno de ustedes ha dejado una huella imborrable en mi corazón y me ha motivado a seguir adelante con mis sueños.

*Viviana Guaimares.*

## DEDICATORIA

A Dios, fuente de toda sabiduría y fortaleza, por guiar mis pasos, nunca dejarme sola y bendecir este proyecto.

A mis padres, Nery Millán y Moisés Guillén, cuyo amor incondicional y apoyo inquebrantable fueron el cimiento de mi formación. Gracias por inculcarme valores, ayudarme a perseguir mis sueños y creer en mí incluso cuando yo dudaba. Su ejemplo de perseverancia y dedicación me inspiró a superar cada obstáculo y alcanzar esta meta.

A mi hermana, María Cristina Guillén, compañera de vida y confidente, por su cariño, apoyo y palabras de aliento en los momentos difíciles. Tu presencia fue un faro de luz en mi camino.

A mi abuela, Luz Marina Alférez, cuyo amor y sabiduría me acompañaron desde la infancia. Sus enseñanzas y consejos fueron un tesoro invaluable en mi vida.

A mis amigos, compañeros de estudio y cómplices de aventuras, por su amistad, apoyo y risas compartidas. Juntos celebramos los logros y nos dimos ánimo en los desafíos.

A todos ellos, dedico este trabajo con profundo agradecimiento y cariño.

*Cristiangel Guillén*

## **DEDICATORIA**

A Dios por haberme dado la sabiduría, inteligencia y fortaleza que me permitió llegar hasta este momento; por ser mi refugio y mi escudo en los momentos de dificultad.

A mis padres Naileth Mata y Francisco Rivero, quienes me han formado con buenos valores y sentimientos, por ser mis pilares más importantes y por su apoyo incondicional durante todo este proceso.

A mí hermano Andrés Rivero, por ser una pieza fundamental en vida y en mi corazón.

A mis abuelos Victa Carrillo y Edgar Rivero, por todo el cariño, sus buenos consejos y por siempre creer en mí.

A mi pajera José Patiño, por su cariño, comprensión, paciencia, apoyo y motivación.

A mi mejor amiga, Mengrys Tineo, por acompañarme durante esta etapa de mi vida y por sus palabras de aliento cuando más lo necesité.

A toda mi familia y a todos los que de alguna u otra forma han contribuido con mi crecimiento personal y académico.

Y, por último, pero no menos importante, a mis compañeras de tesis, Viviana Guaimares y Cristiangel Guillén, por permitirme vivir junto a ellas ésta bonita experiencia, que hemos culminado con éxito.

*Francys Rivero*

## INTRODUCCIÓN

La pancreatitis aguda es una condición inflamatoria del páncreas que puede causar injuria local, síndrome de respuesta inflamatoria sistémica, fallo orgánico y muerte (1), conformando uno de los trastornos gastrointestinales que más comúnmente requieren valoración en el servicio de emergencias (2) con una incidencia de aproximadamente 20 a 80 casos por cada 100.000 personas (3,4), típicamente afecta a pacientes de 40 a 60 años de edad, y presenta cifras de mortalidad que pueden alcanzar hasta un 35% en los casos graves con falla orgánica y necrosis infectada de dicho órgano (5,6).

Esta patología es resultado de la activación prematura de las enzimas digestivas liberadas por el páncreas exocrino, principalmente tripsinógeno a tripsina, dentro de las células acinares provocando su autodigestión y la estimulación potente de macrófagos que inducen la producción de citoquinas proinflamatorias, FNT- $\alpha$  e IL, considerándose eventos claves en la patogénesis de la inflamación pancreática (7,8), por lo tanto, la etiología de la pancreatitis aguda se sustenta en dos principales causas: obstrucción mecánica de la ampolla de váter o los conductos pancreáticos y toxicidad directa por estímulos nocivos que provocan una activación intracelular de las enzimas pancreáticas, daño acinar, favoreciendo la liberación de citoquinas y quimiocinas, desencadenando una infiltración leucocitaria que perpetúa la inflamación y conlleva las complicaciones a nivel sistémico (9).

Los cálculos biliares son la principal causa de pancreatitis, ocasionando el 40-70% de las mismas (10) de las cuales, dos tercios pertenecen al sexo femenino (11), seguido de la ingesta de alcohol, siendo responsable del 25-35% de los casos (12), y la hipertrigliceridemia en 9% de los casos aproximadamente (13). Otras causas descritas

en la bibliografía incluyen drogas (valproato, esteroides, azatioprina, mesalazina, metronidazol), colangiopancreatografía retrógrada endoscópica, deficiencia de la enzima lipoproteína lipasa, páncreas divisum y algunas infecciones virales (citomegalovirus, Coxsackie B4), autoinmune, traumáticas, idiopática y asociada a factores genéticos (14,15). También se han descrito factores de riesgo como edad avanzada, sexo masculino y bajo nivel socioeconómico (5).

El cuadro de pancreatitis se presenta usualmente con dolor abdominal severo, persistente, de inicio súbito, en epigastrio con irradiación hacia la región torácica, interescapular y con menor frecuencia a ambos flancos, comúnmente descrito como “en banda” o “cinturón” y que se acompaña de náuseas, vómitos, distensión abdominal, y en menor porcentaje tinte icterico, aunque en casos más graves se asocia a distrés respiratorio, fiebre, equimosis periumbilical y en flancos, oliguria, trastornos del estado de conciencia, y signos y síntomas de síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (15-17).

A pesar de la frecuencia de presentación de esta patología, en el 80-90% de los casos se presenta histopatológicamente como PA edematosa intersticial, caracterizada por la inflamación aguda del parénquima pancreático y/o tejidos adyacentes, la cual suele tener un curso leve y resolverse durante la primera semana, el porcentaje restante está asociado a necrosis pancreática y/o peripancreática relacionado a complicaciones y altas tasas de mortalidad (18).

. El diagnóstico se realiza de acuerdo a las pautas determinadas por el consenso de Atlanta del año 2012 cumpliendo con dos de los siguientes tres criterios: con una adecuada anamnesis haciendo énfasis la presencia de dolor abdominal y en los factores de riesgo previamente descritos, además de un examen físico minucioso; la evidencia bioquímica demostrada por la elevación de amilasa o lipasa sérica tres veces el valor superior de referencia, y evidencia por estudios imagenológicos como la tomografía



computarizada dinámica y/o resonancia magnética de inflamación pancreática las cuales deben realizadas 72 horas después del inicio de los síntomas (5, 19,20).

Una vez realizado el diagnóstico es importante estadificar la severidad del cuadro inflamatorio pancreático; la clasificación mundialmente más aceptada es, nuevamente, la Clasificación de Atlanta en el año 2012, la cual identifica: PA leve sin complicaciones locales ni falla orgánica, PA moderadamente severa con falla orgánica transitoria (menor a 48 horas) y/o complicaciones locales y/o exacerbación de comorbilidades y por último, PA severa con falla orgánica persistente con/sin complicaciones locales (21).

De acuerdo a pautas realizadas por Bohórquez J en el año 2019 publicadas en la Revista de la Sociedad Venezolana de Gastroenterología recomiendan el uso de los criterios diagnósticos previamente mencionados y la clasificación de severidad, ambas pertenecientes al Consenso de Atlanta, con alto nivel de evidencia y recomendación fuerte. A su vez, determinan las medidas a seguir para el manejo de esta patología: fluidoterapia con el objetivo de mantener un gasto urinario de 0,5ml/kg/hora y presión arterial media efectiva alrededor de 65mmHg, mantener la nutrición enteral siempre y cuando las condiciones del paciente lo permitan, no usar antibióticoterapia profiláctica y reservarla ante sospecha o confirmación de infecciones locales o extrapancreáticas, realizar colangiopancreatoduodenografía urgente en las primeras 48 horas en caso de obstrucción biliar persistente, y mantener mínima invasión ante ameritar intervención quirúrgica en casos de PA necrotizante infectada y/u otras complicaciones locales (22).

En el estudio retrospectivo realizado en Ecuador de Russo-Lozano, *et al.*, publicado en una revista venezolana en el año 2022 incluyeron 47 pacientes con diagnóstico de pancreatitis aguda y concluyeron que existió un mayor número de casos en el género femenino y predominó en el adulto mayor. La etiología litiásica biliar fue

más frecuente, seguido por la causa idiopática, mientras que la causa postalcohólica presentó un solo caso. Para llegar a un diagnóstico oportuno, el dolor abdominal en epigastrio de tipo punzante fue característico en dicha población y se relacionó con los valores de amilasa y lipasa (23).

En Venezuela, Torrealba C, Bohórquez J, realizaron un estudio descriptivo transversal publicado en el año 2017 cuya muestra fue conformada por 92 pacientes con diagnóstico de pancreatitis aguda, en la cual predominó el sexo femenino, los factores de riesgo más predominantes fueron el alcohol y el tabaco, el dolor abdominal fue el motivo de consulta más relevante, la etiología reportada fue biliar (24).

