



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
SECCIÓN DE POSGRADO

**VENTAJAS COMPARATIVAS ENTRE LA DIETA BLANDA Y
LA DIETA BASADA EN LIQUIDOS CLAROS INICIADA A LOS
PACIENTES CON PANCREATITIS AGUDA LEVE EN EL
HOSPITAL MARIA AUXILIADORA**

**PRESENTADA POR
JORGE ROBERTO MOSQUEIRA SANCHEZ**

**ASESOR
Dr. WILFREDO SALINAS CASTRO**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN
PARA OPTAR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA INTERNA**

**LIMA – PERÚ
2018**



Reconocimiento - No comercial

CC BY-NC

El autor permite entremezclar, ajustar y construir a partir de esta obra con fines no comerciales, y aunque en las nuevas creaciones deban reconocerse la autoría y no puedan ser utilizadas de manera comercial, no tienen que estar bajo una licencia con los mismos términos.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
SECCIÓN DE POSGRADO**

**VENTAJAS COMPARATIVAS ENTRE LA DIETA
BLANDA Y LA DIETA BASADA EN LIQUIDOS CLAROS
INICIADA A LOS PACIENTES CON PANCREATITIS
AGUDA LEVE EN EL HOSPITAL MARIA AUXILIADORA**

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA INTERNA**

**PRESENTADO POR
JORGE ROBERTO MOSQUEIRA SANCHEZ**

**ASESOR
Dr. WILFREDO SALINAS CASTRO**

LIMA, PERÚ

2018

ÍNDICE

	Pág.
Portada	i
Índice	ii
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.1 Descripción de la situación problemática	1
1.2 Formulación del problema	2
1.3 Objetivos	2
1.3.1 Objetivo general	2
1.3.2 Objetivos específicos	3
1.4 Justificación	3
1.4.1. Importancia	3
1.4.2. Viabilidad	4
1.5 Limitaciones	5
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	6
2.1 Antecedentes	6
2.2 Bases teóricas	9
2.3 Definición de términos básicos	13
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES	15
3.1 Formulación de la hipótesis	15
3.2 Variables y su operacionalización	15

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA	17
4.1 Diseño metodológico	17
4.2 Diseño muestral	17
4.3 Procedimientos de recolección de datos	17
4.4 Procesamiento y análisis de datos	19
4.5 Aspectos éticos	20
CRONOGRAMA	21
PRESUPUESTO	21
RECURSOS HUMANOS	21
FUENTES DE INFORMACIÓN	23
ANEXOS	
1. Matriz de consistencia	
2. Instrumentos de recolección de datos	
3. Carta de confidencialidad de datos al Director del Hospital	

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la situación problemática

Actualmente, a nivel mundial la pancreatitis aguda (PA) es una de las enfermedades más comunes que afecta el tracto gastrointestinal. Es por ello que se vienen desarrollando guías tratando de estandarizar el tratamiento de esta importante patología. En nuestro país y sobretodo en el Hospital María Auxiliadora, las decisiones médicas a tomar respecto a esta enfermedad se basan mayormente en la guía de PA publicada por la Academia Americana de Gastroenterología en el año 2013, donde se menciona que el inicio de la nutrición con dieta sólida baja en grasa (DSBG) parece ser tan segura como la dieta basada en líquidos claros (DBLC); sin embargo, debemos tener en cuenta que es una recomendación condicional y de nivel de evidencia moderada.¹

Es por ello, que en nuestro país y sobre todo el personal médico con más años de experiencia todavía prefiere iniciar una dieta con líquidos claros y escalonar la misma por cautela, a pesar que algunos estudios demostraron que no hay diferencia en complicaciones entre el inicio de la nutrición con DSBG y DBLC; así como, cuando se comparó esta última con la dieta blanda (DB). Sin embargo, como lo demostró Nagarajan Rajkumaj et al., el tiempo de estancia hospitalaria es más corto en los pacientes que iniciaron DB como nutrición inicial en comparación a los pacientes que iniciaron DBLC.²

La falta de alto nivel de evidencia con un fuerte grado de recomendación por parte de la guía antes mencionada respecto al inicio de la DB o DSBG, conlleva a que en el Hospital María Auxiliadora existan dos grupos bien diferenciados, uno que utiliza la dieta escalonada iniciando líquidos claros y otro que inicia DB a los pacientes con el cuadro clínico mencionado. Esta falta de unanimidad en el manejo de los pacientes, en lo que respecta a su nutrición, genera un aumento de los días de estancia hospitalaria, lo cual incrementa los riesgos de complicaciones como infecciones intrahospitalarias, incrementa los costos de hospitalización ya sea para el estado o para el paciente (de no contar con seguro) y, además genera el bloqueo injustificado de una cama que puede ser utilizada por otro paciente, pues muchos de ellos se encuentran esperando varios días en nuestra emergencia.

