



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE TECNOLOGIA MÉDICA

CARRERA DE LABORATORIO CLÍNICO

**TESIS DE GRADO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
LICENCIADO EN LABORATORIO CLÍNICO**

TEMA:

DISLIPIDEMIAS Y SU INCIDENCIA EN LA PANCREATITIS AGUDA EN
PACIENTES DE 20 -40 AÑOS CIUDADELA LA SALUD CANTON QUEVEDO
PROVINCIA LOS RIOS PRIMER SEMESTRE 2015

AUTORES:

Bonilla Zambrano Jhon Ernesto
Cedeño Del Valle Eric Adrian

**BABAHOYO-LOS RIOS-ECUADOR
2015**



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE TECNOLOGIA MÉDICA

CARRERA DE LABORATORIO CLÍNICO

TESIS DE GRADO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIADO EN LABORATORIO CLÍNICO

TEMA:

DISLIPIDEMIAS Y SU INCIDENCIA EN LA PANCREATITIS AGUDA EN
PACIENTES DE 20 -40 AÑOS CIUDADELA LA SALUD CANTON QUEVEDO
PROVINCIA LOS RIOS PRIMER SEMESTRE 2015

AUTORES:

Bonilla Zambrano Jhon Ernesto
Cedeño Del Valle Eric Adrian

TUTOR:

Dr. Francisco Villacrés Fernández

**BABAHOYO-LOS RIOS-ECUADOR
2015**

CERTIFICACIÓN DE AUTORÍA DE TESIS

Nosotros, **BONILLA ZAMBRANO JHON ERNESTO**, portador de la cédula de ciudadanía N° 131456565-4, y **CEDEÑO DEL VALLE ERIC ADRIAN**, portador de la cédula de ciudadanía N° 092592783-2; declaramos bajo juramento que el trabajo aquí descrito es de nuestra autoría; que no ha sido previamente presentado para ningún grado o calificación profesional; y que hemos consultado las referencias bibliográficas que se incluyen en este documento.

A través de la presente declaración cedemos nuestros derechos de propiedad intelectual correspondiente a este trabajo, a la Universidad Técnica de Babahoyo, Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela de Tecnología Médica según lo establecido por la Ley de Propiedad Intelectual, por su reglamento y por la normativa institucional vigente.

BONILLA ZAMBRANO JHON
C.I. 131456565-4

CEDEÑO DEL VALLE ERIC
C.I. 092592783-2



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

EL TRIBUNAL EXAMINADOR OTORGA AL PRESENTE TRABAJO

APROBACIÓN DEL TRIBUNAL

Los miembros del tribunal examinador aprueban, el informe de investigación sobre el tema: “DISLIPIDEMIAS Y SU INCIDENCIA EN LA PANCREATITIS AGUDA EN PACIENTES DE 20 -40 AÑOS CIUDADELA LA SALUD CANTON QUEVEDO PROVINCIA LOS RIOS PRIMER SEMESTRE 2015”

De la autoría de: **BONILLA ZAMBRANO JHON ERNESTO Y CEDEÑO DEL VALLE ERIC ADRIAN**

TRIBUNAL

PRESIDENTE

PRIMER VOCAL

SEGUNDO VOCAL

AUTORIDADES

**DR. CARLOS PAZ SANCHEZ. MSC.
DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**LCDA. BETTY MAZACÓN ROCA
SUBDECANA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**AB. VANDA YADIRA ARAGUNDI
SECRETARÍA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

DEDICATORIA

A Dios por darme la vida y la dicha de tener a mi lado personas maravillosas que me apoyan siempre y permitir que siga adelante con mis sueños y metas.

A mis padres que me apoyan incondicionalmente y siguen mis pasos guiándome para seguir prosperando y estar encaminado a un futuro mejor.

JHON BONILLA ZAMBRANO

DEDICATORIA

A Jehová porque por el me encuentro con vida y salud, quien guía mis pasos y me motiva a seguir adelante.

A mis padres, quienes me incentivan a ser luchador y emprendedor, conseguir las metas trazadas y por enseñarme valores fundamentales para continuar en esta travesía profesional en el futuro

ADRIAN CEDEÑO DEL VALLE

AGRADECIMIENTO

Al señor Jehová, por permitirnos obtener una de nuestras primeras metas de estudios superiores, por la vida y por brindarnos la oportunidad de tener personas que nos apoyan a sobresalir en la vida.

A la Universidad Técnica de Babahoyo por confiar en nuestras aptitudes y gran potencial en los estudios.

A nuestros padres por infundir el valor de los estudios, siempre con amor y por sobre todas las cosas con humildad.

Especial agradecimiento a nuestro tutor de tesis Dr. Francisco Villacrés por guiarnos paso a paso a un camino exitoso.

RESUMEN

Las dislipidemias son trastornos en donde existe aumento de colesterol, triglicéridos, HDL, LDL, VLDL, en el plasma sanguíneo. Estas enfermedades se clasifican en aisladas o mixtas, pudiendo tratarse de patologías de causa genética o ambiental (dieta, actividad física, obesidad). La pancreatitis aguda es una enfermedad potencialmente fatal si es de gravedad y no detectada a tiempo. Las consecuencias de la pancreatitis aguda está determinada por dos factores que reflejan la severidad de la enfermedad: falla orgánica y necrosis pancreática. La pancreatitis aguda ocurre cuando los mecanismos de defensa fallan, permitiendo la activación de enzimas precursoras dentro del páncreas lo que causa daño de la glándula. En este estudio se realizaron pruebas a 139 pacientes del sector La Salud que presentaron dislipidemias por encima del valor normal y posteriormente presencia de pancreatitis aguda. PALABRAS CLAVES: Dislipidemias, Hipertrigliceridemia, Pancreatitis aguda.

ABSTRACT

Dyslipidemias are disorders in which there is increased cholesterol, triglycerides, HDL, LDL, VLDL, in blood plasma. These diseases are classified as isolated or mixed pathologies can be genetic or environmental (diet, physical activity, obesity) cause. Acute pancreatitis is a potentially fatal disease if not detected gravity and time. The consequences of acute pancreatitis is determined by two factors that reflect the severity of the disease: pancreatic necrosis and organ failure. Acute pancreatitis occurs when defense mechanisms fail, allowing activation of precursor enzymes within the pancreas causing damage of the pancreas. In this study, tests were performed to 139 patients health sector had dyslipidemia above the normal value and subsequently presence of acute pancreatitis. **KEYWORDS:** Dyslipidemia, hypertriglyceridemia, acute pancreatitis.

INDICE

INTRODUCCIÓN	15
CAPITULO I.....	19
1. EL PROBLEMA	19
1.1. PLANTEAMIENTO Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	19
1.1.1. Problema General.....	19
1.1.2. Problemas específicos.....	19
1.2. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA	20
1.3. OBJETIVOS	21
1.3.1. Objetivo General	21
1.3.2. Objetivos específicos.....	21
1.4. JUSTIFICACIÓN	22
CAPITULO II	24
2. MARCO TEÓRICO O MARCO REFERENCIAL.....	24
2.1. Antecedentes del estudio.....	24
2.2. Fundamentación Contextual.....	24
2.2.1. Marco Internacional O Contexto Internacional.....	24
2.2.1.1. Marco Nacional.....	26
2.2.1.2. Marco Local.....	27
2.3. Fundamentación conceptual	28
2.3.1. Dislipidemias. Definición	28
2.3.2. Pancreatitis. Definición	28
2.4. Fundamentación Legal	28
2.5. Fundamentación teórica	31
2.5.1. Dislipidemias y su relación con la pancreatitis aguda.....	31
2.5.2. Dislipidemias.....	31
2.5.2.1. Quilomicrones:	32
2.5.2.2. Lipoproteínas de muy baja densidad:.....	32
2.5.2.3. Lipoproteínas de baja densidad:	32
2.5.2.4. Lipoproteínas de alta densidad:	33
2.5.2.5. Factores que afectan a la variación de las concentraciones de lípidos en plasma en individuos y en poblaciones:	33

2.5.2.6.	Enfermedades ocasionadas por dislipidemias:	34
2.5.2.7.	Colesterol alto con LDL/colesterol alto.-	35
2.5.2.8.	Triglicéridos altos y colesterol normal.-	36
2.5.2.9.	Colesterol Alto y triglicéridos altos con o sin HDL-colesterol bajo.-.	37
2.5.2.10.	Diagnóstico	37
2.6.	PANCREATITIS	39
2.6.1.	Páncreas.-	39
2.6.2.	Causas y consecuencias	39
2.6.3.	Pancreatitis aguda.-	40
2.6.4.	Síntomas	40
2.6.5.	Complicaciones	41
2.6.6.	Exámenes de laboratorio	42
2.6.7.	Diagnóstico	43
2.6.8.	Mecanismo fisiopatológico de dislipidemias en la pancreatitis aguda...	43
2.7.	HIPOTESIS	46
2.7.1.	Hipótesis General	46
2.7.2.	Hipótesis Específicas	46
2.8.	VARIABLES Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	47
2.8.1.	VARIABLES	47
2.8.1.1.	Variable Independiente	47
2.8.1.2.	Variable dependiente	47
2.9.	OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	48
2.9.1.	VARIABLE INDEPENDIENTE (X): DISLIPIDEMIAS	48
2.9.2.	VARIABLE DEPENDIENTE (Y): PANCREATITIS AGUDA	49
CAPITULO III		50
3.	METODOLOGÍA	50
3.1.	Métodos de investigación	50
3.1.1.	Inductivo .-	50
3.2.	Tipos de investigación	50
3.2.1.	Por el propósito .-	50
3.2.2.	Por el nivel de estudio :	50

3.2.3.	Por el lugar.....	51
3.3.	Técnicas e instrumentos de investigación	51
3.3.1.	Técnicas e instrumentos para la obtención de datos	52
3.4.	UNIVERSO Y MUESTRA.....	54
3.4.1.	Universo.....	54
3.4.2.	Muestra.....	54
3.5.	MATERIALES Y EQUIPOS UTILIZADOS.....	55
3.5.1.	Materiales.....	55
3.5.2.	Equipos utilizados.....	55
3.5.3.	Recursos y presupuestos	56
3.5.3.1.	Recursos humanos	56
3.5.3.2.	Presupuesto.....	56
3.5.4.	CRONOGRAMA.....	57
	CAPITULO IV.....	59
4.	RESULTADOS ESPERADOS	59
4.1.	ENCUESTA	59
4.2.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	67
4.2.1.	Conclusiones.....	67
4.2.2.	Recomendaciones.....	68
	CAPITULO V.....	69
5.	PROPUESTA ALTERNATIVA.....	69
5.1.	TÍTULO DE LA PROPUESTA	69
5.2.	INTRODUCCIÓN	69
5.3.	OBJETIVOS	70
5.3.1.	Objetivo General	70
5.3.2.	Objetivos Específicos.....	70
5.4.	Desarrollo de la propuesta.....	70
5.5.	Resultados de la aplicación de la propuesta	71
	BIBLIOGRAFÍA.....	72
	ANEXOS.....	74

INTRODUCCIÓN

En la actualidad existen diferentes padecimientos que se mantienen como las principales causas de muerte en el mundo, por ejemplo: Diabetes, Enfermedades cardiovasculares, diferentes tipos de cáncer en los que se destacan el uterino, prostático, de estómago y de mama.

