



**UNIVERSIDAD CATOLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

TEMA:

**Factores de riesgo que inciden en el desarrollo de pancreatitis
aguda de origen biliar en pacientes de 40 a 50 años en el Hospital
General IESS de Ceibos y Guasmo Sur 2019 – 2022.**

AUTOR (ES):

**Rentería Rodas, Valeria Estephania
Troya Llerena, Davor Andree**

**Trabajo de titulación previo a la obtención del grado de:
Médico**

TUTOR (A)

Dra. Benites Estupiñan, Elizabeth

Guayaquil, Ecuador

01 de septiembre del 2022



**UNIVERSIDAD CATOLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por **Rentería Rodas, Valeria Estephania y Troya Llerena, Davor Andree** como requerimiento para la obtención del título de **Médico**.

TUTORA

f. _____
Dra. Benites Estupiñan Elizabeth

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____
Dr. Aguirre Martínez Juan Luis

Guayaquil, a los 01 del mes de septiembre del año 2022



UNIVERSIDAD CATOLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Nosotros, **Rentería Rodas, Valeria Estephania y Troya Llerena, Davor Andree**

DECLARAMOS QUE:

El Trabajo de titulación, **Factores de riesgo que inciden en el desarrollo de pancreatitis aguda de origen biliar en pacientes de 40 a 50 años en el Hospital General IESS de Ceibos y Guasmo Sur 2019 - 2022** previo a la obtención del título de **MÉDICO**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 01 del mes de septiembre del año 2022

AUTORES:

f. _____
(Rentería Rodas, Valeria Estephania)

f. _____
(Troya Llerena, Davor Andree)



UNIVERSIDAD CATOLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA

AUTORIZACIÓN

Nosotros, **Rentería Rodas, Valeria Estephania y Troya Llerena, Davor Andree**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución el Trabajo de titulación.

Factores de riesgo que inciden en el desarrollo de pancreatitis aguda de origen biliar en pacientes de 40 a 50 años en el Hospital General IESS de Ceibos y Guasmo Sur 2019 - 2022, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 01 del mes de septiembre del año 2022

AUTORES:

f. _____
(Rentería Rodas, Valeria Estephania)

f. _____
(Troya Llerena, Davor Andree)

REPORTE URKUND

URKUND

Elizabeth Maria Benites Estupiñan (elizabeth.maria.benites.estupinan)

Documento: [Tesis Troya - Rentería \(1\).docx](#) (D142952553)

Presentado: 2022-06-15 17:16 (-05:00)

Presentado por: renteriavaleria22@gmail.com

Recibido: elizabeth.benites.ucsg@analysis.orkund.com

0% de estas 19 páginas, se componen de texto presente en 0 fuentes.

Categoria	Enlace/nombre de archivo	
	UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL / (null)	<input type="checkbox"/>
	UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL / (null)	<input type="checkbox"/>
	UNIVERSIDAD TECNICA DE AMBATO / (null)	<input type="checkbox"/>
	UNIVERSIDAD TECNICA DE AMBATO / (null)	<input type="checkbox"/>
	https://mgvf.org/principales-factores-de-riesgo-para-el-desarrollo-de-pancreatitis-aguda-de-...	<input type="checkbox"/>

1 Advertencias. Reiniciar. Compartir

Tutora: Dra. Elizabeth Benites Estupiñan

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios en primer lugar por ser mi guía en cada paso de mi carrera, por brindarme fortaleza y sabiduría para poder llegar hasta donde he llegado.

Gracias a mis padres y mis hermanas por darme una excelente educación y poder hacer este sueño posible, sobre todo por ser un pilar y apoyo fundamental toda mi vida.

A todos mis docentes, por todos los conocimientos impartidos en este largo camino, en especial a mi tutora de tesis, Dra. Elizabeth Benites, por su orientación, paciencia y tiempo dedicado para poder llevar a cabo este trabajo.

A todos mis amigos, mi compañero de tesis y todas las personas que estuvieron conmigo y me apoyaron en mis tropiezos y triunfos.

Valeria Estephania Rentería Rodas

En primer lugar, quisiera agradecer a Dios por darme la fuerza y la capacidad para poder atravesar cada dificultad que se ha presentado a lo largo de la carrera.

Me gustaría agradecerles a mis padres por su apoyo incondicional, su paciencia y consejos que me han servido a lo largo de estos 6 años de educación.

A mis docentes que gracias a sus enseñanzas he podido avanzar en mi carrera y quisiera agradecerle a mi tutora de tesis por su paciencia y guía a lo largo de este trabajo de titulación.

Finalmente quisiera agradecerle a mi compañera de tesis por su compañerismo y responsabilidad.

Davor Andree Troya Llerena

DEDICATORIA

Dedico este trabajo de titulación a Dios.

A mi papi, Juan; mi mami, Enriqueta y mis hermanas por apoyarme y confiar en mí todo este tiempo. Les debo tanto.

Valeria Rentería Rodas

Dedico este trabajo a Dios.

A mi papá Dr. Manuel Troya y a mi Mamá Marlene Llerena por su paciencia y confianza a lo largo de mi carrera.

Davor Troya Llerena



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

Dr. Aguirre Martínez Juan Luis
DECANO O DIRECTOR DE CARRERA

f. _____

COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

f. _____

OPONENTE

ÍNDICE

AGRADECIMIENTO	VI
DEDICATORIA	VII
RESUMEN XI	
ABSTRACTXII	
CAPÍTULO I.....	2
INTRODUCCIÓN	2
OBJETIVO GENERAL	3
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	3
HIPÓTESIS	4
PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN	4
JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA.....	4
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	5
DEFINICIÓN	5
ETIOLOGÍA.....	5
CLASIFICACIÓN	6
FISIOPATOLOGÍA	6
FACTORES DE RIESGO	7
CUADRO CLÍNICO.....	8
DIAGNÓSTICO	9
LABORATORIOS	9
IMÁGENES	11
TRATAMIENTO	11
CAPÍTULO III.....	16
METODOLOGÍA	16
DISEÑO DE ESTUDIO	16
UNIVERSO.....	16
MUESTRA.....	16
MÉTODO DE MUESTREO	16
CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	16

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	17
OPERACIONALIDAD DE VARIABLES	17
CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	19
CAPÍTULO V	25
CONCLUSIONES	25
RECOMENDACIONES.....	26
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	28

RESUMEN

Introducción La pancreatitis aguda es un proceso inflamatorio abrupto y reversible del parénquima pancreático que puede ocasionar una respuesta inflamatoria sistémica, fallo orgánico, que puede llegar incluso a la muerte.

Objetivo Identificar los factores de riesgo en el desarrollo de pancreatitis aguda de origen biliar en pacientes de 40 a 50 años en el Hospital General IESS de Ceibos y Guasmo Sur desde enero del 2019 hasta agosto 2022.

Metodología Se recogió un universo de 500 pacientes, dentro de los cuales 134 estaban fuera del intervalo de edad que requerimos, 140 no entraban para el estudio requerido debido a que no cumplían con todos nuestros criterios de inclusión. Quedando así una muestra de 226 pacientes para el estudio con el respectivo CIE-10.

Resultados De los 154 pacientes con pancreatitis aguda de origen biliar, 103 pacientes eran mujeres (66.9%) y 51 pacientes eran hombres (33.1%). Nuestra base estudiada presenta relación con las referencias bibliográficas analizadas que dispone una mayor prevalencia en mujeres, sin embargo, el género no se considera un factor de riesgo.

Conclusión En nuestro trabajo los factores de riesgo que logramos identificar son en su mayoría modificables como una dieta poco saludable que puede desencadenar un conjunto de desórdenes metabólicos que pueden provocar el padecimiento de pancreatitis aguda de origen biliar, además de la hipercalcemia e hipertrigliceridemia.

PALABRAS CLAVE: Pancreatitis aguda, factores de riesgo, litiasis biliar

ABSTRACT

Introduction Acute pancreatitis is an abrupt and reversible inflammatory process of the pancreatic parenchyma that can cause a systemic inflammatory response, organ failure, which can even lead to death.

