

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

TEMA:

**Prevalencia y factores de riesgo asociados en pacientes
diagnóstico de Colangitis Aguda atendidos en el Hospital Teodoro
Maldonado Carbo durante el periodo de Octubre 2015 a Marzo del
2016.**

AUTOR (ES):

**Cambindo Micolta Johanna Ivette
Carranza Ponce Sofía Lourdes**

**Trabajo de titulación previo a la obtención del grado de
MÉDICO**

TUTOR:

Dr. Zúñiga Vera Andrés

Guayaquil, Ecuador

28 de abril del 2017



UNIVERSIDAD CATÓLICA
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 **Cambindo Micolta Johanna Ivette y Carranza Ponce Sofía Lourdes** como requerimiento para la obtención del Título de **Médico**.

TUTOR (A)

f. _____
Dr. Zúñiga Vera Andrés

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____
Dr. Aguirre Martínez Juan Luis

Guayaquil, a los 28 del mes de abril del año 2017



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Cambindo Micolta Johanna Ivette**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **Prevalencia y factores de riesgo asociados en pacientes diagnóstico de Colangitis Aguda atendidos en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo durante el periodo de Octubre 2015 a Marzo del 2016**, 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 28 del mes de abril del año 2017

LA AUTORA

f. _____
Cambindo Micolta Johanna Ivette.



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

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Carranza Ponce Sofía Lourdes**.

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **Prevalencia y factores de riesgo asociados en pacientes diagnóstico de Colangitis Aguda atendidos en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo durante el periodo de Octubre 2015 a Marzo del 2016**, 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 28 del mes de abril del año 2017

LA AUTORA

f. _____
Carranza Ponce Sofía Lourdes.



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

AUTORIZACIÓN

Yo, **Cambindo Micolta Johanna Ivette**.

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Prevalencia y factores de riesgo asociados en pacientes diagnóstico de Colangitis Aguda atendidos en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo durante el periodo de Octubre 2015 a Marzo del 2016**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 28 del mes de abril del año 2017

LA AUTORA:

f. _____
Cambindo Micolta Johanna Ivette.



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

AUTORIZACIÓN

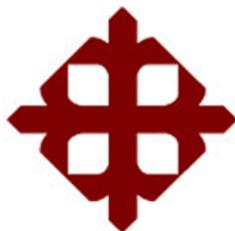
Yo, **Carranza Ponce Sofía Lourdes**.

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Prevalencia y factores de riesgo asociados en pacientes diagnóstico de Colangitis Aguda atendidos en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo durante el periodo de Octubre 2015 a Marzo del 2016**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 28 del mes de abril del año 2017

LA AUTORA:

f. _____
Carranza Ponce Sofía Lourdes.



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

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

Dr. Juan Luis Aguirre Martínez

MIEMBRO DE TRIBUNAL

f. _____

Dr. Cristhian Enrique Elías Ordoñez

MIEMBRO DE TRIBUNAL

AGRADECIMIENTOS

Queremos agradecer en primer lugar a Dios, ya que gracias a Él hoy en día estamos logrando esta gran meta.

Y sin duda alguna a nuestros Padres que son motores fundamentales en nuestra vida, que siempre nos brindaron su apoyo incondicional. Y hoy ven reflejado su esfuerzo en nosotras.

A nuestros hermanos y demás familiares que son parte indispensable en nuestra vida y nos acompañaron durante toda la carrera.

A nuestro tutor el Dr. Andrés Zúñiga por su apoyo y paciencia para realización de este proyecto de tesis.

Al hospital Teodoro Maldonado Carbo por permitirnos realizar nuestra investigación en su casa de salud.

Johanna Cambindo y Sofía Carranza.

DEDICATORIA

Es grato para mí poder dedicar este trabajo a Dios, creador de todo; Fiel compañero de un sinnúmero batallas a lo largo de toda mi vida. El que me ha dado la fortaleza para continuar cuando he caído. Por ello con todo el júbilo que emana de mi corazón me permito dedicárselo a Él.

A mis padres que han sido los pilares más fuertes que he tenido durante todo el desarrollo de mi vida, siempre incondicionales, transmitiéndome su amor en todos los escenarios que transcurrí; Inculcándome buenos valores y costumbres que han sido la base para llegar a esta etapa muy importante.

A mi hermano que ha sido la más grande motivación que tuve para escoger esta carrera profesional y de esta manera ponerme al servicio de las personas que me necesiten; Gracias a mi hermano, es una promesa que pude cumplirte.

A mis tías, primos y familia en general, gracias por acompañarme y formar parte de todas mis vivencias.

Una mención muy especial a mi amiga y gran compañera Sofía Carranza, definitivamente te convertiste en la hermana que me regalo la vida. Gracias por el apoyo durante todo este tiempo.

Johanna Cambindo Micolta

DEDICATORIA

A Dios primeramente por permitirme hoy en día cumplir unos de mis más grandes sueños desde que era pequeña, sin su bendición, sabiduría y protección no lo hubiese logrado.