En el Ecuador existe otra enfermedad que también preocupa a los médicos y es la pancreatitis aguda, es una enfermedad que se manifiesta por la inflamación del páncreas y que se presenta en dos formas: leve y moderada que principalmente es ocasionada por el alcoholismo y litiasis biliar. Existen otras causas como factores iatrogénicos, traumatismos abdominales, infecciones, aumento de la concentración de triglicéridos o grasas en plasma (dislipidemias), hiperparatiroidismo, insuficiencia renal crónica, malnutrición grave, administración de fármacos, hipercalcemia y la herencia.

Los malos hábitos de alimentación en los seres humanos son alarmantes y se consideran un factor determinante para que dicha enfermedad se manifieste en un organismo.

Si bien es cierto; en años anteriores se consideraba que las dislipidemias solo se presentaban en edades avanzadas, los estudios recientes indican que los tiempos han cambiado y no es totalmente ilógico pensar en una persona que oscila entre los 25 a 30 años mantenga índices de colesterol y triglicéridos por encima de 200mg/dl y con dietas ricas en grasas y carbohidratos.

Un mal tratamiento y principalmente el descuido de los pacientes pueden llevar a desencadenar diferentes patologías como la pancreatitis aguda que es un padecimiento grave ocasionado por la ingesta abundante de comida y el alcoholismo.

Muchas entidades públicas realizan campañas para concientizar a los ciudadanos de un correcto orden alimenticio y un chequeo sanguíneo para descartar cualquier enfermedad.

El diagnóstico de Pancreatitis Aguda (PA) se fundamenta con un perfil completo de lípidos en sangre incluyendo los índices de HDL, LDL, COLESTEROL, TRIGLICÉRIDOS, VLDL, y complementarios como AMILASA Y LIPASA séricos, que pueden ser la herramienta idónea para la detección de daño pancreático y así empezar un tratamiento oportuno.

El trabajo investigativo se encuentra guiado por los dominios de la Universidad Técnica de Babahoyo donde indica *“Profesionalizar al talento humano para resolver problemas de salud en todos los ciclos de vida de acuerdo a la ley orgánica de Salud y enmarcada en los objetivos de desarrollo del milenio (ODM) para lograr el buen vivir de la población”*

Se enmarca dentro de las siguientes líneas de investigación senescyt: Salud.

Línea de investigación institucional o Universidad Técnica de Babahoyo: Determinantes sociales de salud.

Línea de investigación de la carrera: Control y vigilancia epidemiológica, que se vincula con el Plan Nacional de Desarrollo “Buen Vivir” 2013-2017:

Objetivo 3: Mejorar la calidad de vida de la población.

Política: 3.2. Ampliar los servicios de prevención y promoción de la salud para mejorar las condiciones y los hábitos de vida de las personas.

Lineamientos estratégicos: Promover la educación para la salud como principal estrategia para lograr el autocuidado y la modificación de conductas hacia hábitos de vida saludables.

TEMA:

DISLIPIDEMIAS Y SU INCIDENCIA EN LA PANCREATITIS AGUDA EN
PACIENTES DE 20 -40 AÑOS CIUDADELA LA SALUD CANTON QUEVEDO
PROVINCIA LOS RIOS PRIMER SEMESTRE 2015

CAPITULO I

1. EL PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.1.1. Problema General

- ¿Cómo inciden las dislipidemias en la pancreatitis aguda en pacientes de 20 -40 años ciudadela la salud cantón Quevedo provincia los Ríos primer semestre 2015?

1.1.2. Problemas específicos

- ¿Cuáles son los porcentajes de dislipidemias en el aumento de amilasa y lipasa en pacientes de 20-40 años ciudadela la salud cantón Quevedo provincia Los Ríos primer semestre 2015?
- ¿Cuáles son los hábitos alimenticios en pacientes de 20 -40 años ciudadela la salud cantón Quevedo provincia los Ríos primer semestre 2015?
- ¿Cuáles son los principales signos y síntomas que provocan las dislipidemias en los pacientes de 20-40 con pancreatitis aguda ciudadela la salud cantón Quevedo provincia Los Ríos primer semestre 2015?

1.2. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

El estudio investigativo está delimitado a los residentes de la ciudadela la salud cantón Quevedo provincia Los Ríos primer semestre 2015.

Temporal: Enero a junio del 2015

Espacial o Área: Parroquia 7 de Octubre-Ciudadela la salud.

Ubicación: Cantón Quevedo

Aspecto: Salud (Dislipidemias y pancreatitis aguda)

Universo: Pacientes de 20-40 años

Muestra: 139 pacientes

Tema: “Dislipidemias y su incidencia en la pancreatitis aguda en pacientes de 20 -40 años ciudadela la salud cantón Quevedo provincia los Ríos primer semestre 2015”

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. Objetivo General

- Determinar la incidencia de dislipidemias en la pancreatitis aguda en pacientes de 20 -40 años ciudadela La Salud cantón Quevedo provincia Los Ríos primer semestre 2015.

1.3.2. Objetivos específicos

- Determinar los valores de colesterol, triglicéridos, HDL, LDL, VLDL, amilasa y lipasa en pacientes de 20 -40 años ciudadela La Salud cantón Quevedo provincia Los Ríos primer semestre 2015.
- Identificar los hábitos alimenticios en pacientes de 20 -40 años ciudadela La Salud cantón Quevedo provincia Los Ríos primer semestre 2015.
- Detectar los principales signos y síntomas de pancreatitis aguda en pacientes de 20 -40 años ciudadela La Salud cantón Quevedo provincia Los Ríos primer semestre 2015.

1.4. JUSTIFICACIÓN

Las cifras de pacientes con dislipidemias en el Ecuador son alarmantes, lo cual es importante expresar por medio de un estudio investigativo, lo que esta patología provoca en el organismo, determinando los signos y síntomas que pueden desencadenar en una pancreatitis con el paso del tiempo.

El objetivo primordial en esta investigación es dar a conocer a la ciudadanía de la ciudadela La Salud de qué manera las dislipidemias pueden llevar a provocar una pancreatitis aguda, brindando charlas y realizando exámenes gratuitos que beneficiarán a los residentes del sector.

El estudio se justifica por la importancia que el tema manifiesta en un sector rural como lo es la ciudadela la Salud, en donde hasta el año 2015 se desconocen los factores preponderantes que llevan a ocasionar una pancreatitis aguda.

Como estudiantes de laboratorio clínico nos vemos estrechamente relacionados a realizar trabajos para la comunidad con el propósito de optimizar las condiciones de vida y por ende disminuir los índices de morbilidad ocasionados por dicha patología.

Los beneficiarios directos serán hombres y mujeres de 20 a 40 años que residen en la ciudadela La Salud los Ríos cantón Quevedo y nosotros como estudiantes de la Universidad Técnica de Babahoyo ya que por medio de esta indagación podremos obtener nuestro título de Licenciados en laboratorio clínico.

La investigación se justifica también por las líneas de investigación que la Universidad Técnica de Babahoyo posee, y trabajando en conjunto con los objetivos, políticas y lineamientos del Plan Nacional del Buen Vivir.

CAPITULO II

2. MARCO TEÓRICO O MARCO REFERENCIAL

2.1. Antecedentes del estudio

Quevedo es uno de los cantones con mayor población de la provincia de Los Ríos el cuál presenta una elevada prevalencia de casos de dislipidemias en los últimos años y no se han elaborado indagaciones, proyectos o tesinas con respecto al tema por lo cual consideramos necesario realizar una evaluación exhaustiva del caso apoyándonos con estadísticas y documentos que ayuden a corroborar la relación de las variables, por lo tanto se seleccionó un sector vulnerable de la urbe como lo es la parroquia 7 de Octubre, ciudadela La salud.

2.2. Fundamentación Contextual

2.2.1. Marco Internacional O Contexto Internacional

La pancreatitis aguda corresponde un tema de interés tanto nacional como internacional. En diferentes países la tasa de mortalidad y morbilidad es alta, pero es manejada adecuadamente por los médicos y funcionarios hospitalarios en cuanto a su diagnóstico.

(Linares Leal, 2012) “En Reino Unido, 30-50% de los casos de pancreatitis aguda se relacionan con cálculos biliares, 29% alcohol y el 15% a hipercolesterolemia. En Beijing China se realizó un estudio en el año 2006 con el fin de establecer las

características clínicas de pacientes con pancreatitis aguda admitidos en un centro asistencial, se encontraron 164 pacientes, divididos en 2 grupos los mayores de 50 años (90 pacientes) y los menores de 50 (74 pacientes), como diagnóstico se tomó el valor sérico de amilasa 3 veces por arriba de su valor normal. Al identificar la causa etiológica se concluyó que en el grupo de mayores el 90% era de origen biliar e idiopática y en el grupo de mayores jóvenes la pancreatitis aguda biliar detectó 28 casos, hiperlipemia o dislipidemias 22 casos y alcohólica 15 casos”. (Pág. 11).