Echeverría A, también en Venezuela, publicó un estudio observacional prospectivo en el año 2010, con una muestra conformada 47 casos con diagnóstico de pancreatitis aguda, la cual se presentó mayormente en el sexo femenino, en el grupo de edad de 30 a 50 años, con promedio de 44 años. La etiología más frecuente de la pancreatitis aguda fue biliar. El 100% de los pacientes presentaron dolor abdominal como síntoma inicial. El antecedente de litiasis vesicular se presentó en casi la totalidad de los pacientes (25).

La pancreatitis aguda constituye una de las patologías que frecuentemente pueden observarse en la emergencia, y a pesar de que en la gran mayoría de los casos suelen resolverse sin complicaciones, existe un importante porcentaje de pacientes que presentan complicaciones asociándose a severidad y mortalidad, es por ello que conocer las características de una patología cuya bibliografía nacional y regional es escasa se convierte en un punto de importancia para brindarle al paciente con dicha entidad nosológica un diagnóstico precoz, manejo óptimo y a su vez, disminuir la morbilidad asociada, es por ello que esta investigación tiene como objetivo general analizar las características epidemiológicas de la pancreatitis aguda en los pacientes ingresados en el Complejo Hospitalario Universitario “Dr. Luis Razetti” de

Barcelona, estado Anzoátegui, en el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2020 a 31 de diciembre de 2023, a su vez se plantea responder a las siguientes interrogantes ¿Cuál es el grupo etario y el sexo más común de presentación? ¿Cuáles son los signos y síntomas más comúnmente asociados a la entidad nosológica estudiada? ¿Cuál es la etiología y la severidad de la pancreatitis aguda en los casos ingresados en el centro de estudio? ¿Cuáles fueron las complicaciones asociadas a la patología estudiada? ¿Cuál fue la duración de la estancia hospitalaria y el desenlace de los casos de estudio?

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo general**

Analizar las características clínico-epidemiológicas de la pancreatitis aguda en los pacientes ingresados en el Complejo Hospitalario Universitario “Dr. Luis Razetti” de Barcelona, estado Anzoátegui, en el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2020 a 31 de diciembre de 2023.

### **Objetivos específicos**

1. Categorizar de acuerdo a edad, sexo y antecedentes personales a la muestra de estudio.
2. Indicar las características clínicas y paraclínicas más frecuentes en los pacientes con diagnóstico de pancreatitis aguda.
3. Reconocer la etiología de pancreatitis aguda en los casos de investigación.
4. Clasificar de acuerdo a la Clasificación de Atlanta 2012 la severidad de la presentación clínica.
5. Precisar la estancia hospitalaria, las complicaciones y desenlace por la patología pancreática estudiada.

## **METODOLOGÍA**

### **Nivel, diseño y tipo de investigación**

La investigación a realizada se caracteriza por ser descriptiva, documental, retrospectiva transversal.

Se consideró una investigación descriptiva ya que tuvo como propósito describir en todos sus componentes principales, una realidad; su enfoque se centró en conclusiones dominantes sobre cómo una persona, grupo o cosa se conduce o funciona en el presente (26)

Se consideró de carácter retrospectivo, esto significa que la línea de tiempo debió reconstruirse a partir de registros en un periodo de estudio en el pasado (27) esta característica lo hace a su vez, un estudio de tipo documental, ya que estuvo basada en un proceso de búsqueda, recuperación, análisis, crítica e interpretación de datos secundarios (27), es decir, los obtenidos y registrados por otros individuos en las historias médicas de los casos de estudio que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión dispuestos ingresados en un solo centro de salud, es decir, el Complejo Hospitalario Universitario “Dr. Luis Razetti”, ubicado en la ciudad de Barcelona en el Estado Anzoátegui, confiriéndole el carácter de unicéntrico (27).

## **Población y muestra**

La población estuvo representada por los pacientes que ingresaron al centro de estudio con abdomen agudo durante el periodo descrito, cuya muestra conformada finalmente por 51 pacientes con diagnóstico de pancreatitis aguda cumplieron los criterios de inclusión y exclusión dispuestos.

### **Criterios de inclusión**

- Pacientes mayores de 12 años de edad sin distinción de género ingresados bajo el diagnóstico de pancreatitis aguda en los servicios de Cirugía General y Medicina Interna.
- Pacientes que cuenten con los datos necesarios para el registro documental en las historias clínicas.

### **Criterios de exclusión**

- Pacientes menores de 12 años.
- Pacientes embarazadas.
- Pacientes con historias clínicas incompletas, ilegibles, o con ausencia de los datos necesarios para la investigación.

## **Técnica e instrumento de recolección de datos**

Técnica de recolección documental aplicando el instrumento de recolección de datos validado por el tutor de la investigación (Ver ANEXO Nro. 1) a los pacientes en estudio el cual constó de cinco partes:

- Datos de identificación y características biosociodemográficas: número de historia, edad, sexo, presencia de patologías de base o comorbilidades debidamente diagnosticadas, antecedentes quirúrgicos, hábito alcohólico, tabáquico, o consumo de drogas ilícitas.
- Datos clínicos y paraclínicos: presencia de síntomas en el ingreso hospitalario, duración de los síntomas antes del ingreso, signos vitales y hallazgos al examen físico, cifras de laboratorio donde se incluye: hemoglobina (g/dL) leucocitos (cel/mm<sup>3</sup>), bilirrubina total (mg/dL), bilirrubina directa (mg/dL), bilirrubina indirecta (mg/dL),  $\lambda$ -glutamilttransferasa (U/L), aspartato aminotransferasa (“TGO”. U/L), alanina aminotransferasa (“TGP”. U/L), urea (mg/dL), creatinina (mg/dL), amilasa (U/L) y lipasa (U/L) y hallazgos paraclínicos imagenológicos que incluyen ecografía abdominal (ECO), tomografía computarizada abdominal (TC), colangiografía magnética (CRM) y/o colangiopancreatoduodenografía retrógrada endoscópica (CPRE).
- Datos de etiología: clasificación etiológica de la pancreatitis aguda en biliar, alcohólica, idiopática, secundaria a hipertrigliceridemia, y otras causas.

- Clasificación de severidad: Se clasificará de acuerdo a las pautas por el Consenso de Atlanta 2012 en leve, moderadamente severa y severa (21).
- Datos asociados al ingreso hospitalario y desenlace: estancia hospitalaria, complicaciones presentadas, supervivencia o fallecimiento.

### **Análisis estadístico**

Los datos recolectados fueron organizados en la aplicación de hojas de cálculo Microsoft® Excel 2016, con el fin de facilitar su procesamiento. El análisis estadístico posterior se realizó a través del programa IBM *Statistical Package for Social Sciences*® (SPSS) v. 26.0. Las variables cuantitativas se sometieron a análisis univariado, es decir, se analizaron con medidas de tendencia central (media y mediana), y de dispersión (desviación estándar y rango), a su vez, las variables cualitativas se expresarán en frecuencias absolutas y relativas. Para la identificación de diferencias significativas entre dos grupos de variables cuantitativas, tras realizar la prueba de Shapiro-Wilk se implementó la prueba no paramétrica de U-Mann Whitney.



## RESULTADOS Y DISCUSIÓN

**Tabla 1.**

*Pancreatitis aguda de acuerdo a sexo y rango etario.*

*(n = 51)*

|                            | FRECUENCIA (n) | PORCENTAJE (%) |
|----------------------------|----------------|----------------|
| <b>SEXO</b>                |                |                |
| Femenino                   | 28             | 54,9           |
| Masculino                  | 23             | 45,1           |
| <b>RANGO ETARIO (años)</b> |                |                |
| Adolescente (12-17)        | 3              | 5,9            |
| Juventud (18-24)           | 5              | 9,8            |
| Adulto joven (25-44)       | 20             | 39,2           |
| Adulto maduro (45-59)      | 13             | 25,5           |
| Adulto mayor (60-75)       | 9              | 17,6           |
| Senil (76-90)              | 0              | 0,0            |
| Larga vida ( $\geq 91$ )   | 1              | 2,0            |