Siempre he pensado que mi mayor orgullo por siempre serán mis Padres, y sin duda alguna se lo dedico a ellos mi trabajo de titulación como Médico. Mis más grandes amores: María Lourdes Ponce y José Enrique Carranza, quienes siempre creyeron en mí y alientan todos los días a cumplir cada una de mis metas. Sí, a ellos que son mi mejor ejemplo de superación y admiración. Y sé, que la vida no me alcanzará para agradecer todo lo que han hecho por mí. LOS AMO.

A mis hermanos José Carlos, Enrique y María José Carranza, a ellos que siempre me han brindado su apoyo incondicional.

Y por qué no agradecer a todas aquellas personas que a lo largo de esta carrera me brindaron su ayuda y que hoy festejan junto a mí.

Por último y no menos importante a quien se convertido en mi gran amiga y compañera y que hoy es mi compañera de tesis Johanna Cambindo, gracias por aguantarme tanto y brindarme tu amistad.

Sofía Carranza Ponce.

ÍNDICE

RESUMEN	XIII
ABSTRACT	14
INTRODUCCIÓN	15
CAPÍTULO I	16
1.- MARCO TEÓRICO	16
1.1 COLANGITIS AGUDA.....	16
1.1.1 Definición.....	16
1.1.2 Epidemiología.....	16
1.1.3 Etiología.....	17
1.1.4 Factores de riesgo.....	18
1.1.5 Pronóstico	18
1.1.6 Diagnóstico imagenológico.....	19
1.1.7 Tratamiento	19
CAPÍTULO II	21
2.- MATERIALES Y MÉTODOS	21
2.1 Diseño	21
2.2 Población.....	21
2.3 Objetivos.....	21
2.3.1 Objetivo General	21
2.3.2 Objetivos Específicos	22
2.4 Variables.....	22
2.5 Instrumentos.....	23

2.6 Gestión de datos.....	23
CAPÍTULO III	24
3.- ANÁLISIS Y RESULTADOS	24
CAPÍTULO IV.....	28
CONCLUSIONES	28
DISCUSIÓN	29
RECOMENDACIONES	30
BIBLIOGRAFÍAS.....	31

RESUMEN

La Colangitis Aguda es una enfermedad causada por la inflamación de la vía biliar y consecuente infección bacteria. En nuestro país no se reportan casos de la prevalencia, razón por la cual nos planteamos la realización de siguiente estudio.

El objetivo del estudio fue determinar la prevalencia y factores de riesgo asociados en pacientes con diagnóstico de colangitis Aguda en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo durante el periodo de Octubre 2015 a Marzo del 2016.

El diseño fue observacional, descriptivo de cohorte transversal.

La metodología fue la siguiente, se analizaron a 139 registros de atención, de los cuales 46 pacientes cumplían con los criterios de inclusión. El mecanismo de recolección de datos fue por medio de revisión de historias clínicas a través del sistema AS400 del Hospital Teodoro Maldonado Carbo.

Los resultados fueron los siguientes: se revisaron 46 historias clínicas de pacientes con diagnóstico de Colangitis Aguda en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo durante un periodo de 6 meses donde se atendieron 6.069 paciente.

En un rango de edad de 18 a 95 años. Encontrando que la edad media de presentación es de 54 años de edad, siendo más prevalente el grupo etarios comprendido entre los 41 – 60 años con un 39%, seguido de 28% en paciente entre los 61 – 80 años de edad. En cuando al sexo se registró un mayor prevalencia por el sexo masculino representado por el 52% versus un 48% para el sexo femenino.

Dentro de los antecedentes patológicos personales que se registraron y que conoce que se asocian a factores de riesgo de la enfermedad, se detectó: Colelitiasis 54%, Colecistitis 28 %, Cáncer de Vías biliares 13%, Hipertensión arterial 52%, Diabetes Mellitus 43%, entre otros. Durante el periodo de estudio fallecieron 6 pacientes (13%).

Como conclusión la prevalencia de Colangitis Aguda tiene una prevalencia baja, y por tanto se considera una patología se escasa frecuencia, además se observó una alta tasa de mortalidad en esta cohorte.

Palabras Claves: Colangitis Aguda, prevalencia, factores de riesgo.

ABSTRACT

Acute Cholangitis is a disease caused by inflammation of the biliary tract and consequent infection of bacteria. In our country there are no reports of prevalence, which is why we consider the following study.

The objective of the study was to determine the prevalence and associated risk factors in patients diagnosed with acute cholangitis at the Hospital Teodoro Maldonado Carbo during the period from October 2015 to March 2016.

The design was observational, descriptive of transverse cohort.

The methodology was as follows, we analyzed 139 care records, of which 46 patients met the inclusion criteria. The mechanism of data collection was through review of medical records through the AS400 system of the Hospital Teodoro Maldonado Carbo.