El presente estudio busca comparar el inicio de una DB con una DBLC como parte del tratamiento en los pacientes con pancreatitis aguda leve (PAL) hospitalizados en el Hospital María Auxiliadora.

1.2 Formulación del problema

¿Cuáles son las ventajas entre iniciar una DB y una DBLC a los pacientes con PAL en el Hospital María Auxiliadora?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo general

Determinar las ventajas entre iniciar una DB y una DBLC a los pacientes con PAL en el Hospital María Auxiliadora 2017.

1.3.2 Objetivos específicos

- Evaluar la duración de la estancia hospitalaria total (DEHT) de los pacientes con PAL que recibieron DB y de los pacientes que recibieron DBLC.
- Evaluar la duración de estancia hospitalaria luego de iniciar la dieta (DEHID) de los pacientes con PAL que recibieron DB y de los pacientes que recibieron DBLC.
- Identificación del tiempo de inicio de la dieta oral (TIDO) y DB (TIDB) en los pacientes con PA.
- Identificar complicaciones entre los pacientes con pancreatitis agua leve que recibieron DB y los pacientes que recibieron DBLC.
- Identificar los criterios utilizados para el inicio la nutrición por vía oral.

1.4 Justificación

1.4.1 Importancia

Hasta el momento no existe una recomendación fuerte y de alto nivel de evidencia que permita estandarizar el uso de un tipo de dieta al iniciar la nutrición por vía oral a los pacientes que se hospitalizan con PAL.

Este trabajo es relevante para demostrar que en nuestra población no existen diferencias entre la DB y la DBLC en lo referente a complicaciones; y a su vez, de demostrar que el inicio con DB disminuye la estancia hospitalaria, se estaría estableciendo un claro beneficio para el paciente, nuestro sistema de salud y en general toda la población. Respecto al paciente, al disminuir el tiempo de hospitalización se disminuye la exposición a complicaciones como infecciones intrahospitalarias. Respecto al sistema de salud, aumentaría la productividad y disminuiría costos de hospitalización al seguro integral de salud. Y finalmente, el beneficio a la población en general debido a la mayor disponibilidad de camas para su uso.

Este estudio, novedoso en nuestra población, generaría nuevo conocimiento para la comunidad médica de nuestro país y permitiría, sobre todo en el Hospital María Auxiliadora, la elaboración de protocolos de manejo que puedan ser aplicados en base a conocimiento científico demostrado.

1.4.2 Viabilidad

Se cuenta con un equipo capacitado para la toma de datos de las historias clínicas de todo que se hospitaliza con PAL, disponiendo del tiempo suficiente para revisar cada caso. No se requieren equipos o materiales de alto costo que exceda del presupuesto mínimo a utilizar. Es factible realizar la investigación y no existen problemas éticos al investigar el problema ya

que los datos se tomarán directamente de la historia clínica, sin poner en riesgo integridad de los pacientes que participarán en el estudio.

1.4.3 Limitaciones

En lo referente a la recolección de datos, como estos se toman directamente de la historia clínica, no siempre se podrá obtener la información de los criterios utilizados para iniciar la dieta en el paciente con PAL, pues en múltiples ocasiones no se encuentra consignada en las evoluciones diarias.

No existen otras limitaciones respecto al realización de este estudio.

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

Hasta el momento se cuentan con algunos estudios donde se comparan la DB, DSBG y DBLC. En los casos de PAL la nutrición oral se inicia cuando existe una reducción del dolor abdominal, náusea y vómitos, especialmente cuando retorna el apetito.³ Tradicionalmente, los pacientes reciben la dieta de una manera escalonada cuando existe ausencia de dolor abdominal y las enzimas pancreáticas van disminuyendo, iniciando con DBLC en las primeras 24 horas, luego una DB baja en grasas, y si es tolerada, luego de 24 horas se continúa con una DSBG.³

Sin embargo, desde el 2007, Eckerwall GE et al., evaluó el inicio de la nutrición oral inmediata a los pacientes con PAL concluyendo que es una práctica factible, segura y puede acelerar la recuperación sin eventos adversos gastrointestinales.⁴ Este mismo año, Jacobson BC et al., mediante un ensayo clínico aleatorizado prospectivo en el cual incluyó 121 pacientes con PAL demostró que iniciar la nutrición oral con una DSBG fue segura y proporcionó mayores calorías que una DBLC; sin embargo, no disminuyó los días de estancia hospitalaria.⁵

