

**UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
MANUEL HUAMÁN GUERRERO**



**RECURRENCIA DE PANCREATITIS AGUDA Y FACTORES DE
RIESGOS ASOCIADOS EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL
HOSPITAL DE VITARTE EN EL PERIODO 2016 – 2019.**

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

**PRESENTADO POR LA BACHILLER EN MEDICINA HUMANA
JOSELIN BRIGGETTE PALOMINO TABOADA**

**ASESOR DE TESIS:
PEDRO ARANGO OCHANTE**

LIMA, PERÚ

2020

AGRADECIMIENTOS:

Agradezco a Dios por estar presente en cada paso que he dado, a mi madre Carol Taboada Santiago, por su amor incondicional, por ser mi guía, mi ejemplo y mi motivación, a mi asesor de Tesis el Dr Pedro Arango por su orientación y dedicación al presente trabajo, al Hospital De Vitarte Lima – Este, en donde realicé mi internado médico, por todo lo aprendido y además hizo viable la investigación. Y finalmente al Dr. Jhony De la Cruz director del Curso por brindarnos la orientación y facilidades para realizar nuestra tesis.

DEDICATORIA:

A mi madre Carol por su amor incondicional, por luchar por mis sueños, ser mi guía y creer en mí, por ser mi inspiración y mi ejemplo. Gracias mamá sin ti nada de esto sería realidad.

A mi mamita Aurora, por el amor y cariño que siempre me brindaste, por acompañarme en cada paso que doy, por enseñarme a ser perseverante y nunca rendirme, y en especial porque siempre me recordó que debo confiar en Dios.

A mis hermanas porque siempre me apoyaron y estaban dispuestas a prepararme una taza de café o mi cena cuando estaba cansada, sólo deseo ser un ejemplo para ustedes sé que ustedes están encaminándose a ser grandes personas.

A mi familia, mis tíos Giovanna, Diana, Christian y Gian, gracias por darme su respaldo y cada palabra de aliento o felicitaciones que recibía a lo largo de estos 7 años, siempre me han demostrado unión familiar y amor.

A mi prometido Jheison, por ser mi apoyo incondicional, por el amor que me ha demostrado en estos 10 años juntos, por todo lo que hace por nosotros y por ser mi persona.

RESUMEN:

Objetivo: Determinar los factores de riesgos asociados a la pancreatitis aguda recurrente en los pacientes atendidos en el Hospital de Vitarte en el periodo 2016 – 2019

Materiales y métodos: Estudio observacional, caso control, retrospectivo. Se realizó a través del uso de una ficha de recolección de datos, dicha información se colocó en una base de datos en Excel, posteriormente se analizó mediante el programa SPSS versión 25.0. Las variables cualitativas fueron descritas mediante frecuencias y porcentaje, Las variables cuantitativas fueron analizadas según su Normalidad y posteriormente descritas con medidas de tendencia central y dispersión según sea el caso. En el análisis bivariado para determinar las diferencias significativas entre los grupos de categorías, se utilizó en el caso de variables cualitativas pruebas de chi cuadrado, y para variables cuantitativas las pruebas de t de student o U de Mann Whitney según sea el caso con un Intervalo de Confianza del 95% y un $p < 0.05$ significativo

Resultados: el único factor de riesgo asociado para la recurrencia de pancreatitis aguda en nuestra población fue la no realización de colecistectomía con un OR ajustado de 9,4 (IC 95%: 4,88-18,3), el sexo predominante fue el femenino, la edad media fue 40.09 ± 18.8 , el grado de pancreatitis que predominó fue el Leve.

Conclusiones: La no realización de la colecistectomía está asociada a la recurrencia de pancreatitis aguda

Palabras claves: Pancreatitis aguda recurrente, colecistectomía, litiasis vesicular.

ABSTRACT

Objective: Determine the risk factors associated with recurrent acute pancreatitis in patients treated at the Vitarte Hospital in the period 2016 - 2019

Materials and methods: Observational study, control case, retrospective. It was carried out through the use of a data collection form, said information was placed in a database in Excel, subsequently analyzed by means of the SPSS version 25.0 program. The qualitative variables were described by frequencies and percentages, the quantitative variables according to their normality. and later with measures of central tendency and dispersion. For the bivariate analysis, chi-square tests were used and for quantitative variables the tests of student t or Mann Whitney U as appropriate, with a 95% confidence interval (CI) and a significant $p < 0.05$.

Results: The only associated risk factor for recurrence of acute pancreatitis in our population was the non-realization of cholecystectomy with an adjusted OR of 9.4 (95% CI: 4.88-18.3), the predominant sex was female. the mean age was 40.09 ± 18.8 , the degree of pancreatitis that prevailed was mild.

Conclusions:

Cholecystectomy delay is associated with the recurrence of pancreatitis

Keywords: Acute recurrent pancreatitis, cholecystectomy, vesicular lithiasis.

INTRODUCCIÓN:

La pancreatitis aguda es una de las enfermedades más comunes del tracto digestivo, y habitualmente los pacientes son hospitalizados para poder ser tratados. (1)

Esta entidad representa un grupo de lesiones reversibles, que resulta de una activación patológica de enzimas pancreáticas que a su vez activa una cascada inflamatoria produciendo cambios morfológicos que pueden ir desde edema hasta necrosis. Además, esta entidad puede comprometer otros órganos produciendo una disfunción orgánica. (2)

Según la última revisión de Atlanta, existen dos tipos de pancreatitis que se clasificara según la gravedad del cuadro, en: edematosa intersticial, donde habrá un agrandamiento difuso del páncreas; y el tipo necrosante que afectara el parénquima, pudiendo deteriorar la perfusión del órgano. También fue clasificada en: Leve, cuando no existe falla orgánica, ni complicaciones locales o sistémicas, en su mayoría se aprecia en la fase temprana y no requieren de imágenes. Moderadamente severa: cuadro que cursa con falla orgánica menor a 48 horas, o la presencia de complicaciones locales o sistémicas sin presencia de insuficiencia orgánica. Severa: cuando existe falla orgánica mayor de 48 horas y suelen asociarse a complicaciones locales, la mortalidad es alta. (1) (2)

Su etiología suele ser multifactorial, sin embargo, se ha demostrado que la litiasis vesicular y el alcohol representan las más altas tasas como factor etiológico, llegando a presentar el 40 - 70% de los casos. Entre otras causas se menciona la hipertrigliceridemia, fármacos, mutaciones genéticas, idiopática, etc. Otros factores de riesgo como obesidad, tabaquismo, diabetes mellitus han sido muy asociados con esta entidad. (1)

Esta patología puede presentarse en más de dos ocasiones, denominándose Pancreatitis Aguda Recurrente, el Colegio Americano de Gastroenterología la define como la presentación de dos o más episodios de pancreatitis aguda con resolución completa del cuadro entre episodios y evidencia de ausencia de pancreatitis crónica. Se presenta en aproximadamente 22 % de los pacientes- (3) La litiasis vesicular causa hasta el 30 % de recurrencia, cuando esta no es tratada

oportunamente y retrasan la colecistectomía. (4) Otra causa son los cálculos residuales, donde se describen tasas de recurrencia del 2%; el alcoholismo y entre otros también causan recurrencia; además un 30% se debe a etiología idiopática. (3) (5) Como es descrito en la mayoría de casos se conoce la etiología es por eso la importancia en poner énfasis en la intervención oportuna de la etiología causante, para evitar la presentación de múltiples episodios que pueden llegar a evolucionar en pancreatitis crónica en la cual habrá un daño irreversible del órgano. Como consecuencia mayor daño en la población y el sistema de salud. (3)

índice

AGRADECIMIENTOS:	2
DEDICATORIA:	3
RESUMEN:.....	4
ABSTRACT.....	5
INTRODUCCIÓN:	6
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	10
1.1. Descripción de la realidad problemática:.....	10
1.2. Formulación del problema:.....	11
1.3. Línea de Investigación:	11
1.4. Objetivos.....	11
1.5. Justificación del Estudio:.....	12
1.6. Delimitación:	12
1.7. Viabilidad:	13
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	14
2.1. Antecedentes de la Investigación.....	14
2.2. Bases teóricas	21
2.3. Definiciones conceptuales	25
CAPITULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES	27
3.1. HIPOTESIS GENERAL.....	27
3.2. HIPOTESIS ESPECÍFICA	27
3.3. VARIABLES PRINCIPALES DE INVESTIGACION.....	27
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA	28
4.1 Diseño de estudio.....	28
4.2 Población.....	28

4.3 Muestra	28
4.4. Operacionalización de variables (ver anexo 1)	30
4.5 Técnicas e instrumento de recolección de datos	32
4.6 Procesamiento de datos y plan de análisis	32
4.7 Aspectos éticos de la investigación:	33
4.8 Limitaciones de la investigación	33
CAPÍTULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	34
5.1. RESULTADOS:.....	34
5.2. DISCUSIÓN:.....	40
CONCLUSIONES:	43
RECOMENDACIONES:	44
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:	45
ANEXOS:.....	49

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la realidad problemática:

La pancreatitis aguda es una de las patologías gastrointestinales más frecuentes en la población a nivel mundial, la cual posee una alta tasa de morbilidad y mortalidad. Representa una de las principales causas de hospitalización, esta se puede presentar de forma leve en un 80% de los casos y puede evolucionar a una forma grave que representa el 20 % de los casos, elevando la tasa de mortalidad en estos pacientes hasta en un 30%.⁽¹⁾

A nivel mundial se ha reportado una tasa de incidencia que va de 4,9 – 73, 4 casos por cada 100,000 habitantes. En E.E.U.U reportaron la incidencia de 10 a 50 casos por cada 100,000 habitantes, mientras que, en México, se reportó 12-18 casos nuevos anuales en un hospital de tercer nivel y en Brasil se reportaron 15.9 casos por cada 100,000 habitantes. ^{(6) (7)}

En nuestro país en el año 2009 el Ministerio de Salud reportó una incidencia de 28 casos por cada 100,000 habitantes y en el año 2014 se realizó otro reporte donde hallaron 27,076 casos, de ellos la mayor concentración se encontraba en la capital con 10,167 casos. ⁽⁸⁾

La pancreatitis aguda en un 40 % se debe a etiología biliar, seguida por etiología alcohólica, alrededor del 30%, la hipertrigliceridemia representa del 2 al 5 %, existen otras causas como fármacos, la asociación a tabaco está ligada fuertemente en un 50 % de los casos de pancreatitis, la obesidad, causas idiopáticas entre otras. Una vez resuelto el cuadro un 20 % de estos pacientes vuelven a hacer pancreatitis aguda a los 30 días, siendo la etiología biliar y la alcohólica los casos con más alta recurrencia en un 70 % de los casos totales.