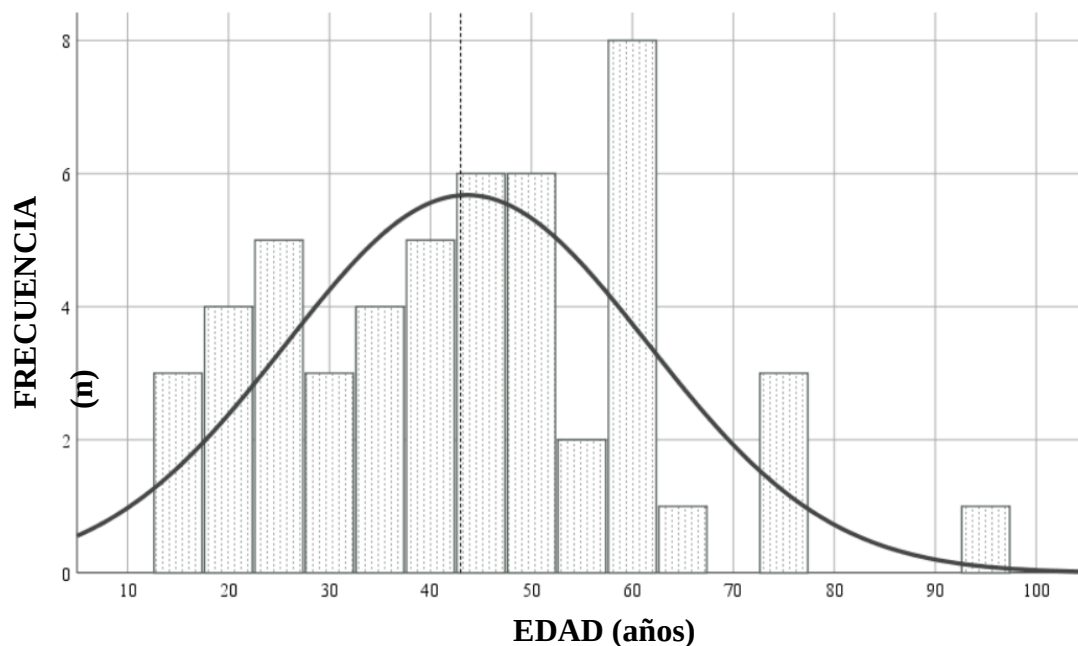
Fuente: Instrumento de recolección de datos a través de las historias médicas en el Complejo Hospitalario Universitario “Dr. Luis Razetti”.

Durante el periodo estudiado se ingresaron 51 casos de pancreatitis aguda, los cuales pertenecían con discreta mayoría al sexo femenino (54,9%) y al rango etario de adulto joven (39,2%) correspondiéndose a las edades comprendidas entre los 25 y 44 años de acuerdo a la clasificación de la Organización Mundial de la Salud (OMS), seguido del rango etario de adulto maduro (25,5%) correspondiéndose a las edades comprendidas entre los 45 y 59 años.

En el estudio prospectivo multicéntrico desarrollado por Köksal A, *et al.*, publicado en el año 2024 que incluyó 2144 pacientes ingresados en 17 centros hospitalarios en Turquía por pancreatitis aguda observó que, en similitud a los hallazgos de esta investigación, el 52% pertenecían al sexo femenino, hallazgo altamente similar al obtenido en esta investigación.

### Gráfico 1.

*Histograma de distribución de la muestra de acuerdo a la edad en años.*



Fuente: Instrumento de recolección de datos a través de las historias médicas en el Complejo Hospitalario Universitario “Dr. Luis Razetti”.

La edad media fue de  $43,67 \pm 17,60$  años (Intervalo de confianza al 95% para la media de 38,72 – 48,62 años), la mediana se ubicó en 43 años (línea longitudinal punteada) para un mínimo de 15 años y un máximo de 96 años conformando un rango de 81. El histograma demuestra una distribución muestral de acuerdo a la edad bastante amplia con predominio entre la cuarta y sexta década de la vida afectando también a edades tempranas y avanzadas.

**Tabla 2.**

*Antecedentes personales, comorbilidades y/o hábitos psicobiológicos presentes en pacientes con pancreatitis aguda.*

|                                                   | <b>FRECUENCIA (n)</b> | <b>PORCENTAJE (%)</b> |
|---------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| <b>ANTECEDENTES PERSONALES y/o COMORBILIDADES</b> |                       |                       |
| Hipertensión arterial sistémica                   | 7                     | 13,7                  |
| Asma                                              | 3                     | 5,9                   |
| Diabetes mellitus                                 | 1                     | 2,0                   |
| CPRE                                              | 1                     | 2,0                   |
| <b>HÁBITOS PSICOBIOLOGICOS</b>                    |                       |                       |
| Alcohol                                           | 13                    | 25,5                  |
| Tabaco                                            | 9                     | 17,6                  |
| Drogas ilícitas                                   | 0                     | 0,0                   |

Fuente: Instrumento de recolección de datos a través de las historias médicas en el Complejo Hospitalario Universitario “Dr. Luis Razetti”.

Leyenda. CPRE: Colangiopancreatoduodenografía retrógrada endoscópica.

Solo 11 casos contaban con antecedentes personales correspondiéndose a un 21,6% de la muestra estudiada. La hipertensión arterial sistémica fue la comorbilidad más frecuentemente observada en 13,7% de la muestra seguido del asma en 5,9%. Con respecto a los hábitos psicobiológicos el 25,5% de los pacientes con pancreatitis aguda consumía alcohol y 17,6% contaban con hábito tabáquico, ninguno de los casos refirió consumo de drogas ilícitas.

$\frac{1}{4}$  de los pacientes con pancreatitis en esta investigación contaban con consumo de alcohol, esta asociación entre dicho hábito psicobiológico y la patología estudiada fue demostrada en el estudio retrospectivo desarrollado por Günsahin D, *et al.*, publicado en el año 2024 incluyó 1855 pacientes con pancreatitis aguda, encontrando una asociación moderadamente fuerte entre la pancreatitis alcohólica y la recurrencia,

e incluso observando que esta tiene una mayor probabilidad de desarrollar complicaciones locales como pseudoquistes o necrosis encapsulada en relación a otras etiologías<sup>(29)</sup>.

**Tabla 3.**

*Características clínicas observadas en los pacientes con diagnóstico de pancreatitis aguda.*

| <i>(n = 51)</i>                           |                       |                       |
|-------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| <b>CLÍNICA</b>                            | <b>FRECUENCIA (n)</b> | <b>PORCENTAJE (%)</b> |
| <b>SINTOMAS Y SIGNOS</b>                  |                       |                       |
| Dolor abdominal                           | 45                    | 88,2                  |
| Ictericia                                 | 13                    | 25,5                  |
| Vómitos                                   | 13                    | 25,5                  |
| Nauseas                                   | 12                    | 23,5                  |
| <b>ALTERACIONES EN LOS SIGNOS VITALES</b> |                       |                       |
| Taquipnea (> 20 rpm)                      | 9                     | 17,6                  |
| Hipotensión (<90/60mmHg)                  | 3                     | 5,9                   |
| Bradipnea (< 12 rpm)                      | 0                     | 0,0                   |
| Taquicardia (> 100lpm)                    | 0                     | 0,0                   |
| Bradicardia (< 60 lpm)                    | 0                     | 0,0                   |
| Desaturación (< 90%)                      | 0                     | 0,0                   |

Fuente: Instrumento de recolección de datos a través de las historias médicas en el Complejo Hospitalario Universitario “Dr. Luis Razetti”.

El dolor abdominal fue el síntoma mayormente referido (88,2%), seguido de ictericia (25,5%) vómitos (25,5%) y nauseas (23,5%). Con respecto a los signos vitales se observó taquipnea en 17,6% e hipotensión en 5,9% de la muestra.

Estos hallazgos fueron similares al estudio descriptivo retrospectivo realizado por Gómez A & Rodríguez A, publicado en el año 2015 en el cual incluyeron 222 pacientes, pertenecientes predominantemente al sexo femenino (60%), con una edad media de 52 años, cuyos síntomas más frecuentes fueron: dolor abdominal (99%), vómitos (65%) e ictericia (13%) <sup>(30)</sup>. El hallazgo de dolor abdominal como síntoma predominante fue demostrado también en el estudio desarrollado por Acero-Huamaní K, publicado en el 2019 en el cual incluyó 251 pacientes con diagnóstico de pancreatitis aguda, en el cual el 100% de los pacientes refirieron dolor abdominal, seguido de náuseas (87,8%), vómitos (80,3%), hiporexia (66,2%), ictericia (19,7%) y fiebre (1,9%) <sup>(31)</sup>.