Un año después, Sathiaraj E et al. en el 2008 publicó los resultados de un ensayo clínico aleatorizado realizado en el Instituto Asiático de Gastroenterología, los cuales demostraban una disminución estadísticamente

significativa en la DEHT y DEHID de una media de 2 días a favor de los pacientes que recibieron BD ($P < 0.001$). Asimismo, los pacientes que iniciaron DB consumieron significativamente mayor cantidad de calorías y grasas en el día 1 del estudio ($P < 0.001$).⁶

Moraes JM et al. mediante un ensayo clínico doble ciego aleatorizado controlado prospectivo publicado en el 2010, comparó la seguridad y la duración de la hospitalización entre los pacientes con PAL que recibieron DBLC, DB y dieta sólida completa (DSC). Incluyeron 210 pacientes, 70 en cada brazo y los resultados mostraron que no existieron diferencias respecto a las recaídas durante el inicio de la nutrición en los 3 grupos ($P=0.80$); además, que los sujetos que recibieron DSC consumieron significativamente mayor cantidad de calorías y grasas en los días 1 y 2 ($P < 0.001$). Se observó también, un menor tiempo de estancia hospitalaria (media de -1.5 días) entre los pacientes que recibieron DSC sin recaídas asociadas a color abdominal.⁷

En el 2013, Rajkumaj et al. evaluó la seguridad de iniciar una DB temprana comparada con una DBLC a los pacientes con PAL como nutrición inicial, encontrando que la estancia hospitalaria total y la estancia hospitalaria luego de iniciar la dieta fue menor en el grupo que recibió DB (4.23 ± 2.08 y 1.96 ± 1.63 días, $P < 0.0001$) en comparación al grupo que recibió DBLC (6.91 ± 2.43 and 4.10 ± 1.64 días, $P < 0.0001$).² Así mismo, el grupo que recibió DB tuvo 2.14 días de la estancia hospitalaria luego de iniciar la dieta comparado con grupo que recibió DBLC.²

Lariño-Noia et al., ya en el 2014, publicó un ensayo clínico abierto aleatorizado donde buscó evaluar la duración de estancia hospitalaria (DEH) y la tolerancia al inicio de la dieta temprana y/o la ingesta inmediata de calorías completas en los pacientes que se recuperaban de PA. Los resultados mostraron una disminución de la DEH luego de iniciar la dieta temprana (media de 5 vs. 7 días ($P = 0.001$)) pero no en los pacientes que recibieron dieta calórica completa inmediata, comparada con el manejo estándar (6 vs. 6 días ($P = 0.12$)). Asimismo, no encontraron diferencia respecto a la tolerancia, concluyendo que el reinicio de la nutrición oral con dieta calórica completa en pacientes con PA, cuando los ruidos hidroaéreos están presentes, es segura y bien tolerada.⁸

En un meta análisis publicado en el 2016, Horibe M et al., luego de analizar 5 ensayos clínicos aleatorizados, concluyeron que comparado con el reinicio de la dieta vía oral estándar, el reinicio de la dieta oral temprana reduce la DEH de manera segura a los pacientes con PA.⁹

Basándose en los estudios mencionados anteriormente, se vienen desarrollando guías para el manejo de la PA como la guía del manejo de PA publicada en el 2013 por el Colegio Americano de Gastroenterología, que sugiere el inicio inmediato de la nutrición oral si no existe náusea y vómito, y si el dolor abdominal se ha resuelto (recomendación condicional, nivel de evidencia moderada); así mismo, sugieren que el inicio de una DSBG parece ser tan segura como una DBLC (recomendación condicional, nivel de evidencia moderada).¹ Las guías basadas en evidencia IPA/APA (Internacional Association of Pancreatology/American Pancreatic Association) para el manejo

de la PA recomiendan el uso de nutrición oral en PAL siempre y cuando el dolor abdominal haya disminuido y los marcadores inflamatorios hayan mejorado pancreáticas (Grado de recomendación 2B).¹⁰ Sin embargo, la Guía Japonesa para el manejo de la PA publicada en el 2015 no hace mención al tipo de dieta a iniciar, sugiriendo solamente que el inicio de la administración oral debe determinarse por indicadores tales como la resolución del dolor abdominal y disminución de las enzimas pancreáticas (Grado de recomendación 2B).¹¹

2.2 Bases teóricas

La PA es la inflamación del páncreas producida por diversas causas en un corto periodo de tiempo. Representa una de enfermedad común del sistema gastrointestinal. Su incidencia varía entre 4.9 y 73.4 casos por 100000 habitantes a nivel mundial.¹

El diagnóstico de ésta entidad se establece con frecuencia en base a la presencia de 2 de 3 de los siguientes criterios:¹

1. Dolor abdominal típico consistente con la enfermedad (Dolor en epigastrio, descrito como constante con irradiación a la espalda, tórax o flancos)
2. Nivel sérico de amilasa y/o lipasa que sea ≥ 3 veces el límite superior normal y/o
3. Hallazgos característicos en imágenes abdominales.