Se ha demostrado que los casos de recurrencia presentan una mayor tasa de mortalidad, además los pacientes presentan mayores complicaciones lo cual resulta en una prolongación de estancia hospitalaria a diferencia de los días en el que el paciente presenta el primer episodio por pancreatitis , donde el cuadro se resuelve entre 3 a 10 días, por tanto la recurrencia de pancreatitis aguda va a elevar los costos hospitalarios, va a retardar la inserción del paciente a sus

actividades de la vida diaria, resultando tanto en un problema sanitario y de la sociedad.

Esto se podría evitar si es que trataran a tiempo la etiología y factores de riesgo según la etiología de la pancreatitis aguda, tal es en los casos de etiología biliar donde se puede realizar la colecistectomía previa al alta, así se reduciría hasta en un 75 % la tasa de complicaciones; en otras etiologías como son la modificación del uso de alcohol y el tabaco, control de hiperlipidemias, etc. ⁽¹⁾ ⁽⁹⁾

1.2. Formulación del problema:

Según lo expuesto, hemos visto la necesidad de estudio de esta patología y su recurrencia, con el fin de averiguar, En la Pancreatitis Aguda Recurrente, ¿Cuáles serían los factores de riesgo asociados en pacientes atendidos en el Hospital de Vitarte en el periodo 2016 – 2019?

1.3. Línea de Investigación:

El tema es prioridad Nacional número SEIS, pertenece al tema enfermedades gastrointestinales de las Prioridades Nacionales de Investigación en Salud 2016 – 2021.

1.4. Objetivos

General:

Determinar los factores de riesgos asociados a la pancreatitis aguda recurrente en los pacientes atendidos en el Hospital de vitarte en el periodo 2016 – 2019

Específico:

- Identificar cual es el factor de riesgo más prevalente para la recurrencia de pancreatitis aguda.

- Determinar la asociación entre litiasis vesicular y pancreatitis aguda recurrente.
- Determinar si la no realización de colecistectomía está asociada a la recurrencia de pancreatitis aguda.
- Determinar si el sexo, edad, grado de instrucción y comorbilidad se asocian a la recurrencia de pancreatitis aguda.
- Determinar si el IMC se asocia a la recurrencia de pancreatitis aguda.
- Determinar la asociación entre la prevalencia de falla orgánica y pancreatitis aguda recurrente según la escala de Marshall.
- Determinar si la presencia de complicaciones en el primer episodio se asocia a la recurrencia de la pancreatitis

1.5. Justificación del Estudio:

Debido al creciente número de casos de pancreatitis en los últimos años y a la alta tasa de recurrencia la cual representa del 20 al 32 % de los casos en la población mundial; se expone un evidente problema de salud, ya que al ser alta la tasa de recurrencia superpone mayores gastos hospitalarios y afecta también a la sociedad. Se describe que los episodios recurrentes de pancreatitis resultan en mayores complicaciones como necrosis, pseudoquistes, obstrucción duodenal inflamatoria y pseudoaneurisma.

Además, en diferentes estudios se han reportado que la repetición de cuadros de pancreatitis aguda lleva al progreso de cambios histológicos como la pérdida de parénquima pancreático, endocrino y la insuficiencia exocrina a nivel de la glándula, terminando en una pancreatitis crónica.

Conociendo los factores de riesgos asociados a la recurrencia de pancreatitis podríamos prevenir a que esta se presente y desarrolle complicaciones, así mismo disminuir gastos para el sector salud.

1.6. Delimitación:

Este estudio se ejecutó en pacientes que fueron hospitalizados con el diagnóstico de pancreatitis aguda, o con una hospitalización y antecedente de

un episodio previo de pancreatitis aguda en el hospital de vitarte en el periodo 2016 -2019.

1.7. Viabilidad:

Se considera que el presente estudio es viable, porque se obtendrá datos de la historia clínica a través de una ficha de recolección de datos.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la Investigación

Antecedentes Internacionales

Recurrencia de la pancreatitis aguda: conceptos actuales en el diagnóstico y manejo.2018

El artículo describe una revisión de los avances en los últimos 10 años en el diagnóstico, abordaje clínico y tratamiento de la pancreatitis aguda recurrente. El artículo plantea que las etiologías más comunes de recurrencia de pancreatitis se deben a la etiología litiásica y alcohólica con tasas de recurrencia de 16.9% en hombres y 5,5 % en mujeres, además se enfocan en la pancreatitis aguda idiopática que también presenta una alta tasa de recurrencia con un 25- 30 %. Dentro de las causas idiopáticas se plantea que pueden deberse a el Páncreas Divisum asociado a un cofactor, donde describen que la prevalencia de esta anomalía congénita es alta en pacientes con pancreatitis aguda recurrente con tasas de 8 – 26%, otras posibles causas de pancreatitis recurrente idiopática sería la disfunción del esfínter de Oddi, la anómala unión ductal pancreatobiliar, el coledococoele, o el páncreas anular todos ellos aún en estudios para probar su participación como etiología de pancreatitis recurrente.

Describen que en un estudio prospectivo se obtuvo que los pacientes con pancreatitis aguda recurrente no biliar ni alcohólica, siguieron teniendo episodios de pancreatitis y que terminaban en pancreatitis crónica. Recientemente un metaanálisis ha demostrado que el 10% de pacientes con pancreatitis aguda y el 36% de pacientes con pancreatitis aguda recurrente desarrolló posteriormente pancreatitis crónica.

Se ha demostrado en estudios cohortes que los episodios inflamatorios recurrentes resultan en la pérdida de parénquima pancreático, endocrino y la insuficiencia exocrina en 3- 14 % de los casos. Por otra parte, la

pancreatitis recurrente resulta en mayores complicaciones como necrosis, pseudoquistes, obstrucción duodenal inflamatoria y pseudoaneurisma.

Por otro lado, identifican a la ultrasonografía endoscópica (EUS) como método de elección para diagnóstico de la pancreatitis aguda recurrente por las siguientes razones: 1. Ayuda en la detección de cambios tempranos de pancreatitis crónica, ya que el 30% de los pacientes con pancreatitis aguda recurrente son en realidad pancreatitis crónica temprana. 2. La EUS es más preciso en la identificación de microlitos, teniendo 96% de sensibilidad para su diagnóstico. 3. EUS es la prueba más sensible para diagnóstico de tumores periampulares pequeños.⁽¹⁰⁾

Epidemiología de la pancreatitis aguda recurrente y pancreatitis crónica: semejanzas y diferencias. 2017

Durante los últimos 20 años los datos clínicos en estudios humanos confirman que la pancreatitis aguda recurrente puede llegar a evolucionar a una pancreatitis crónica. La pancreatitis aguda recurrente se define como la presencia de dos episodios de pancreatitis aguda con un periodo de resolución entre ambos episodios y ausencia de cambios histológicos de pancreatitis crónica. La diferencia entre pancreatitis aguda recurrente (PAR) y pancreatitis crónica (PC) se basa en la morfología e histología del páncreas.

La incidencia de recurrencia después del primer ataque de pancreatitis aguda es de 8 – 10 por cada 100 mil habitantes por año y su prevalencia es de 120-140 por 100 mil habitantes.

Respecto a la etiología: las dos causas más frecuentes de PAR son los litios biliares y el alcohol, este último teniendo la mayor tasa de recurrencia, en general el espectro etiológico de la PAR es más estrecho a comparación de las etiologías de la pancreatitis aguda, ya que muchas de estas etiologías se eliminan después del primer episodio de PA.

En el caso de pancreatitis aguda de etiología biliar la probabilidad de recurrencia está directamente relacionada con el tiempo pasado después del primer episodio para realizar una colecistectomía, por lo que se recomienda que mientras más pronto se practique la colecistectomía se

eliminar el riesgo de recurrencia, sin embargo, hay un porcentaje de 2-6 % de pacientes que desarrollan pancreatitis crónicas después de un primer episodio de pancreatitis biliar.

El alcohol es la causa más frecuente de PAR Y PC, las estimaciones de riesgo toman en cuenta el consumo de alcohol de 4- 5 bebidas /día según estudios.