The results were as follows: 46 clinical records of patients diagnosed with Acute Cholangitis at the Teodoro Maldonado Carbo Hospital were reviewed during a 6-month period in which 6,069 patients were treated.

The results were as follows: 46 clinical records of patients diagnosed with Acute Cholangitis at the Teodoro Maldonado Carbo Hospital were reviewed during a 6-month period in which 6,069 patients were treated.

Age range was from 18 to 95 years, mean age of presentation was 54 years of age, being more prevalent the age group between 41 - 60 years with 39%, followed by 28% in patient between 61 - 80 years of age. In terms of sex, a higher prevalence was recorded for males, represented by 52% versus 48% for females.

Among previous diseases that were recorded and known to be associated with risk factors of the disease, we detected: Cholelithiasis 54%, Cholecystitis 28%, Bile Duct Cancer 13%, Diabetes Mellitus 43%, among others. During the study period 6 patients died (13%).

In conclusion, the prevalence of acute cholangitis was a low, and therefore is a rare pathology, a high mortality rate was observed in this cohort.

Keywords: Acute Cholangitis, prevalence, risk factors.

INTRODUCCIÓN

La colangitis aguda es una enfermedad mórbida con que cursa con inflamación y la infección del conducto biliar.¹

El complejo de síntomas y signos descritos para la Colangitis Aguda se define mediante la tríada de Charcot², caracterizada por: fiebre con escalofríos intermitentes, ictericia y dolor abdominal en el hipocondrio derecho.^{1,3}

La obstrucción y la infección concomitante de los conductos biliares constituyen la patogénesis de este tipo de patología.⁴ Una vez que el sistema biliar está colonizado, la estasis biliar permite la multiplicación bacteriana, y el aumento de las presiones biliares permiten a las bacterias penetrar las barreras celulares y entrar en el torrente sanguíneo.³

El diagnóstico se lo realiza por lo general a través de la clínica, con la triada clásica antes mencionada, sin embargo no en todos los pacientes se cumple la norma, por lo que se requiere la implementación de técnica imagenológicas complementarias que ayuden a su diagnóstico. El uso de la tomografía axial computarizada nos indica edema peribiliar⁵, considerándolo como un signo útil para el diagnóstico de Colangitis Aguda. Junto a la dilatación biliar que es un signo importante en los hallazgos por imágenes.⁶

Por lo tanto, la identificación temprana es la clave para mejorar el pronóstico de la Colangitis Aguda, identificando los factores de riesgo antes mencionada, que sí los pacientes mejorarán después del tratamiento médico.⁷

Para calcular el riesgo de mortalidad a causa de esta patología se creó un predictor de riesgo de mortalidad individual.⁸ Que recomienda la realización de un drenaje biliar urgente en los casos que se detecte una alta tasa de morbilidad, y por otro lado dejando al drenaje como tratamiento electivo en aquellos pacientes que se detecte riesgo bajo.⁹

La Colangitis Aguda es considerada como una de las complicaciones más temidas debido a su alto índice de mortalidad. Se registran tasa de mortalidad por encima de 50%, sin embargo con el pasar del tiempo y el avance de la tecnología esta cifra ha disminuido en pacientes con diagnóstico tratamiento oportuno.¹⁰

CAPÍTULO I

1.- MARCO TEÓRICO

1.1 COLANGITIS AGUDA

1.1.1 Definición

La Colangitis Aguda (CA) es definida como un síndrome clínico sistémico, caracterizado por la aparición de Inflamación e infección en las vías biliares.¹¹

A lo largo de la historia esta patología ha sido descrita con la aparición de la triada clásica de Charcot, la cual está conformada por ictericia, fiebre y dolor abdominal² como resultado de la estasis del líquido biliar y la infección bacteriana subsecuente del sistema ductal biliar.¹ Esta definición hace referencia a las dos condiciones necesarias para el desarrollo de esta entidad patológica.

La Colangitis Aguda se encuentra representada por el CIE 10 (K830), junto con el CIE 10 (K831) que hace referencia a obstrucción del conducto biliar. Entendiendo que el denominado CIE 10 es una herramienta internacional de recolección, procesamiento, clasificación y presentación estadística de las patologías que aquejan la salud.¹²

1.1.2 Epidemiología

Su presentación clínica suele ser muy variable, habiendo casos desde autolimitados leves hasta severos cuando ya amenazan la vida del paciente.