Objective To identify the risk factors in the development of acute pancreatitis of biliary origin in patients aged 40 to 50 years at the IESS General Hospital in Ceibos and Guasmo Sur from January 2019 to August 2022.

Methodology A universe of 500 patients was collected, among which 134 were outside the age range we required, 140 did not enter the required study because they did not meet all our inclusion criteria. Thus, leaving a sample of 226 patients for the study with the respective ICD-10.

Results The 154 patients with acute pancreatitis of biliary origin, 103 patients were women (66.9%) and 51 patients were men (33.1%). Our studied base presents a relationship with the analyzed bibliographical references that has a higher prevalence in women, however, gender is not considered a risk factor.

Conclusion In our work, the risk factors that we were able to identify are mostly modifiable, such as an unhealthy diet that can trigger a set of metabolic disorders that can cause acute pancreatitis of biliary origin, in addition to hypercalcemia and hypertriglyceridemia

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

La pancreatitis aguda es un proceso inflamatorio abrupto y reversible del parénquima pancreático que ocurre como resultado de la activación temprana de enzimas digestivas como el tripsinógeno y tripsina que provoca la auto digestión pancreática; este proceso puede originar injuria local, es decir limitarse solamente al páncreas o afectar a estructuras vecinas llegando a múltiples órganos lo que puede ocasionar una respuesta inflamatoria sistémica, fallo orgánico, que puede llegar incluso a la muerte. (1)

Es una de las enfermedades digestivas que con mayor frecuencia nos enfrentamos en los hospitales y que requieren ingreso hospitalario con una incidencia a nivel mundial de 13 a 45 casos por cada 100.000 personas. Se demostró que en Latinoamérica que los cálculos biliares ocupan la primera causa, mientras que en Estados Unidos y Brasil la causa más frecuente es el consumo prolongado de alcohol. (4-6 bebidas/día > 5 años). Además, se espera que el 7% de pacientes que presenten litiasis vesicular desarrollen pancreatitis en algún momento de su vida. Los cálculos menores a 5 mm están relacionados con mayor frecuencia a cuadros de pancreatitis aguda, pues tienen más facilidad de migrar hacia los conductos biliares o pancreáticos (1, 2, 3)

De acuerdo con las estadísticas del INEC, en el año 2019 en el Ecuador se detectaron 5.478 casos de pancreatitis aguda a nivel nacional de los cuales 1.092 corresponde a la provincia del Guayas, 1.247 en la provincia de Pichincha y solamente 170 en la provincia de los Ríos y en base a estas estadísticas se llegó al resultado de que es más frecuente en mujeres mayores de 65 años y cuya tasa de letalidad disminuyó al 2% en comparación al año 2016. (2)

Se decide realizar este estudio con el objetivo de conocer los principales factores de riesgo para el desarrollo de pancreatitis aguda en aquellos pacientes con litiasis biliar de 40 a 50 años en el Hospital General IESS de Ceibos y Guasmo Sur durante el año 2019 – 2022, debido a la falta de conocimiento que tienen los pacientes sobre el desarrollo de esta enfermedad y que ha despertado gran interés en el personal de salud debido a que esta patología presenta una alta incidencia de ingresos hospitalarios en nuestro medio; de esta manera podemos ayudar a mejorar la forma

de vida de los pacientes que aún no la padecen y aquellos que ya la desarrollaron con un diagnóstico precoz y tratamiento adecuado y por consiguiente la realización de una colecistectomía oportuna y evitar cuadros recurrentes de pancreatitis (2, 3)

Objetivos de Investigación

OBJETIVO GENERAL

- Identificar los factores de riesgo en el desarrollo de pancreatitis aguda de origen biliar en pacientes de 40 a 50 años en el Hospital General IESS de Ceibos y Guasmo Sur desde enero del 2019 hasta agosto 2022

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar los factores de riesgo en el desarrollo de pancreatitis aguda de origen biliar en hombres y mujeres de 40 a 50 años en el Hospital General IESS de Ceibos y Guasmo Sur desde enero del 2019 hasta agosto 2022
- Determinar la prevalencia de la pancreatitis en hombres y mujeres de 40 a 50 años
- Determinar si los factores conductuales como alcoholismo están relacionados al desarrollo de pancreatitis aguda de origen biliar
- Estimar el rango de edad en el que es el más frecuente el desarrollo de pancreatitis aguda de origen biliar
- Determinar si la alteración de los parámetros de laboratorio como hipertrigliceridemia, hipercolesterolemia e hipercalcemias, están relacionados al desarrollo de pancreatitis aguda de origen biliar
- Identificar los signos y síntomas característicos de litiasis biliar.

Formulación de hipótesis o preguntas de investigación

HIPÓTESIS

¿Qué factores de riesgo son los más frecuentes implicados en el desarrollo de pancreatitis aguda de origen biliar en hombres y mujeres de 40 a 50 años?

PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

- a) ¿Cuáles son los factores de riesgo modificable y no modificable en hombres y mujeres de 40 a 50 años asociados al desarrollo de pancreatitis aguda de origen biliar?
- b) ¿Cuáles son las características sociodemográficas en mi población de estudio?

JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

La pancreatitis aguda es una de las patologías gastrointestinales más frecuentes la cual es causa importante de morbimortalidad y los pacientes necesitan ser ingresados a un centro hospitalario. Los cálculos biliares, consumo prolongado de alcohol e hipertrigliceridemia son las causas más frecuentes de pancreatitis aguda. Los hallazgos clínicos y criterios diagnósticos están bien establecidos. Existen diversos criterios clínicos, de laboratorio y de imágenes que facilitan la predicción de severidad y pronóstico desde el ingreso y durante la estadía hospitalaria. (4)

Este trabajo está dirigido a establecer los principales factores de riesgo de pancreatitis aguda de origen biliar en hombres y mujeres entre 40 a 50 años para de esta forma poder brindar una prevención oportuna a nuestros pacientes e indicarles cuales son los factores que se pueden modificar en su estilo de vida y de esta manera reducir la morbilidad y sus posibles complicaciones. (5)

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

DEFINICIÓN

La pancreatitis aguda se define como una inflamación progresiva del páncreas que puede comprometer la arquitectura y funcionamiento de la glándula, esta patología se produce por diversos eventos inflamatorios y antiinflamatorios que pueden provocar falla orgánica con consecuencia fatales en los pacientes cuando no se llega a un diagnóstico oportuno, por lo que identificar la causa es de gran importancia para la supervivencia de los pacientes, existen diversas etiologías de esta enfermedad pero entre las más frecuente tenemos litiasis biliar, alcoholismo e hipertrigliceridemia.(4)

ETIOLOGÍA

En Ecuador la causa más frecuente de pancreatitis aguda es litiasis biliar incluida la micro litiasis y el barro biliar, y se produce por el atrapamiento de un cálculo en el esfínter de oddi que impide el paso de las enzimas pancreáticas hacia el duodeno. La posibilidad de sufrir pancreatitis aguda se incrementa en mujeres con antecedentes de colelitiasis y en personas con obesidad. (4), (5)

La segunda causa más frecuentes de PA es el alcoholismo con la diferencia que este tipo de pacientes suelen evolucionar a pancreatitis crónica que puede llegar a tener un diagnóstico más complejo, debido a que cursa con cambios mínimos en su sintomatología, para que una persona padezca PA por alcohol tuvo que haber ingerido más de 50 o 60 gramos de alcohol todos los días de forma crónica o excesos puntuales en reiteradas ocasiones. De esta manera antecedentes de alcoholismo suelen ser un factor importante para considerar en diagnóstico de PA en esta región. (5)

Otras de las causas menos frecuentes de PA suelen ser hipertrigliceridemia, traumatismos, farmacológicas, hipercalcemias, mutaciones genéticas y páncreas divisum. Una vez que se descartó las principales causas de PA se debe tomar en cuenta las etiologías menos frecuentes entre esas a la cabeza tenemos a hipertrigliceridemia y las traumáticas debido a que dentro de este grupo minoritario son las que suelen ser de reiterada aparición en el diagnóstico de PA.