La hipertrigliceridemia es una causa bien establecida de PAR, pero no así para PC, este tipo de etiología se relaciona con individuos que presentan una anomalía genética del metabolismo de lípidos y uno o más factores relacionados como la diabetes mal controlado, consumo excesivo de alcohol, obesidad, etc. El valor referencial para presentar pancreatitis aguda es triglicéridos > de 1000 mg/dl, pero estudios actuales sugieren que el riesgo aumenta con niveles de 177 mg /dl.

La historia natural de la PAR puede tomar 3 escenarios clínicos: 1. Algunos pueden tener ninguno o más ataques de pancreatitis aguda con función exocrina y endocrina conservada. El segundo escenario donde se puede desarrollar combinación de síntomas de dolor abdominal, trastorno funcional pero no progresan a desarrollar cambios morfológicos de PC. Y el tercer escenario clínico hay una combinación de episodios de pancreatitis aguda, síntomas de dolor abdominal y trastorno funcional y desarrollar cambios de la morfología a PC. ⁽¹¹⁾

Cómo afecta el retraso de la colecistectomía tras la pancreatitis aguda litiásica en la aparición de recidivas. Consecuencias de la falta de recursos.

Actualmente la colecistectomía y la Colangio-pancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) se recomiendan para evitar la recurrencia de pancreatitis aguda de origen biliar.

Existen estudios donde relacionan la recurrencia de la PA con el tamaño de la litiasis, la gravedad del episodio, la realimentación precoz, las alteraciones bioquímicas de la función hepática, la edad o la raza.

En este estudio se buscó determinar la tasa de recurrencia de PAL tras un primer episodio de pancreatitis y su intervalo de aparición, así como la identificación de factores de riesgo.

Las principales variables estudiadas fueron: reingreso por recurrencia y el intervalo de aparición del nuevo episodio, otras variables tomadas fueron la gravedad de la pancreatitis aguda, estancia hospitalaria, tiempo de espera hasta la cirugía, entre otras. Se incluyeron a 296 pacientes que ingresaron en 386 ocasiones, de estos 55 ingresos fueron por recurrencia de pancreatitis, representando una tasa de 14% de los pacientes estudiados, la estancia hospitalaria fue de 7 días tanto en el primer episodio y en la segunda hospitalización por recurrencia, también se observó que los casos de pancreatitis leves presentaron mayor recurrencia con una tasa de 16,3% y de estas un 3,6% recurren de forma grave, mientras que las PA graves en el primer episodio presentan menor recurrencia con un tasa de 7,2%.

Las guías clínicas internacionales recomiendan la intervención durante el mismo ingreso del proceso de PA o durante las dos semanas posteriores con el fin de evitar recurrencia. El riesgo de recurrencia postcolecistectomía en este estudio fue 2%.

Por otro lado, la CPRE con esfinterotomía podría ser una alternativa terapéutica válida para aquellos pacientes no tributarios a colecistectomía, en el estudio ninguno de los pacientes sometidos a este procedimiento presento recidiva.⁽⁵⁾

PANCREATITIS AGUDA RECURRENTE

La pancreatitis aguda puede recidivar en 30- 50 % de los casos si la causa no se corrige. Se define como pancreatitis aguda recurrente (PAR) a la presentación de 2 episodios de pancreatitis aguda con una resolución completa de los síntomas y los signos de pancreatitis entre los dos episodios. la etiología de la PAR se debe en mayor frecuencia al alcohol y la litiasis biliar llegando a un 70% de los casos de recurrencia.

El consumo excesivo de alcohol es un factor de riesgo para desarrollar pancreatitis en un 5 % anual y en un 38 % puede evolucionar a pancreatitis crónica.

La pancreatitis de origen biliar puede ser causa de PAR cuando en el primer episodio no se reconoce la etiología biliar ya que en el episodio agudo disminuye la sensibilidad para detectar cálculos por la ecografía y se recomienda repetirla una vez resuelto el cuadro. Si hubiera una imagen negativa en el segundo episodio se recomienda utilizar la ultrasonografía endoscópica la cual posee una alta sensibilidad para detectar microlitiasis vesicular y coledocolitiasis.

Dentro de otras etiologías se ha reportado al tabaco asociado a otros factores de riesgo para desarrollar PAR. Los factores genéticos también están implicados. Siendo el gen del tripsinógeno catiónico (PRSS1), el gen inhibidor de la proteasa serina Kazal tipo 1 (SPINK 1), el gen regulador de la conductancia transmembrana de la fibrosis quística (CFTR) descritos en la asociación de pancreatitis recurrente.

El páncreas Divisum está presente en el 20 % de los casos de PAR. Se ha descrito la asociación de esta anomalía congénita con el gen CFTR la cual favorece en la aparición de pancreatitis aguda.

La recurrencia de la pancreatitis se reduce si se realiza la esfinterotomía de la papila menor sea por vía laparoscópica o abierta. ⁽⁹⁾

RECURRENCIA DE LA PANCREATITIS AGUDA: UN ENFOQUE PARA EL DIAGNOSTICO Y EL MANEJO.

La pancreatitis aguda recurrente se define como dos o más ataques de pancreatitis aguda, sin ninguna evidencia subyacente de pancreatitis crónica. El riesgo de recurrencia tras un primer episodio de pancreatitis aguda es alta cuando no se elimina la causa del primer episodio, entre las causas más frecuentes suelen ser la litiasis vesicular y el alcohol, por lo tanto su recurrencia es predecible. Y puede ser tratada oportunamente, eliminando la etiología causante; sin embargo, en la pancreatitis recurrente idiopática el riesgo de recurrencia es difícil de predecir. En el presente estudio describen como posibles causas de pancreatitis idiopática

agrupándola en factores mecánicos: la microlitiasis, disfunción del esfínter de oddi, pancreas divisum, anomalías congénitas, etc. Y por otro lado factores metabólicos: donde la etiología puede ser hipertrigliceridemia, hipercalcemia, medicamentos, vascular, etc

En la evaluación de un paciente con PAR: se debe incluir una historia clínica bien detallada, bioquímica sérica, Usg abdominal, pruebas de función hepática.⁽¹²⁾

ESTUDIO DEL PACIENTE CON PANCREATITIS AGUDA RECURRENTE.

La pancreatitis aguda recurrente se define como la presencia de mínimo dos episodios de pancreatitis aguda en un paciente sin pancreatitis crónica diagnosticada por imagen. Las tasas de recurrencia de pancreatitis aguda reportadas son de 27 al 31% a los 4 años y el mayor porcentaje se debe a etiología litiásica y alcohólica. La pancreatitis aguda recurrente puede ser difícil de diagnosticar ya que existe un gran porcentaje que permanece sin etiología a pesar de una buena historia clínica, estudios de laboratorio e imágenes.

Los estudios necesarios descritos para el diagnóstico de pancreatitis aguda recurrente son: una evaluación donde incluya la determinación de los valores de calcio, en los pacientes que se compruebe que la pancreatitis aguda se debe a su elevación se deberá pedir una serie de estudios para hallar la etiología, como por ejemplo la determinación sérica de hormona paratiroides y ultrasonido de cuello. Por otro lado, el valor de triglicéridos también debe ser determinado, ya que representa el 1 al 4 % de pancreatitis aguda y con más prevalencia en el embarazo, o en persona con diabetes mellitus mal controlada, o historia personal o familiar de pancreatitis o dislipidemia.

Los estudios radiológicos: son muy útiles y específicos, pueden identificar alteraciones estructurales de la glándula y sitios de obstrucción al flujo de las secreciones pancreáticas, entre ellos se encuentra tomografía computada, que es utilizada para confirmar el diagnóstico, evaluar la gravedad y detectar complicaciones; la resonancia magnética y la

colangiopancreatografía por resonancia magnética, esta última puede detectar la extensión del compromiso ductal y dilatación del canal principal.

El Ultrasonido endoscópico: brinda mayor eficacia diagnóstica, ya que es posible visualizar toda la glándula pancreática, vía biliar y estructuras vecinas, y en comparación con la CPRE, visualiza cambios en el parénquima.⁽¹³⁾

La pancreatitis aguda recurrente reduce significativamente la calidad de vida incluso en ausencia de manifestación de pancreatitis crónica.

En Estados Unidos se realizó un estudio cuyo objetivo era demostrar que la calidad de vida en pacientes con pancreatitis aguda recurrente estaba afectada. Por lo que realizaron un estudio donde realizaron un cuestionario a 3 grupos de pacientes con pancreatitis crónica, pacientes con pancreatitis aguda recurrente y sujetos sanos.