**Tabla 4.**

*Características paraclínicas de laboratorio observadas en los pacientes con diagnóstico de pancreatitis aguda.*

(n = 51)

| LABORATORIO                       | MEDIA Y DE      | IC 95%          | MIN   | MAX    |
|-----------------------------------|-----------------|-----------------|-------|--------|
| Hemoglobina (g/dL)                | 11,83 ± 2,82    | 10,43 – 13,24   | 6,50  | 18,40  |
| Leucocitos (cel/mm <sup>3</sup> ) | 12.572 ± 5.662  | 9.756 – 15.388  | 7.700 | 26.300 |
| Neutrófilos (%)                   | 80,74 ± 8,25    | 76,65 – 80,51   | 69,00 | 96,60  |
| Amilasa (U/L)                     | 359,92 ± 530,16 | 96,27 – 623,56  | 16,10 | 2042,0 |
| Lipasa (U/L)                      | 278,96 ± 294,93 | 132,29 – 425,63 | 36,80 | 1117,0 |
| Bilirrubina total (mg/dL)         | 2,88 ± 3,23     | 1,27 – 2,58     | 0,45  | 10,80  |
| B. directa (mg/dL)                | 1,74 ± 2,53     | 0,48 – 3,00     | 0,12  | 9,96   |
| B. indirecta (mg/dL)              | 1,13 ± 1,31     | 0,48 – 1,79     | 0,06  | 4,60   |
| GGT (U/L)                         | 155,57 ± 192,12 | 60,03 – 251,12  | 13,0  | 664,0  |
| Fosfatasa alcalina (U/L)          | 308,39 ± 233,76 | 192,14 – 424,64 | 48,0  | 910,0  |
| Urea (mg/dL)                      | 50,63 ± 46,79   | 27,36 – 73,90   | 15,0  | 190,0  |
| Creatinina (mg/dL)                | 1,63 ± 1,70     | 0,78 – 2,47     | 0,50  | 6,90   |

Fuente: Instrumento de recolección de datos a través de las historias médicas en el Complejo Hospitalario Universitario “Dr. Luis Razetti”.

Leyenda. GGT: gamma-glutamyl-transferasa.

Se analizan mediante medidas de tendencia central (media e intervalo de confianza al 95% de las medias) y de dispersión (desviación estándar, mínimo y máximo) los diferentes paraclínicos de los pacientes con diagnóstico de pancreatitis aguda. Se destaca que los casos incluidos en la investigación estaban caracterizados por cifras altas de leucocitos, amilasa, lipasa, bilirrubina total a predominio de la bilirrubina directa, lo cual se corresponde con etiología obstructiva de la vía biliar, sustentado a su vez por elevación de la GGT y la fosfatasa alcalina.

En el estudio observacional y descriptivo realizado por Espinoza-Mayhua G & Tinoco-Solorzano A, publicado en el año 2024 incluyeron 129 pacientes con diagnóstico de pancreatitis aguda los cuales residían en Huancayó, Perú a 2350 metros sobre el nivel del mar los pacientes, los residentes de altitud presentaban cifras medias de hemoglobina y hematocrito más altas (15,5g/dL y 46,3%), como también de bilirrubina total (5,2g/dL), fosfatasa alcalina (576 U/L), amilasa (1841,0 U/L), lipasa (830,7 U/L), encontrando medias muy similares de leucocitos (13.500cel/mm<sup>3</sup>), urea (45,7mg/dL), creatinina (1,2mg/dL). Esta diferencia entre ambas investigaciones puede deberse a un mayor porcentaje de complicaciones mayor ingreso a unidad de cuidados intensivos y mortalidad en el estudio citado <sup>(32)</sup>.

Por otro lado, en el estudio retrospectivo observacional realizado por Padrón-Arredondo G & Concha-May A, publicado en el año 2021, en el cual incluyó 100 pacientes con pancreatitis aguda dentro de los paraclínicos observados se encontró similitud con las cifras medias de leucocitos (11.969cel/mm<sup>3</sup>), bilirrubina total (2,6mg/dL) y creatinina (0,83mg/dL), teniendo cifras elevadas en comparación de lipasa (1188 U/L), amilasa (973 U/L) y GGT (325mg/dL) <sup>(33)</sup>.



**Tabla 5.**

*Características paraclínicas de imagen observadas en los pacientes con diagnóstico de pancreatitis aguda.*

(n = 51)

| IMAGENOLÓGICO                   | FRECUENCIA (n) | PORCENTAJE (%) |
|---------------------------------|----------------|----------------|
| <b>ECOGRAFÍA ABOMINAL</b>       | 35             | 68,6           |
| Páncreas aumentado de tamaño    | 23             | 45,1           |
| Litiasis vesicular              | 14             | 27,4           |
| Vesícula aumentada de tamaño    | 3              | 5,8            |
| Dilatación de vías biliares     | 2              | 3,9            |
| Sin hallazgos patológicos       | 2              | 3,9            |
| <b>TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA</b> | 7              | 13,7           |
| Líquido peripaneático agudo     | 4              | 7,8            |
| Litiasis vesicular              | 2              | 3,9            |
| Dilatación de vías biliares     | 2              | 3,9            |
| Páncreas aumentado de tamaño    | 2              | 3,9            |
| Vesícula aumentada de tamaño    | 1              | 2,0            |
| Pseudoquiste pancreático        | 1              | 2,0            |
| Sin hallazgos patológicos       | 2              | 3,9            |
| <b>CPRE</b>                     | 2              | 3,9            |
| Páncreas aumentado de tamaño    | 2              | 3,9            |
| <b>CRM</b>                      | 1              | 2,0            |
| Litiasis vesicular              | 1              | 2,0            |
| Páncreas aumentado de tamaño    | 1              | 2,0            |

Fuente: Instrumento de recolección de datos a través de las historias médicas en el Complejo Hospitalario Universitario “Dr. Luis Razetti”.

Leyenda. CPRE: Colangiopancreatoduodenografía retrógrada endoscópica. CRM: Colangiografía magnética nuclear.

La totalización no es igual a “n” en vista de evidenciar más de un hallazgo en un solo estudio imagenológico.

En 58,8% de los pacientes se evidenciaron hallazgos asociados a pancreatitis aguda. El estudio imagenológico más frecuentemente indicado fue la ecografía abdominal, observando que el aumento de tamaño del parénquima pancreático fue el hallazgo más frecuente (45,1%), seguido de litiasis vesicular (27,4%). Por otro lado, 13,7% de los pacientes realizaron tomografía computarizada observando que el hallazgo más frecuente fue la presencia de líquido peripancreático agudo (7,8%) seguido de litiasis vesicular, dilatación de las vías biliares y páncreas aumentado de tamaño (3,9% cada uno). En menores porcentajes se realizaron CPRE y CRM las cuales reportaron también páncreas aumentado de tamaño. Solo 6 casos no reportaron ningún estudio imagenológico (11,8%).

En el estudio descriptivo longitudinal realizado por Saura-Cuesta LM, *et al.*, publicado en el año 2021 evaluaron 75 pacientes ingresados por pancreatitis aguda, en los cuales el páncreas fue visible sonográficamente en 69,7% de la muestra estudiada, de los cuales el 33,3% contaban con aumento difuso del páncreas, heterogéneo (48,4%) con contornos irregulares (51,5%). La proporción de aumento de volumen pancreático es similar a la obtenida en esta investigación a través de ecografía abdominal. En cambio, con respecto a los hallazgos tomográficos, el estudio citado refleja un porcentaje importante de aumento difuso del páncreas (48,4%), necrosis pancreática afectando un 30 a 40% de la glándula (40,9%) y colecciones pancreáticas y peripancreáticas (42,4%), estas cifras son marcadamente altas en comparación a las obtenidas en esta investigación <sup>(34)</sup>.

**Tabla 6.***Etiología de la pancreatitis aguda.**(n = 51)*

| <b>ETIOLOGÍA</b> | <b>FRECUENCIA (n)</b> | <b>PORCENTAJE (%)</b> |
|------------------|-----------------------|-----------------------|
| Biliar           | 42                    | 82,4                  |
| Alcohólica       | 9                     | 17,6                  |

Fuente: Instrumento de recolección de datos a través de las historias médicas en el Complejo Hospitalario Universitario “Dr. Luis Razetti”.

En la mayoría de los casos se demostró que la patología obstructiva de la vía biliar fue la etiología más frecuentemente observada (82,4%) seguida de la causa alcohólica (17,6%).

En la revisión sistematizada y metaanálisis desarrollado por Iannuzzi J, *et al.*, publicado en el año 2022 en el cual incluyeron 44 estudios con la finalidad de evaluar el aumento en la incidencia de pancreatitis aguda desde el año 1961 a 2016, destacando que la creciente incidencia fue similar en ambos sexos y destacan un aumento significativo en las etiologías biliar y alcohólica de pancreatitis. La etiología biliar cuenta en dicho análisis con un aumento anual de 3,6% y se mantiene como la principal causa a nivel global, sustentada por una variedad de factores de riesgo como la obesidad, la edad avanzada y la diabetes mellitus. Esta etiología fue hallada también como la principal causa en esta investigación afectando más de un 80% de los casos, lo cual se asemeja a la bibliografía mundial <sup>(35)</sup>.

En la revisión sistematizada realizada por Zilio M, *et al.*, en la cual incluyó 46 estudios que representaban 2.341.007 pacientes con pancreatitis aguda en 36 países determinó que la proporción global de etiologías fue de 42% para la etiología biliar y

21% para la etiología alcohólica, seguida de un 18% idiopática. A pesar de que el porcentaje global expuesto por este estudio representa solo la mitad de lo obtenido en esta investigación, destacan que dicho porcentaje aumenta en países de América Latina alcanzando un 68% para la etiología biliar <sup>(36)</sup>.