CLASIFICACIÓN

La clasificación de Atlanta divide a la pancreatitis aguda por tipo y gravedad, la clasificación de la gravedad de la pancreatitis aguda es de vital importancia en la práctica clínica debido a que permite tener una correcta vigilancia durante el curso de la enfermedad y a su vez tomar las mejores decisiones para el bienestar del paciente:

Tipos de pancreatitis

- Pancreatitis intersticial
- Pancreatitis necrotizante

Gravedad de pancreatitis

- Leve
- Moderado
- Grave

La pancreatitis aguda leve se da cuando la inflamación está limitada al páncreas y a los tejidos peri pancreáticos, en este caso no hay falla orgánica y la mortalidad es menor al 5%

La pancreatitis aguda moderada es cuando existen complicaciones locales o sistémicas, pero no hay falla orgánica

La pancreatitis aguda grave aparece falla orgánica o multiorgánica de más de 48 horas de evolución y se acompaña por una o más complicaciones locales, la mortalidad de los pacientes es superior al 30%. (6)

FISIOPATOLOGÍA

El páncreas es un órgano retroperitoneal que cumple funciones tanto endocrinas como exocrinas, dentro de las funciones endocrinas tenemos la liberación principalmente de insulina y glucagón que se encargan de regular los niveles de glucosa en sangre, mientras que la función exocrina se encarga de segregar amilasa, lipasa y tripsina que se encargan de degradar los carbohidratos, los lípidos y las proteínas.

El calcio tiene una concentración ampliamente regulada en las células pancreáticas que en condiciones normales presenta leves oscilaciones dentro de las células

acinares, en condiciones fisiológicas la estimulación de estas células se da por sustancias como acetilcolina y colecistocinina que aumentan la frecuencia de las oscilaciones del calcio sin que exista un cambio significativo en la amplitud.

En relación con la fisiopatología de PA se puede identificar 4 fases:

La fase intracelular empieza cuando existe un aumento desmedido del calcio dentro de las células acinares, esto se produce gracias a factores tóxicos y estrés celular que conlleva a lesiones en el retículo endoplasmático y fallo mitocondrial, dando como resultado secreciones acinares a normales, activación intracelular de zimógeno, ruptura de organelas y necrosis.

Una vez activado el zimógeno se da la fase intraacinar donde se desencadena estrés oxidativo que junto con la lesión mitocondrial y el estrés del retículo endoplasmático favorece la apoptosis y necrosis celular, debido al daño celular se liberan factores proinflamatorios que complica las lesiones iniciales

En la tercera etapa la fase pancreática las lesiones de las células acinares favorecen la liberación de citoquinas y quimioquinas desencadenando infiltrados inflamatorios pancreáticos compuestos por polimorfonucleares que aumentan la lesión orgánica y favorecen la aparición y desarrollo de complicaciones sistémicas.

En la fase sistémica se produce el síndrome de disfunción orgánica múltiple debido a la extensión de la respuesta inflamatoria pancreática, en esta última fase existe afectación en la microcirculación peri pancreática lo que conlleva a trastornos de la coagulación, liberación de endotelina, agregación plaquetaria y aumento de IL-1 β , IL-6, IL-17, IL-22 y factor de necrosis tumoral α , esta inflamación sistémica y las alteraciones fisiopatológicas producen afectación de órganos distantes dando así el disfunción de múltiples órganos.(7)

FACTORES DE RIESGO

Existen factores de riesgo modificables y no modificables que influyen en el desarrollo de pancreatitis aguda de origen biliar y nos van a ayudar para poder evitar la enfermedad. Entre los principales factores de riesgo encontramos (8):

- **Edad y género:** existe diferencia entre hombres y mujeres debido a las hormonas y esteroides sexuales, por esta razón en mujeres es mucho más

frecuente durante el embarazo y a edades más tempranas que en los hombres que se presenta a edades más avanzadas y cuya mortalidad aumenta pasados los 55 años.

- **IMC:** se ha encontrado que un IMC mayor a 30 eleva tres veces más la gravedad de la PA de origen biliar y hasta dos veces más su mortalidad (3)
- **Obesidad:** Su prevalencia está en aumento a nivel mundial y sobre todo en Latinoamérica. En algunos estudios se evidencia que la obesidad está en relación con el IMC y cuyo aumento aumenta el riesgo de pancreatitis, incluso estos pacientes predisponen al desarrollo de más complicaciones en comparación a los que tienen peso normal.
- **Litiasis o microlitiasis:** La presencia de litos que midan menos de 5 mm puesto que migran con mayor facilidad hacia los conductos pancreáticos o biliares (3)
- **Tiempo de inicio de síntomas:** En muchos casos los pacientes se acercan a la consulta por más de dos ocasiones presentando un cuadro clínico de dolor abdominal por lo que debemos tomar en cuenta y realizar un abordaje inicial adecuado ya que muchas veces el diagnóstico oportuno en pacientes con PA pasará desapercibido confundiendo con dolor de litiasis vesicular. Generalmente acuden cuando el dolor es intenso, persistente y tiene más de 24 h de evolución que no se logra calmar con analgésicos. (8)
- **Comorbilidades:** Insuficiencia cardiaca, Insuficiencia renal, cirrosis hepática, cáncer (13)

CUADRO CLÍNICO

Se debe realizar una historia clínica detalladamente y examen físico para identificar el origen del padecimiento de su dolor. Los hallazgos físicos son muy variables que puede iniciar los primeros dos días (12-24 horas) con dolor abdominal que se encuentra presente en el 90% de los casos ubicado en el cuadrante superior izquierdo, epigastrio o periumbilical que aparece de manera súbita después de la ingesta de comida alta en grasa o alcohol, se puede irradiar a la espalda media; se acentúa con el movimiento y se alivia cuando se adopta la postura de flexión reclinándose hacia adelante. El dolor se asocia a distensión abdominal con ruidos hidroaéreos disminuidos o ausentes, náuseas, vómitos de contenido alimentario o bilioso, anorexia. (14)

Referente al examen físico el paciente en algunas ocasiones puede presentar fiebre, hipotensión, ictericia, taquicardia, hipersensibilidad y rebote a la palpación e incluso signos de irritación peritoneal. El signo de Cullen que hace referencia a una equimosis periumbilical y edema de tejido subcutáneo y el signo de Grey Turner que en cambio se presenta en flancos se encuentran presentes con menor frecuencia, sin embargo, se asocian a un mal pronóstico en la evolución de la enfermedad y representan un 37% de mortalidad. (11)

DIAGNÓSTICO

Para realizar el diagnóstico de Pancreatitis aguda se requiere la presencia de al menos 2 criterios de los 3 siguientes establecidos en el año 2013 por las guías de práctica clínica del Colegio Americano de Gastroenterología (11):

1. Dolor abdominal superior propio de pancreatitis
2. Elevación en valores tres veces por encima de la normalidad de enzimas pancreáticas principalmente de lipasa y amilasa.
3. Hallazgos de cambios estructurales en páncreas, vesícula o conductos biliares o presencia de cálculos migratorios en imágenes de abdomen como RM, TAC.