Antecedentes Nacionales

Prevalencia y factores de riesgo asociados a la pancreatitis aguda de causa biliar en la población adulta femenina en el Hospital “José Agurto Tello” Chosica durante el periodo enero - diciembre 2016

Se realizó un estudio en el año 2016, con una población de 48 pacientes adultas mujeres con diagnóstico de pancreatitis aguda de etiología biliar, donde buscaban demostrar la prevalencia y los factores asociados a esta etiología, los resultados fueron: la tasa de prevalencia fue de 15,96 casos por cada 1000 egresos durante ese año, siendo el sexo femenino más frecuente con una tasa de 82,6%, y los factores de riesgo asociados fueron: IMC, donde se encontró a la obesidad tipo 1 en mayor frecuencia; nivel de instrucción, siendo el nivel secundario con mayor valor; el tiempo de inicio de síntomas para que acuda al hospital, siendo más de dos días de iniciado el cuadro y los días de hospitalización para la severidad, se obtuvo que el 95% estuvo menos de 5 días a más en el hospital.⁽¹⁴⁾

2.2. Bases teóricas

Pancreatitis Aguda:

Se define como la inflamación del páncreas, esta se puede presentar de forma leve en un 80 % de los casos y el 20 % de forma grave.⁽¹⁾

El páncreas es un órgano de vital importancia, ya que cumple dos funciones primordiales del sistema gastrointestinal la primera como glándula endocrina y la segunda como glándula exocrina, este órgano mide aproximadamente de 12 a 15 cm; posee 3 regiones; una cabeza, cuerpo y cola. Se encuentra cerca al plano transpilórico, en una posición transversal a lo largo de la pared posterior del abdomen, en región epigástrica por detrás del estómago y se extiende hacia hipocondrio izquierdo.⁽¹⁵⁾

Posee dos funciones:

La función exocrina: consiste en la secreción de enzimas digestivas que son llevadas a través del conducto pancreático hasta el colédoco en forma inactivada; una vez que salen por el esfínter de oddi hacia al duodeno, estas enzimas se activan y ayudan a descomponer carbohidratos, grasas, proteínas y ácidos. Además, se encarga de secretar bicarbonato para neutralizar el ácido gástrico que se vierte en el intestino.⁽¹⁶⁾

La función endocrina: histológicamente compuesta por los islotes de Langerhans, se encarga de secretar hormonas como la insulina y glucagón quienes participan en el metabolismo intermediario de carbohidratos, proteínas y grasas, la tercera hormona que produce es la somatostatina quien se encarga de regular la secreción de las dos hormonas ya antes mencionadas; además secreta el polipéptido pancreático, quien se encarga de la regulación del transporte iónico en el intestino. ^{(15) (16) (17)}

La fisiopatología de la pancreatitis aguda se debe a una activación anticipada de enzimas digestivas; esencialmente tripsinógeno a tripsina, la cual es liberada por el páncreas exocrino dentro de las células acinares provocando su auto digestión y a la vez la estimulación de macrófagos que van a inducir a la producción de citoquinas proinflamatorias, FNT alfa e Interleucinas, produciendo inflamación de este órgano y sus tejidos adyacentes, que pueden llegar a ocasionar una necrosis pancreática y desencadenar una falla orgánica afectando otros sistemas. ⁽¹⁾

Etiología:

Dentro de la etiología de la pancreatitis aguda se describen las siguientes causas:

Litiasis vesicular: Es la principal causa, representando el 40 % de los casos, con mayor prevalencia en mujeres, el mecanismo se explica porque los cálculos al migrar provocan la obstrucción del conducto pancreático.

Alcoholismo: es la segunda causa representando el 30%, se describe que el consumo prolongado de alcohol, considerado de 4- 6 bebidas/ día en un tiempo mayor de 5 años, de mayor prevalencia en los hombres. El mecanismo se explica porque hay una disminución de la activación de la tripsina llevando a una necrosis celular.⁽¹⁸⁾

La hipertrigliceridemia: Representa el 2- 5 % de los casos de pancreatitis, en ausencia de factores etiológicos, el riesgo de presentar pancreatitis aguda es de 1,5 %, sin embargo, cuando los niveles de triglicéridos son > de 1000 mg/ dl y son asociados a factores etiológicos como DM2, obesidad, alcohol, etc.; incrementa el riesgo a un 20% de provocar pancreatitis aguda, las dislipidemias más asociada son el tipo I, IV y V.⁽¹⁹⁾

Los fármacos representan <5% de los casos de pancreatitis, entre ellos se encuentran: azatiatropina, estrógenos, pentamidas, sulfonamidas, didanosina, tetraciclina, ac, valproico, 6- mercaptopurina e inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina, entre otros.^{(1) (2)}

En un estudio de cohortes retrospectivo realizado en estados unidos se encontró como factor de riesgo al tabaquismo para desarrollo de pancreatitis en 1.7% de la población estudiada. Y en otro estudio se estableció que el 20% de fumadores activos tienen riesgo de sufrir enfermedad pancreática.⁽²⁰⁾

La obesidad es un factor de riesgo para producir complicaciones locales o sistémicas en la pancreatitis aguda, en un estudio se demostró el impacto de la obesidad sobre la pancreatitis aguda demostrándose que se asociaba a casos moderadamente graves o casos graves.⁽²¹⁾

CPRE: Un estudio reporta que la presentación de pancreatitis después de este procedimiento ocurre en un 3 -14%.⁽²²⁾

Diagnóstico:

El diagnostico se hará cuando el paciente presente por lo menos 2 de los siguientes 3 criterios:

1. Dolor abdominal consistente e intenso, sugerente de pancreatitis (dolor en epigastrio que puede irradiarse a espalda) de intensidad progresiva.
2. Lipasa o amilasa sérica elevada tres veces por encima de su límite superior.
3. Hallazgos característicos de pancreatitis aguda en tomografía abdominal contrastada, o por ultrasonido o resonancia magnética. ⁽²³⁾

Fases:

Fase temprana: habitualmente dura 1 semana y puede extenderse hasta 2 semanas, se caracteriza por presentar SIRS o falla orgánica

Fase tardía: Dura más de dos semanas y puede extenderse a meses, y es caracterizada por presentar signos sistémicos de inflamación y complicaciones locales o sistémicas.

Tipos:

Pancreatitis aguda intersticial edematosa: presenta inflamación del parénquima y grasa pancreático, en la tomografía se observan cambios inflamatorios. Suele resolverse dentro de la primera semana.

Pancreatitis necrotizante: la disminución de la perfusión pancreática lleva la necrosis del parénquima pancreático o del tejido peripancreático. Afecta al 10 % de pacientes y se presenta después de la semana de inicio el cuadro.⁽²⁴⁾

La Clasificación de Atlanta: Divide a la pancreatitis aguda según el grado de severidad en:

Leve: donde hay ausencia de falla orgánica y de complicaciones locales o sistémicas, por lo tanto, no requieren de estudios de imagen pancreática, y la tasa de mortalidad es muy rara.

Moderadamente severa: donde existe falla orgánica menor a 48 horas, o complicaciones locales o sistémicas en ausencia de falla orgánica.

Severa: donde existe falla orgánica persistente y está asociada generalmente a complicaciones locales. Si la falla orgánica se presenta en los primeros días la mortalidad es alta, llegando hasta en un 50%.⁽²⁵⁾

El score de Marshall, es el más utilizado para determinar si existe la presencia de falla orgánica, debido a su gran simplicidad y que solo mide tres parámetros.

SCORE	0	1	2	3	4
RESPIRATORIO (PaO ₂ /FiO ₂)	>400	301-400	201-300	101-200	<101
RENAL (Creatinina sérica)	<1,4	1,4 - 1,8	1,9 – 3,6	3,6 – 4,9	> 4,9
CARDIOVASCULAR (Presión arterial sistólica en mm Hg)	> 90	< 90 Responde a fluidos	< 90 no responde a fluidos	< 90 pH < 7,3	< 90 pH < 7,2

La presencia de 2 puntos indica presencia de falla orgánica.⁽²⁵⁾

Factores de mal pronóstico para pancreatitis aguda más utilizados:

Clínicos: edad mayor o igual de 60 años, enfermedad preexistente, obesidad e ingesta crónica de alcohol.

Apache II: score con 95% de sensibilidad para pronóstico, valora 12 criterios clínicos y laboratoriales, un puntaje ≥ 8 es considerado como riesgo de mortalidad.

BISAP: score que mide el riesgo de mortalidad, en sus parámetros se encuentran: el BUN $> 25\text{mg/dl}$, edad > 60 años, deterioro mental, efusión pleural y SIRS. Un puntaje mayor a 2 eleva 10 veces el riesgo de muerte.

(1)

2.3. Definiciones conceptuales

- Pancreatitis aguda recurrente:
Es un síndrome de múltiples respuestas inflamatorias agudas distintas, originadas dentro del páncreas en personas que han experimentado 2 o más episodios de pancreatitis aguda documentadas, con resolución completa del cuadro entre episodios y evidencia de ausencia de pancreatitis crónica.
- Pancreatitis aguda por etiología biliar: inflamación del páncreas producido por la presencia de cálculos en la vesícula u obstrucción debido a la migración del cálculo.
- Pancreatitis aguda de etiología alcohólica:
Inflamación del páncreas como consecuencia del consumo prolongado de alcohol siendo considerado de 4- 6 bebidas/ día en un tiempo mayor de 5 años.
- Colectomía: operación donde se le haya sido extraída la vesícula biliar.
- Edad: Tiempo en años que ha transcurrido desde el nacimiento de una persona
- Sexo: Individuos que pueden ser ordenados según sus rasgos o características particulares que los caractericen en sexo femenino o masculino.

- Grado de instrucción: grado de estudio más elevado que ha alcanzado una persona.
- Procedencia: Lugar de donde procede el paciente
- Comorbilidad: coexistencia de enfermedad en una persona.
- IMC: Indicador de la relación entre peso y talla que es usada para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos.