Durante los años 90 se reportaban cifras de mortalidad de 80% - 90%, mientras que en la actualidad las cifras han reducido a un 3 – 10% debido a su manejo temprano y oportuno.¹

Según un estudio realizado en Estados Unidos se estimó con una prevalencia de 2 casos por cada 1000 admisiones hospitalarias.¹³

1.1.3 Etiología

En la Colangitis Aguda deben de existir 2 condiciones *sine qua non* más importantes para el desarrollo de una Colangitis son la colonización bacteriana de la vía biliar y, sobre todo, la obstrucción de su luz.¹

Las causas más frecuentes de obstrucción biliar son coledocolitiasis, estenosis biliar benigna, estenosis de una anastomosis biliar, y la estenosis causada por una enfermedad.¹⁴ (tabla1)

Tabla 1.- ETIOLOGÍA DE COLANGITIS AGUDA (Tomado de referencia 14)

Colelitiasis
Estenosis biliar benigna
Factores congénitos
Factores postoperatorios (daño del conducto biliar, coledocoyunostomía estrecha, etc.)
Factores inflamatorios
Obstrucción maligna <ul style="list-style-type: none">✓ Tumor del conducto biliar✓ Tumor de la vesícula biliar✓ Tumor ampular✓ Tumor pancreático
Tumor duodenal
Pancreatitis
Infección parasitaria
Fibrosis de la papila
Factores iatrogénicos
Misceláneos

En un estudio realizado por Thompson en el año 1986 – 1989 se obtuvieron los siguientes datos: 57% para estenosis malignas, 28% para coledocolitiasis, 12% para estenosis benignas y un 3% para colangitis esclerosante. Mientras que otro estudio realizado por Pitt and Couse en el año 1983 – 1985 se obtuvieron los siguientes resultados: coledocolitiasis 32%, estenosis malignas 30%, colangitis esclerosante 24%, estenosis benigna un 14%.¹

1.1.4 Factores de riesgo

Los principales factores de riesgo para desarrollar una Colangitis aguda son: coledocolitiasis, fumador crónico, edad avanzada (>70a), y colelitiasis.¹⁵

Asociación de la Colangitis aguda con la Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE)

Se estima que la colangitis aguda tiene una morbilidad grave sin tratamiento o con el acceso retrasado al mismo.¹⁶ En estudios realizados con anterioridad se ha podido evidenciar que de manera general la incidencia de las complicaciones después de CPRE oscilan entre 0,8% y 12,1% de este porcentaje únicamente el 0.7- 1.7% son causantes de Colangitis Aguda¹⁷; Además se calcula que la mortalidad posterior a una CPRE está entre el 0,5% Y 1,5%.¹⁸

Si bien la CPRE puede condicionar el desarrollo de la Colangitis producto de una contaminación iatrogénica del árbol biliar; actualmente se han mejorado las técnicas por lo que ha disminuido consigo el riesgo de complicaciones.¹⁹ Por lo regular es la prueba diagnóstica más sensible para la Colangitis y también ofrece la capacidad de tratar la condición²⁰; no obstante dada algunas de sus desventajas se sugieren inicialmente técnicas no invasivas o de menor riesgo como: ecografía abdominal y la ecoendoscopia.²⁰

1.1.5 Pronóstico

La principal causa de muerte en la Colangitis aguda es una múltiple insuficiencia orgánica con shock irreversible.¹ Dentro de las causas de mortalidad en pacientes que sobreviven a la fase aguda de colangitis incluyen insuficiencia de múltiples órganos, insuficiencia cardiaca y neumonía.²¹

Se considera que los pacientes que muestran signos tempranos de insuficiencia de múltiples órganos así como clínica evidente de colangitis aguda y que no responden

al tratamiento, deben recibir antibióticos sistémicos y someterse drenaje biliar de carácter emergente, puesto que de lo contrario su deceso será inminente.²²

El pronóstico de estos pacientes siempre va depender del abordaje clínico y manejo terapéutico apropiado y oportuno que se les ofrezca.²³

1.1.6 Diagnóstico imagenológico

La realización de estudios imagenológicos tiene básicamente tres 3 objetivos.²⁴

- Determinar la presencia/ausencia de obstrucción de la vía biliar.
- Localizar el nivel de la obstrucción y
- Identificar la causa de ésta de la obstrucción.

Dentro de estas modalidades se incluyen: Ecografía abdominal (US), Tomografía computarizada del abdomen (CT), colangiopancreatografía por resonancia magnética (MRCP), ecoendoscopia (EUS), colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) y la Colangiografía transhepática percutánea (PTC).²⁵

Considerándose a la CPRE como la prueba diagnóstica con mayor sensibilidad para la Colangitis²⁶, además de que ofrece la capacidad para brindar terapéutica concomitantemente.²⁷

1.1.7 Tratamiento

En cuanto al tratamiento existen varias alternativas para su manejo; desde el manejo clínico y sintomático que incluye terapia antibiótica hasta el uso de técnicas quirúrgicas con el fin evitar complicaciones futuras.