The European Association for the Study of the Liver (EASL) dispone que para llevar a cabo el diagnóstico de pancreatitis aguda biliar son imprescindibles la presencia de los criterios a continuación: (12)

1. Dolor abdominal superior
2. Disfunción en pruebas de función hepática y pancreática
3. Diagnóstico de colelitiasis y/o coledocolitiasis

LABORATORIOS

Para una completa evaluación del paciente se debe realizar una valoración específica y sistemática, de debe incluir en los laboratorios: biometría completa, glucosa, triglicéridos, función renal (urea, creatinina) y hepática (AST, ALT, GGT, FA), amilasa, lipasa, lactato deshidrogenasa, perfil de coagulación, electrolitos séricos, uroanálisis y gasometría arterial en el caso de que el paciente presente saturación de oxígeno menor al 95% y se acompañe de signos de dificultad respiratoria, PCR. (16)

Inicialmente ante la sospecha de una pancreatitis aguda se debe indicar como prueba inicial niveles de amilasa y lipasa porque sus concentraciones séricas aumentan a las

pocas horas de haber iniciado el cuadro clínico, sin embargo, se debe realizar una buena interpretación de estas (7). La lipasa es un marcador específico de inflamación pancreática ya que se produce en las células acinares del páncreas y prácticamente ningún otro órgano la produce, sus valores aumentan a las 4-6 horas de iniciados los síntomas con su pico máximo a las 48 h y permanece elevada hasta 14 días; su sensibilidad estima el 79% y su especificidad 90%. (9)

Por otro lado, la amilasa es poco sensible (70%) y específica para realizar el diagnóstico debido a que no solo se produce en las células acinares del páncreas y glándulas salivares sino también, aunque en menor concentración en el tejido adiposo, tejido muscular esquelético, intestino delgado, ovarios y trompa de Falopio. Sus niveles séricos aumentan a las 6-24 h de iniciado los síntomas y alcanza su pico máximo a las 48 h para descender a sus niveles normales a los 3-5 días. (11,9)

Con la ayuda de las pruebas de función hepática podemos distinguir entre una pancreatitis biliar de una pancreatitis no biliar, las concentraciones elevadas de AST no son muy específicas ya que se encuentran además en el corazón, músculo esquelético, riñones; sin embargo, las concentraciones elevadas de ALT son indicativas de lesión hepática. Así mismo son útiles los niveles de fosfatasa alcalina y bilirrubina ya que sus valores elevados nos indican la presencia de cálculos en la vía biliar y la necesidad de realizar una CPRE (colangiopancreatografía retrógrada endoscópica). (8)

Según el escenario clínico del paciente se han propuesto otros marcadores séricos para el diagnóstico de pancreatitis aguda como la proteína C reactiva, IL- 6, IL-8, sin embargo, más que para diagnóstico se los utiliza para predecir la severidad de los cuadros pancreáticos (10,9)

La medición de niveles de tripsinógeno-2 urinario a 50 ng/ml junto con dolor abdominal agudo es sugestivo de pancreatitis aguda, su explicación se basa en que las células acinares del páncreas producen tripsinógeno 1 y 2, como en la pancreatitis existe inflamación y autodigestión del páncreas el tripsinógeno-2 logra escapar a la sangre y posteriormente aumenta su eliminación en la orina. Sus niveles se elevan a las pocas horas de haber iniciado los síntomas y regresan a sus valores normales a los 3-5 días (10,11)

IMÁGENES

Los estudios de imágenes se los realiza para confirmar el diagnóstico, las guías del *Colegio Americano de Gastroenterología* proponen que como la etiología principal de pancreatitis aguda es la causa biliar se realice a todos los pacientes al ingreso una ecografía abdominal para descartar esta etiología. En algunas ocasiones la microlitiasis no diagnosticada ecográficamente es responsable del 70% de las PA idiopáticas, se recomienda realizar una colangio RMN. (1) La ecografía no diagnostica pancreatitis, más bien se utiliza para identificar etiología.

La tomografía computarizada con contraste es considerada el Gold Estándar, identifica de manera temprana cambios inflamatorios en el páncreas, determina el grado de severidad, reconoce complicaciones pancreáticas y extra pancreáticas, sin embargo, no debe realizarla al ingreso debido a que si se realiza muy temprano puede dar falsos negativos en un 27%. Solamente se debe realizar si existe dudas en el diagnóstico, confirmar severidad en relación con predictores clínicos, mala respuesta al tratamiento o sin mejoría dentro de las primeras 48-72 h; lo recomendado es realizarla a los 3-4 días después del inicio del cuadro clínico. (10,11)

La colangio-resonancia magnética es otra opción en el caso que el paciente presente alergia al medio de contraste o alguna otra contraindicación, es más específica porque permite visualizar la vía biliar, ducto pancreático, identificar presencia de litos de hasta 3 mm localizados en el árbol biliar que no son de fácil identificación por ecografía y colecciones. Entre sus desventajas se encuentra el costo elevado, mayor tiempo para su realización, personal capacitado. (10,15)

La CPRE es idéntica a la colangiopancreatografía por RM, se utiliza en casos de coledocolitiasis, y esta técnica es útil tanto para diagnóstico como tratamiento. (10)

TRATAMIENTO

El tratamiento en todo paciente que se sospecha pancreatitis aguda se basa en algunos puntos importantes: Analgesia, Reposición hídrica, nutrición, oxígeno suplementario. Sin olvidar que también se debe realizar un monitoreo continuo de la frecuencia cardiaca y respiratoria, presión arterial, saturación de oxígeno, diuresis; además de control de exámenes de laboratorio en los cuales se incluyen biometría hemática completa, BUN, gases arteriales, electrolitos séricos y glucosa. (10)

1. **Analgésia:**

El paciente acude a la emergencia principalmente por el dolor que es atribuido a su inervación simpática lo que ocasiona íleo, taquicardia, agitación, hipertensión, consumo aumentado de oxígeno, entre otras alteraciones que se pueden controlar con un buen manejo de analgesia. Si no se controla el dolor de manera adecuada puede contribuir a la inestabilidad hemodinámica del paciente. (1, 16).

La analgesia se basa en la administración intravenosas de paracetamol, AINES y opioides, que son los más utilizados, sin embargo, existen otras alternativas como el bloqueo peridural, lumbar y torácico sobre todo en pacientes inestables hemodinámicamente, bloqueo del plexo celíaco, los cuales se espera aún más evidencia. (1) De preferencia y los más utilizados para el dolor moderado a severo corresponden a los opiáceos cuyo uso reduce la necesidad de analgesia complementaria. Entre los más utilizados tenemos los siguientes de los cuales ninguno ha demostrado mejores resultados.

- ❖ Morfina: 0,15 mg/kg + 0,3 – 0,5 mg/kg/día.
- ❖ Meperidina: 1 mg/kg + 3-4 mg/kg/día.
- ❖ Tramadol: 1 mg/kg + 3-4 mg/kg/día.

En cuanto a los AINES que se usan más para el dolor leve a moderado tenemos los siguientes:

- ❖ Ibuprofeno 2400 mg/día
- ❖ Diclofenaco 150 mg/ día
- ❖ ketorolaco 90 mg/día (alto riesgo de complicaciones gastrointestinales y renales) (1)

2. **Reposición hídrica:**

La respuesta inflamatoria sistémica junto con la inflamación del páncreas conlleva a la extravasación de fluidos al tercer espacio, en casos más avanzados hipovolemia, hipoperfusión y finalmente falla orgánica. (9) La hidratación es uno de los puntos más importantes en el manejo de pancreatitis aguda porque mejora el volumen de fluidos circulantes y a su vez la oxigenación tisular. Cuando se restauran los líquidos en el

paciente se debe evaluar el tipo de hidratación, como se va a administrar y medir la respuesta al tratamiento empleado. (1)

El colegio Americano de Gastroenterología recomienda una administración agresiva de fluidos con cristaloides, preferentemente Lactato de Ringer, con 250-500 ml/h o 5 a 10 ml/kg/h durante las primeras 24 horas, sin embargo, debe ser individualizado acorde a cada paciente. Una vez instaurada la fluidoterapia debe ser monitorizada con parámetros clínicos (PAM 65-85 mmhg, FC menor a 120 lpm, saturación de oxígeno, diuresis mayor a 0.5-1 ml/kg/h) y bioquímicos (hematocrito, urea, creatinina, lactato), puesto que la hidratación de manera rápida no controlada eleva riesgo de infección, síndrome compartimental, asistencia respiratoria mecánica y mortalidad. El tratamiento se basa en reducir el hematocrito, BUN y creatinina. (1, 13)

3. Nutrición:

La pancreatitis aguda es una enfermedad metabólica por lo tanto se debe evaluar nutricionalmente en las primeras 24-48 horas para evitar la malnutrición en el paciente porque el inicio de manera temprana de la alimentación disminuye la mortalidad y fallo multiorgánico. (16)