- Falla orgánica: presencia de alteración de la función de uno más órganos
- Complicaciones: presencia de una o más complicaciones propias de la pancreatitis aguda

CAPITULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1. HIPOTESIS GENERAL

Existen factores de riesgos asociados que pueden ser modificados para prevenir la recurrencia de pancreatitis aguda

3.2. HIPOTESIS ESPECÍFICA

- Existen factores de riesgos asociados a la pancreatitis aguda recurrente.
- El factor de riesgo más asociado a la pancreatitis aguda recurrente es la litiasis vesicular.
- La no realización de la colecistectomía está asociada a la recurrencia de pancreatitis aguda
- El sexo, edad, grado de instrucción y comorbilidad se asocian a la recurrencia de pancreatitis aguda.
- El IMC se asocia a la recurrencia de pancreatitis aguda.
- Existe asociación entre la prevalencia de falla orgánica y pancreatitis aguda recurrente según la escala de Marshall.
- La presencia de complicaciones en el primer episodio se asocia a la recurrencia de la pancreatitis

3.3. VARIABLES PRINCIPALES DE INVESTIGACION

- **Variable dependiente:** Recurrencia de pancreatitis aguda
- **Variable independiente:**
 - ✓ Sexo
 - ✓ Edad
 - ✓ Grado de instrucción
 - ✓ Lugar de procedencia
 - ✓ IMC
 - ✓ complicaciones
 - ✓ Comorbilidad
 - ✓ Etiología biliar
 - ✓ Colecistectomía
 - ✓ Clasificación de la pancreatitis
 - ✓ Falla orgánica

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1 Diseño de estudio

Se realizó un estudio observacional, retrospectivo, analítico de tipo caso y control.

4.2 Población

La población del presente estudio serán pacientes que estuvieron hospitalizados en el hospital de vitarte con el diagnóstico de pancreatitis aguda, dónde en su historia clínica conste de uno o más ingresos por pancreatitis aguda. Será una muestra representativa, que permitirá inferencias estadísticas, para un nivel de confianza del 95% y un error de precisión de 5%.

4.3 Muestra

Se determinará la representatividad de la muestra mediante el cálculo del tamaño muestral y el tipo de muestreo.

Tamaño muestral

El tamaño de la población necesaria para tener un nivel de confianza del 95 % y un margen de error del 5 % es de 411 pacientes, donde los casos serán 137 pacientes con 2 o más episodios de pancreatitis aguda, y los controles serán 274 pacientes con 1 episodio de pancreatitis aguda.

Tipo de muestreo

El tipo de muestreo es no probabilístico, por conveniencia se calculó el tamaño de la muestra a través de una calculadora entregada por el INICIB, donde se hizo la estimación de la proporción poblacional, para lo cual se usó la siguiente relación:

Se consideró un nivel de confianza $(1-\alpha)$ de 0.95%; frecuencia de exposición entre los controles de: 0.4 %, un poder estadístico de 0.90%, con estimación de un OR de 2 y una razón de controles por caso de 2.

Diseño Casos y Controles	
P_2 : FRECUENCIA DE EXPOSICIÓN ENTRE LOS CONTROLES	0.4
OR: ODSS RATIO PREVISTO	2
NIVEL DE CONFIANZA	0.95
PODER ESTADÍSTICO	0.9075
r : NÚMERO DE CONTROLES POR CASO	2
NÚMERO DE CASOS EN LA MUESTRA	137
NÚMERO DE CONTROLES EN LA MUESTRA	274
n : TAMAÑO MUESTRA TOTAL	411

Fuente: Díaz P., Fernández P., "Cálculo del tamaño muestral en estudios casos y controles", Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística. Complejo Hospitalario Juan Canalejo. A. Coruña. Cad Aten Primaria 2002; 9: 148-150

Criterios de selección de la muestra

Criterios de inclusión

- Pacientes que hayan sido hospitalizados con el diagnóstico de pancreatitis aguda.
- Pacientes atendidos en el hospital de vitarte
- Que la historia clínica evidencie antecedente de un episodio previo de pancreatitis aguda
- Historias clínicas completas

Criterios de exclusión

- Historias clínicas incompletas
- Pacientes referidos

4.4. Operacionalización de variables (ver anexo 1)

variable	Definición operacional	Tipo	Naturaleza	Escala	Indicador	Medición
Recurrencia de pancreatitis	Presencia de dos o más episodios de pancreatitis aguda a través de la anamnesis registrada en la historia clínica	dependiente	cuantitativa	nominal	presencia o ausencia	1=si, 2= no
sexo	Individuos que pueden ser ordenados según sus rasgos o características particulares que los caractericen en sexo femenino o masculino.	Independiente	cuantitativa	nominal	femenino/masculino	1= femenino, 2= masculino
edad	Tiempo en años que ha transcurrido desde el nacimiento de una persona	Independiente	cuantitativa	nominal	años	años
Grado de instrucción	Grado de estudio más elevado que ha alcanzado una persona.	Independiente	cuantitativa	ordinal	analfabetismo, primaria, secundaria, superior	1= analfabetismo y primaria, 2= secundaria y superior
procedencia	Lugar de donde procede el paciente	Independiente	cuantitativa	nominal	capital/ provincia	1= provincia, 2= capital
IMC	Indicador de la relación entre peso y talla que es usada para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos.	Independiente	cuantitativa	ordinal	normopeso, sobrepeso, obesidad	1= sobre peso y obesidad, 2= normopeso

Etiología biliar	Identificación de litiasis vesicular como causa de la enfermedad	Independiente	cuantitativa	nominal	diagnóstico: si/no	1= si, 2= no
comorbilidad:	coexistencia de enfermedad en una persona	independiente	cuantitativa	nominal	diagnóstico: si/ no	1= si, 2= no
colecistectomía	Procedimiento quirúrgico que consiste en la extracción de la vesícula	Independiente	cuantitativa	nominal	cirugía si/no	1: no colecistectomía, 2= colecistectomía
Grado de pancreatitis	Clasificación de Atlanta las divide en: leve, moderadamente grave y grave	Independiente	cuantitativa	ordinal	leve/ moderadamente grave/ grave	1: modera o severa, 2: leve
Falla orgánica	presencia de alteración de la función de uno más órganos	Independiente	cuantitativa	nominal	diagnóstico: si/no	1= si, 2= no
Complicación	presencia de una o más complicaciones propias de la pancreatitis aguda	Independiente	cuantitativa	nominal	diagnóstico: si/no	1=si, 2= no

4.5 Técnicas e instrumento de recolección de datos

La técnica de recolección de la información fue realizada mediante una ficha de recolección de datos, para la cual se hizo la revisión de historias clínicas de los pacientes atendidos en el hospital de Vitarte que tuvieron el diagnóstico de pancreatitis aguda, para ello se solicitó la autorización de la dirección general del Hospital de Vitarte a fin de tener acceso a las historias clínicas de los pacientes que se hayan atendido entre los años 2016 y 2019.

4.6 Procesamiento de datos y plan de análisis

Los datos recolectados fueron registrados en una Hoja de Cálculo de Microsoft Excel. Posterior a ello, dicha Hoja fue sometida a un proceso de control de calidad que consistió en seleccionar 5 fichas de recolección de datos al azar y contrastó los datos con los registrados en la Hoja de cálculo para evitar la omisión o el ingreso de datos erróneos.

Respecto al plan de análisis, las variables cualitativas fueron descritas mediante frecuencias y porcentajes. Las variables cuantitativas fueron analizadas según su Normalidad y posteriormente descritas con medidas de tendencia central y dispersión según sea el caso. En el análisis bivariado para determinar las diferencias significativas entre los grupos de categorías, se utilizó en el caso de variables cualitativas pruebas de chi cuadrado, y para variables cuantitativas las pruebas de t de student o U de Mann Whitney según sea el caso con un Intervalo de Confianza del 95% y un $p < 0.05$ significativo. Seguidamente, aquellas variables significativas que demostraron diferencias entre sí debidas al azar fueron analizadas mediante el uso de regresiones logísticas utilizando como medida de asociación al ODSS RATIO (OR). Posteriormente aquellas variables que resultaron significativas del análisis bivariado fueron analizadas con modelos lineales generalizados (GLM) con distribución binomial o poisson y función de enlace logístico. Para el análisis de datos realizado se utilizó el programa estadístico SPSS ver. 25.0 con licencia adquirida por el Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas de la Universidad Ricardo Palma.

4.7 Aspectos éticos de la investigación:

El trabajo no colisionará con aspectos éticos, se solicitó la aprobación del comité de ética de la “Universidad Ricardo Palma”. Se protegerá la identidad de los pacientes mediante el anonimato y el estudio será de manera confidencial para la recolección de los datos de las historias clínicas

4.8 Limitaciones de la investigación

El presente estudio se realizó en los pacientes con diagnóstico de pancreatitis aguda que fueron atendidos en el Hospital de Vitarte, en el distrito de ATE - VITARTE, localizado en LIMA-ESTE.

Las limitaciones observadas en este estudio fueron:

La falta de score de Apache II en las historias clínicas, ya que es un score bien usado para evaluar el pronóstico del paciente.

La falta de equipo tomográfico en el hospital, la cual nos hubiera ayudado a identificar si el paciente presentaba alguna complicación y saber cuál era el tipo de complicación que presentaban.