**Tabla 7.**

*Clasificación de severidad de acuerdo a Atlanta 2012 de los pacientes con pancreatitis aguda.*

| <i>(n = 51)</i>      |                       |                       |
|----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <b>SEVERIDAD</b>     | <b>FRECUENCIA (n)</b> | <b>PORCENTAJE (%)</b> |
| <b>ATLANTA</b>       |                       |                       |
| Leve                 | 41                    | 80,4                  |
| Moderadamente severa | 9                     | 17,6                  |
| Severa               | 1                     | 2,0                   |

Fuente: Instrumento de recolección de datos a través de las historias médicas en el Complejo Hospitalario Universitario “Dr. Luis Razetti”.

De acuerdo a la clasificación de severidad de Atlanta 2012, en una gran mayoría de los casos (80,4%) la pancreatitis aguda se catalogó como leve, seguido de las clasificaciones de moderadamente severa (17,6%) y en menor porcentaje severa (2,0%).

5 casos (9,8%) presentaron falla orgánica, la cual fue transitoria en todos los casos y 5 casos presentaron complicaciones locales (9,8%) 4 de ellas correspondientes a acumulación de líquido peripancreático agudo y 1 pseudoquiste pancreático.

En el estudio prospectivo de Koutroumpakis E, *et al.*, publicado en el año 2016 en el cual incluyeron 400 pacientes con pancreatitis aguda determinaron que, de acuerdo a la clasificación de Atlanta 2012, 52% se clasificaron como leve, 23,5% como moderadamente severa y 24,5% como severa. Estos hallazgos contaban con una mayor severidad y mayor porcentaje de complicaciones asociadas a la patología pancreática, con una mortalidad de 5% lo cual se contrasta a los hallazgos obtenidos en esta investigación <sup>(37)</sup>.

Por otro lado en el estudio observacional, analítico desarrollado por Rueda-Castiblanco CP en el año 2017 que incluyó 120 pacientes con pancreatitis aguda los cuales fueron clasificados según Atlanta 2012, observando que a las 48 horas se encontró que 16 pacientes fueron clasificados como leve (13,3%), 8 como moderadamente severos (6,6%) y 96 pacientes fueron clasificados como severos (80,0%). En la clasificación global de pancreatitis aguda los criterios de Atlanta mostraron una sensibilidad de 23% para la clasificación de pancreatitis severa en contraste con una especificidad que se extiende al 80%, ellos concluyen que una acertada interpretación diagnóstica y clasificación para el grado de severidad de la pancreatitis, son determinantes para obtener una evolución satisfactoria para el paciente <sup>(38)</sup>.

**Tabla 8.**

*Complicaciones locales y sistémicas observadas en los pacientes con diagnóstico de pancreatitis aguda.*

| (n = 51)                      |                |                |
|-------------------------------|----------------|----------------|
| COMPLICACION                  | FRECUENCIA (n) | PORCENTAJE (%) |
| <b>LOCAL</b>                  |                |                |
| Líquido peripancreático agudo | 4              | 7,8            |
| Pseudoquiste pancreático      | 1              | 2,0            |
| <b>SISTÉMICA</b>              |                |                |
| Hipocalcemia                  | 2              | 3,9            |

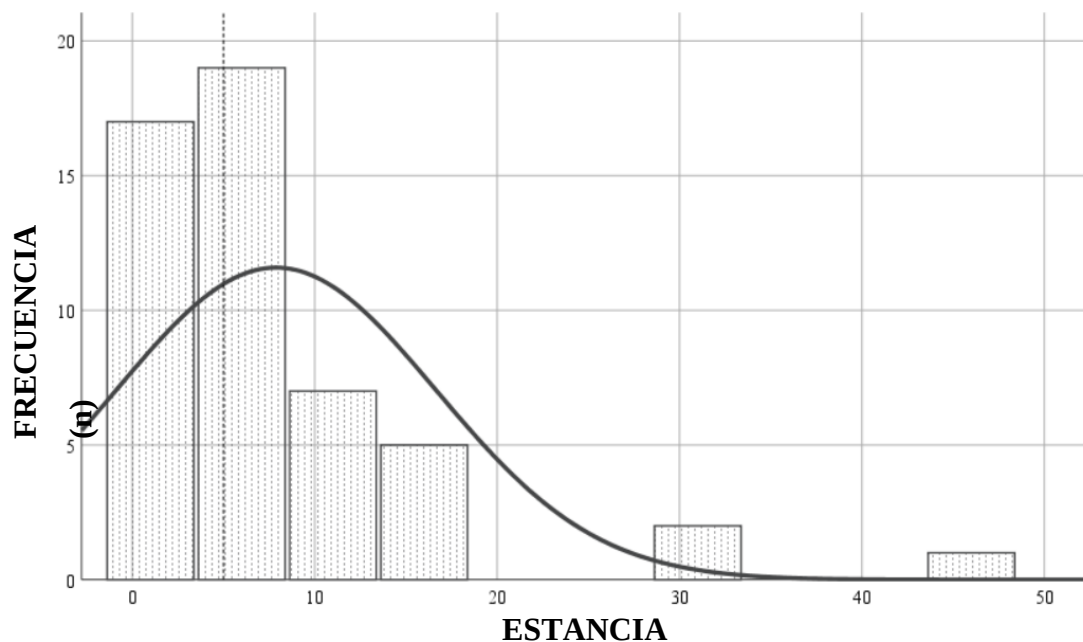
Fuente: Instrumento de recolección de datos a través de las historias médicas en el Complejo Hospitalario Universitario “Dr. Luis Razetti”.

5 casos presentaron complicaciones locales (9,8%) 4 de ellas correspondientes a acumulación de líquido peripancreático agudo y 1 pseudoquiste pancreático. Se observó solo en 2 casos (3,9%) la disminución de calcio sérico; a pesar de ello la mortalidad se ubicó en 0,0%.

En el estudio desarrollado por Ocampo C, *et al.*, publicado en el año 2015 en el cual incluyó 854 pacientes con diagnóstico de pancreatitis aguda que ingresaron en 23 centros hospitalarios en Argentina. Se registraron 21 pacientes (2,5%) con complicaciones locales: necrosis pancreática infectada en 7 pacientes, pseudoquiste en 11 y en los 3 restantes abscesos pancreáticos. La mortalidad en dicho estudio se ubicó en 1,5%. A pesar de una menor proporción de pacientes con complicaciones locales, en este estudio se registró una mortalidad más elevada en comparación a la evidenciada en esta investigación <sup>(39)</sup>.

## Gráfico 2.

*Histograma de distribución de la estancia hospitalaria en días.*



Fuente: Instrumento de recolección de datos a través de las historias médicas en el Complejo Hospitalario Universitario “Dr. Luis Razetti”. **(días)**

La media de estancia hospitalaria fue de  $7,88 \pm 8,78$  días (IC 95% 5,41 – 10,35 días), con una mediana de 5 días (línea longitudinal punteada) y un mínimo de estancia de 1 día y un máximo de 48 días para un rango de 47. En el histograma se observa que la curva de normalidad se encuentra abarca en su mayoría los primeros 10 días.

**Tabla 9.**

*Estancia hospitalaria de acuerdo a la severidad de la pancreatitis aguda según la clasificación de severidad de Atlanta 2012.*

| <b>ESTANCIA<br/>HOSPITALARIA<br/>(días)</b> | <b>SEVERIDAD ATLANTA 2012</b> |                        | <b>DIF</b> | <b>p</b> |
|---------------------------------------------|-------------------------------|------------------------|------------|----------|
|                                             | <b>LEVE</b>                   | <b>MODERADA/SEVERA</b> |            |          |
|                                             | 3,84 ± 7,83                   | 14,30 ± 9,92           | 10,46      | 0,001    |

Fuente: Instrumento de recolección de datos a través de las historias médicas en el Complejo Hospitalario Universitario “Dr. Luis Razetti”.

Al analizar la estancia hospitalaria de acuerdo a la severidad del cuadro pancreático se observó que los casos con severidad moderadamente severa y severa contaban con una media de  $14,30 \pm 9,92$  días en comparación a los casos leves con  $3,84 \pm 7,83$  días. Al someter la diferencia de 10,46 días a la prueba no paramétrica de U-Mann Whitney se observó que dicha diferencia era estadísticamente significativa obteniendo una  $p 0,001$ .

En el estudio citado previamente de Koutroumpakis E, *et al.*, demostraron que el promedio de estancia hospitalaria para casos leves fue de 5 días alcanzando hasta 29 días en casos severos, demostrando a su vez con significancia estadística que la severidad estaba asociada a mayor estancia hospitalaria ( $p < 0,01$ )<sup>(37)</sup>.