En México la pancreatitis aguda de acuerdo a los datos del Instituto Nacional de Estadística (INEGI) en 1999 constituyó la causa número 20 de mortalidad. En los años 2000 y 2001 su incidencia se incrementó al sitio 17 de las causas de muerte.

Los estudios respecto a la incidencia de pancreatitis aguda muestran una extensa diferencia regional.

“En Hungría la prevalencia de pancreatitis aguda está en un 15,3% de la población con dislipidemias acentuada, Alemania 27,2%, Grecia 22,6%. Italia 26,5%, Suecia 35%, Noruega 36%, Corea 40,9% y Japón 46,1%”. (Gutierrez Vasquez, 2007)

Las dislipidemias por otra parte a nivel internacional también son un tema preocupante, ya que en las últimas décadas se ha incrementado considerablemente la prevalencia en personas de todas las edades afectando más a los adultos.

(Vivanco Cruz, 2014) “Según la OMS en el 2008 estimaba que a nivel mundial un 39% de la población padece de hipercolesterolemia. En China, en 2013 expuso prevalencias para dislipidemia mixta, hipercolesterolemia e hipertrigliceridemia de 38.4% 24.2% y 13.2% afectando significativamente más a hombres que en mujeres. En EEUU en el 2012 se estimó un 27% de LDL alto, 30% de hipertrigliceridemia y 21% de dislipidemia mixta”. P, 1.

2.2.1.1. Marco Nacional

Muchas personas descuidan sus hábitos alimenticios desde temprana edad consumiendo comidas chatarras, tales como chocolates, hamburguesas, entre otros que a la larga dañan la vesícula, el hígado, elevan los índices de colesterol y triglicéridos afectando finalmente el páncreas, el hígado y ocasionando problemas cardiovasculares.

“En el 2012 un gastroenterólogo de la ciudad de Guayaquil Dr. David Galarza Ubidia explicó que la mortalidad de la pancreatitis aguda se dividía en: pancreatitis alcohólica 10%, pancreatitis litiásica del 10 al 25% y que existe una prevalencia de pancreatitis aguda en jóvenes del 2,7%” (El telégrafo, 2012). Pág. 1.

El Instituto Nacional de Estadísticas y Censos presenta anualmente el Anuario de Estadísticas Hospitalarias: Camas y Egresos que de acuerdo al 2012 indicó resultados de establecimientos de Salud que proporcionaron información básica.

La información que se presenta sobre las causas de morbilidad, es decir sobre los motivos de atención hospitalaria, es fundamental, ya que permite determinar la

frecuencia con la que son atendidos los pacientes por diversas patologías en el país. El INEC manifestó que el total de pacientes ingresados por pancreatitis aguda fue de 3.978 pacientes, hombres 1.696 y mujeres 2.282, total de fallecidos 115 pacientes, hombres 60 y mujeres 55. Respectivamente la tasa de letalidad hospitalaria por 100 egresos fue de 2,89%.

2.2.1.2. Marco Local

De acuerdo a la información proporcionada por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) se realizó un estudio de acuerdo a los ingresos y egresos hospitalarios en el año 2012 donde se valoró información de acuerdo a 13 provincias del país.

Los pacientes con cuadro de Pancreatitis aguda tanto biliar, alcohólica y por hipercolesterolemia fueron en total 3.978 pero clasificados por provincias son: Azuay (327), Bolívar (29), Cañar (78), Carchi (50), Cotopaxi (87), Chimborazo (122), El Oro (134), Esmeraldas (62), Guayas (149), Imbabura (172), Loja (185), Los Ríos (820), Manabí (163).

(INEC, 2014) “En el año 2014 se detectaron 4.374 pacientes diagnosticados con Pancreatitis aguda, hombres (1.882) y mujeres (2.492) teniendo una tasa de letalidad hospitalaria por cada 100 egresos (2,47%).

Egresos hospitalarios por provincia de residencia habitual, según grupos de causa de morbilidad enfermedad Pancreatitis aguda: Azuay (338), Bolívar (37), Cañar (57), Carchi (70), Cotopaxi (115), Chimborazo (117), El Oro (228), Esmeraldas (63),

Guayas (130), Imbabura (148), Loja (220), Los Ríos (950), Manabí (177)”. (Pág. 260)

2.3. Fundamentación conceptual

2.3.1. Dislipidemias. Definición

(Henry, 2005) Afirma:

Las lipoproteínas plasmáticas transportan esencialmente todo el colesterol y lípidos esterificados de la sangre. Las cuatro clases principales de lipoproteínas (quilomicrones, lipoproteínas de muy baja densidad VLDL, lipoproteínas de baja densidad LDL, lipoproteínas de alta densidad HDL y algunas lipoproteínas menos importantes cuantitativamente) pueden identificarse basándose en el tamaño de las partículas, características fisicoquímicas y de flotación, y movilidad electroforética.

2.3.2. Pancreatitis. Definición

“La pancreatitis aguda es la inflamación aguda del páncreas con grado variable de compromiso de los tejidos regionales y diferente grado de compromiso sistémico” (Hani Pelaez, 2007) p, 8-20.

2.4. Fundamentación Legal

La presente investigación se encuentra amparada bajo la normativa de la Constitución de la República del Ecuador en el año 2008 que instauró un nuevo modelo que indica los derechos de los ciudadanos y ciudadanas para así preservar o resguardar la convivencia con la diversidad y armonía con la naturaleza.

Dentro de dicho proyecto se entiende que la Salud debe estar garantizada no como una meta del Estado sino más bien como una obligación de éste hacia la ciudadanía.

Los derechos de la Salud fueron desarrollados en el Título VII de la Constitución Ecuatoriana referente al Régimen del Buen Vivir, dentro del cual se estableció un Sistema Nacional de Salud que tiene como finalidad “El desarrollo, protección y recuperación de las capacidades y potencialidades para una vida saludable e integral, de manera individual y colectiva”.

El Plan Nacional del Buen Vivir 2013-2017 manifiesta que tiene el Estado 12 objetivos principales para garantizar la buena convivencia de los ciudadanos considerando a la Salud como uno de los principales.

El Objetivo 3 “Mejorar la calidad de vida de la población” con referencia a la Constitución, en el artículo 66, establece “el derecho a una vida digna, que asegure la salud, alimentación y nutrición, agua potable, vivienda, saneamiento ambiental, educación, trabajo, empleo, descanso y ocio, cultura física, vestido, seguridad social y otros servicios sociales necesarios”

Dentro de sus políticas y lineamientos tenemos:

Política 3.2.- “Ampliar los servicios de prevención y promoción de la Salud para mejorar las condiciones y los hábitos de vida de las personas”.

Lineamiento i.- “Promover la educación para la salud como principal estrategia para lograr el autocuidado y la modificación de conductas hacia hábitos de vida saludables” (Senplades, 2013)

Política 3.6.- “Promover entre la población y en la sociedad hábitos de alimentación nutritiva y saludable que permitan gozar de un nivel de desarrollo físico, emocional e intelectual acorde con su edad y condiciones físicas”.

Lineamiento f: “Desarrollar e implementar mecanismos que permitan fomentar en la población una alimentación saludable, nutritiva y equilibrada, para una vida sana y con menores riesgos de malnutrición y desórdenes alimenticios”.

La Asamblea Nacional Del Ecuador Indica Que:

Considerando Que, al numeral 1 del artículo 3 de la Constitución de la República consagra que es deber primordial del estado garantizar sin discriminación alguna el efectivo goce de los derechos establecidos en la Constitución y en los Instrumentos Internacionales. En particular la Salud para sus habitantes.

Que, **el artículo 32** de la Constitución de la República establece que el Estado garantiza a la salud como un derecho mediante el establecimiento políticas económicas, sociales, culturales, ambientales.

Que, el inciso segundo del **artículo 359** de la Constitución Ecuatoriana establece que el sistema nacional de salud abarcará todas las dimensiones del derecho a la salud;

garantizará la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles; y propiciará la participación ciudadana y el control social.

2.5. Fundamentación teórica

2.5.1. Dislipidemias y su relación con la pancreatitis aguda

(Morales Garza, 2008) “La pancreatitis aguda supone un padecimiento grave y cuyas causas son una ingesta abundante de comida, abuso de alcohol y/o problemas vesiculares. La hipertrigliceridemia es la tercera causa de pancreatitis aguda después del alcohol y la litiasis biliar. La frecuencia de dislipidemias en pacientes con pancreatitis aguda oscila entre el 12 al 38%, y de hipertrigliceridemia, entre el 4 y el 53%”. (Pág 1)

La hipertrigliceridemia induce daño pancreático a través de la liberación de ácidos grasos libres, lesionando el endotelio capilar y las células acinares del páncreas. En preparaciones pancreáticas perfundidas con ácidos grasos a nivel experimental

2.5.2. Dislipidemias

“Son alteraciones del transporte de los lípidos ocasionadas por un aumento en la síntesis o un retardo en la degradación de las lipoproteínas, plasmáticas que son las transportadoras de colesterol y triglicéridos”. (Álvarez Argente, 2008) p. 1.045.

En la actualidad se las considera como una epidemia que afecta a un elevado porcentaje de la población mundial.

2.5.2.1. Quilomicrones:

Son partículas grandes producidas por el intestino, muy ricas (85 al 95%) en triglicéridos de origen exógeno (dieta), pobres en colesterol libre y fosfolípidos, y que contienen de 1% a un 2% por peso de proteínas. Debido a la muy elevada proporción lípido/proteína, el quilomicrón es considerablemente menos denso que el agua y flota incluso sin centrifugación. Un alto contenido de quilomicrones origina un plasma lechoso en el cual los quilomicrones se acumulan como una capa cremosa flotante cuando se deja en reposo durante varias horas.