Respecto al diagnóstico por imágenes, la Guía del Colegio Americano de Gastroenterología menciona solamente a la tomografía computarizada (TC) y a la resonancia magnética (RM).¹ Sin embargo, en los criterios diagnósticos sugeridos por la Guía Japonesa 2015 también se considera a los hallazgos anormales identificados por la ecografía abdominal.¹¹

Luego de realizar el diagnóstico de esta entidad, se debe de establecer la severidad de la misma. Utilizando los criterios de Atlanta 2013, la severidad de la PA se define de la siguiente manera:^{1,3}

- **PA leve (PAL):** caracterizada por ausencia de daño orgánico y complicaciones locales o sistémicas.
- **PA moderadamente severa (PAMS):** caracterizada por falla de órgano blanco transitoria (menor a 48h) y/o complicaciones locales o sistémicas.
- **PA severa (PAS):** caracterizada por falla orgánica persistente mayor a 48 horas.

Es importante remarcar que la PAL es con frecuencia una enfermedad autolimitada y se presenta en el 75-80% de los casos, a diferencia de la PAS que ocurre en el 20-25% de los pacientes con PA y se caracteriza por dos fases distintas:³

- **Fase temprana** (dentro de la primera semana), en la cual el síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SRIS) puede progresar a compromiso multiorgánico.

- **Fase tardía** (luego de la primera semana), en la cual la falla orgánica puede tornarse persistente y pudiendo presentarse complicaciones locales.

La tasa de mortalidad es relativamente baja (1%) en la PAL, pero puede aumentar hasta el 30% en la PAS. La mortalidad puede llegar al 50% en casos de necrosis local extensa y hasta alcanzar el 80% en casos de sepsis.³

Es importante remarcar también, que existen escalas que nos ayudan a estratificar la severidad de la PA tal como el Marshall, BISAP y el JSS (Japanese severity score); sin embargo, es la escala de severidad APACHE II una de las más relevantes. En PA, al inicio y durante las primeras 72 horas, un APACHE II <8 es predictor de una tasa de mortalidad baja (<4%), mientras que un APACHE II ≥8 predice un rango de mortalidad que va de 11 a 18%. Una escala APACHE II que incrementa en las primeras 48 horas es un fuerte predictor de PAS, mientras que si la puntuación de la escala disminuye en las primeras 48 horas es predictor de PAL.³

El manejo de un cuadro de PA se basa en la hidratación agresiva temprana que puede variar entre 250-500ml/hora en base a una solución de cristaloides, la cual debe instaurarse en todos los pacientes a menos que presenten comorbilidades como enfermedad renal o cardiovascular. La hidratación endovenosa agresiva temprana es más beneficiosa durante las primeras 12 a 24 horas, siendo mínimo el beneficio de la misma después de este periodo.¹ La Guía Japonesa recomienda la resucitación rápida con fluidos en corto

tiempo (150-600ml/hora) dependiendo de la presencia de deshidratación leve o shock; además, hacen referencia que los pacientes sin deshidratación deben ser monitorizados constantemente y recibir una hidratación apropiada (130-150ml/hora).¹¹

Se debe tener en cuenta también la aplicación de analgesia y antieméticos; así como, el manejo el manejo de comorbilidades y soporte nutricional. Respecto al soporte nutricional, esto depende la severidad de la PA. La guía americana 2013 recomienda, que en pacientes con PAL la nutrición por vía oral debe iniciarse tan pronto se haya resuelto al dolor abdominal y no exista náusea o vómito. Además, refieren que la DSBG parece ser tan segura como la DBLC en el inicio de la nutrición de pacientes con PAL (recomendación condicional, nivel de evidencia moderada).¹ Sin embargo, en los cuadros de PAS, se recomienda la nutrición enteral, evitando en lo posible el uso de nutrición parenteral, a menos que, no sea posible llevar a cabo la nutrición enteral (recomendación fuerte, alto nivel de evidencia).¹

La Guía Japonesa 2015 hace mención que en los casos de PAL no se recomienda el uso de hiperalimentación endovenosa (Grado de recomendación 1B).¹⁰ Sin embargo en los casos de PAS, si la nutrición enteral se inicia en fase temprana puede reducir la incidencia de complicaciones y aumentar la tasa de supervivencia (Grado de recomendación 2A).¹⁰