## CONCLUSIONES

En el periodo de estudio, el cual estuvo comprendido entre el 1 de enero del año 2020 al 31 de diciembre del año 2023 se ingresaron 51 pacientes con diagnóstico de pancreatitis aguda, los cuales se encontraban predominantemente entre la segunda y cuarta década de la vida, pertenecían con discreta predominancia al sexo femenino y  $\frac{1}{4}$  de ellos refirieron hábito alcohólico sin otros antecedentes ni comorbilidades de importancia.

En casi la totalidad de la muestra los pacientes refirieron dolor abdominal, y en menores porcentajes ictericia, náuseas y vómitos; correlacionándose a su vez con cifras séricas medias elevadas de enzimas pancreáticas, bilirrubina total y fraccionada, GGT y fosfatasa alcalina, los cuales, en conjunto a los hallazgos imagenológicos más frecuentes, como el páncreas aumentado de tamaño a nivel ecográfico, permitió realizar el diagnóstico de la patología estudiada, determinando que la etiología biliar fue la principal descrita en los casos incluidos en esta investigación.

Mediante la escala de Atlanta del 2012 se estadificó la severidad de la muestra, observando que un gran porcentaje se clasificaron como leves, desarrollándose escasas complicaciones locales y alcanzando una estancia hospitalaria promedio de 8 días, la cual se dobla con significancia estadística en casos moderadamente severos y severos, ubicándose una mortalidad del 0%.

Los hallazgos descritos en esta investigación se correlacionan epidemiológicamente con la bibliografía mundial revisada, y se destaca que el manejo en el centro hospitalario de estudio ha demostrado ser optimo al evidenciar escasos

casos severos, pocas complicaciones locales y sistémicas y una supervivencia del 100%.

## **RECOMENDACIONES**

Se sugiere continuar con la línea de investigación en búsqueda de las variables asociadas al manejo de los pacientes con pancreatitis aguda en el periodo de estudio con la finalidad de profundizar esta investigación, además de darle seguimiento a los casos en búsqueda de recurrencia y mortalidad a largo plazo.

Se recomienda realizar jornadas de concientización a través de estrategias didácticas de fácil comprensión para reconocer los factores de riesgo asociados a la patología pancreática, haciendo énfasis en la dieta, el estilo de vida y el consumo de alcohol.

Es imprescindible el manejo multidisciplinario entre los servicios de cirugía general, gastroenterología y medicina crítica para una evolución satisfactoria del paciente con pancreatitis aguda, y una vez egresado, se debe facilitar el acceso a consultas nutricionales y de salud mental que permitan modificar el estilo de vida, progresar a una dieta saludable y evitar el consumo de alcohol con la finalidad de impedir una recurrencia de este estado nosológico.

Se sugiere identificar las estrategias que permitieron un manejo óptimo de los pacientes incluidos en esta investigación con la finalidad de que sea reproducibles y aplicables en otros centros de salud; el propósito de esto se centra en alcanzar una mortalidad del 0% y disminuir la morbilidad secundaria a la patología pancreática.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Guidi M, Curvale C, Pasqua A, Hwang HJ, Pires H, Basso S, et al. Actualización en el manejo inicial de la pancreatitis aguda. *Acta Gastroenterol Latinoam* 2019;49(4):307-323.
2. Habtezion A. Inflammation in acute and chronic pancreatitis. *Curr Opin Gastroenterol* 2015; (31): 395-399.
3. Petrov MS, Yadav D. Global epidemiology and holistic prevention of pancreatitis. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*. 2019;16(3):175–84.
4. Roberts S.E, Morrison-Rees S, John A, Williams J.G, Brown T, Samuel D.G. The incidence and aetiology of acute pancreatitis in Europe. *Pancreatology* 2017; 17(2) 155-165.
5. Leppäniemi A, Tolonen M, Tarasconi A, Segovia-Lohse H, Gamberini E, Kirkpatrick AW, et al. 2019 WSES guidelines for the management of severe acute pancreatitis. *World J Emerg Surg*. 2019;14:27.
6. Van Dijk SM, Hallensleben NDL, van Santvoort HC, Fockens P, van Goor H, Bruno MJ, for the Dutch Pancreatitis Study Group. Acute pancreatitis: Recent advances through randomised trials. *Gut*. 2017;66:2024-32.
7. Dumnicka P, Maduzia D, Ceranow P, Olszanecki R, Drozd R, et al. The interplay between inflammation, coagulation and endothelial injury in the early phase of acute pancreatitis: Clinical implications. *Int J Mol Sci*. 2017; 18: 1-25.
8. Munhoz Filho HL, Batigalia F, Funes HL. Clinical and therapeutic correlations in patients with slight acute pancreatitis. *Arq Bras Cir Dig*. 2015; 28: 24-27
9. Álvarez-Aguilar PA, Dobles-Ramírez CT. Pancreatitis aguda: fisiopatología y manejo inicial. *Acta Med Costarric*. 2019;61:13-21
10. Mandalia A, Wamsteker E-J, DiMagno M.J. Recent advances in understanding and managing acute pancreatitis. *F1000 Research*. 2019; 7 (959).

11. Lankisch PG, Assmus C, Lehnick D, Maisonneuve P, Lowenfels AB. Acute pancreatitis: does gender matter? *Dig Dis Sci*. 2001;46(11):2470–4.
12. Yadav D, Whitcomb DC. The role of alcohol and smoking in pancreatitis. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*. 2010;7(3):131–45.
13. Carr RA, Rejowski BJ, Cote GA, Pitt HA, Zyromski NJ. Systematic review of hypertriglyceridemia-induced acute pancreatitis: a more virulent etiology? *Pancreatology*. 2016;16(4):469–76.
14. Szatmary P, Grammatikopoulos R, Cal W, Huang W, Mukherjee R, Halloran C, et al. Acute Pancreatitis: Diagnosis and Treatment. *Drugs*. 2022; DOI: <https://doi.org/10.1007/s40265-022-01766-4>
15. Johnson C.D, Besselink M.G, Carter R. Acute pancreatitis. *BMJ*. 2014; 349 (g4859)
16. Rojas CA, Salazar N, Sepulveda M, Maldonado C, Castro AM, Gomez Y, et al. Características clínicas de pacientes con pancreatitis aguda atendidos en un hospital de alta complejidad en Cali. *Rev Colomb Gastroenterol*. 2021;36:341-8. DOI: <https://doi.org/10.22516/25007440.682>
17. Kiriya S, Gabata T, Takada T, Hirata K, Yoshida M, Mayumi T, et al. New diagnostic criteria of acute pancreatitis. *J Hepatobiliary Pancreat Sci*. 2010;17(1):24–36
18. Greenberg JA, Hsu J, Bawazeer M, Marshall J, Friedrich JO, et al. Clinical practice guideline: Management of acute pancreatitis. *Can J Surg* 2016; 59: 128-140.
19. Tenner S, Baillie J, DeWitt J, Swaroop Vege S. American College of Gastroenterology Guidelines: Management of acute pancreatitis. *Am J Gastroenterol* 2013. [www.amjgastro.com](http://www.amjgastro.com)
20. Crockett SD, Wani S, Gardner TB, Falk-Ytter Y, Barkun A. American Gastroenterological Institute guideline on initial management of acute pancreatitis. *Gastroenterol*. 2018;1-6 <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2018.01.032>

21. 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
22. Bohórquez Chacón J. Pautas para la pancreatitis aguda. *Revista GEN*. 2019; 73(3): 77-80.
23. Russo-Lozano J, Laica-Sailema N, Castro-Sanchez F, Jordan D. Perfil epidemiológico de pancreatitis aguda. *Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud. SALUD Y VIDA*. 2022; 2(6):402-409
24. Torrealba C, Bohórquez J. Perfil clínico-epidemiológico de la pancreatitis aguda en pacientes que acuden al servicio de emergencia general del Hospital Central Universitario Dr. “Antonio María Pineda” UCLA. *Boletín Médico de Postgrado*; 2017 2(33):147-159
25. Echeverria A. Factores epidemiológicos de pancreatitis aguda en pacientes ingresados por el servicio de Cirugía general. Hospital Central de Maracay. (Internet) 2010. (Citado 15 May 2024). Disponible en: <http://mriuc.bc.uc.edu.ve/bitstream/handle/123456789/5652/joecheverria.pdf?sequence=1>
26. Guevara Alban, G., Verdesoto Arguello, A., & Castro Molina, N. (2020). Metodologías de investigación educativa (descriptivas, experimentales, participativas, y de investigación-acción). *RECIMUNDO*, 4(3), 163-173. doi:10.26820/recimundo/4.(3).julio.2020.163-173
27. Arias F. El proyecto de Investigación: Introducción a la metodología científica. Capítulo 2. 6ta. Edición. Editorial Episteme. 2012. Pág. 21-34
28. Köksal A, Tozlu M, Sezgin O, Oğuz D, Kalkan I, Altıntaş A. Acute pancreatitis in Turkey: Results of a nationwide multicenter study. *Pancreatology*, 2024; 3(24):327-334. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1424390323017908>
29. Günsahin, D.; Edu, A.V.; Pahomeanu, M.R.; Mitu, T.S, .; Ghită, A.I.; Odorog, A.S.; Preda, C.M.; Negreanu, L. Alcoholic Acute Pancreatitis, a Retrospective