El presente trabajo fue realizado en el V Curso Taller v de Titulación por Tesis, según metodología publicada. ⁽²⁶⁾

CAPÍTULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

5.1. RESULTADOS:

Tabla 1. DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS Y PORCENTAJES EN PACIENTES CON Y SIN RECURRENCIA DE PANCREATITIS

GRUPO DE CASOS (N=137)	CON RECURRENCIA DE PA		Sin recurrencia de PA Grupo control (n=274)	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Edad*	40.09 ± 18.8		40,97 ± 16,7	
Sexo				
femenino	99	32.2	208	67.8
masculino	38	37.3	64	62.7
G. de instrucción:				
grado bajo	50	32.9	102	67.1
grado alto	87	33.9	170	66.1

Procedencia:				
Lima	122	33.4	243	66.6
Provincia	15	34.1	29	65.9
IMC:				
Normopeso	50	37.9	82	62.1
Sobrepeso	64	32.2	135	67.8
Obesidad	23	29.5	55	70.5
COMORBILIDAD:				
si	41	44.6	51	55.4
no	96	30.3	221	69.7
Etiología				
Biliar		32.9	265	67.1
alcohol	130	37.5	5	62.5
otros	3	80.0	1	20.0
COLECISTECTOMIA				
No		46.2	147	53.8
Si	126	8.1	125	91.9
CLASIFICACION				
LEVE		34.2	256	65.8
MODERADA	133	27.3	8	72.7
SEVERA	3	11.1	8	88.9
FALLA ORGÁNICA				
si		15.8	16	84.2
no	3	34.4	256	65.6
	134			

NOTA: *Media y desviación estándar

En la tabla N°1 se describen que el grupo control (n=266) presentaban una media de edad fue 40.97 con desviación estándar de 16.7 y el grupo de casos (n= 137), la media fue 40.09 y una desviación estándar de 18.8, el sexo predominante en el grupo control fue el femenino con una frecuencia de 208 personas y un porcentaje de 67.8%, en el grupo de casos el sexo femenino también fue predominante con una frecuencia de 99 y un porcentaje de 32.2%. El grado de instrucción predominante en el grupo control fue el de grado alto en 170 personas con un porcentaje de 66.1%, al igual que en el grupo de casos la frecuencia fue de 87 personas (33.9 %). En la variable de procedencia se observa que en el grupo control 243 personas procedían de la ciudad de lima y sólo 29 personas de provincia, y en el grupo de casos 122 personas procedían de lima, mientras que 15 personas procedían de provincia. En la variable IMC, se obtuvo que en los controles 82 (62.1 %),135 (67.8%) y 55(70.5%) personas tienen respectivamente normopeso, sobrepeso y obesidad, el grupo de casos el diagnóstico de sobrepeso fue el más predominante con 64 personas (32.2 %), seguido por los normopeso con una frecuencia de 50 personas (37.9 %) y el número de obesos fueron 23 personas (29.5 %). En la variable comorbilidad en el grupo control sólo 52 personas presentaron comorbilidad asociada, mientras que en el grupo de casos la frecuencia de comorbilidad fue 41 personas. En la variable etiología en el grupo de casos 265 personas (67 %) tuvo el diagnóstico de pancreatitis aguda debido a causa biliar, 5 personas debido a alcoholismo; mientras que en el grupo casos la etiología biliar fue la de mayor predominio con una frecuencia de 130 personas (32.9%) y 3 personas por alcoholismo. En la variable colecistectomía, se obtuvo que en el grupo control 125 personas (91.9 %) se realizaron colecistectomía; mientras que en el grupo de casos sólo 11 personas (8.1 %) se realizaron la colecistectomía. En la variable clasificación de la pancreatitis, se obtuvo que en los casos de control , se presentó pancreatitis aguda leve en 256 personas (67.1 %), pancreatitis moderadamente severa en 8 personas (72.3%) y pancreatitis severa en 8 personas (88.9 %) , mientras en el grupo de casos se obtuvo que 133 personas (34.2 %) presentó pancreatitis leve, seguida por 3 personas (27.3 %) que presentaron pancreatitis moderadamente y sólo una persona pancreatitis severa (11.1%). Respecto a la variable falla orgánica, en el grupo control 16 personas (84.2 %) presentaron falla

orgánica, mientras que en el grupo de casos la falla orgánica sólo se presentó en 3 personas (15.8 %). Y respecto a la evolución, en los controles 280 personas (66.2%) tuvieron una evolución favorable y los casos 133 personas (33.8%) también evolucionaron favorablemente.

Recurrencia de pancreatitis					
	Si (n=137)	No (n=274)	Total	Valor de p	OR (IC 95%)
Sexo					
Femenino	99 (32,2 %)	208 (67,8 %)	307	0,353	0,80 (0,50- 1,27)
Masculino	38 (37.3%)	64 (62.7 %)	102		
Edad*	40,09 ± 18,8*	40,97± 16,3*		0,450	1,2 (0,707- 2,1)
Grado de instrucción					
Grado bajo	50 (32,9 %)	102 (67,1%)	152	0,843	0,95 (0,62-1,46)
Grado alto	87 (33,9 %)	170 (66,1 %)	257		
Procedencia					
Provincia	15 (34,1 %)	29 (65,9 %)	44	0,930	1,03 (0,53 -1,99)
Lima	122(33,4 %)	243 (66,6%)	365		
IMC					
obeso	23 (29,5 %)	55 (70,5 %)	78	0,404	0,79 (0,46- 1,36)
No obeso	114 (34,4 %)	217 (65,6%)	331		
Comorbilidad					
Si	41 (44,6 %)	51 (55,4 %)	92	<0,01	1.85 (1,15- 2,98)
No	96 (30,3 %)	221 (69,7 %)	317		
Biliar					
Si	130 (32.9%)	265 (67,1%)	395	0,183	0.49 (0,16- 1,42)
No	7 (50 %)	7 (50 %)	14		
Colecistectomía:					

No	126 (46,2 %)	272 (66,5 %)	273	<0,00	9.7
Si	11 (8,1%)	125 (91,9%)	136		(5,03- 18,8)
Clasificación					
Modera y severa	4 (20%)	16(91,9 %)	20		
				0,190	0,48 (0,158- 1,4)
Leve	133 (34.2%)	256 (66,8%)	389		
					0,358
Falla orgánica:				0,094	(0.103- 1,25)
Si	3 (15,8%)	16 (84,2%)	19		
No	134 (34,4%)	256 (65,6%)	390		
Complicaciones					
Si	4 (40 %)	6 (60%)	10		1,33
No	133(33.3%)	266 (66,5%)	399	0.659	(0,37- 4,80)

Tabla 2. ANALISIS BIVARIADO DE LOS FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA RECURRENCIA DE PANCREATITIS.

NOTA: *Media y desviación estándar

En la Tabla 2 se muestra el análisis bivariado, donde se encontró que el sexo no era significativamente estadístico (valor $p= 0.353$; OR=0,80; IC 95%= 0,50- 1,27), igualmente en el grado de instrucción (valor $p= 0,843$; OR=0,95; IC 95%= 0,62- 1,46), la procedencia (valor $p= 0,930$; OR=1,03; IC 95%= 0,53- 1,99), el IMC (valor $p= 0,404$; OR=0,79; IC 95%= 0,46- 1,36), la etiología biliar (valor $p= 0,183$; OR=0,49; IC 95%= 0,16 - 1,42), la clasificación de la pancreatitis (valor $p= 0,190$; OR=0,48; IC 95%= 0,158- 1,4), la falla orgánica (valor $p= 0,094$; OR=0,35; IC 95%= 0,103- 1,25) y las complicaciones (valor $p= 0,659$; OR=1,33; IC 95%= 0,37- 4,80). A comparación de las variables comorbilidad (valor $p= 0,01$; OR=1,85; IC

95%= 1,15- 2,99) y la variable colecistectomía (valor p= 0,00; OR=9,7; IC 95%= 5,03- 18,8) fueron estadísticamente significativas.

Tabla N°3 ANALISIS MULTIVARIADO DE LOS FACTORES DE RIESGO QUE SE ASOCIAN A LA RECURRENCIA DE PANCREATITIS AGUDA.

	<i>Valor de p</i>	<i>ORa</i>	<i>IC (95%)</i>
Comorbilidad			
<i>Si</i>	0,54	1,6	0,99-2,77
<i>No</i>			
Colecistectomía			
<i>No</i>	0,00	9,4	4,88-18,3
<i>Sí</i>			

En la tabla 3 podemos observar, que de las variables que se obtuvieron asociadas en el análisis bivariado, sólo se mantuvo esa asociación en el análisis multivariado la variable de colecistectomía con un OR ajustado de 9,4 (IC 95%: 4,88-18,3).

5.2. DISCUSIÓN:

El trabajo de investigación expuesto contó con 411 historias clínicas, obtenidas de un total de 820 historias clínicas, las cuales fueron seleccionadas según criterios de exclusión e inclusión. Fue ejecutado en el Servicio de Medicina Interna y Cirugía, en el “Hospital de Vitarte Lima- Este”, en el periodo 2016- 2019. Los pacientes fueron distribuidos en 2 grupos, el primero pertenece al grupo control con 274 pacientes, los cuales presentaban un ingreso a hospitalización con diagnóstico de pancreatitis aguda y el segundo grupo pertenece a los casos con 137 pacientes, los cuales presentaban más de 2 ingresos a hospitalización con diagnóstico de pancreatitis aguda.

Dentro de las características sociodemográficas se encontró que la media de edad de la población de los casos fue de 40,09 y una desviación estándar de 18,8 y la de los controles la media fue $40,97 \pm 16,3$, la cual es casi igual en ambos grupos, en el estudio de **Andreu Romanguera** realizado en Barcelona, la media de edad de su población fue de 70 años⁽²⁷⁾, **Eva Barreiro**, encontró una edad media de 65,3 en su estudio de reingreso por pancreatitis aguda biliar edematosa.⁽²⁸⁾ por lo que observamos que la recurrencia de pancreatitis se da en una población más joven en nuestro medio, lo que es preocupante.⁽²⁷⁾

En la variable sexo, las mujeres fueron el grupo predominante en nuestra población con un porcentaje de 75.1% , al igual lo reportó **ROMANGUERA** en su estudio de la recurrencia de pancreatitis litiásica, donde obtuvo que el sexo femenino predominó con el 58% de su población.⁽²⁷⁾ Otro estudio reportó que los reingresos fueron 78% de sexo femenino⁽²⁸⁾ lo que es similar en nuestra población.