2.5.2.2. Lipoproteínas de muy baja densidad:

Las partículas de VLDL son más pequeñas que los quilomicrones y también ricas en triglicéridos, aunque en menor grado. Tienen una proporción lípido/proteína más baja, flotando a una densidad algo más alta. Al igual que ocurre con los quilomicrones, las partículas son suficientemente grandes para dispersar la luz, y cuando hay una cantidad excesiva del VLDL, el plasma es turbio. Los triglicéridos del VLDL son de origen endógeno, principalmente hepático y constituyen alrededor de la mitad de la masa de partículas.

2.5.2.3. Lipoproteínas de baja densidad:

“Las LDL constituyen alrededor del 50% de la masa total de lipoproteínas plasmáticas en humanos. Las partículas son mucho más pequeñas que las lipoproteínas ricas en triglicéridos, e incluso las concentraciones aumentadas de LDL no dispersan la luz ni enturbian el plasma” (Henry, 2005)(p.225).

2.5.2.4. Lipoproteínas de alta densidad:

La HDL es una pequeña partícula que consta de un 50% de proteína, el 20% de colesterol, 30% de fosfolípidos y solo indicios de triglicéridos.

2.5.2.5. Factores que afectan a la variación de las concentraciones de lípidos en plasma en individuos y en poblaciones:

Las concentraciones de lípidos en plasma varían dentro de las poblaciones y entre unas poblaciones y otras, así como en diferentes condiciones en un mismo individuo. Los factores técnicos también pueden explicar la variación de los valores obtenidos en la medición. Dentro de los factores encontramos el sexo y el peso corporal, factores de conducta como la dieta, el consumo de alcohol y el ejercicio; factores genéticos y trastornos crónicos como el hipotiroidismo, la hepatopatía obstructiva o la nefropatía.

Las concentraciones de colesterol se elevan con la edad desde el inicio de la etapa de adulto en ambos sexos. Las mujeres tienen niveles más bajos que los varones, excepto en la infancia y después de los 50 años.

La ingestión de grasa saturada y colesterol con la dieta tienen una influencia importantes sobre los niveles de colesterol en plasma, tardando los efectos en ponerse de manifiesto de una a dos semanas.

Varias medicaciones pueden alterar los niveles lipídicos, algunas de las cuales son utilizadas por una proporción muy alta de la población, incluyendo anticonceptivos

orales, estrógenos posmenopáusicos y diversos fármacos antihipertensivos. Los principales trastornos que pueden conducir a una dislipoproteinemia secundaria, como enfermedades tiroideas, hepáticas y renales, suelen ser fácilmente detectables. El tratamiento subsiguiente de la hiperlipidemia está predominantemente en función del tratamiento del trastorno subyacente.

Otros factores que alteran el nivel habitual del colesterol del paciente incluyen el ayuno, postura, oclusión venosa, anticoagulantes, infarto de miocardio reciente, infección aguda (pancreatitis) y embarazo.

Está demostrado que una hospitalización por un infarto de miocardio, un ictus o pancreatitis aguda están asociados a una caída o elevado índice de los niveles de colesterol y de LDL. Se han observado también niveles aumentados de VLDL después de un infarto de miocardio. También se han encontrado depresiones en los niveles de colesterol después de traumatismos; una infección bacteriana y vírica conduce a una alteración transitoria de los niveles de colesterol y HDL.

2.5.2.6. Enfermedades ocasionadas por dislipidemias:

Las lipoproteínas y sus lípidos, especialmente el colesterol, predicen el riesgo de enfermedad cardiovascular y pancreática. Aunque las mediciones de lipoproteínas forman la base de las pautas del National Cholesterol Education Program para la detección, evaluación y tratamiento de la hiperlipidemia, conocedores de la historia de la medicina de laboratorio advertirán el papel prominente que la clasificación de Fredrickson ha desempeñado en la caracterización de las enfermedades relacionadas con los lípidos.

Como han emergidos nuevos campos de lípidos, metabolismo de las lipoproteínas y genética, se dispone de un sistema más completo y complejo para describir los trastornos clínicos de los lípidos. No existe un esquema ideal para clasificar estos trastornos, ya que estos no son exclusivos de las vías endógenas y exógenas de la síntesis de lipoproteínas, y pueden surgir del estilo de vida o de causas secundarias como mutaciones en genes que codifican para la secuencia de las apoproteínas, regiones promotoras, secuencia de los receptores de apoproteínas o enzimas de metabolismo lipoproteico.

Algunos genes están muy próximos y comparten elementos con una respuesta similar, permitiendo que una sola mutación altere múltiples aspectos del metabolismo de las lipoproteínas.

2.5.2.7. Colesterol alto con LDL/colesterol alto.-

Este patrón se describe como colesterol total alto y LDL/colesterol alto con o sin HDL colesterol bajo. Este patrón de lipoproteínas se puede encontrar en las situaciones siguientes:

Factores del estilo de vida.- Particularmente en individuos jóvenes, el índice de masa corporal (BMI) se ha asociado con incrementos en la LDL. Dietas con exceso de colesterol y/o grasas saturadas pueden aumentar los niveles de LDL-colesterol en algunos sujetos al rango de hipercolesterolemia, la terapia mediante dieta en estos pacientes puede conseguir reducciones similares a la terapia con Estatina. La explicación genética de estas variaciones individuales de sensibilidad a la dieta es desconocida, aunque probablemente sea multifactorial.

Hipercolesterolemia poligénica.- Alrededor del 85% de las hipercolesterolemias de la población no se explican por un rasgo autosómico dominante. La hipercolesterolemia (poligénica) es un término general usado para describir individuos en los que la causa de la hipercolesterolemia es probablemente multifactorial y genética. Al ser denominado poligénico se han incluido causas secundarias de hipercolesterolemias y rasgos autosómicos dominantes. Algunos clínicos usan estos términos para describir a aquellos pacientes que desarrollan riesgo de colesterol relacionado con la edad y que no responden a la modificación de su estilo de vida.

Hipercolesterolemia familiar.- Es un trastorno autosómico dominante causado por algunas de las mutaciones del gen del receptor LDL, dando como resultado un receptor defectuoso que no puede fijar o retirar LDL de la circulación.

2.5.2.8. Triglicéridos altos y colesterol normal.-

Están asociados con colesterol total normal y LDL-colesterol normal con o sin HDL-colesterol bajo.

Factores de estilo de vida.- Se observa una relación lineal entre BMI y triglicéridos en ayuna. Dietas muy bajas en grasa que elevan los niveles de triglicéridos y disminuyen los niveles de HDL-colesterol. La inactividad física se asocia con triglicéridos altos en ayuno y postprandial, en parte debido a reducciones en la actividad de la lipoproteinlipasa.

Hipertrigliceridemia familiar.- Es un trastorno autosómico dominante como que se presenta normalmente en la etapa de adulto con niveles de triglicéridos en ayuno entre 200mg/dl y 500mg/dl. La fisiopatología sigue sin estar clara. Algunos familiares tienen enfermedad coronaria prematura y pancreatitis aguda, pero no está

claro si se debe a la hipertrigliceridemia o, a menudo, a factores presentes que la agravan, como la obesidad y la resistencia a la insulina.

2.5.2.9. Colesterol Alto y triglicéridos altos con o sin HDL-colesterol bajo.-

Factores de estilo de vida.- La obesidad se puede asociar con este patrón lipoproteico, probablemente debido al agravamiento del síndrome de resistencia a la insulina. El tratamiento mediante pequeñas y paulatinas pérdidas de peso, incluso del 5%, puede mejorar drásticamente el patrón lipoproteico. Un incremento en la actividad física también puede mejorar los triglicéridos.

Hiperlipidemia combinada familiar.- Es un trastorno autosómico dominante donde los sujetos afectados pueden tener hipercolesterolemia, solo hipertrigliceridemia, o un defecto mixto. La frecuencia estimada en la población es de uno cada 100. Una familia afectada debe tener más de un trastorno del patrón de lípidos para reunir los criterios diagnosticados de una hiperlipidemia combinada familiar.

2.5.2.10. Diagnóstico

Debido a las altas prevalencias de las dislipidemias en las sociedades modernas, todo paciente, sea cual fuere la causa de su consulta, es potencialmente dislipidémico; sin embargo, se debe considerar una mayor probabilidad diagnóstica ante ciertas circunstancias obtenidas por el interrogatorio.

Debe interrogarse sobre antecedentes familiares de hipercolesterolemia, infartos cardiacos, pancreatitis y arteriopatías periféricas. No se debe olvidar que las

alteraciones lipídicas por si mismas prácticamente no producen síntomas, pero que es fácil que el paciente recuerde entre las enfermedades familiares las mencionadas, que con frecuencia se asocian con este trastorno metabólico. Es destacable el antecedente de hipercolesterolemia familiar, conocida por lo general, por los pacientes cuya familia la padecen, que saben del riesgo que significa tener elevados los niveles de colesterol; esto se debe a la frecuencia de eventos cardiovasculares familiares ocurridos. Pero desgraciadamente, no es poco común observar que aun así no realizan ningún tipo de tratamiento preventivo.

Otra posibilidad es que, como parte del interrogatorio, el paciente refiera que ha tenido en alguna oportunidad elevación del colesterol, pero que sólo se cuida con las comidas; o lo que es peor, que ha padecido algún evento cardiovascular en el pasado pero lo considera ya solucionado por completo.

Hay pocos signos, más allá de los indirectos potenciales ya mencionados (obesidad, arteriopatía, entre otros), que en el examen físico puedan hacer sospechar que el paciente sea portador de una dislipidemia no conocida.

Entre los signos observables que pueden inducir al diagnóstico, se deben buscar xantomas, en especial los tuberosos, que son tumores cutáneos nodulares y localizados, constituidos por abundantes células espumosas cargadas de grasa en la dermis. Desde el punto de vista macroscópico, son amarillos o anaranjados.