Study about Clinical Risk Factors and Outcomes—A Seven-Year Experience of a Large Tertiary Center. *Biomedicines* 2024, 12, 1299. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2227-9059/12/6/1299>

30. Gómez A, Rodríguez A. Características de los pacientes con diagnóstico de pancreatitis aguda atendidos entre enero de 2008 y diciembre de 2011 en un centro de cuarto nivel. *Rev Col Gastroenterol*, 2015; 30 (2):171-176
31. Acero-Huamaní K. Características Clínico Epidemiológicas En Pacientes Con Pancreatitis Aguda En El Servicio De Medicina Interna Del Hospital Hipólito Unanue De Tacna En El Periodo 2014 – 2016. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann – Tacna. Facultad de Ciencias de la Salud. Perú. 2019.
32. Espinoza-Mayhua G, Tinoco-Solorzano A. Características clínicas y epidemiológicas de la pancreatitis aguda de los residentes de altitud. *Rev. Fac. Med. Hum*, 2024; 24(2):37:46.
33. Padrón Arredondo G, Concha-May A, Prevalencia de pancreatitis aguda en un Hospital General. Análisis de Cinco años. *Revista Salud Quintana Roo*, 2021; 45(14):18-23
34. Saura-Cuesta LM, Pérez de Alejo-González Y, Pérez-García DR, Hernández-González Y, Rodríguez-Molina D, Pérez de Alejo-Rodríguez A. Pancreatitis aguda y el valor de la ecografía en su diagnóstico inicial. *Medicent Electrón*. 2021 oct.-dic.;25(4).
35. Iannuzzi JP, King JA, Leong JH, Quan J, Windsow JW, Tanyingoh D, et al. Global Incidence of Acute Pancreatitis Is Increasing Over Time: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Gastroenterology* 2022;162:122–134. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2468125316300048>
36. Zilio MB, Eyff TF, Azeredo-Da-Silva ALF, Bersch V, Osvaldt AB. A systematic review and meta-analysis of the aetiology of acute pancreatitis. *HPB*, 2019; 3(21):259-267. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1365182X18339327>

37. Koutroumpakis E, Slivka A, Furlan A, Dasyam AK, Dudekula A, Greer JB. Management and outcomes of acute pancreatitis patients over the last decade: A US tertiary-center experience, *Pancreatology*, 2016; *Pancreatology* 1(17):32-49. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S142439031631227>
38. Rueda-Castiblanco CP. Rendimiento Diagnóstico De Los Criterios De Atlanta Para Clasificar Severidad En Pancreatitis Aguda, En Pacientes Del Hospital Universitario Mayor. Universidad El Rosario. Facultad de Medicina. Bogotá D.C. Julio de 2017
39. Ocampo C, Kohan, G, Leiro F, Basso S, Gutiérrez S, Perna L. Diagnóstico y tratamiento de la pancreatitis aguda en la Argentina. Resultados de un estudio prospectivo en 23 centros. *Acta Gastroenterol Latinoam* 2015;45(4):295-302



## ANEXOS



### INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

(ANEXO Nro. 1)

#### CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS DE LA PANCREATITIS AGUDA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO “DR. LUIS RAZETTI” BARCELONA

|                                                                                  |                                  |                                                                            |                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| Nro. Historia clínica:                                                           |                                  |                                                                            |                                    |
| <b>PARTE I: DATOS DE IDENTIFICACIÓN.</b>                                         |                                  |                                                                            |                                    |
| Edad (años):                                                                     |                                  | Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino |                                    |
| ANTECEDENTES PERSONALES: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |                                  |                                                                            |                                    |
| ¿Cuál?                                                                           |                                  |                                                                            |                                    |
| <b>HÁBITOS PSICOBIOLOGICOS:</b>                                                  |                                  |                                                                            |                                    |
| <input type="checkbox"/> Alcohol                                                 | <input type="checkbox"/> Tabaco  | <input type="checkbox"/> Drogas                                            | <input type="checkbox"/> Otros     |
| <b>PARTE II: DATOS DE CLÍNICA Y PARACLÍNICOS</b>                                 |                                  |                                                                            |                                    |
| <b>CLÍNICA:</b>                                                                  |                                  |                                                                            |                                    |
| <input type="checkbox"/> Dolor abdominal                                         | <input type="checkbox"/> Nauseas | <input type="checkbox"/> Vómitos                                           | <input type="checkbox"/> Ictericia |
| ¿Otro? ¿Cuál? _____                                                              |                                  |                                                                            |                                    |
| <b>SIGNOS VITALES</b>                                                            |                                  |                                                                            |                                    |
| FC ___ lpm   FR ___ rpm   PA ___/___ mmHg   SpO2 ___%                            |                                  |                                                                            |                                    |
| <b>LABORATORIOS:</b>                                                             |                                  |                                                                            |                                    |
| HB ___ g/dl                                                                      | LEU ___ cel/mm <sup>3</sup>      | NEU ___ %                                                                  | Amilasa ___ UI                     |
| LIP ___ UI                                                                       | UR ___ mg/dL                     | CR ___ mg/dL                                                               | GGT ___ UI                         |
| BT ___ mg/dL                                                                     | BD ___ mg/dL                     | BI ___ mg/dL                                                               | Otro _____                         |
| <b>IMAGENOLOGÍA:</b>                                                             |                                  |                                                                            |                                    |
| <input type="checkbox"/> ECO                                                     | <input type="checkbox"/> TC      | <input type="checkbox"/> CRM                                               | <input type="checkbox"/> CPRE      |
| <b>HALLAZGOS:</b>                                                                |                                  |                                                                            |                                    |
|                                                                                  |                                  |                                                                            |                                    |
|                                                                                  |                                  |                                                                            |                                    |
| <b>PARTE III: DATOS DE ETIOLOGÍA</b>                                             |                                  |                                                                            |                                    |

|                                                                                                                            |                                     |                                               |                                |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------------------|--------------------------------|
| <b>ETIOLOGÍA:</b>                                                                                                          |                                     |                                               |                                |
| <input type="checkbox"/> Biliar                                                                                            | <input type="checkbox"/> Alcohólica | <input type="checkbox"/> Hipertrigliceridemia | <input type="checkbox"/> Otros |
| ¿Cuál?                                                                                                                     |                                     |                                               |                                |
| <b>PARTE IV: CLASIFICACIÓN SEVERIDAD ATLANTA 2012 <sup>(21)</sup></b>                                                      |                                     |                                               |                                |
| <input type="checkbox"/> LEVE   <input type="checkbox"/> MODERADAMENTE SEVERA   <input type="checkbox"/> SEVERA            |                                     |                                               |                                |
| FALLA ORGÁNICA: <input type="checkbox"/> AUSENTE <input type="checkbox"/> TRANSITORIA <input type="checkbox"/> PERSISTENTE |                                     |                                               |                                |
| COMPLICACIONES LOCALES: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO                                            |                                     |                                               |                                |
| ¿Cuáles?                                                                                                                   |                                     |                                               |                                |
| <b>PARTE V: DATOS DE ESTANCIA HOSPITALARIA Y DESENLACE</b>                                                                 |                                     |                                               |                                |
| ESTANCIA HOSPITALARIA: _____ (días)                                                                                        |                                     |                                               |                                |
| OTRAS COMPLICACIONES: <input type="checkbox"/> SI (_____)   <input type="checkbox"/> NO                                    |                                     |                                               |                                |
| DESENLACE: <input type="checkbox"/> SUPERVIVENCIA <input type="checkbox"/> FALLECIMIENTO                                   |                                     |                                               |                                |
| <b>OBSERVACIONES</b>                                                                                                       |                                     |                                               |                                |

Autores: Guaimares V, Guillén C, R F (2024).