La recurrencia de pancreatitis se presentó en el 16.7% de nuestra población, esta tasa es similar al reporte de estudio que presento un tasa de recurrencia de 15,5 % como lo indica **BEJARANO** en su artículo publicado⁽²⁹⁾ en México(13), otro estudios reportan tasas de 27 al 31 % y 20 %^{(13) (10)}

Ellos también encontraron que la recurrencia de pancreatitis se debe en mayor porcentaje a la litiasis vesicular, obteniendo tasas de recurrencia por litiasis de 50-73%. **JAIME BOADAS** reporta en su estudio una tasa de recurrencia por

litiasis de 70%.(9), y EVA BARREIRO describe que hasta un 40 % de pacientes con litiasis vesicular tiende a recurrir debido a un retraso de colecistectomía. (28) En nuestro estudio el 94.9% de pacientes que presentaron recurrencia tenían el diagnóstico de litiasis vesicular.

Además, la presentación de los episodios de la recurrencia de pancreatitis fue clasificados como PA Leve en el 97% de los casos, es decir sólo el 3 % tuvieron pancreatitis moderadamente severa o Severa, porcentaje similar reportado en los estudio de ANDREAU y BEJARANO con 3,6%.^{(27) (5)}

Dentro de nuestro estudio los factores de riesgo como la edad y el sexo no estaban relacionados para la recurrencia de pancreatitis aguda, al igual se reportó en el estudio presentado por **Andreu romanguera y Monkhouse**^{(30) (31)}

El nivel de instrucción tampoco se asocia como factor de riesgo en nuestro estudio, resultados semejantes con un estudio realizado en el hospital de Chosica donde fueron evaluados pacientes con pancreatitis aguda⁽¹⁴⁾

Si bien la comorbilidad nos resultó estadísticamente significativo en el análisis bivariado, sin embargo el resultado final después del análisis multivariado fue que no representaba un factor de riesgo para la recurrencia, se ha descrito en las actualizaciones de pancreatitis aguda que es un factor de mal pronóstico tener alguna enfermedad preexistente, para desarrollar pancreatitis graves, en nuestra población las enfermedades preexistentes más frecuentes fueron Hipertensión arterial y Diabetes mellitus 2.⁽¹⁾

El IMC que lo tomamos como índice para ver si nuestra población sufría de sobrepeso y obesidad, nos resultó que no estaba asociada significativamente, a pesar de que 23 pacientes de los casos sufrían obesidad. Sin embargo **SEUNG YOON BAE**, describe en su artículo que la obesidad es un factor de riesgo para desarrollar pancreatitis aguda, además se encuentra relacionada con una alta incidencia para desarrollar complicaciones locales e insuficiencia orgánica.⁽³²⁾

En el presente trabajo el factor de riesgo asociado a la recurrencia de pancreatitis aguda fue la no efectivización de colecistectomía presentándose en un 91.9 % de los pacientes con un $p < 0.00$, un estudio presentado por **CARRASCO** reporta que la tasa de recurrencia de pancreatitis por no realizarse la colecistectomía fue

de 50- 90% ⁽³³⁾, a diferencia del estudio que reporta **BEJARANO** en su estudio con una tasa de 14,2%.

De nuestro grupo de casos se encontró que 11 pacientes (8%) habían sido colecistectomizados previo al segundo evento de pancreatitis aguda, por lo que atribuyeron el diagnóstico de pancreatitis por litiasis residual o coledocolitiasis. en el estudio de ANDREU se reporta que la recurrencia post colecistectomía fue de 2%⁽³¹⁾.

La pancreatitis aguda es una enfermedad muy frecuente en nuestro medio, así como la litiasis vesicular, por lo tanto, este estudio aporta información sobre un tema no muy estudiado como es el de la recurrencia de pancreatitis aguda, el cual debe ser priorizado por el sistema de salud para evitar costos por los reingresos de los pacientes.

Conclusiones:

- ✓ La tasa de recurrencia de pancreatitis aguda en nuestra población fue de 16.7 %
- ✓ La principal causa de recurrencia en nuestro estudio fue la litiasis vesicular con un porcentaje de 94.9%.
- ✓ Los episodios recurrentes en nuestra población fueron clasificados como pancreatitis leve 97% de los pacientes.
- ✓ El único factor de riesgo asociado a la recurrencia de pancreatitis aguda en nuestro estudio fue la no realización de la colecistectomía.

Recomendaciones:

- ✓ Se recomienda poner énfasis en los pacientes que son dados de alta con el diagnóstico de pancreatitis aguda litiásica y efectuar un seguimiento continuo para que puedan modificar su estilo de vida, y acudan a sus controles para ser evaluados por los cirujanos y sean programados para realizarse la colecistectomía.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Durón DB. Acute Pancreatitis: Current Evidence. Arch Med [Internet]. 2018;14(1:4):10. Disponible en: <http://www.archivosdemedicina.com/medicina-de-familia/pancreatitis-aguda-evidencia-actual.pdf>
2. Motta-Ramírez GA, Alberto-Infante OZ, Colín-Santiago M, Rodríguez-Olivares HE, Méndez-Valle J, Mata-Melchor D, et al. Estudio de pacientes con pancreatitis aguda evaluados con la nueva guía del Colegio Americano de Gastroenterología. Rev Sanid Mil [Internet]. 2015 [citado 27 de febrero de 2020];69(2):118-39. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=58246>
3. kristine Novax. How Should We Treat Recurrent Acute Pancreatitis? [Internet]. AGA Journals Blog. 2019 [citado 23 de febrero de 2020]. Disponible en: <http://journalsblog.gastro.org/how-should-we-treat-recurrent-acute-pancreatitis/>
4. Testoni PA. Acute recurrent pancreatitis: Etiopathogenesis, diagnosis and treatment. World J Gastroenterol WJG [Internet]. 7 de diciembre de 2014 [citado 23 de febrero de 2020];20(45):16891-901. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4258558/>
5. González NB, Monzonís AR. Cómo afecta el retraso de la colecistectomía tras la pancreatitis aguda litiásica en la aparición de recidivas. Consecuencias de la falta de recursos. Rev Esp Enferm Dig [Internet]. 2016;108:6. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082016000300002
6. Marco Antonio Valdiviezo. Situación epidemiológica de la pancreatitis aguda en Latinoamérica y alcances sobre el diagnóstico [Internet]. [citado 15 de abril de 2019]. Disponible en: <https://actagastro.org/situacion-epidemiologica-de-la-pancreatitis-aguda-en-latinoamerica-y-alcances-sobre-el-diagnostico/>
7. Francisco Á-L, Esteban V. Utilidad diagnóstica y pronóstica del tripsinógeno-2 urinario en pacientes con pancreatitis aguda. Rev Medigraphic [Internet]. :6. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=85141>
8. Cardozo JAV. PREVALENCIA Y DISFUNCION ORGANICA SEGÚN MARSHALL EN PANCREATITIS AGUDA EN EL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL DE VITARTE EN EL PERIODO ENERO – JULIO 2015. :73. Disponible en: <http://repositorio.urp.edu.pe/handle/urp/474>
9. Jaume Boadas. Pancreatitis Aguda Recurrente. En Bilbao; 2012.
10. Soumya Jagannath SJ. Recurrent Acute Pancreatitis. 2018; Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11938-018-0196-9>

11. Machicado JD, Yadav D. Epidemiology of Recurrent Acute and Chronic Pancreatitis: Similarities and Differences. *Dig Dis Sci*. 2017;62(7):1683-91.
12. Kedia S. Recurrent acute pancreatitis: an approach to diagnosis and management. *Trop Gastroenterol* [Internet]. 1 de septiembre de 2013;34:123-35. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24851521>
13. Hernández Calleros J. Estudio del paciente con pancreatitis aguda recurrente. *Rev Gastroenterol México* [Internet]. 1 de noviembre de 2010 [citado 30 de diciembre de 2019];75:93-5. Disponible en: <http://www.revistagastroenterologiamexico.org/es-estudio-del-paciente-con-pancreatitis-articulo-X0375090610873694>
14. Ames S, Susana C. Prevalencia y factores de riesgo asociados a la pancreatitis aguda de causa biliar en la población adulta femenina en el Hospital "Jose Agurto Tello" Chosica durante el periodo enero - diciembre 2016. *Univ Ricardo Palma* [Internet]. 2018 [citado 30 de diciembre de 2019]; Disponible en: <http://repositorio.urp.edu.pe/handle/URP/1254>
15. Anatomía y fisiología de páncreas | Gastroenterología | AccessMedicina | McGraw-Hill Medical [Internet]. [citado 28 de abril de 2019]. Disponible en: <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1475§ionid=101526236>
16. El páncreas: Anatomía y funciones [Internet]. [citado 28 de abril de 2019]. Disponible en: <http://healthlibrary.uchospitals.edu/content/adult-diseases-and-conditions-v0/pand225ncreas-anatomand237a-y-funciones/>
17. Eduardo Pérez Torres, Juan Miguel Abdo Francis. Funciones endocrinas del páncreas y regulación del metabolismo de carbohidratos | Ganong. Fisiología médica, 25e | AccessMedicina | McGraw-Hill Medical [Internet]. [citado 28 de abril de 2019]. Disponible en: <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1800§ionid=125150170>
18. Pancreatitis aguda [Internet]. [citado 27 de febrero de 2020]. Disponible en: <https://empendium.com/manualmibe/social/chapter/B34.II.5.1>.
19. Herrera Del Águila DD, Garavito Rentería J, Linarez Medina K, Lizarzaburu Rodríguez V. Pancreatitis aguda por hipertrigliceridemia severa: reporte de caso y revisión de la literatura. *Rev Gastroenterol Perú* [Internet]. abril de 2015 [citado 23 de febrero de 2020];35(2):159-64. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1022-51292015000200006&lng=es&nrm=iso&tlng=es
20. Alsamarrai A, Das SLM, Windsor JA, Petrov MS. Factors that affect risk for pancreatic disease in the general population: a systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. *Clin Gastroenterol Hepatol Off Clin Pract J Am Gastroenterol Assoc* [Internet]. octubre de 2014;12(10):1635-1644.e5; quiz e103. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24509242>