- ❖ **PA leve:** lo recomendable es iniciar la tolerancia oral lo más pronto posible dentro de las 24-48 horas cuando el dolor abdominal vaya desapareciendo, no se debe esperar a que haya desaparecido por completo el dolor o que la amilasa y lipasa regresen a sus parámetros normales. Es suficiente iniciarla frente al cese de las náuseas, vómitos y mejoría del dolor abdominal. Lo recomendable es iniciar una dieta de consistencia blanda, rica en hidratos de carbono, alto en proteínas y bajo en grasa, si el paciente no tolera todavía la vía oral al 3er o 4to día lo más idóneo será emplear la nutrición enteral.
- ❖ **PA moderada:** la falla orgánica transitoria que presentan los pacientes con pancreatitis aguda moderada se resuelve a las 48 horas, de igual manera siempre la vía oral será la de elección, pero si no se puede iniciar al 3er o 4to día, la segunda opción será la nutrición enteral ya sea a través de sonda nasogástrica o nasoyeyunal, ambas son toleradas en el 90% de los casos.
- ❖ **PA grave:** similar a los casos anteriores si la alimentación por vía oral no es tolerada, se prefiere la vía enteral que la parenteral porque disminuye la tasa

de infección, estancia hospitalaria, menor costo, preserva la barrera intestinal y evita la translocación bacteriana. (12)

En el caso de que la nutrición enteral no sea tolerada, presente complicaciones o no contribuya con los requerimientos nutricionales necesarios para el paciente dentro de las 48 a 72 horas se deberá utilizar la nutrición parenteral. Hay que recordar que la nutrición parenteral está relacionada con aumento de infecciones a catéter, aumento de glucemia y alteración de la barrera intestinal. (12,13)

4. CPRE (Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica con esfinterotomía)

La causa principal de PA es la litiasis biliar y la CPRE cuenta con un 90% de efectividad para resolver la obstrucción. Cochrane realizó un meta análisis en el que se incluyeron 644 pacientes en el cual no hubo mejoría con respecto a las tasas de mortalidad, complicaciones o disminución de la severidad con la CPRE realizada de manera temprana en casos leves. Solamente se recomienda en pacientes cuya sospecha clínica sea alta o confirmada por laboratorio de obstrucción de la vía biliar o en el caso de que se encuentre asociada a colangitis se debe realizar CPRE descompresiva en las primeras 24 horas. (1, 12, 13)

Se demostró en un meta análisis que al realizar de manera precoz una CPRE en PA biliar asociada a colangitis disminuyó la mortalidad y a su vez complicaciones locales o sistémicas, cabe destacar que no hay evidencia que si realizamos la CPRE durante la evolución de la PA agrave su progreso o curso. (1)

Si existe duda diagnóstica de obstrucción del conducto biliar sin colangitis se debe revalorar en 24-48 horas las enzimas hepáticas para evaluar mejoría o realizar colangiopancreatografía por resonancia magnética (MRCP) o ecografía endoscópica para identificar cálculos en el conducto biliar. (16).

5. Colecistectomía laparoscópica

La pancreatitis aguda puede recidivar en un 80% en los meses posteriores por lo tanto se debe realizar la cirugía durante el paciente se encuentre internado o programarse cuando se resuelva el proceso inflamatorio ya sea local o sistémico en el caso de haber presentado una pancreatitis severa para disminuir el riesgo de que el paciente

vuelva a presentar otro episodio más adelante. (12). La colecistectomía laparoscópica es un método eficaz y seguro en pacientes con pancreatitis aguda leve.

En casos de pancreatitis aguda leve se recomienda realizar la colecistectomía de manera precoz sin embargo hay algunas discrepancias entre autores sobre cuando es el momento adecuada para realizarla, unos autores mencionan que lo adecuada sería realizarla 2 a 4 semanas posteriores al alta hospitalaria, sin embargo, puede existir recurrencias mientras llega la fecha propuesta; por otro lado otros autores discrepan y tienen como criterios realizarla cuando el cuadro clínico este resuelto, en ausencia de colecciones o disfunción orgánica y durante la internación. Por otro lado, otros les parece apropiada realizarla durante las primeras 48 horas, pero ninguno está completamente aceptado. (1)

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

El presente trabajo es un estudio no experimental

DISEÑO DE ESTUDIO

Retrospectivo, observacional, descriptivo de corte transversal de prevalencia, correlacional, analítico de cohorte.

UNIVERSO

La población de este estudio fue de 500 pacientes y un muestra de 226 pacientes atendidos por el área de Gastroenterología y cirugía del Hospital General IESS de Ceibos y Hospital Guasmo Sur en el periodo de enero 2019 a mayo 2022 con diagnóstico de Pancreatitis biliar aguda.

MUESTRA

La muestra está conformada por 226 pacientes de la población basándose en criterios de inclusión.

Se recogió un universo de 500 pacientes, dentro de los cuales 134 estaban fuera del intervalo de edad que requerimos, 140 no entraban para el estudio requerido debido a que no cumplían con todos nuestros criterios de inclusión. Quedando así una muestra seleccionada de 154 que presentaron Pancreatitis de origen biliar para el estudio con el respectivo CIE-10

MÉTODO DE MUESTREO

Para la recolección de información se realizó una revisión de historias clínicas y exámenes de laboratorio. Los instrumentos utilizados son el Programa Informático IMB SPSS Versión 21 y Microsoft Excel 2016.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Hombres y mujeres entre 40 y 50 años
- Pacientes hospitalizados en el servicio de Gastroenterología o Medicina Interna del Hospital General IESS de Ceibo Guasmo Sur
- Historias clínicas de pacientes con antecedentes personales que estén vinculados a la patología

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Hombres y mujeres menores de 40 años
- Hombres y mujeres mayores de 50 años
- Pacientes que se encuentren ingresados en otros servicios
- Historias clínicas incompletas
- Pacientes Con Pancreatitis aguda de origen biliar no atendidos durante el tiempo de estudio del presente trabajo

OPERACIONALIDAD DE VARIABLES

NOMBRE VARIABLES	DEFINICIÓN DE LA VARIABLE	TIPO	RESULTADO
Pancreatitis aguda	Criterios de Atlanta 2012	Categórica, nominal, dicotómica	Dolor abdominal sugestivo de pancreatitis aguda Enzimas pancreáticas > 3 veces límite máximo normal Hallazgo en TC contrastada sugestivo de pancreatitis aguda
Edad	Edad	Variable numérica discreta	Años cumplidos
Género	Características biológicas que definen el sexo	Variable categórica nominal dicotómica	Masculino Femenino
IMC	Peso Talla	Variable categórica ordinal politómica	Normal Sobrepeso Obesidad
Hábitos alimenticios	Dieta saludable	Categórica, nominal, dicotómica	Sí No
Historia familiar de litiasis biliar	Anamnesis	Categórica, nominal, dicotómica	Sí No

Antecedentes personales de litiasis biliar	Interpretación según presencia del lito vesicular por ecografía o colangio RM	Categórica, nominal, dicotómica	Sí No
Hiperglicemia	Interpretación de exámenes de laboratorio	Numérica	>100 mg/dl

CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

Prevalencia de Pancreatitis Aguda

			Genero		Total
			Masculino	Femenino	
Enfermos	SI	Count	51	103	154
		% within Enfermos	33,1%	66,9%	100,0%
	NO	Count	31	41	72
		% within Enfermos	43,1%	56,9%	100,0%
Total		Count	82	144	226
		% within Enfermos	36,3%	63,7%	100,0%

Tabla 1. Prevalencia de la Pancreatitis de origen Biliar en el Hospital Guasmo Sur e IESS.

Fuente: Rentería, Troya. 2022. Hospital General Guasmo Sur; IESS CEIBOS.

154 pacientes con Pancreatitis de origen Biliar

PREVALENCIA: _____ = $0.68 \times 100 = 68.1\%$

226 pacientes con Pancreatitis

Análisis e interpretación de resultados

La prevalencia de la Pancreatitis de origen Biliar fue del 68.1% de los cuales 103 pacientes eran mujeres (66.9%) y 51 pacientes eran hombres (33.1%). Nuestra base estudiada presenta relación con las referencias bibliográficas analizadas que dispone una mayor prevalencia en mujeres. Sin embargo, se puede afirmar con un 95% de confianza que ambas variables son independientes debido a que la significación 0.148 fue superior a $p > 0.05$, por lo tanto, se acepta la hipótesis nula.