2.3 Definición de términos básicos

- Pancreatitis aguda (PA): inflamación del parénquima pancreático por cualquier etiología cuyos síntomas, análisis de laboratorio y/o imágenes son compatibles con la enfermedad.
- Pancreatitis aguda leve (PAL): inflamación del parénquima pancreático sin falla orgánica y complicaciones, ya sea locales o sistémicas. Se evaluará mediante la puntuación APACHE II <8 al ingreso.
- Dieta basada en líquidos claros (DBLC): dieta inicial con líquidos claros (agua) para probar tolerancia oral el día 1, luego dieta líquida (alimentos licuados) día 2, DB día 3 y finalmente dieta completa (requerimientos adecuados de grasa, proteínas y carbohidratos) día 4.
- Dieta blanda (DB): dieta en bajo contenido de grasas, basada en carbohidratos y proteínas.
- Duración de la estancia hospitalaria total (DEHT): número de días desde la admisión a emergencia hasta el día de alta hospitalaria.
- Duración de la estancia hospitalaria luego de iniciar la dieta (DEHID): número de días de hospitalización desde el inicio de la nutrición por vía oral hasta el día de alta hospitalaria.
- Tiempo de inicio de la dieta oral (TIDO): número de días desde la admisión a emergencia hasta el inicio de la dieta oral.
- Tiempo de inicio de la dieta blanda (TIDB): número de días desde la admisión a emergencia hasta el inicio de la DB.
- Complicaciones: definida como la presencia de complicaciones locales o sistémicas.

- Complicaciones locales: presencia de pseudoquiste pancreático o necrosis o necrosis infectada.
- Complicaciones sistémicas: shock hipovolémico o séptico.
- Criterios para el inicio la nutrición por vía oral: identificar los siguientes
 - Ausencia de dolor abdominal sin analgésicos
 - Ausencia de náusea y/o vómitos
 - Ruidos hidroaéreos presentes
 - Apetito presente
 - Flatos presentes

CAPÍTULO III: HIPOTESIS Y VARIABLES

3.1 Formulación de la hipótesis principal y derivadas

Hi: La DB presenta ventajas sobre DBLC en los pacientes con PAL.

Ho: La DB no presenta ventajas sobre DBLC en los pacientes con PAL.

Ha1: La duración de la estancia hospitalaria total (DEHT) de los pacientes con PAL es menor en los pacientes que recibieron DB en comparación a de los pacientes que recibieron DBLC.

Ha2: La duración de estancia hospitalaria luego de iniciar la dieta (DEHID) de los pacientes con PAL es menor en los pacientes que recibieron DB en comparación a de los pacientes que recibieron DBLC.

Ha3: No existe diferencia en lo referente a complicaciones entre los pacientes con PAL que recibieron DB y DBLC.

3.2 Variables y definición operacional

Variable	Definición operacional	Tipo de variable	Indicador	Escala de medición	Categorías	Valor final de categorías	Medio de verificación
Estancia hospitalaria (DEHT)	Número de días desde la admisión a emergencia hasta el día de	Cuantitativa discreta	Número de días	Razón	Promedio: 1 – 4 días Prolongada : >4 días	1 2	Historia clínica

	alta hospitalaria						
Estancia hospitalaria luego de iniciar la dieta (DEHID)	Número de días de hospitalización desde el inicio de la nutrición por vía oral hasta el día de alta hospitalaria	Cuantitativa discreta	Número de días	Razón	Promedio: 1 – 4 días Prolongada : >4 días	1 2	Historia clínica
Tiempo de inicio de la dieta oral (TIDO)	Número de días desde la admisión a emergencia hasta el inicio de la dieta oral	Cuantitativa discreta	Número de días	Razón	Promedio: 1 – 4 días Prolongada : >4 días	1 2	Historia clínica
Tiempo de inicio de la dieta blanda (TIDB)	Número de días desde la admisión a emergencia hasta el inicio de la DB	Cuantitativa discreta	Número de días	Razón	Promedio: 1 – 4 días Prolongada : >4 días	1 2	Historia clínica

CAPÍTULO IV: METODOLOGIA

4.1 Diseño metodológico: Tipo y diseño de estudio

Estudio observacional, cuantitativo, descriptivo, retrospectivo de serie de casos comparativo.

4.2 Diseño muestral:

Muestreo no probabilístico por conveniencia, de manera secuencial hasta completar la muestra.

Población: todos los pacientes con el diagnóstico de PAL, de ambos sexos, mayores de 18 años independientemente de la etiología.

Unidad de análisis: pacientes con PAL.

Tamaño de la muestra: No se trabajará con muestra, se tomará en cuenta a aquellos pacientes que cumplan nuestros criterios de inclusión entre enero y diciembre del 2017.