El uso de una terapia antibiótica dependerá del o los microorganismos aislado en medios de cultivos. Existe estudios que indican que los Enterococos, Enterobacterias junto con la Candida Ssp ²⁷., son los que con mayor frecuencia se reportan. Razón por la que el empleo de un terapia combinada de amplio espectro que cubra la mayor parte de microorganismo implicado en esta patología.^{27,28}

La CPRE es un procedimiento establecido para enfermedades pancreáticas y biliares. Aun sabiendo que se registran datos que existe casi el mismo riesgo quirúrgico en pacientes jóvenes como en ancianos.²⁹ La mayoría de los familiares de personas de avanzada edad, tienden a ser reacios a procedimientos quirúrgicos, ya que existe un mayor riesgo de desarrollar complicaciones durante este procedimiento.³⁰

CAPÍTULO II

2.- MATERIALES Y MÉTODOS

2.1 Diseño

El presente estudio fue de tipo observacional, descriptivo, retrospectivo de corte transversal.

2.2 Población

La población en un periodo de 6 meses fue de 6.096 pacientes, de los cuales se analizaron 139 registros con la codificación del CIE 10 K830 y K831, que pertenecieron a 46 pacientes con diagnóstico de Colangitis Aguda atendidos en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo, durante el periodo de Octubre 2015 a Marzo 2016.

Criterios de inclusión:

- Pacientes codificados con el CIE 10 K830 y K831.
- Hombres o mujeres.
- Pacientes con factores de riesgos asociados.
- Pacientes que presenten afección en las vías biliares.

Criterios de exclusión:

- Pacientes que no cumplan el diagnóstico de Colangitis Aguda.
- Pacientes menores de 18 años.

2.3 Objetivos

2.3.1 Objetivo General

Determinar la prevalencia y factores de riesgo asociados en pacientes con diagnóstico de Colangitis Aguda atendidos en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo durante el periodo de Octubre 2015 a Marzo 2016.

2.3.1 Objetivos Específicos

- Determinar la prevalencia de pacientes con diagnóstico de Colangitis Aguda atendidos en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo durante el periodo de Octubre 2015 a Marzo del 2016.
- Identificar los principales factores de riesgos asociados en pacientes con Colangitis Aguda.
- Generar hipótesis para futuros trabajos de investigación referentes a este tema.

2.4 Variables

Edad: variable cuantitativa. Tiempo de existencia desde el nacimiento hasta el momento de la tabulación de los datos. Medida en años.

Sexo: Variable cualitativa. Condición orgánica que distingue a la mujer del hombre en los seres humanos. Se la mide de acuerdo a: (1) femenino, (2) masculino.

Factores de riesgos: variable cualitativa. Son características clínicas asociados a la instauración de esta patología. Se mide de acuerdo a (1) Si, (2) No, en las siguientes subvariables:

- Colelitiasis
- Colecistitis
- Diabetes Mellitus
- Cáncer de vías biliares
- Hipertensión Arterial
- Otros (cualquier otro antecedente que no pertenezca a las patologías antes descritas)

Intervención quirúrgica de riesgo previa: definimos como cirugías de riesgo a la colangiopancreatografía retrograda endoscópica (CPRE) y a la colecistectomía, ya que se han descrito como factores de riesgo para el desarrollo de Colangitis Aguda. Variable cualitativa. Se mide de acuerdo a: (1) Si, fue sometido a una de estas intervenciones quirúrgicas. (2) No, cuando no se ha realizado ninguna de ellas.

Mortalidad: registro de pacientes que al finalizar el periodo de estudio fallecieron a causa de esta patología. Variable cuantitativa: (1) Si fallecieron y (2) No.

2.5 Instrumentos

Se recolectó la información a partir de historias clínicas de la base de datos del sistema AS 400 del Hospital Teodoro Maldonado Carbo.

2.6 Gestión de datos

La información se registró en hoja de Excel y con la ayuda del sistema SPSS fue procesada y analizada.

CAPÍTULO III

3.- ANÁLISIS Y RESULTADOS

La prevalencia calculada de Colangitis Aguda en los pacientes atendidos en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo fue del 0.75%, al encontrar 46 pacientes con diagnóstico de Colangitis ingresados durante el periodo de octubre 2015 a marzo 2016.

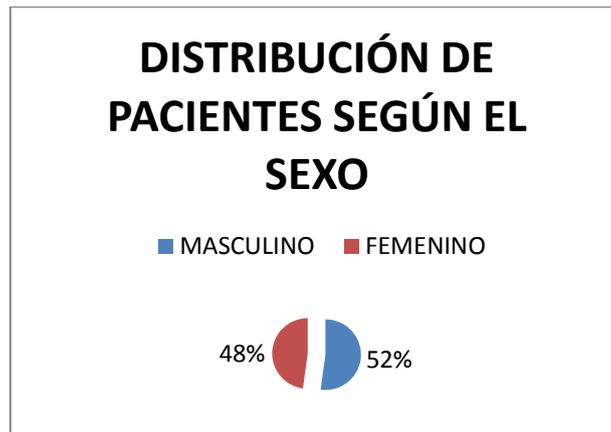
La distribución de los pacientes según el mes de atención fue la siguiente: el 28% (n 13) corresponde al mes de febrero, el 20% (n 9) para el mes de diciembre, el 20% (n 9) para el mes de marzo, el 13% (n 6) para el mes de octubre, el 13% (n 6) para el mes de enero y por último el 6% (n 3) para el mes de noviembre. (Tabla 1)