	P	p	N
Enfermos/alcoholismo	0.018	0.787	226

Tabla 2. Relación entre el alcohol y Pancreatitis Aguda de Origen Biliar

Fuente: Rentería, Troya. 2022. Hospital General Guasmo Sur; IESS CEIBOS.

Análisis e interpretación de resultados

En el análisis estadístico de pacientes con pancreatitis aguda de origen biliar no se encontró una correlación entre los pacientes enfermos y el consumo de alcohol ya que la significación 0.787 fue superior $p > 0.05$, por lo tanto, se acepta la hipótesis nula.

			Edad				Total
			40-42	43-45	46-48	49-50	
Enfermos	SI	Count	42	44	34	34	154
		% within Enfermos	27,3%	28,6%	22,1%	22,1%	100,0%
	NO	Count	23	17	16	16	72
		% within Enfermos	31,9%	23,6%	22,2%	22,2%	100,0%
Total	Count		65	61	50	50	226
	% within Enfermos		28,8%	27,0%	22,1%	22,1%	100,0%

Tabla 3. Características de la muestra. Edad
Fuente: Rentería, Troya. 2022. Hospital General Guasmo Sur; IESS CEIBOS.

Análisis e interpretación de resultados

Los datos representados en el presente cuadro estadístico permiten evidenciar que del total de pacientes enfermos (154 pacientes), 44 pacientes tienen un rango de edad entre 43- 45 años (28.6%). Información que demuestra que esta enfermedad es más frecuente entre los individuos que se encuentran dentro de este grupo etario. En nuestro estudio no se encontró asociación estadística entre la edad y la presentación de la enfermedad porque la significación 0.84 fue superior a $p > 0.05$ y Chi^2 : 0.82.

			Consumo de Frutas y verduras		Total
			SI	NO	
Enfermos	SI	Count	36	118	154
		% of Total	15,9%	52,2%	68,1%
	NO	Count	35	37	72
		% of Total	15,5%	16,4%	31,9%
Total	Count		71	155	226
	% of Total		31,4%	68,6%	100,0%

Tabla 4. Características nutricionales de la muestra estudiada
Fuente: Rentería, Troya. 2022. Hospital General Guasmo Sur; IESS CEIBOS.

Análisis e interpretación de resultados

Los datos tabulados en el presente cuadro estadístico nos muestran que, de los pacientes enfermos con pancreatitis aguda de origen biliar, 118 de ellos (52.2%) no mantenían una alimentación saludable que incluya frutas y verduras; mientras que 36 de ellos (15.9%) si tenían una alimentación saludable adecuada. Tener una alimentación saludable es un factor relevante a considerar en la cual se encontró asociación estadística entre ambas variables al presentar un Chi^2 : 14.5 ; significación

de 0.00 que es inferior a $p < 0.05$, con lo que se puede afirmar con un 95% de confianza que ambas variables son dependientes; por lo tanto se rechaza la hipótesis nula.

Indice de Masa Corporal

			IMC			Total
			NORMAL	SOBREPESO	OBESIDAD	
Enfermos	SI	Count	43	35	76	154
		% of Total	19,0%	15,5%	33,6%	68,1%
	NO	Count	20	19	33	72
		% of Total	8,8%	8,4%	14,6%	31,9%
Total	Count	63	54	109	226	
	% of Total	27,9%	23,9%	48,2%	100,0%	

Tabla 5. Características de la muestra. IMC
Fuente: Rentería, Troya. 2022. Hospital General Guasmo Sur; IESS CEIBOS.

Análisis e interpretación de resultados

El análisis estadístico de acuerdo al estado nutricional de los pacientes muestra que 76 pacientes (33.6%) presentan un índice de masa corporal (IMC) elevado, que se diagnostica como obesidad; 35 pacientes (15.5%) presentan sobrepeso; y 43 pacientes (19%) se encuentran dentro del rango normal. Por otro lado, dentro de los pacientes no enfermos solamente 33 (14.6%) de ellos presentan obesidad; 19 (8.4%) tienen sobrepeso y 20 (8.8%) pacientes presentan un IMC normal. Por lo tanto, la obesidad puede repercutir en la pancreatitis aguda debido a que existe una alteración endocrino- metabólico que afecta ambas funciones del páncreas, sin embargo, no muestra una asociación significativa en la pancreatitis aguda de origen biliar debido a que muestra un $\chi^2: 0.40$ y una significación de 0.81 superior a $p > 0.05$, por lo tanto se acepta la hipótesis nula.

Hipercalcemia

			Hipercalcemia		Total
			SI	NO	
Enfermos	SI	Count	60	94	154
		% of Total	26,5%	41,6%	68,1%
	NO	Count	17	55	72
		% of Total	7,5%	24,3%	31,9%
Total	Count	77	149	226	
	% of Total	34,1%	65,9%	100,0%	

Tabla 6. Presencia de Hipercalcemia en la población con PA de origen biliar
Fuente: Rentería, Troya. 2022. Hospital General Guasmo Sur; IESS CEIBOS.

Análisis e interpretación de resultados

En el estudio de los pacientes con pancreatitis aguda de origen biliar se encontró una relación directa entre la hipercalcemia y la pancreatitis de origen biliar debido a que los litos vesiculares contienen bilirrubinato cálcico amorfo, sales cálcicas de ácidos grasos y un 10-30% de colesterol, por lo tanto basándose en los datos estadísticos se muestra una asociación significativa en χ^2 : 5.14 y una significación asintótica de 0.02 inferior a $p < 0.05$, por lo tanto se rechaza la hipótesis nula.

Hiperglicemia					
			Hiperglicemia		Total
			SI	NO	
Enfermos	SI	Count	76	78	154
		% of Total	33,6%	34,5%	68,1%
	NO	Count	26	46	72
		% of Total	11,5%	20,4%	31,9%
Total	Count		102	124	226
	% of Total		45,1%	54,9%	100,0%

Tabla 7. Presencia de Hiperglicemia en la población con PA de origen biliar
Fuente: Rentería, Troya. 2022. Hospital General Guasmo Sur; IESS CEIBOS.

Análisis e interpretación de resultados

En el presente estudio, el análisis ejecutado con los pacientes, se consiguió, que 76 (33.6%) pacientes con pancreatitis aguda de origen biliar presentaron hiperglicemia, 78 pacientes (34.5%) no presentaron hiperglicemia. Referente a los pacientes sanos, 26 (11.5%) de ellos presentaron hiperglicemia y 46 (20.4%) pacientes no presentaron hiperglicemia. El análisis estadístico nos muestra un χ^2 : 3.47 y una significación de 0.06 superior a $p > 0.05$ lo que nos permite establecer que la hiperglucemia no se encuentra relacionado al desarrollo de pancreatitis aguda de origen biliar. Debido a la alteración en la función exocrina del páncreas la hiperglucemia suele ocurrir una vez instaurada la enfermedad, no antes, por lo tanto, se acepta la hipótesis nula.

Hipertrigliceridemia

			Hipertrigliceridemia		Total
			SI	NO	
Enfermos	SI	Count	99	55	154
		% of Total	43,8%	24,3%	68,1%
	NO	Count	38	34	72
		% of Total	16,8%	15,0%	31,9%
Total		Count	137	89	226
		% of Total	60,6%	39,4%	100,0%

Tabla 8. Presencia de Hipertrigliceridemia en la población con PA de origen biliar
Fuente: Rentería, Troya. 2022. Hospital General Guasmo Sur; IESS CEIBOS.

Análisis e interpretación de resultados

El estudio de los pacientes con pancreatitis aguda de origen biliar muestra que el 43.8% presentó hipertrigliceridemia (99 pacientes), 24.3% de pacientes enfermos no presentaron hipertrigliceridemia (55 pacientes), mientras que dentro de los pacientes sanos 16.8% (38 pacientes) presentaron hipertrigliceridemia y el 15% restante (34 pacientes) no presentaron hipertrigliceridemia. La hipertrigliceridemia es la tercera causa de pancreatitis aguda, sin embargo, de acuerdo a nuestro análisis estadístico muestra un χ^2 : 2.72 y una significancia de 0.09 lo que indica que la hipertrigliceridemia no es un factor de riesgo para el desarrollo de pancreatitis aguda de origen biliar ya que no tienen asociación, por lo tanto, se acepta la hipótesis nula.