4.3 Procedimientos de recolección de datos

Para la recolección de datos se utilizará un formato de registro (Anexo 02).

Se tomará los datos de las historias clínicas de los pacientes con PAL admitidos durante el periodo de tiempo entre enero y diciembre del año 2017, en el servicio de Medicina Interna del Hospital María Auxiliadora que cumplan los requisitos para ser incluidos y no presenten ninguno de los requisitos para

ser excluidos del trabajo.

Criterios de inclusión

Edad: mayores de 18 años

Primer episodio de PAL. Según el Colegio Americano de Gastroenterología, se define un la PA como un cuadro clínico compatible asociado a un nivel de amilasa y/o, lipasa de al menos 3 veces sobre el nivel normal. Además, se considera leve a un APACHE II <8.

Criterios de exclusión

Pacientes menores de 18 años.

Pacientes con PA recurrente.

Pacientes con PA severa.

Pacientes con evidencia laboratorial o imagenológica de coledocolitiasis.

Falta de criterios compatibles con PAL y de datos en las historias revisadas.

Evaluaremos las características relacionadas a demografía, laboratorio y etiología. Esta última se clasificará en: 1) Biliar: evidencia de litiasis en un estudio de imágenes; 2) No biliar: a) Alcohólica; b) Post instrumentación de vía biliar: dolor abdominal mayor a 24 horas de duración luego del procedimiento realizado, además de amilasa y/o lipasa elevadas (más de tres veces su valor máximo normal), esto incluye PA luego de realizar una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE), colangiografía

intraoperatoria (CIO) y colangiografía percutánea (CP); c) Tóxica o asociada a fármacos; d) Páncreas Divisum; e) Anomalías estructurales: hipertonia del esfínter de Oddi, papilitis, disfunción de stent, infiltración tumoral; f) Asociado a enfermedad inflamatoria intestinal; g) Infecciosa; h) Hipercalcémica; i) Vascular; j) Hiperlipémica; k) Idiopática.

La severidad será según las escalas de APACHE II, Marshall y Bisap. Se dividió a la serie de casos en dos grupos según habían sido sometidos a inicio de DBLC o directamente a DB. Así mismo, se evaluó las consideraciones para el inicio de dieta como ausencia de dolor, presencia de ruidos hidroaéreos, eliminación de flatos, y no uso de analgésicos por lo menos en las 24 horas previas. Se consideró como complicación (o falla) de forma de inicio de dieta la recurrencia de dolor abdominal, náusea, vómitos, prolongación de estancia hospitalaria, variación de la escala de severidad, presencia de complicaciones locales o sistémicas, re-hospitalización en menos de 48 horas, mortalidad.

4.4 Procesamiento y análisis de datos

En el análisis descriptiva se va presentaran frecuencias, promedios, desviación estándar, medianas y rangos. Para el análisis inferencial se realizará un análisis bivariado que explorará los factores de riesgo relacionados con los resultados de interés (mortalidad) utilizando la prueba de independencia de ji al cuadrado y de Fisher. Finalmente, se aplicará un análisis multivariado de regresión logística. Para ello se utilizó el programa

Stata 14.

4.5 Aspectos éticos

No existe la posibilidad de atentar contra los derechos de los participantes. Al ser un estudio retrospectivo, los datos serán tomados de la historia clínica sin la posibilidad que el equipo investigador influya en el manejo del paciente, el cuál es decisión del médico tratante.

Sin embargo, se presentará a la autoridad del hospital una carta de compromiso de confidencialidad de los datos contenidos en las historias clínicas (ANEXO 03).

CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	MESES															
	1				2				3				4			
	SEMANAS															
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
FASE I																
Recolección de información	■	■														
Redacción y revisión			■	■	■											
Mecanografía y presentación					■											
FASE II																
Elaboración de instrumentos						■										
Recolección de datos							■	■	■							
Tabulación de datos										■						
Análisis e interpretación de datos											■	■	■			
Mecanografía y presentación													■			
FASE III																
Elaboración de documento														■	■	
Redacción y revisión														■	■	
Mecanografía y presentación															■	■

PRESUPUESTO

CONCEPTO	COSTO (soles)		
Movilidad	80 (mensual)	x 12 meses	960
Papel	30	x 1	30
Tinta para impresiones	150	x 1	150
USB	50	x 1	50
TOTAL			470

RECURSOS

1. Humanos
 - a. Asesor de investigación
 - b. Metodólogo

- c. Especialista de estilo
- d. Estadístico
- e. Digitador
- f. Revisor de informe final

2. Económicos

- a. Peculio personal

3. Físicos

- a. Archivo de historias clínicas
- b. Computadora
- c. Escritorio
- d. Internet
- e. Impresora
- f. Utilería
- g. Software STATA14