Entre los exámenes complementarios se solicitan habitualmente para confirmar el diagnóstico: inspección ocular del suero, exámenes del colesterol total, triglicéridos,

colesterol-HDL, relación colesterol total/ colesterol-HDL, colesterol LDL, lipidograma electroforético, y en algunos casos exámenes de algunas apolipoproteínas.

2.6. PANCREATITIS

2.6.1. Páncreas.-

(Ramirez Santos, 2005) Indica:

“Es un órgano en forma de hoja de aproximadamente doce centímetros de largo. Es una glándula de secreción mixta que produce una hormona denominada insulina, muy importante en el metabolismo de los azúcares. Además produce jugo pancreático, el cual está constituido por una serie de enzimas que son vertidas al duodeno y que participan en el metabolismo de los azúcares, las grasas y las proteínas.” (Pág. 113)

2.6.2. Causas y consecuencias

“La inflamación del páncreas pueden producirla los cálculos biliares, dislipidemias, el alcohol, ciertos fármacos, algunas infecciones víricas y las enzimas. La pancreatitis por lo general se desarrolla y remite rápidamente (pancreatitis aguda). En algunos casos, sin embargo, la inflamación persiste y se destruye gradualmente la función pancreática (pancreatitis crónica)” (OMS, 2008) (p. 1).

2.6.3. Pancreatitis aguda.-

“Es una inflamación súbita o moderada del páncreas que puede ser leve o potencialmente mortal aunque generalmente remite”. (Beers, 2005), p. 877

Los cálculos biliares y el abuso del alcohol son responsables de casi el 60% de los ingresos hospitalarios debidos a pancreatitis aguda. Normalmente, el páncreas secreta jugo pancreático por el conducto pancreático al duodeno. El jugo pancreático contiene enzimas digestivas en forma inactiva e inhibidores que inactivan cualquier enzima que sea activada en su camino hacia el duodeno. La obstrucción del conducto pancreático por un cálculo biliar atascado en el esfínter de Oddi interrumpe el flujo del jugo pancreático. Generalmente, la obstrucción es temporal y causa un daño limitado, que se repara rápidamente. Pero si la obstrucción persiste, las enzimas activadas se acumulan en el páncreas, desbordan la capacidad de los inhibidores y comienzan a digerir las células del páncreas, provocando una grave inflamación.

Numerosos fármacos pueden irritar el páncreas y, en este caso, generalmente la inflamación se soluciona cuando se interrumpe su administración. Los virus pueden causar pancreatitis, que normalmente es de corta duración.

2.6.4. Síntomas

La mayoría de personas que sufren de PA empiezan con dolor intenso en la parte abdominal. A menudo, el dolor llega hasta la espalda. Rara vez el dolor comienza en la parte baja del abdomen. Cuando la pancreatitis aguda es causada por cálculos biliares, el dolor suele iniciarse súbitamente y alcanza su máxima intensidad, si el paciente padece de dislipidemias cursa también con mareos constantes y dolor

abdominal. El dolor se mantiene constante e intenso, tiene un carácter penetrante y persiste por días.

La tos, los movimientos bruscos y la respiración pueden empeorar el dolor; sentarse derecho e inclinarse hacia adelante puede aliviar un poco. La mayoría de personas presentan náuseas y tienen que vomitar. Ciertos medicamentos de alto espectro incluso no pueden calmar en su totalidad el dolor.

Al principio la temperatura del cuerpo puede ser normal, pero estas van aumentando a lo largo de inflamación. La presión arterial puede ser alta o baja.

2.6.5. Complicaciones

El daño infligido al páncreas puede permitir que las enzimas activadas y las toxinas, tales como las citosinas, entren en la cavidad abdominal, donde causan irritación e inflamación del revestimiento de la cavidad peritoneal (peritonitis) o de otros órganos. Las enzimas activadas y las citosinas pueden pasar desde la cavidad abdominal a los vasos linfáticos y finalmente al torrente sanguíneo, lo que puede producir disminución de la presión arterial y lesión de órganos situados fuera de la cavidad abdominal, como los pulmones. La porción del páncreas que produce hormonas, especialmente insulina, no suele afectarse ni lesionarse. Una de cada cinco personas con pancreatitis aguda presenta distensión en la parte alta del abdomen. En la pancreatitis aguda grave, la sangre y el jugo pancreático se pueden escapar a la cavidad abdominal, disminuyendo el volumen de la sangre y produciendo una gran disminución de la presión arterial, con posibilidad de causar un shock. La pancreatitis aguda grave es potencialmente mortal.

2.6.6. Exámenes de laboratorio

Existe un riesgo de infección del páncreas inflamado, particularmente después de la primera semana de enfermedad.

Algunas veces el médico sospecha la presencia de una infección porque la situación del paciente empeora y porque aparecen fiebre y una cifra alta de glóbulos blancos una vez que había comenzado a remitir alguno de los síntomas.

Dentro de los exámenes que se envían están: Pruebas para determinar enzimas pancreáticas como amilasa y lipasa.

Amilasa.- Su elevación mayor de 3 veces al valor superior normal hace sospechar de pancreatitis aguda. Se eleva en las 6 a 12 horas posteriores, al inicio tiene una vida media de 10 horas y persiste elevada por 3 a 5 días.

Lipasa.- Es más específica, se eleva más temprano y dura más días que la amilasa. Su sensibilidad es del 85 a 100%, aunque su elevación no se asocia con la gravedad del cuadro.

Hemograma.- El hematocrito deberá medirse a las 0, 12 y 24 horas desde el ingreso del paciente. Una cifra de hematocrito mayor de 44% es un factor de riesgo con leucocitosis mayor a 10,000/mm³.

2.6.7. Diagnóstico

El dolor es en el hemiabdomen superior y se irradia hacia la espalda lo que es característico y hace sospechar al médico la existencia de una pancreatitis aguda, especialmente en las personas que presentan enfermedades de la vesícula biliar, dislipidemias o que toman mucho alcohol.

En la exploración física, a menudo se percibe que los músculos de la pared abdominal están rígidos. Al escuchar el abdomen con un fonendoscopio, el médico puede oír pocos sonidos intestinales o ninguno (ruidos hidroaéreos).

No existe un único examen de sangre que diagnostique la pancreatitis aguda, pero ciertas pruebas confirman el diagnóstico. Las concentraciones sanguíneas de la amilasa y la lipasa, por lo general se incrementan en el primer día de la enfermedad, pero vuelven a la normalidad en 3 o 7 días. Sin embargo, si la persona ha tenido otros episodios de pancreatitis es posible que no aumenten las concentraciones de estas enzimas, pues puede haberse destruido una gran parte del páncreas y que queden pocas células para liberar las enzimas. La cifra de glóbulos blancos por lo general aumenta.

2.6.8. Mecanismo fisiopatológico de dislipidemias en la pancreatitis aguda

Las dislipidemia posee una frecuencia un poco menor en la pancreatitis aguda con relación al origen biliar y alcohol. Se ha reconocido que los pacientes con dislipidemias tienen mayor riesgo de presentar pancreatitis aguda cuando sus niveles de grasas no están controladas.

Se han escrito varios mecanismos fisiopatológicos para explicar la pancreatitis aguda en los pacientes con dislipidemias, entre ellos los siguientes:

El primer mecanismo está dado por el daño directo de los ácidos grasos al tejido pancreático; generalmente estos no son tóxicos unidos a la albúmina, pero en hipertrigliceridemia se supera la capacidad de la albúmina para su transporte, aumentando su toxicidad y desencadenando la respuesta enzimática en el páncreas tras su degradación por la lipasa endotelial y la lisolecitina en el tejido acinar.

Un segundo mecanismo se explica por los quilomicrones, los cuales pueden obstruir la circulación distal pancreática causando isquemia, esto causa una alteración en la arquitectura acinar, se expone el tejido pancreático a los triglicéridos activando la lipasa pancreática, desencadenando la cadena inflamatoria y un ciclo de mayor activación de todo el grupo de enzimas pancreáticas. Igualmente los ácidos grasos libres en altas concentraciones crean un medio ácido, este cambio en el pH puede desencadenar la activación del tripsinógeno y el inicio de la enfermedad.

Un tercer mecanismo se asocia a una disminución genética de la lipoproteinlipasa, generalmente de carácter autosómico recesivo. Esta enzima se sintetiza en el tejido muscular y en los adipocitos. Tras su liberación es transportada al endotelio capilar, allí actúa sobre los quilomicrones ricos en triglicéridos, hidrolizándolos a quilomicrones. Su déficit produce una alteración de la degradación plasmática de los quilomicrones en el suero.

“Existe también una teoría más extendida que sostiene que la acción de la lipasa pancreática sobre un plasma con exceso de triglicéridos provoca la acumulación de

ácidos grasos en el tejido pancreático. Estos mediante la producción de radicales libres, dañan el páncreas tanto a nivel acinar como vascular” (Senosiain Lalastra, 2013).

2.7. HIPOTESIS

2.7.1. Hipótesis General

Existe una relación directa de dislipidemias con el desarrollo de pancreatitis subclínica y clínica en los pacientes de 20- 40 años ciudadela La Salud cantón Quevedo provincia Los Ríos primer semestre 2015.

2.7.2. Hipótesis Específicas

Determinando los valores elevados de Colesterol, triglicéridos, HDL, LDL, VLDL, amilasa y lipasa, provocaría pancreatitis aguda en pacientes de 20-40 años.

Los malos hábitos alimenticios que conllevan a dislipidemias, pueden posteriormente inducir pancreatitis aguda.

Detectando los principales signos y síntomas se podría prevenir la pancreatitis aguda.