Hipercolesterolemia

			Hipercolesterolemia		Total
			SI	NO	
Enfermos	SI	Count	113	41	154
		% of Total	50,0%	18,1%	68,1%
	NO	Count	33	39	72
		% of Total	14,6%	17,3%	31,9%
Total		Count	146	80	226
		% of Total	64,6%	35,4%	100,0%

Tabla 9. Presencia de Hipercolesterolemia en la población con PA de origen biliar
Fuente: Rentería, Troya. 2022. Hospital General Guasmo Sur; IESS CEIBOS.

Análisis e interpretación de resultados

Los datos mostrados en el presente cuadro estadístico representan que 113 pacientes con pancreatitis aguda de origen biliar (50%) tuvieron hipercolesterolemia, 41

pacientes (18.1%) no presentaron hipercolesterolemia. Por otro lado, 33 pacientes sanos (14.6%) presentaron hipercolesterolemia, los 39 pacientes restantes (17.3%) no presentaron hipercolesterolemia. Existe una asociación estadísticamente significativa entre las variables hipercolesterolemia y el desarrollo de la enfermedad mostrando un χ^2 : 16.2 y una significancia de 0.00 que es inferior a $p < 0.05$, con lo que se puede afirmar con un 95% de confianza que ambas variables son dependientes, por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula.

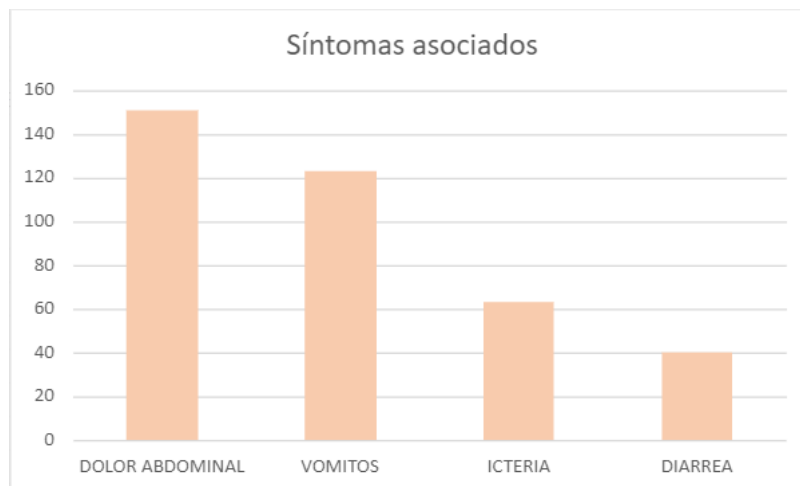


Gráfico 1. Presentación clínica más frecuente.

Fuente: Rentería, Troya. 2022. Hospital General Guasmo Sur; IESS CEIBOS.

Análisis e interpretación de resultados

En el presente estudio el análisis realizado en los pacientes se obtiene que dentro de los 154 enfermos con pancreatitis aguda de origen biliar 151 pacientes (66.8%) presentaron dolor abdominal mientras que 3 pacientes (1.3%) no presentaron dolor abdominal. 123 pacientes enfermos (54.5%) presentaron vómitos y 31 pacientes (13.7%) no presentaron vómitos. Los 63 pacientes enfermos que presentaron ictericia representan un 27.9% mientras que 91 pacientes (40.3%) no presentaron ictericia. A partir de la muestra seleccionada se puede interpretar que el dolor abdominal y vómitos son signos y síntomas característicos.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES

- En el presente estudio se ha evaluado a 226 pacientes de los cuales 154 presentaron diagnóstico de pancreatitis aguda de origen biliar, en los cuales se determinó la prevalencia de la enfermedad entre hombres y mujeres fue de 68.1%, cuáles fueron los principales factores de riesgo y las principales manifestaciones clínicas.
- En un estudio realizado en el 2022 por la Universidad Central de Quito demostró resultados que concuerdan con los nuestros, menciona que pacientes con un IMC > 30 kg/m² que ya corresponde a llamarse obesidad tienen 2 veces más riesgo de desarrollar pancreatitis aguda de origen biliar que aquellos que no lo padecen, incluso considerándose un factor de mal pronóstico para la misma. Del mismo modo presentaron mayor proporción de Pancreatitis aguda de origen biliar en pacientes de sexo femenino (63.5%), sin embargo, no se encontró asociación entre las variables. Para finalizar también mencionan que debido a cuadros de Hipertrigliceridemia, colelitiasis y una dieta alta en grasas puede ocasionar obstrucción de los conductos y a su vez aumentar el riesgo de desarrollar Pancreatitis aguda de origen biliar. (17).
- Otro Trabajo de investigación realizado en el Hospital Vicente Corral por la Universidad de Cuenca publicado en abril 2022 concluye de igual manera que en nuestro estudio que la prevalencia de pancreatitis aguda de origen biliar predomina en el sexo femenino, y que además el dolor abdominal fue el síntoma más frecuente presentándose en el 99% de sus pacientes (18).
- Entre los principales factores de riesgo tenemos que una dieta poco saludable pueden desencadenar un conjunto de desórdenes metabólicos que pueden provocar el padecimiento de pancreatitis aguda de origen biliar, por otra parte el IMC, alcoholismo y la edad no se consideran factores desencadenantes de PA de origen biliar, con respecto a los parámetros del laboratorio niveles elevados de colesterol y calcio predisponen a la formación de cálculos biliares que son la causa de la enfermedad ya mencionada.
- En relación con la prevalencia de esta enfermedad existe un mayor número de casos en personas de edades entre 43 a 45 años y en mujeres, sin embargo,

el análisis estadístico demostró que el género ni la edad son factores de riesgo para el desarrollo de pancreatitis de origen biliar.

- En los 154 pacientes con diagnóstico de PA de origen biliar se identificó que el principal síntoma es el dolor abdominal, sin embargo, se presentaron también otros signos y síntomas tales como vómitos, ictericia y diarrea.

RECOMENDACIONES

- La pancreatitis aguda es una patología con una alta incidencia y prevalencia en los hospitales por lo que es importante saber reconocer los principales signos y síntomas y los factores predisponentes de esta enfermedad, además se debe tener en cuenta que la PA es una patología de manejo hospitalario que se podría evitar si se resuelve la principal causa de esta enfermedad que es la litiasis biliar.
- Los cálculos de vesícula biliar provocan alrededor del 90% de los casos de PA por lo que si se realiza una intervención adecuada y a tiempo se puede disminuir los casos de pancreatitis aguda.
- Programas de Salud que promuevan y guíen a la población a mantener una dieta saludable junto con el ejercicio ya que la obesidad y la mala alimentación carente de frutas y verduras además de ser un factor de riesgo para la Pancreatitis aguda de origen biliar se encuentra asociada a muchas otras enfermedades.

Limitaciones

Las principales limitaciones que encontramos para poder realizar este estudio fueron:

- El complicado proceso para poder acceder a las bases de datos, debido a que los hospitales exigen diversos certificados notariados para poder obtener las diferentes bases de datos.