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Tenner S, Baillie J, DeWitt J and Vege SS. American College of Gastroenterology Guideline: Management of Acute Pancreatitis. *Am J Gastroenterol*. 2013 July; 108:1400–1415. doi:10.1038/ajg.2013.21
2. Rajkumar N, Karthikeyan VS, Ali SM, Sistla SC, and Kate V. Clear liquid diet vs soft diet as the initial meal with mild acute pancreatitis: A randomized interventional trial. *Nutr Clin Pract*. 2013; 28(3):365-370. doi:10.1177/0884533612466112
3. Rinninella E, Annetta MG, Serricchio ML, Dal Lago AA, Miggiano GAD, Mele MC. Nutritional support in acute pancreatitis: from physiopathology to practice. An evidence-based approach. *Eur Rev Med Pharmacol Scie*. 2017; 21:421-432.
4. Eckerwall GE, Tingstedt BB, Bergenzaun PE, Andersson RG. Immediate oral feeding in patients with mild acute pancreatitis is safe and may accelerate recovery—a randomized clinical study. *Clin Nutr*. 2007; 26: 758-63.
5. Jacobson BC, Vander Vliet MB, Hughes MD, Maurer R, McManus K, Banks PA. A prospective, randomized trial of clear liquids versus low-fat solid diet as the initial meal in mild acute pancreatitis. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2007;5:946-951.
6. Sathiaraj E, Murthy S, Mansard MJ, Rao GV, Mahukar S, Reddy DN. Clinical trial: oral feeding with a soft diet compared with clear liquid diet as initial meal in mild acute pancreatitis. *Aliment Pharmacol Ther*. 2008; 28:777-781.

7. Moraes JM, Felga GE, Chebli LA, Franco MB, Gomes CA, Gaburri PD *et al.* A full solid diet as the initial meal in mild acute pancreatitis is safe and result in a shorter length of hospitalization; results from a prospective, randomized, controlled, double-blind clinical trial. *J Clin Gastroenterol* 2010; 44:517–522.
8. Lariño-Noia J, Lindkvist B, Iglesias-García J, Seijo-Ríos S, Iglesias-Canle J, Dominguez-Muñoz JE. Early and/or immediately full caloric diet versus standard refeeding in mild acute pancreatitis: a randomized open-label trial. *Pancreatology*. 2014; 14:167-173.
9. Horibe M, Nishizawa T, Suzuki H, Minami K, Yahagi N, Iwasaki E, *et al.* Timing of oral refeeding in acute pancreatitis: A systematic review and meta-analysis *United European Gastroenterol J*. 2016 Dec; 4(6):725-732.
10. Working Group IAP/APA Acute Pancreatitis Guidelines. IAP/APA evidence-based guidelines for the management of acute pancreatitis. *Pancreatology*. 2013; 13:e1-e15.
11. Yokoe M, Takada T, Mayumi T, Yoshida M, Isaji S, Wada K, *et al.* Japanese guidelines for the management of acute pancreatitis: Japanese Guidelines 2015. *J Hepatobiliary Pancreat Sci*. 2015 Jun; 22(6):405-432.

MATRIZ DE CONSISTENCIA

Título de investigación	Pregunta de investigación	Objetivo de la investigación	Hipótesis	Tipo y diseño de estudio	Población de estudio y procesamiento de datos	Instrumento de recolección
Ventajas comparativas entre la DB y la DBLC iniciada a los pacientes con PAL en el Hospital María Auxiliadora	¿Cuáles son las ventajas entre iniciar una DB y una DBLC a los pacientes con PAL en el Hospital María Auxiliadora?	<p>Objetivo general Determinar las ventajas entre iniciar una DB y una DBLC a los pacientes con PAL en el Hospital María Auxiliadora 2017.</p> <p>Objetivos específicos Evaluar la duración de la estancia hospitalaria total (DEHT) de los pacientes con PAL que recibieron DB y de los pacientes que recibieron DBLC. Evaluar la duración de estancia hospitalaria luego de iniciar la dieta (DEHID) de los pacientes con PAL que recibieron DB y de los pacientes que recibieron DBLC. Identificación del tiempo de inicio de la dieta oral (TIDO) y dieta blanda (TIDB) en los pacientes con PA. Identificar complicaciones entre los pacientes con pancreatitis aguda leve que recibieron DB y los pacientes que recibieron DBLC. Identificar los criterios utilizados para el inicio la nutrición por vía oral.</p>	<p>Hi: La DB presenta ventajas sobre DBLC en los pacientes con PAL. Ho: La DB no presenta ventajas sobre DBLC en los pacientes con PAL.</p>	Estudio observacional, cuantitativo, descriptivo, retrospectivo de serie de casos comparativo.	<p>Pacientes con el diagnóstico de PAL, de ambos sexos, mayores de 18 años independientemente de la etiología.</p> <p>En el análisis descriptiva se va presentaran frecuencias, promedios, desviación estándar, medianas y rangos. En el análisis inferencial se hará un análisis bivariado en el cual se explorará los factores de riesgo relacionados con los resultados de interés (mortalidad) mediante la prueba de independencia de ji al cuadrado y la de Fisher, y, finalmente, un análisis multivariado de regresión logística. Para el análisis se utilizó el programa Stata 14.</p>	Formato de registro