21. Yoon SB, Choi MH, Lee IS, Lim C-H, Kim JS, Cho YK, et al. Impact of body fat and muscle distribution on severity of acute pancreatitis. *Pancreatol Off J Int Assoc Pancreatol IAP AI*. abril de 2017;17(2):188-93.
22. Perdigoto DN, Gomes D, Almeida N, Mendes S, Alves AR, Camacho E, et al. Factores de Risco para a Pancreatite pós-Colangiopancreatografía Retrógrada Endoscópica na Era da Indometacina: Um Estudo Prospetivo. *GE-Port J Gastroenterol* [Internet]. junio de 2019 [citado 23 de febrero de 2020];26(3):176-83. Disponible en: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2341-45452019000300005&lng=pt&nrm=iso&tlng=en
23. Cortaza LJC. Análisis de las nuevas clasificaciones de la pancreatitis aguda. *Cir Gen* [Internet]. 2013 [citado 27 de febrero de 2020];35(S1):16-8. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenl.cgi?IDARTICULO=41757>
24. Motta-Ramírez GA, Alberto-Infante OZ, Colín-Santiago M, Rodríguez-Olivares HE, Méndez-Valle J, Mata-Melchor D, et al. Estudio de pacientes con pancreatitis aguda evaluados con la nueva guía del Colegio Americano de Gastroenterología. *Rev Sanid Mil* [Internet]. 2015 [citado 24 de febrero de 2020];69(2):118-39. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=58246>
25. Cortaza LJC. Análisis de las nuevas clasificaciones de la pancreatitis aguda. *Cir Gen*. :3.
26. Vargas JA de LC, López LEC, Bambaren M del SAG de, Carlessi HS. Promoviendo la investigación en estudiantes de Medicina y elevando la producción científica en las universidades: experiencia del Curso Taller de Titulación por Tesis. *Educ Médica* [Internet]. 2019 [citado 26 de febrero de 2020];20(4):199-205. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7209004>
27. Romaguera Monzonís A. Estudio de la recurrencia de la pancreatitis aguda litiasica. 2012 [citado 27 de febrero de 2020]; Disponible en: <https://ddd.uab.cat/record/103626>
28. Alonso et al. - 2016 - Reingresos por pancreatitis aguda biliar edematosa.pdf [Internet]. [citado 26 de febrero de 2020]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/diges/v108n8/es_original4.pdf
29. Influencia de la colecistectomía tardía después de la pancreatitis aguda por cálculos biliares en la recurrencia. Consecuencias de la falta de recursos. - PubMed - NCBI [Internet]. [citado 26 de febrero de 2020]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26864663>
30. arm1de1.pdf [Internet]. [citado 26 de febrero de 2020]. Disponible en: https://ddd.uab.cat/pub/tesis/2011/hdl_10803_96278/arm1de1.pdf

31. Monkhouse SJW, Court EL, Dash I, Coombs NJ. Two-week target for laparoscopic cholecystectomy following gallstone pancreatitis is achievable and cost neutral. *Br J Surg.* julio de 2009;96(7):751-5.
32. Yoon SB, Choi MH, Lee IS, Lim C-H, Kim JS, Cho YK, et al. Impact of body fat and muscle distribution on severity of acute pancreatitis. *Pancreatol Off J Int Assoc Pancreatol IAP AI* [Internet]. abril de 2017;17(2):188-93. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28190685>
33. Carrasco Benavides N. Efectos de la colecistectomía pospancreatitis aguda biliar leve: Centro Médico Naval 2010-2013. Univ San Martín Porres – USMP [Internet]. 2015 [citado 26 de febrero de 2020]; Disponible en: <http://repositorio.usmp.edu.pe/handle/usmp/1957>

Anexos:

Anexo 1: matriz de consistencia

PROBLEMA GENERAL	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	DISEÑO METODOLOGICO	POBLACIÓN Y MUESTRA	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS
<p>En la Pancreatitis Aguda Recurrente, ¿Cuáles serían los factores de riesgo asociados en pacientes atendidos en el Hospital de Viñate en el periodo 2016 – 2019?</p> <p>✓</p> <p>Identificar cual es el factor de riesgo más prevalente para la recurrencia de pancreatitis aguda.</p> <p>✓</p> <p>Determinar la asociación entre litiasis vesicular y pancreatitis aguda recurrente.</p> <p>✓</p> <p>Determinar si la no realización de colecistectomía está asociada a la recurrencia de pancreatitis aguda.</p> <p>✓</p> <p>Determinar si el sexo, edad, grado de instrucción y comorbilidad se asocian a la recurrencia de pancreatitis aguda.</p> <p>✓</p> <p>Determinar si el IMC se asocia a la recurrencia de pancreatitis aguda.</p> <p>✓</p> <p>Determinar la asociación entre la estancia hospitalaria y episodios recurrentes de pancreatitis aguda.</p> <p>✓</p> <p>Determinar la asociación entre la prevalencia de falla orgánica y pancreatitis aguda recurrente según la escala de Marshall.</p> <p>✓</p>	<p>General: Determinar los factores de riesgos asociados a la pancreatitis aguda recurrente en los pacientes atendidos en el Hospital de Viñate en el periodo 2016 – 2019</p> <p>Específicos: ✓ Identificar cual es el factor de riesgo más prevalente para la recurrencia de pancreatitis aguda. ✓ Determinar la asociación entre litiasis vesicular y pancreatitis aguda recurrente. ✓ Determinar si la no realización de colecistectomía está asociada a la recurrencia de pancreatitis aguda. ✓ Determinar si el sexo, edad, grado de instrucción y comorbilidad se asocian a la recurrencia de pancreatitis aguda. ✓ Determinar si el IMC se asocia a la recurrencia de pancreatitis aguda. ✓ Determinar la asociación entre la estancia hospitalaria y episodios recurrentes de pancreatitis aguda. ✓ Determinar la asociación entre la prevalencia de falla orgánica y pancreatitis aguda recurrente según la escala de Marshall.</p>	<p>GENERAL: Existen factores de riesgos asociados que pueden ser modificados para prevenir la recurrencia de pancreatitis aguda</p> <p>ESPECÍFICOS: ✓ El factor de riesgo más prevalente para la pancreatitis aguda recurrente es la litiasis vesicular. ✓ Existe asociación entre litiasis vesicular y pancreatitis aguda recurrente. ✓ El retraso de la colecistectomía está asociado a la recurrencia de pancreatitis aguda ✓ Determinar si la no realización de colecistectomía está asociada a la recurrencia de pancreatitis aguda. ✓ Existe asociación entre el sexo, edad, grado de instrucción y comorbilidad de pancreatitis aguda. ✓ Existe asociación entre el sexo, edad, grado de instrucción y comorbilidad de pancreatitis aguda. ✓ El tiempo de estancia hospitalaria es más prolongado en pancreatitis aguda recurrente. ✓ La prevalencia de falla orgánica es mayor en pacientes con pancreatitis aguda recurrente</p>	<p>DEPENDIENTE Recurrencia de pancreatitis</p> <p>Independientes: - Edad - Sexo - Procedencia - Grado de instrucción. - Etiología biliar - Comorbilidad - IMC - Estancia hospitalaria prolongada - Clasificación - Falla orgánica - Colecistectomía - Complicaciones - Evolución</p>	<p>Estudio Observacional, Caso Control, Retrospectivo.</p>	<p>Se obtendrá como tamaño de muestral 411 sujetos, divididos en 137 casos y 274 controles.</p>	<p>Para la recolección de los registros médicos se utilizará una ficha de recolección de datos.</p>	<p>Los datos fueron analizados estadísticamente por el programa SPSS versión 25.0, las variables cualitativas fueron descritas mediante frecuencias y porcentajes. Las variables cuantitativas fueron analizadas según su Normalidad y posteriormente descritas con medidas de tendencia central y dispersión según sea el caso. En el análisis bivanado para determinar las diferencias significativas entre los grupos de categorías, se utilizó en el caso de variables cuantitativas pruebas de chi cuadrado, y para variables cuantitativas las pruebas de t de Student o U de Mann Whitney según sea el caso con un Intervalo de Confianza del 95% y un p <0.05 significativo. Seguidamente, aquellas variables significativas que demostraron diferencias entre sí debidas al azar fueron analizadas mediante el uso de regresiones logisticas utilizando como medida de asociación al ODDS RATIO (OR).</p>