*Leyenda. F: Femenino. M: Masculino. HB: hemoglobina LEU: leucocitos. NEU: neutrófilos. BT: bilirrubina total BD: bilirrubina directa. BI: bilirrubina indirecta. GGT:  $\gamma$ -glutamyltransferasa. TGO: aspartato aminotransferasa. TGP: alanina aminotransferasa. UR: urea. CR: creatinina. ECO: ecografía abdominal. TC: tomografía computarizada abdominal. CRM: colangiografía resonancia magnética. CPRE: Colangiopancreatoduodenografía retrógrada endoscópica.*

## **METADATOS DE TRABAJO DE GRADO, TESIS Y ASCENSO.**

|                  |                                                                                                                                    |
|------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>TÍTULO</b>    | CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS DE LA PANCREATITIS AGUDA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO “DR. LUIS RAZETTI” BARCELONA |
| <b>SUBTÍTULO</b> |                                                                                                                                    |

### **AUTOR (ES):**

| <b>APELLIDOS Y NOMBRES</b> | <b>CÓDIGO CVLAC / E MAIL</b>                                         |
|----------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| Guaimares P, Viviana J     | <b>CVLAC:</b> 26.704.463<br><b>EMAIL:</b> vivianaguaimares@gmail.com |
| Guillén M, Cristiangel C   | <b>CVLAC:</b> 26.118.719<br><b>EMAIL:</b> cristiangelcgm@gmail.com   |
| Rivero M, Francys C        | <b>CVLAC:</b> 26.419.537<br><b>EMAIL:</b> francysrivero05@gmail.com  |

### **PALÁBRAS O FRASES CLAVES:**

|                    |
|--------------------|
| pancreatitis aguda |
| litiasis vesicular |
| dolor abdominal    |
| Atlanta 2012       |

## METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO

| ÁREA                            | SUBÁREA                          |
|---------------------------------|----------------------------------|
| Escuela de Ciencias de la Salud | Departamento de Medicina Interna |
|                                 |                                  |

### RESUMEN (ABSTRACT)

La pancreatitis aguda puede causar injuria local, síndrome de respuesta inflamatoria sistémica, fallo orgánico y muerte, conformando una de las patologías más importantes en el área de emergencia. **Objetivo:** Analizar las características epidemiológicas de la pancreatitis aguda en los pacientes ingresados en el Complejo Hospitalario Universitario “Dr. Luis Razetti” de Barcelona, estado Anzoátegui, en el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2020 a 31 de diciembre de 2023. **Material y Métodos:** Investigación descriptiva, documental, retrospectiva transversal que incluyó 51 pacientes con pancreatitis aguda. **Resultados:** 54,9% del sexo femenino, con edad media de  $43,6 \pm 17,6$  años,  $\frac{1}{4}$  refirió hábito alcohólico. El dolor abdominal (88,2%), ictericia (25,5%) y vómitos (25,5%) fueron los síntomas más frecuentes, hallando taquipnea como signo clínico predominante (17,6%). A nivel ecográfico, el páncreas aumentado de tamaño fue el hallazgo más común (68,6%), y a nivel paraclínico las cifras medias elevadas de bilirrubina total, enzimas pancreáticas, GGT y fosfatasa alcalina. La etiología biliar fue la principal (82,4%) y casi la totalidad de la muestra se clasificó de acuerdo a Atlanta 2012 como leve (80,4%), con escasas complicaciones locales y sistémicas y una mortalidad del 0% para una estancia media de 7,8 días, la cual aumentó con la severidad del cuadro ( $p 0,001$ ). **Conclusión:** Los hallazgos descritos se correlacionan epidemiológicamente con la bibliografía mundial revisada, y se destaca que el manejo en el centro hospitalario de estudio fue óptimo al evidenciar escasa severidad, pocas complicaciones locales y sistémicas y una supervivencia del 100%.

**METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y  
ASCENSO**

**CONTRIBUIDORES**

| APELLIDOS Y<br>NOMBRES | ROL / CÓDIGO CVLAC / E_MAIL |                                                                                 |      |    |      |
|------------------------|-----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|------|----|------|
|                        | ROL                         | CA                                                                              | AS X | TU | JU   |
| Díaz, Uslar            | CVLAC:                      | C.I: 18.013.253                                                                 |      |    |      |
|                        | E_MAIL                      | <u><a href="mailto:gibrangastro@gmail.com">gibrangastro@gmail.com</a></u>       |      |    |      |
|                        |                             |                                                                                 |      |    |      |
| Díaz, José             | ROL                         | CA                                                                              | AS   | TU | JU X |
|                        | CVLAC:                      | C.I: 19.892.097                                                                 |      |    |      |
|                        | E_MAIL                      | <u><a href="mailto:josediegodiaz23@gmail.com">josediegodiaz23@gmail.com</a></u> |      |    |      |
| Sotillo, Ali           | ROL                         | CA                                                                              | AS   | TU | JU X |
|                        | CVLAC:                      | C.I: 20.360.343                                                                 |      |    |      |
|                        | E_MAIL                      | <u><a href="mailto:Alisotillo@gmail.com">Alisotillo@gmail.com</a></u>           |      |    |      |

**FECHA DE DISCUSIÓN Y APROBACIÓN**

|      |     |     |
|------|-----|-----|
| 2025 | 02  | 21  |
| AÑO  | MES | DÍA |

**LENGUAJE. SPA**

## **METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO**

### **ARCHIVO (S):**

| <b>NOMBRE DE ARCHIVO</b> | <b>TIPO MIME</b>   |
|--------------------------|--------------------|
| NAZTTGGPVJ2025           | Application/msword |

### **ALCANCE:**

ESPACIAL: inespacial

TEMPORAL: intemporal

### **TÍTULO ASOCIADO CON EL TRABAJO:**

Médico Cirujano

### **NIVEL ASOCIADO CON EL TRABAJO:**

Pregrado

### **ÁREA DE ESTUDIO:**

Escuela de Ciencias de la Salud

### **INSTITUCIÓN**

Universidad de Oriente/Núcleo de Anzoátegui

# METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO



UNIVERSIDAD DE ORIENTE  
CONSEJO UNIVERSITARIO  
RECTORADO

CUN°0975

Cumana, 04 AGO 2009

Ciudadano  
**Prof. JESÚS MARTÍNEZ YÉPEZ**  
Vicerrector Académico  
Universidad de Oriente  
Su Despacho

Estimado Profesor Martínez:

Cumplo en notificarle que el Consejo Universitario, en Reunión Ordinaria celebrada en Centro de Convenciones de Cantaura, los días 28 y 29 de julio de 2009, conoció el punto de agenda **"SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA PUBLICAR TODA LA PRODUCCIÓN INTELECTUAL DE LA UNIVERSIDAD DE ORIENTE EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL DE LA UDO, SEGÚN VRAC N° 696/2009"**.

Leído el oficio SIBI - 139/2009 de fecha 09-07-2009, suscrita por el Dr. Abul K. Bashirullah, Director de Bibliotecas, este Cuerpo Colegiado decidió, por unanimidad, autorizar la publicación de toda la producción intelectual de la Universidad de Oriente en el Repositorio en cuestión.

UNIVERSIDAD DE ORIENTE  
SISTEMA DE BIBLIOTECA  
RECIBIDO POR *[Firma]*  
FECHA 5/8/09 HORA 5:20

Cordialmente,

*[Firma]*  
**JUAN A. BOLAÑOS CUMERO**  
Secretario



C.C: Rectora, Vicerrectora Administrativa, Decanos de los Núcleos, Coordinador General de Administración, Director de Personal, Dirección de Finanzas, Dirección de Presupuesto, Contraloría Interna, Consultoría Jurídica, Director de Bibliotecas, Dirección de Publicaciones, Dirección de Computación, Coordinación de Teleinformática, Coordinación General de Postgrado.

JABC/YOC/manuja

Apertado Correos 094 / Telés: 4008042 - 4008044 / 8008043 Telefax: 4008043 / Cumana - Venezuela



Barcelona, Febrero de 2025

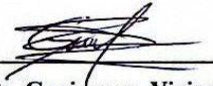
UNIVERSIDAD DE ORIENTE  
NÚCLEO ANZOÁTEGUI  
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD  
COMISIÓN DE TRABAJO DE GRADO

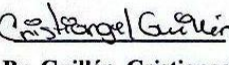
**METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO**

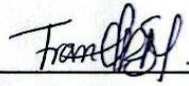
**DERECHOS**

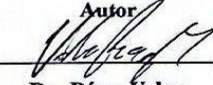
De acuerdo al artículo 41 del reglamento de trabajos de grado (Vigente a partir del II Semestre 2009, según comunicación CU-034-2009)

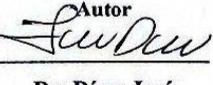
“Los Trabajos de Grado son exclusiva propiedad de la Universidad de Oriente y solo podrán ser utilizadas a otros fines con el consentimiento del consejo de núcleo respectivo, quien lo participa al Consejo Universitario, para su autorización”

  
Br. Guaimares, Viviana

  
Br. Guillén, Cristiangel

  
Br. Rivero, Francys

Autor  
  
Dr. Díaz, Uslar  
Miembro Asesor

Autor  
  
Dr. Díaz, José  
Miembro Principal

Autor  
  
Dr. Sotillo, Ali  
Miembro Principal

  
Profa Solirant Jiménez  
Coordinadora

Comisión de Trabajo de Grado  
Escuela de Ciencias de la Salud