2.8. VARIABLES Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

2.8.1. VARIABLES

2.8.1.1. Variable Independiente

Dislipidemias (X) –causa

2.8.1.2. Variable dependiente

Pancreatitis aguda en pacientes de 20-40 años (Y) –efecto

2.9. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

2.9.1. VARIABLE INDEPENDIENTE (X): DISLIPIDEMIAS

CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	INDICE
<p><i>Dislipidemias:</i></p> <p>Son alteraciones del transporte de los lípidos ocasionadas por un aumento en la síntesis o un retardo en la degradación de las lipoproteínas, plasmáticas que son las transportadoras de colesterol y triglicéridos</p>	Trastornos alimenticios	<p>Elevación de:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ HDL, ▪ LDL, ▪ Triglicéridos, ▪ Colesterol 	Porcentaje en medición de exámenes bioquímicos
	Sexo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hombres ▪ Mujeres 	Porcentaje en medición poblacional

2.9.2. VARIABLE DEPENDIENTE (Y): PANCREATITIS AGUDA

CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	INDICE
<p><i>Pancreatitis:</i></p> <p>Es una inflamación súbita o moderada del páncreas que puede ser leve o potencialmente mortal aunque generalmente remite.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pancreatitis aguda ▪ Pancreatitis crónica 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ BHC (leucocitosis) ▪ Elevación de Amilasa y Lipasa ▪ Infecciones víricas ▪ Presencia de cálculos biliares 	<p>Porcentaje en medición de análisis clínicos.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Consumo de alcohol ▪ Mala alimentación 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Consumo diario ▪ Tipo de alimentación 	<p>Ficha de observación</p>

CAPITULO III

3. METODOLOGÍA

3.1. Métodos de investigación

3.1.1. Inductivo.-

La presente investigación es de carácter analítica y se acoge a este método ya que es relevante en nuestro medio, se podrá determinar lo que las Dislipidemias pueden ocasionar a los residentes de dicho sector, en este caso la pancreatitis aguda y qué complicaciones pueden desencadenarse; explicándola de manera clara.

3.2. Tipos de investigación

3.2.1. Por el propósito.-

Aplicada.- Ya que mediante el cual podremos solucionar este problema descubierto en la Ciudadela La Salud de la Parroquia 7 de Octubre de forma práctica y concreta.

3.2.2. Por el nivel de estudio:

Explicativo o nivel experimental.- Consideramos que el tema es experimental porque investigaremos todas las causas y consecuencias que conllevan las Dislipidemias en el sector La Salud, realizando análisis clínicos que corroborarán nuestra temática en cuestión.

3.2.3. Por el lugar

Bibliográfica.- Este proyecto es bibliográfico ya que se deberá acudir a fuentes como libros, revistas, artículos de periódicos, informes, entre otros; para profundizar así nuestra tema.

De campo.- Pertenece a este tipo de investigación ya que realizaremos nuestro proyecto en el lugar de los acontecimientos, es decir en la ciudadela La Salud con los residentes del sector que probará nuestra hipótesis.

Investigación de laboratorio.- Porque realizaremos una toma de muestra a los habitantes del sector para análisis clínicos que probarán nuestro objeto de estudio.

3.3. Técnicas e instrumentos de investigación

Al inicio de nuestra investigación recurrimos a estudiar las bases estadísticas de prevalencia sobre nuestro problema en la ciudadela La Salud, vinculándonos con datos e informes del Hospital Sagrado Corazón de Jesús que brinda su atención a los pacientes de la parroquia Siete de Octubre.

También realizamos un sondeo del lugar donde detectamos nuestro problema, identificando el grupo vulnerable como son pacientes de 20-40 años, fraccionándolos por sexo, tanto hombres como mujeres en general.

Utilizamos diferentes métodos y técnicas de laboratorio clínico, que nos ayudaron a identificar los valores de dislipidemias y pancreatitis aguda en los habitantes del sector.

Para la obtención, tabulación y organización de los datos se utilizaron tablas, gráficos y esquemas que nos permitieron encuadrarlos y por ende explicarlos clara y detalladamente en nuestro proyecto.

3.3.1. Técnicas e instrumentos para la obtención de datos

Al inicio de la obtención de datos se acudió al lugar de los acontecimientos, se procedió a identificar a las personas implicadas por sexo y edad, como son pacientes 20-40 años.

Posteriormente se inició con el proceso de toma de muestras sanguíneas para la determinación de los niveles de Colesterol, Triglicéridos, HDL, LDL, Amilasa, Lipasa y como examen complementario BHC.

Los análisis se realizaron en un laboratorio clínico automatizado, en donde las muestras fueron procesadas en el equipo hematológico Mindray BC-3000 plus y el equipo bioquímico Mindray BS 200E.

Al momento de la punción venosa se identificó el nombre, edad y sexo del paciente, posteriormente se procedió a desinfectar la zona, se ubicó el torniquete y se realizó la punción venosa (vaicutainer) ubicando la aguja con el bisel hacia arriba y en un ángulo de 15°.

Se obtuvieron dos tubos, uno con contenido EDTA para la BHC y otro para la determinación de pruebas químicas.

Realizados lo exámenes clínicos pudimos detectar la prevalencia de dislipidemias y posterior pancreatitis aguda en los pacientes apreciando un nivel elevado de dichas pruebas.

Una vez finalizada la etapa de exámenes, entregamos los resultados a los pacientes con presencia médica para la respectiva auscultación y posterior tratamiento. De esta manera se comenzó con la tabulación de datos a partir de los resultados obtenidos.

3.4. UNIVERSO Y MUESTRA

3.4.1. Universo

Con el propósito de poder determinar toda la información a base de nuestro tema Dislipidemias y su incidencia en la pancreatitis aguda en pacientes de 20 -40 años ciudadela la salud de la parroquia siete de Octubre, se eligió como universo de la muestra los 214 pacientes diagnosticados con dislipidemias, detectados en el Hospital Sagrado Corazón de Jesús, con informes del departamento de estadísticas, del cual obtendremos la muestra.

3.4.2. Muestra

Para determinar nuestra muestra aplicamos la siguiente fórmula:

$$n = \frac{m}{e^2(m-1)+1}$$

$$n = \frac{214}{0,05^2(214 - 1) + 1}$$

$$n = \frac{214}{(0,0025)(213) + 1}$$

$$n = \frac{214}{0.5325 + 1}$$

$$n = \frac{214}{1.5325}$$

$$n = 139.6$$

3.5. MATERIALES Y EQUIPOS UTILIZADOS

3.5.1. Materiales

Esferográficos	Agujas vaicutainer
Gigantografías	Alcohol
Hojas A4	Agujas hipodérmicas
Trípticos	Algodón
	Curitas
	Guantes
	Mascarillas
	Reactivos (colesterol, triglicéridos, HDL, LDL, VLDL, amilasa, lipasa)
	Torniquete
	Tubos con EDTA-Suero

3.5.2. Equipos utilizados

Equipo hematológico SimedPentraES60	Calculadora
	Pendrive
Impresora	Cámara
Equipo bioquímico Cobas E411	CD
Computadora	Proyector
	Tinta

3.5.3. Recursos y presupuestos

3.5.3.1. Recursos humanos

- Hombres y mujeres que habitan en la ciudadela La Salud de la parroquia siete de octubre.
- Médico en medicina general

3.5.3.2. Presupuesto

N°	DETALLE	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	TOTAL
1	Hojas A4	2 resmas	\$ 3,50	\$ 7,00
2	Esferográficos	4 unidades	\$ 0,25	\$ 1,00
3	Gigantografías	2 unidades	\$15,00	\$ 30,00
4	Trípticos	2 cientos	\$ 0.85	\$ 170,00
5	Agujas vaicutainer	1 caja	\$ 3,40	\$3,40
6	Alcohol	1 frasco	\$ 1,00	\$1,00
7	Agujas hipodérmicas	1 caja	\$5,00	\$5,00
8	Algodón	1 paquete	\$2,00	\$2,00
9	Curitas	1 caja	\$2,00	\$2,00
10	Guantes	1 caja	\$6,50	\$6.50
11	Mascarillas	1 caja	\$3.00	\$3,00
12	Reactivos (colesterol, triglicéridos, HDL, LDL, VLDL, amilasa, lipasa, hemograma)	8 frascos	\$47,00	\$376,00
13	Torniquete	2 equipos	\$2,00	\$4,00
14	Tubos con EDTA y suero	2 cajas	\$8,00	\$16,00
15	Proyector	1 equipo	\$50,00	\$50,00

16	Tintas	2 cartuchos	\$50.00	\$100,00
TOTAL				\$746,90

3.5.4. CRONOGRAMA

- 1era y 2da semana de enero se brindó capacitación para elección de tema de tesis, posterior presentación al centro de investigación y aprobación por consejo directivo de la facultad.
- 1era semana de febrero se designó al tutor para guía de tesis.
- 2da semana de febrero hasta la segunda semana de marzo se realizó un conversatorio con el tutor para establecer los lineamientos de investigación de la tesis.
- Semanas de abril, mayo, junio se recopiló información bibliográfica del tema.
- Durante el mes de julio y agosto se elaboró la matriz problemática y el capítulo I y II de la tesis.
- 2da semana de septiembre realizamos la presentación del primer borrador de tesis al tutor.
- 3era y 4ta semana de septiembre se revisó bibliografía de tesis e información de autores, hipótesis y variables con tutorías de tesis.
- 1era semana de octubre se efectuó la presentación del segundo borrador.

- 2da semana de octubre se efectuó el trabajo de campo (encuestas en el sector), toma de muestras, charlas, tabulación de datos, interpretación de análisis y resultados y propuesta.

- 3era semana de octubre presentación del último borrador y entrega a lectores.

- 4ta semana de octubre sustentación de tesis sujeta a consejo directivo.

CAPITULO IV

4. RESULTADOS ESPERADOS

4.1. ENCUESTA

Personas del Sector

Pregunta N°1

¿Conoce usted lo que son las dislipidemias?

MUESTRA	VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
139	SI	14	10,07%
	NO	125	89,93%
	TOTAL	139	100%

Fuente: Personas encuestadas

Elaborado por: Autores



Análisis de los resultados:

La obtención de los datos determinó que el 89,93% de las personas encuestadas desconocen lo que son las dislipidemias mientras que solo el 10,07% manifestaron lo contrario.