- Las historias clínicas de la mayoría de pacientes estaban inconclusas dificultando la obtención de datos fiables ya que se tuvo que descartar algunas historias por esta causa.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Guidi M, Curvale C, Pasqua A, Hwang H, Pires H, Basso S, et al. ♦MANUSCRITO ORIGINAL Actualización en el manejo inicial de la pancreatitis aguda. *Acta Gastroenterol Latinoam* [Internet]. 2019;49(4):307–23. Available from: <https://www.actagastro.org/numeros-antteriores/2019/Vol-49-N4/Vol49N4-PDF06.pdf>
2. Díaz MVL, Bernal HFC, Rojas AMV, Aguayo MPRP. Pancreatitis aguda en pacientes con litiasis biliar ingresados en el hospital Martín Icaza. *RECIAMUC* [Internet]. 2022 Feb 8 [cited 2022 Feb 14];6(1):64–71. Available from: <https://www.reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/783/1180>
3. Mesino Armenta T. Principales factores de riesgo para el desarrollo de pancreatitis aguda de origen biliar. *Medicina General y de Familia* [Internet]. 2018;7(3):98–102. Available from: https://mgyf.org/wp-content/uploads/2018/09/MGYF2018_031.pdf
4. Enrique de Madaria JFMS. *aegastro*. [Online].; 2017 [cited 2021. Available from: https://www.aegastro.es/documents/pdf/42_Pancreatitis_aguda.pdf.
5. Boadas J. *elsevier*. [Online].; 2017 [cited 2021 octubre 21. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-gastroenterologia-hepatologia-14-articulo-valoracion-tratamiento-pancreatitis-aguda-documento-S0210570514002465>.
6. GÓMEZ CNN. PANCREATITIS AGUDA EN PACIENTES CON COLEDOCOLITIASIS. UNIVERSIDAD. RICARDO PALMA. 2020.
7. Mesino Armenta T. Principales factores de riesgo para el desarrollo de pancreatitis aguda de origen biliar. *Medicina General y de Familia* [Internet]. 2018 [cited 2022 Jan 28];7(3):98–102. Available from: https://mgyf.org/wp-content/uploads/2018/09/MGYF2018_031.pdf.
8. Susana C, Ames S, De A, Susana M, Kanashiro J. UNIVERSIDAD RICARDO PALMA FACULTAD DE MEDICINA HUMANA MANUEL HUAMÁN GUERRERO Tesis para para optar el título de Médico Cirujano [Internet]. [cited 2022 Mar 7]. Available from: <http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/1254/154%20S%C3%81N%20CHEZ%20AMES.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

9. Zapata J, Carlos J, Colindres Z, Asociación H, De G, Honduras J, et al. Pancreatitis aguda PANCREATITIS AGUDA [Internet]. Available from: <https://www.medfinis.cl/img/manuales/pancreatitis.pdf>
10. Bustamante Durón D, García Laínez A, Umanzor García W, editors. Pancreatitis aguda: Evidencia actual [Internet]. Revista Bioreview. Editorial RW S. A.; 2020 [cited 2022 Mar 7]. Available from: https://revistabioreview.com/archivos/102_Febrero2020.pdf
11. Pérez F, Arauz Valdes E. Acute Pancreatitis [Internet]. Revista Médico Científica. 2020 [cited 2022 Mar 7]. Available from: <http://portal.amelica.org/ameli/jatsRepo/526/5262387002/index.html>
12. European Association for the Study of the Liver (EASL). EASL Clinical Practice Guidelines on the prevention, diagnosis and treatment of gallstones. Journal of Hepatology. 2016 Jul;65(1):146–81.
13. Del M. ASOCIACIÓN MEXICANA DE CIRUGÍA GENERAL A.C. COMITÉ DE ELABORACIÓN DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PANCREATITIS AGUDA [Internet]. Available from: <https://guidelines.international/wp-content/uploads/Pancreatitis-aguda.-Mexico.pdf>
14. Álvarez-López F, Gómez Cruz A, Cruz Miranda A, Martínez Villaseñor E. Utilidad diagnóstica y pronóstica del tripsinógeno-2 urinario en pacientes con pancreatitis aguda [Internet]. Revista Médica núm 2 Vol 10. Revista Médica MD; 2019 [cited 2022 Mar 7]. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmed/md-2018/md182o.pdf>
15. Santhi Swaroop Vege, MD. Manejo de la pancreatitis aguda [Internet]. Uptodate. 2021 [cited 2022 Mar 15]. Available from: https://www21.ucsg.edu.ec:2065/contents/management-of-acute-pancreatitis?search=MANEJO%20DE%20LA%20PANCREATITIS%20AGUDA&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
16. Gutiérrez Navarro R, Sanabria Cordero GA. Actualización en el diagnóstico y manejo de la pancreatitis aguda. Revista Ciencia y Salud Integrandocimientos. 2020 Oct 1;4(5). [cited 2022 Mar 15]. Available from: <http://revistacienciaysalud.ac.cr/ojs/index.php/cienciaysalud/article/view/207/21>

17. González González MJ. Pancreatitis aguda biliar asociada a la obesidad, en pacientes que acudieron al Servicio de Gastroenterología del Hospital Eugenio Espejo, durante los años 2018 al 2019. www.dspace.uce.edu.ec [Internet]. 2022 [cited 2022 Aug 15]; Available from: <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/26387>
18. Mendes AEC, Durazno PNV. Prevalencia y características de la pancreatitis aguda biliar en los pacientes del Hospital Vicente Corral Moscoso 2014-2017. Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca [Internet]. 2022 Jun 13 [cited 2022 Aug 15];40(1). Available from: <https://publicaciones.ucuenca.edu.ec/ojs/index.php/medicina/article/view/4145>



**Presidencia
de la República
del Ecuador**



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Rentería Rodas, Valeria Estephania** con C.I 0950459842 autora del **Trabajo de Titulación**: Factores de riesgo que inciden en el desarrollo de pancreatitis aguda de origen biliar en pacientes de 40 a 50 años en el Hospital General IESS de Ceibos y Guasmo Sur 2019 - 2022 previo a la obtención del título de **Médico** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, **01 de septiembre de 2022**

f.

Nombre: **Rentería Rodas, Valeria Estephania**

C.I 0950459842



**Presidencia
de la República
del Ecuador**



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Troya Llerena, Davor Andree** con C.I autora del **Trabajo de Titulación:** Factores de riesgo que inciden en el desarrollo de pancreatitis aguda de origen biliar en pacientes de 40 a 50 años en el Hospital General IESS de Ceibos y Guasmo Sur 2019 - 2022 previo a la obtención del título de **Médico** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, **01 de septiembre de 2022**

f.

Nombre: **Troya Llerena, Davor Andree**

C.I 0922368154



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Factores de riesgo que inciden en el desarrollo de pancreatitis aguda de origen biliar en pacientes de 40 a 50 años en el Hospital General IESS de Ceibos y Guasmo Sur 2019 - 2022		
AUTOR(ES)	Rentería Rodas, Valeria Estephania; Troya Llerena, Davor Andree		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Dra. Elizabeth Benites Estupiñán		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Ciencias Médicas		
CARRERA:	Medicina		
TÍTULO OBTENIDO:	Médico		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	01 de septiembre de 2022	No. DE PÁGINAS:	30
ÁREAS TEMÁTICAS:	Gastroenterología – Medicina interna		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Pancreatitis aguda, factores de riesgo, litiasis biliar		
RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras):			
<p>Introducción La pancreatitis aguda es un proceso inflamatorio abrupto y reversible del parénquima pancreático que puede ocasionar una respuesta inflamatoria sistémica, fallo orgánico, que puede llegar incluso a la muerte. Objetivo Identificar los factores de riesgo en el desarrollo de pancreatitis aguda de origen biliar en pacientes de 40 a 50 años en el Hospital General IESS de Ceibos y Guasmo Sur desde enero del 2019 hasta agosto 2022. Metodología Se recogió un universo de 500 pacientes, dentro de los cuales 134 estaban fuera del intervalo de edad que requerimos, 140 no entraban para el estudio requerido debido a que no cumplían con todos nuestros criterios de inclusión. Quedando así una muestra de 226 pacientes para el estudio con el respectivo CIE-10. Resultados De los 154 pacientes con pancreatitis aguda de origen biliar, 103 pacientes eran mujeres (66.9%) y 51 pacientes eran hombres (33.1%). Nuestra base estudiada presenta relación con las referencias bibliográficas analizadas que dispone una mayor prevalencia en mujeres, sin embargo, el género no se considera un factor de riesgo. Conclusión En nuestro trabajo los factores de riesgo que logramos identificar son en su mayoría modificables como una dieta poco saludable que puede desencadenar un conjunto de desórdenes metabólicos que pueden provocar el padecimiento de pancreatitis aguda de origen biliar, además de la hipercalcemia e hipertrigliceridemia.</p>			
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: 0988848130/0995116106	E-mail: renteriavaleria22@gmail.com davor.troya11@gmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Ayón Genkuong, Andrés Mauricio		
	Teléfono: +59399757284		
	E-mail: andres.ayon@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			