Recolección de datos – Pancreatitis Aguda

Paciente: _____
 Edad: _____ Sexo: _____
 Teléfono: _____ FIE: _____ FA: _____

Criterios diagnósticos:

- Clínico: dolor abdominal en abdomen superior consistente con la enfermedad ()
- Laboratorio: Amilasa _____ Lipasa _____
- Imágenes:
 - TEM () RM () Ecografía ()

Comorbilidades: INDICE DE COMORBILIDAD DE CHARLSON:

DM () HTA () Cáncer () _____ **Obesidad () IMC** _____
 Colangitis () Colecistitis aguda () #Episodios de Pancreatitis () Otras ()

ETIOLOGÍA DE LA PANCREATITIS: _____**Criterios de severidad**

- BISAP: _____ Marshall: _____ APACHE II: _____
- JSS: Factores pronósticos _____
 TEM: _____

Clasificación de pancreatitis aguda

JSS 2015: Leve () Severa ()
 ACG – Atlanta 2013: Leve () Moderadamente severa () severa ()

Tratamiento:Hidratación:

- 1ra 24h _____ litros (Dextrosa 5% _____ NaCl 0.9% _____)
- Entre 24 -48h _____ litros (Dextrosa 5% _____ NaCl 0.9% _____)

Tiempo de NPO: _____Criterios para iniciar dieta

- Ausencia de dolor sin analgésicos ()
- Ausencia de nausea y/o vómitos sin antieméticos ()
- RHA presentes ()
- Apetito presente ()
- Flatos presentes ()

DietaIntercurrencias con inicio de dieta

Esquema 1: Dieta escalonada luego de NPO

- Día 1: tolerancia líquidos claros VT: ____ ()
- Día 1: dieta líquida amplia ()
- Día 3: dieta blanda ()
- Día 4: ALTA ()

Esquema 2: Dieta blanda luego de NPO

- Día 1: dieta blanda ()
- Día 2: ALTA ()

Nro de días de hospitalización: _____

Seguimiento:

1 sem _____ 2 sem _____ 1 m _____ 3 m _____ 6
m _____

Exámenes de Laboratorio

Hemograma:

- Hb:
- Hcto:
- Leucocitos:
- Abastionados:
- Neutrófilos absolutos:
- Plaquetas:
- Linfocitos:

Perfil Hepático:

- BT:
- BI:
- BD:
- FA:
- GGT:
- TGO:
- TGP:
- PT:
- Albúmina:

Perfil de coagulación:

- TTP:
- TP:
- INR:

AGA, e:

- pH:
- PaO₂:
- PaCO₂:
- HCO₃:
- Anion Gap:
- Na:
- K:
- Ca:
- Cl:
- Exceso de base:
- Lactato:

Glucosa:

Urea:

Creatinina:

DHL:

PCR:

Examen de orina: Leucocitos: _____ Hematíes:

Estudios radiológicos:

Efusión pleural () Infiltrados pulmonares () Colecciones
extrapancreáticas múltiples o extensas ()

Examen físico

PA:

SatO2:

FC:

Glasgow:

FR:

T:

CARTA DE CONFIDENCIALIDAD DE DATOS AL DIRECTOR DEL HOSPITAL

Lima, 12 de Diciembre del 2017

Señor Doctor
Julio Medina Verástegui
Director General
Hospital María Auxiliadora

Presente.-

De mi especial consideración.

Yo, Jorge Roberto Mosqueira Sánchez, residente de Medicina Interna de la Facultad de Medicina de la Universidad San Martín de Porres, declaro a usted y al Hospital María Auxiliadora la confidencialidad de los datos obtenidos en la investigación que lleva por título: "**Ventajas comparativas entre la dieta blanda y la dieta basada en líquidos claros iniciada a los pacientes con pancreatitis aguda leve en el Hospital María Auxiliadora**".

Agradezco de antemano el apoyo brindado para poder llevar a cabo este importante proyecto.

Atentamente,

Jorge Roberto Mosqueira Sánchez
Residente de Medicina Interna
Hospital María Auxiliadora