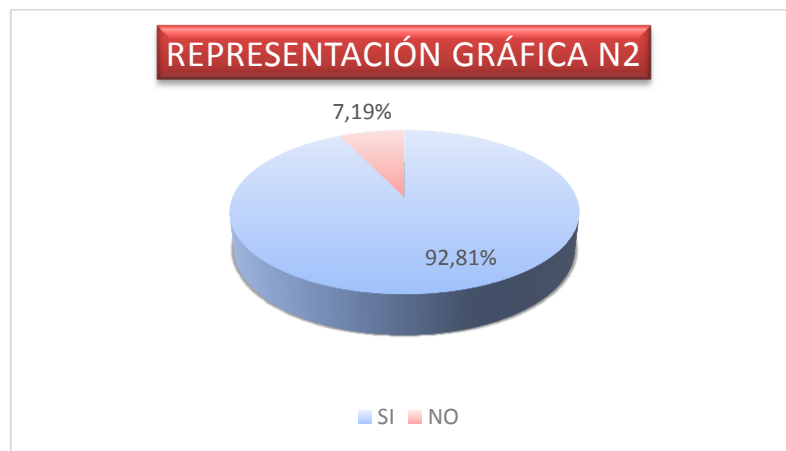
Pregunta N°2

¿Ha padecido alguna vez de índices elevados de Colesterol y Triglicéridos?

MUESTRA	VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
139	SI	129	92,81%
	NO	10	7,19%
	TOTAL	139	100%

Fuente: Personas encuestadas

Elaborado por: Autores



Análisis de resultados

Al encuestar a las personas del sector el 92,81% indicó que si ha padecido alguna vez de dislipidemias, mientras que el 7,19% indicó lo contrario.

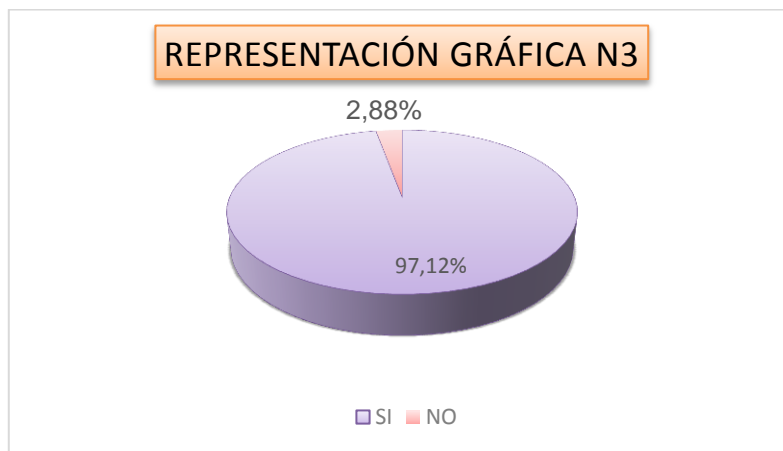
Pregunta N°3

¿En los miembros de su familia han existido casos de dislipidemias?

MUESTRA	VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
139	SI	135	97,12%
	NO	4	2,88%
	TOTAL	139	100%

Fuente: Personas encuestadas

Elaborado por: Autores



Análisis de resultados

En el presente gráfico el 97,12% aseguró que en su familia han existido casos de dislipidemias, mientras que solo el 2,88% declaró que no ha existido dicha patología.

Pregunta N°4

¿Conoce los riesgos y complicaciones que pueden desencadenar las dislipidemias hacia una pancreatitis aguda?

MUESTRA	VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
139	SI	2	1,44%
	NO	137	98,56%
	TOTAL	139	100%

Fuente: Personas encuestadas

Elaborado por: Autores



Análisis de resultados

Analizando la pregunta se detectó que el 98,56% desconoce los riesgos de las dislipidemias en una pancreatitis aguda mientras que solo un 1,44% respondió lo contrario.

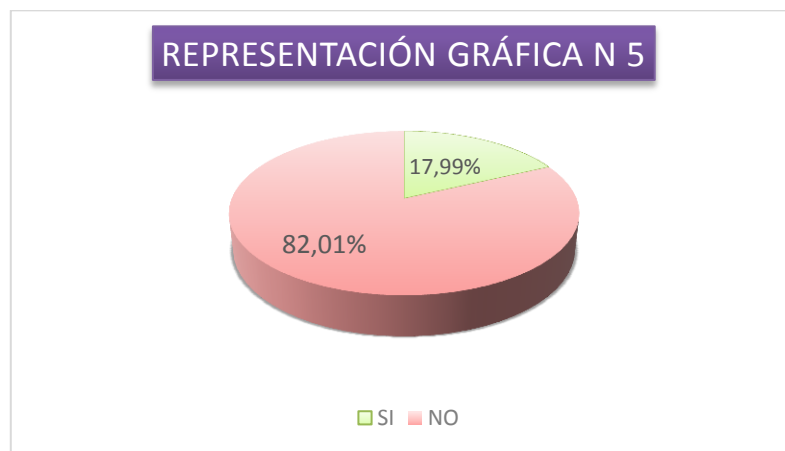
Pregunta N°5

¿En su familia han existido casos de pancreatitis aguda?

MUESTRA	VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
139	SI	25	17,99%
	NO	114	82,01%
	TOTAL	139	100%

Fuente: Personas encuestadas

Elaborado por: Autores



Análisis de resultados

De los datos obtenidos se pudo determinar que el 17,99% afirmó que si han existido casos de pancreatitis aguda, mientras que el 82,01% alegó que no existe dicha patología.

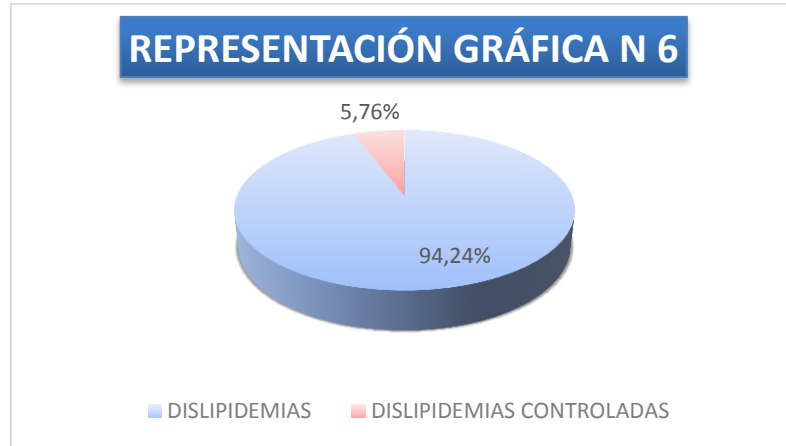
Gráfico N ° 6

Resultados dispuestos por los exámenes de laboratorio con presencia de dislipidemias

MUESTRA	VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
139	Dislipidemias >C, tg, HDL, LDL,VLDL	131	94,24%
	Dislipidemias <C, tg, HDL, LDL,VLDL	8	5,76%
	TOTAL	139	100%

Fuente: Personas encuestadas

Elaborado por: Autores



Análisis de resultados

De acuerdo a los resultados de las muestras tomadas se determinó la presencia de dislipidemias con valor superiores a los normales en un 94,24% mientras que el 5,76% manifestó poseer la enfermedad pero controlada.

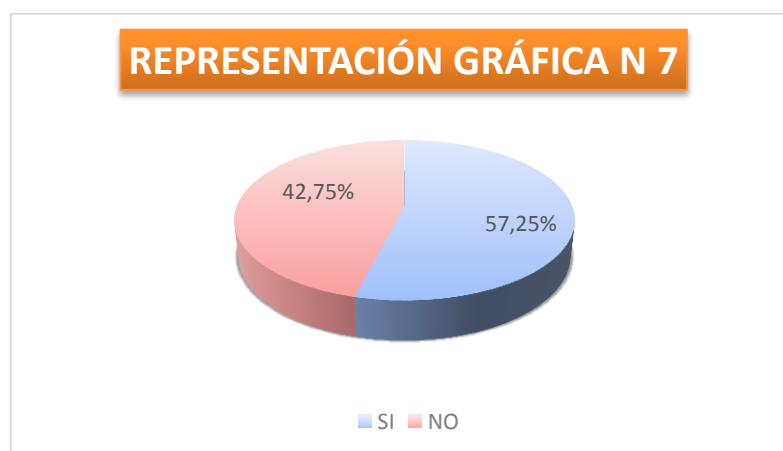
Gráfico N ° 7

Resultados dispuestos por los exámenes de laboratorio con presencia de pancreatitis aguda por dislipidemias

MUESTRA	VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
131	SI P. Aguda	75	57,25%
	NO P. Aguda	56	42,75%
	TOTAL	131	100%

Fuente: Personas encuestadas

Elaborado por: Autores



Análisis de resultados

Al determinar los resultados de las muestras tomadas se determinó la presencia de pancreatitis aguda en un 57,25%, mientras que el 42,75% manifestó no poseer la enfermedad.

Gráfico N°8

Distribución de frecuencias por sexo con pancreatitis aguda

MUESTRA	SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
75	MUJERES	33	44,00%
	HOMBRES	42	56,00%
	TOTAL	75	100%

Fuente: Personas encuestadas

Elaborado por: Autores



Análisis de resultados

Se estableció que existe una mayor prevalencia en hombres que en mujeres, en los exámenes se detectó un 56,00% más en hombres y un 44,00% que en mujeres

4.2. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.2.1. Conclusiones

- Las personas encuestadas desconocen lo que son las dislipidemias.
- La mayoría de las personas encuestadas indicó que han padecido alguna vez de índices elevados de colesterol y triglicéridos.
- Existe una mayor incidencia de pancreatitis aguda ocasionada por dislipidemias.
- Determinando los índices de colesterol, triglicéridos, HDL, LDL, VLDL, amilasa y lipasa detectamos la presencia de pancreatitis aguda en los habitantes del sector.
- Se determinó que las personas con presencia de dislipidemias manifestaban malos hábitos alimenticios.
- Realizando los principales exámenes de laboratorio pudimos detectar los signos y síntomas de la pancreatitis aguda presente en los habitantes del sector.