Tabla 1.-

HOSP. TEODORO MALDONADO CARBO	PCT CON DX DE COLANGITIS AGUDA	N° DE PACIENTES
OCTUBRE	6 (13%)	976
NOVIEMBRE	3 (6%)	899
DICIEMBRE	9 (20%)	1003
ENERO	6 (13%)	1231
FEBRERO	13 (28%)	989
MARZO	9 (20%)	998
TOTAL	46	6096

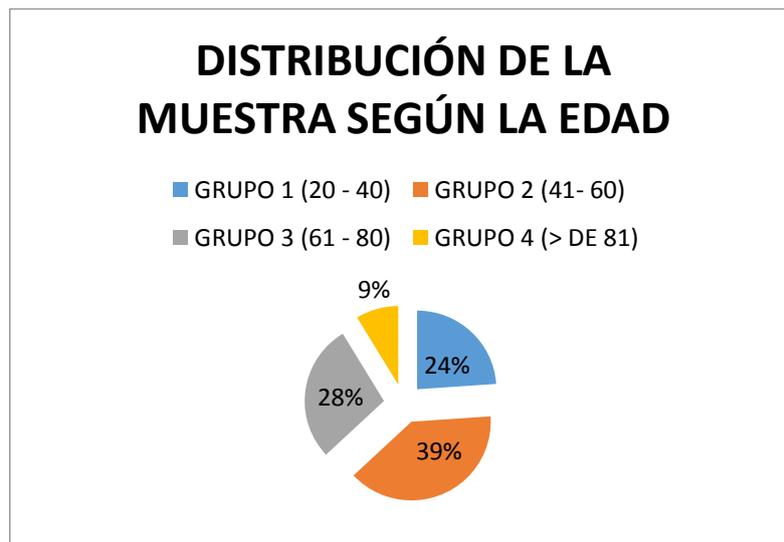
Según la distribución de pacientes según el sexo se encontró: que el 52% (n 24) corresponden al sexo masculino y el 48% (n 22) son de sexo femenino. (Fig1)

Figura 1.-



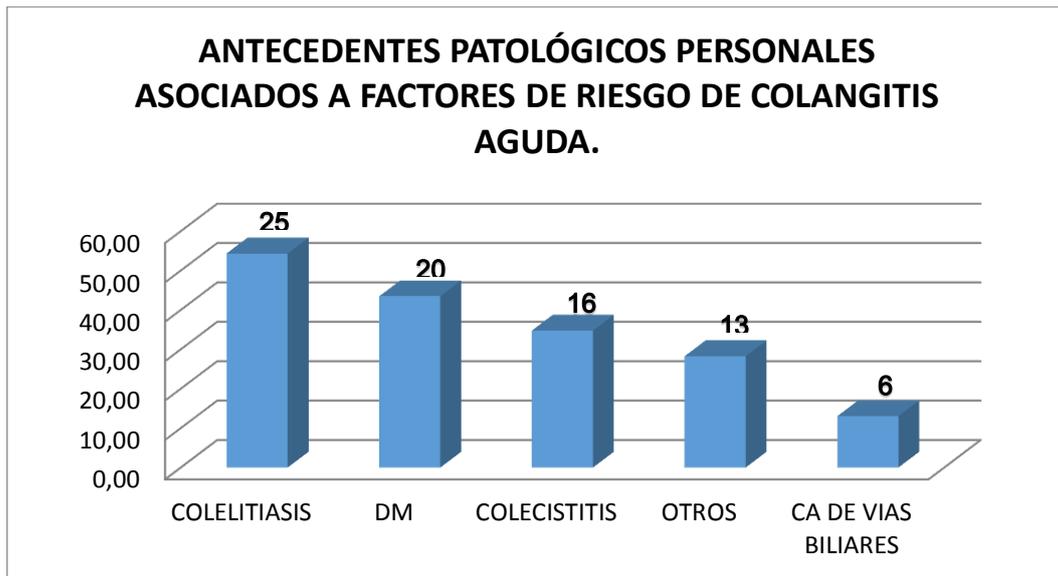
El rango de edad de los pacientes con diagnóstico de Colangitis Aguda fue de 20 y los 95 años de edad. La edad promedio fue 54 años. Se agruparon en 4 grupos etarios: Grupo 1 entre los 20 a 40 años 24% (n 11), grupo 2 entre los 41 y 60 años 39% (n 18), grupo 3 entre los 61 y 80 años 28% (n 13) y grupo 4 mayor de 81 años 9% (n 4). (Fig 2).