4.2.2. Recomendaciones

- Realizar campañas de capacitación con indicaciones sobre dislipidemias.
- Motivar a la ciudadanía con proyectos sociales para mejorar los hábitos alimenticios.
- Que el plan de capacitación disponga un alcance no solo a personas de 20- 40 años, sino más bien capacitar a familias para prevenir el inicio de dislipidemias.
- Realizar campañas en asociación con el MSP, disponer de material referente a las dislipidemias y complicaciones en la pancreatitis aguda.

CAPITULO V

5. PROPUESTA ALTERNATIVA

5.1. TÍTULO DE LA PROPUESTA

PROYECTO DE CAPACITACIÓN ALIMENTICIA COMO ESTRATEGIA METODOLÓGICA PARA LA PREVENCIÓN DE DISLIPIDEMIAS EN PERSONAS ADULTAS A NIVEL SECTORIAL

5.2. INTRODUCCIÓN

Las dislipidemias son un tema común en nuestro medio ya que más del 50% de la población manifiesta problemas tanto de colesterol y triglicéridos, pero desconoce la importancia que el tema genera y los riesgos que puede conducir un cuidado inadecuado en la alimentación.

En el cantón Quevedo existen sectores vulnerables donde enfermedades como dislipidemias son tan comunes pero por el desconocimiento y la mala información aún se mantienen como un tabú en la ciudadanía.

Consideramos que el tema requiere tomar medidas oportunas y eficaces que ayuden a prevenir y disminuir los índices de morbilidad que las dislipidemias y su relación con la pancreatitis aguda mantienen en la sociedad.

5.3. OBJETIVOS

5.3.1. Objetivo General

Capacitar a personas hombres y mujeres en general para la prevención de un posible inicio de dislipidemias.

5.3.2. Objetivos Específicos

Iniciar campañas en asociación con el Ministerio de Salud Pública (MSP) para la disminución y posible erradicación de dislipidemias.

Socializar el plan de capacitación con el personal hospitalario, funcionarios públicos municipales y personas naturales con la finalidad de prevenir el aumento de dislipidemias.

5.4. Desarrollo de la propuesta

El proyecto de capacitación tiene como finalidad dirigirse a las personas de la parroquia 7 de octubre ciudadela La Salud dando a conocer las principales causas que conllevan a emerger dislipidemias a lo largo de la vida, disponiendo de material didáctico fácil y práctico para la ciudadanía capacitada.

Como una de las principales metas colectivizar las consecuencias que aún se consideran desconocidas y desarrollar un plan alimenticio basándonos en la pirámide

nutricional destacando los elementos primordiales y vitales en una dieta balanceada correcta.

Al final del desarrollo realizaremos una evaluación para determinar el cumplimiento y perspectiva de la propuesta.

5.5. Resultados de la aplicación de la propuesta

Al finalizar la aplicación de la propuesta tendremos como resultados:

1. Haber socializado el plan alimenticio, popularizando la propuesta.
2. Se brindaría una guía para renovar el estilo de vida alimenticio,
3. Disminución de los índices de dislipidemias en el sector.
4. Prevención de la futura iniciación de dislipidemias en las personas del sector.

BIBLIOGRAFÍA

ALVAREZ ARGENTE, Horacio. Semiología Médica. Fisiopatología, Semiología y propedéutica, Enseñanza basada en el paciente. Tercera edición. Buenos Aires. Panamericana. 2008. 1620 páginas.

GUTIERREZ VÁSQUEZ, Isauro Ramón. Medicina de urgencias. 2007. México. 770 páginas.

HANI PELAEZ, Ana. Protocolo de Manejo de Pancreatitis Aguda. 20 páginas. Bogotá. 2007.

HENRY, John Bernard. El Laboratorio en el Diagnóstico Clínico. Madrid. Marbán. 2005. 814 páginas.

INEC, Anuario de Estadísticas hospitalarias: Egresos y camas 2014. 2014. Quito. 522 páginas.

LINARES LEAL, Karina. Perfil clínico epidemiológico de pacientes con Pancreatitis aguda. 2012. Guatemala. 97 páginas.

MARK HOWARD, Beers. Nuevo Manual Merck. De información médica general. Barcelona. Océano. 2005. 2053 páginas.

MARTÍNEZ ESTRADA, Alejandro. Estudios Sociales. Segunda edición. Guayaquil. Ediciones maya. 2006. 192 páginas.

MORALES GARZA, Luis Alfonso. Pancreatitis por hipertrigliceridemia. México. 2008. 3 páginas.

OMS, Pancreatitis. 2008. Página 1.

RAMÍREZ SANTOS, Alberto. Ciencia explicada anatomía. Intermedio. Colombia. 2005. 179 páginas.

SENOSIAN LALASTRA, Carla. Pancreatitis aguda por dislipidemias. Elsevier. Volumen 36. Páginas 2. Madrid. 2013.

SENPLADES, Plan Nacional para el Buen Vivir. Quito. Primera edición. 2013. 600 páginas.

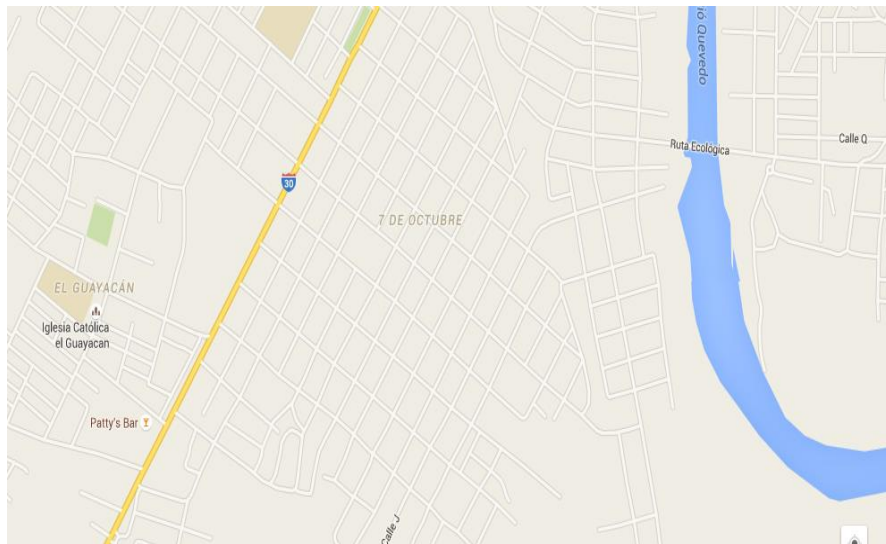
VIVANCO CRUZ, Javier Alejandro. Prevalencias y factores asociados a Dislipidemias en pacientes entre 18 y 64 años. Cuenca. 2014. Página 1. Facultad de Ciencias Médicas.

ANEXOS

Anexo N°1



Anexo N°2



Anexo N°3

Tríptico de las charlas realizadas

PANCREATITIS

DEFINICION: La pancreatitis es una inflamación del páncreas. Esto ocurre cuando las enzimas digestivas comienzan a digerir el páncreas. La pancreatitis

TIPOS:
aguda crónica. De cualquier forma es grave y puede traer complicaciones.

CAUSAS:
INGESTION CRONICA DE ALCOHOL
ALTERACIONES METABOLICAS
FARMACOS
CALCULOS BILIARES

DEFINICION:
ES UNA ALTERACION DEL METABOLISMO DE LOS LIPIDOS EN LA SANGRE

CAUSAS:
OBESIDAD
SEDENTARISMO
MALA ALIMENTACION
CONSUMO EXCESIVO DE ALCOHOL

DISLIPIDEMIAS

MANTEN UNA ALIMENTACION SALUDABLE!!!!

Anexo N°4

PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS DISLIPIDEMIAS:

1. Cuidar la alimentación:

- No consumas alimentos fritos
- Disminuye el consumo de salsas procesadas
- Evita las grasas de origen animal
- Consumo frutas y vegetales
- Aumenta el consumo de agua
- Suspende el licor
- Disminuye las harinas

2. Incrementar el ejercicio:

Realiza ejercicio mínimo tres veces por semana, 30 minutos cada oportunidad

EXAMENES A REALIZARSE PARA DETECTAR UNA DISLIPIDEMIA RELACIONADA A UNA PANCREATITIS

ANTI ASA
LTPASA
COLESTEROL
HDL
LDL
VLDL
TRIGLICERIDOS

Un perfil de lipoproteínas mide el nivel de colesterol en la sangre

ALIMENTOS RECOMENDADOS

- Verduras, hortalizas, patata
- Cereales y biscotes de pan
- Fruta al horno o en compotas
- Zumos naturales
- Lácteos desnatados
- Huevo sin yema
- Legumbres muy cocidas
- Fruta fresca pelada

ALIMENTOS NO RECOMENDADOS

DILE NO A LAS GRASAS SATURADAS PODRIAS EVITAR MUCHAS ENFERMEDADES ENTRE ELLAS LA PANCREATITIS

COMA SALUDABLE

ESTUDIANTES:
JHON BONILLA ZAMBRANO
ADRIAN CEDEÑO DEL VALLE

Anexo N°5

Recolección de datos en la comunidad



Anexo N°6

Toma de muestra



Anexo N°7

Procesamiento de muestras



Anexo N°8



Anexo N°9



Anexo N°10



Anexo N°11



Anexo N°12

Validación de resultados



Anexo N°13

ENCUESTA A:

PERSONAS DE LA CIUDADELA LA SALUD

1. ¿Conoce usted lo que son las dislipidemias?

SI

NO

2. ¿Ha padecido alguna vez de índices elevados de Colesterol y Triglicéridos?

SI

NO

3. ¿En los miembros de su familia han existido casos de dislipidemias?

SI

NO

4. ¿Conoce los riesgos y complicaciones que pueden desencadenar las dislipidemias hacia una pancreatitis aguda?

SI

NO

5. ¿En su familia han existido casos de pancreatitis aguda?

SI

NO