Figura 2.-



Se registraron los siguientes antecedentes patológicos personales, los que pertenecían a factores de riesgo asociados a Colangitis Aguda son: 54% (n 25) a colelitiasis, un 43% (n 20) para Diabetes Mellitus, un 34% (n 16) para colecistitis, un 28% (n 13) para otros y un 13% (n 6) para Cáncer de vías biliares. (Fig 3).

Figura 3.-

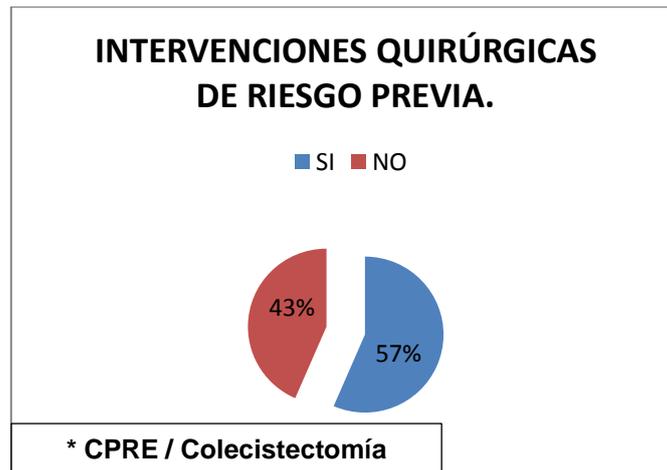


Entre los antecedentes patológicos personales que no pertenecen a los factores de riesgo de Colangitis Aguda encontramos: 67% (n 26) Hipertensión Arterial , Gastritis 10% (n 4), Hiperplasia prostática 5% (n 2), Cáncer de útero 3% (n 1), Insuficiencia Renal Aguda 3% (n 1), Alzheimer 2% (n 1), Cirrosis 3% (n 1), Glaucoma 2% (n 1), Artritis 2% (n 1) y Rinitis 3% (n 1).

La frecuencia de los códigos CIE 10 tras la búsqueda fue: del 89% (n 41) para Colangitis Aguda (K830) y un 11% (n 5) para obstrucción de vías biliares (K831).

Se objetivó que 57% (n 26) fueron sometidos a cirugías de riesgo mientras que el 43% (n 20) no registran haberse sometido a una intervención quirúrgica previa. (fig 4.)

Figura 4.-



Con respecto a la mortalidad de la Colangitis Aguda, observamos que el 87% (n 40) continuaron vivos mientras que el 13% (n 6) fallecieron a causa de esta patología. (Fig 5).

Figura 5.-



CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES

La Colangitis Aguda fue una enfermedad poco prevalente en nuestro estudio, y por tanto se considera una patología de escasa frecuencia.

En cuanto al sexo la enfermedad se distribuyó similar tanto en hombres como en mujeres.

La mayoría de los pacientes se encontraban entre los 41 a 60 años de edad.

La mayor parte de los pacientes tenían algún antecedente asociado a los factores de riesgo de Colangitis Aguda. De estos, Colelitiasis y Diabetes Mellitus, se observaron con mayor frecuencia.

El mes con mayor registro de pacientes diagnosticados con Colangitis Aguda fue el mes de febrero.

Más de la mitad de pacientes estudiados registran haberse sometido a una intervención de riesgo previamente.

Se observó considerable frecuencia de mortalidad en este trabajo investigativo.

DISCUSIÓN

Debido a que los estudios encontrados en la bibliografía son de tipo multicéntrico, no encontramos uno el cual el desenlace sea la prevalencia como el nuestro. Por lo cual no podemos compararnos con otros estudios.

Al igual que en otras cohortes nuestros paciente tenían los mismos factores de riesgo. Gigot y otros mencionan a las litiasis como la principal causa de Colangitis Aguda, seguido de las estenosis benignas.¹⁰ La Colelitiasis encabezó la estadística ubicándose como la causa más común registrada en nuestros pacientes.

En el estudio realizado por Qin YS et al., indica que la edad de presentación se encuentra por encima de las 70 años⁷, sin embargo en nuestro estudio el rango de edad más prevalente entre los 41 – 60 años, con una edad media de presentación de 54 años.

Aún existe cierta controversia en cuanto al uso de la CPRE como tratamiento electivo de la Colangitis Aguda, ya que también se considera un factor de riesgo. Qin y compañía en su estudio realizado en los años 2004 al 2011 estimó que el 69,4% de 358 paciente requirieron realizarse de manera urgente una CPRE.⁷ En la información recolectada en nuestro estudio, no se registró variables de tratamiento. Pero se identificó que el 57% de 46 pacientes estudiados constaba como antecedente el haberse sometido a cirugías consideradas como riesgo para el desarrollo de esta patología, entre ellas la CPRE.

En un estudio realizado por Schneider et al., en un grupo de 810 pacientes se calculó que el 4.5% de pacientes estudiados fallecieron a causa de esta patología.⁸ A diferencia de ellos, en este estudio se calculó que el 13% fallecieron a causa de la Colangitis Aguda. Resultados similares a los observados por Lee et al., cuyo porcentaje de mortalidad fue del 11.7% en una población de 937 paciente.¹³

RECOMENDACIONES

Para conocer el valor real de la prevalencia de Colangitis Aguda en nuestro país, se requiere de estudios multicéntricos en las diferentes casas de salud. Para demostrar que los antecedentes personales asociados a factores de riesgo de colangitis aguda se relacionan con esta patología en nuestra población, se podría realizar un estudio retrospectivo, según los resultados se podrían considerar nuevos estudios.

Sería conveniente determinar la asociación directa que existe entre la realización de intervenciones quirúrgicas como la CPRE y la Colectomía como factor de riesgo de la Colangitis Aguda. Además sería conveniente investigar los factores asociados a la mortalidad observada en este estudio.

BIBLIOGRAFÍAS

1. Kimura, Y., Takada, T., Strasberg, S. M., Pitt, H. A., Gouma, D. J., Garden, O. J., Büchler, M. W., Windsor, J. A., Mayumi, T., Yoshida, M., Miura, F., Higuchi, R., Gabata, T., Hata, J., Gomi, H., Dervenis, C., Lau, W.-Y., Belli, G., Kim, M.-H., Hilvano, S. C. and Yamashita, Y. (2013), TG13 current terminology, etiology, and epidemiology of acute cholangitis and cholecystitis. *Journal of Hepato-Biliary-Pancreatic Sciences*, 20: 8–23. doi:10.1007/s00534-012-0564-0
2. Charcot M. De la fièvre hépatique symptomatique. Comparaison avec la fièvre uroseptique. *Leçons sur les maladies du foie des voies biliaires et des reins*, Paris: Bourneville et Sevestre; 1877. p. 176–85. (level 4)
3. Hanau LH, Seitgbigel NH. Acute (ascending) cholangitis. *Infect Dis Clin North Am*. 2000;14:521-46.
4. Almirante B., Pigrau C. Colangitis aguda. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2010;28(Supl 2):18-24.
5. Akaike G, Ishiyama M, Suzuki S, Fujita Y, Ohde S, Saida Y. Significance of peribiliary oedema on computed tomography in diagnosis and severity assessment of acute cholangitis. *European Journal of Radiology* 82 (2013) e429–e433.
6. Balthazar EJ, Birnbaum BA, Naidich M. Acute cholangitis: CT evaluation. *J Comput Assist Tomogr* 1993;17:283–9.
7. Qin YS, Li QY, Yang FC, et al. Risk factors and incidence of acute pyogenic cholangitis. *Hepatobiliary Pancreat Dis Int* 2012; 11(6): 650-654. DOI:10.1016/S1499-3872(12)60240-9

8. Schneider J, Hapfelmeier A, Thöres S, et al. Mortality Risk for Acute Cholangitis (MAC): a risk prediction model for in-hospital mortality in patients with acute cholangitis. *BMC Gastroenterology*. 2016;16:15. doi:10.1186/s12876-016-0428-1.
9. Hui, C.-K., Lai, K.-C., Yuen, M.-F., Ng, M., Lai, C.-L. and Lam, S.-K. (2001), Acute cholangitis—predictive factors for emergency ERCP. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 15: 1633–1637. doi:10.1046/j.1365-2036.2001.01071.x
10. Gigot JF, Leese T, Dereme T, Coutinho J, Castaing D, Bismuth H. Acute cholangitis. Multivariate analysis of risk factors. *Annals of Surgery*. 1989;209(4):435-438.
11. Kimura, Y., Takada, T., Strasberg, S. M., Pitt, H. A., Gouma, D. J., Garden, O. J., Büchler, M. W., Windsor, J. A., Mayumi, T., Yoshida, M., Miura, F., Higuchi, R., Gabata, T., Hata, J., Gomi, H., Dervenis, C., Lau, W.-Y., Belli, G., Kim, M.-H., Hilvano, S. C. and Yamashita, Y. (2013), TG13 current terminology, etiology, and epidemiology of acute cholangitis and cholecystitis. *Journal of Hepato-Biliary-Pancreatic Sciences*, 20: 8–23. doi:10.1007/s00534-012-0564-0
12. World Health Organization, editor. Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. Décima revisión. [10ª rev.]. Washington, D.C: OPS, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud; 1995. 3 p. (Publicación científica).
13. Lee CC, Chang IJ, Lai YC, Chen SY, Chen SC. Epidemiology and prognostic determinants of patients with bacteremic cholecystitis or cholangitis. *The American Journal of Gastroenterology* 102 (2017), 563–569.
14. Lipsett PA, Pitt HA. Acute cholangitis. *Surg Clin North Am* 1990;70:1297–312.

15. Yeom DH, Oh HJ, Young WS, and Hyeon TK. Gut and Liver, Vol. 4, No. 3, September 2010, pp. 363-367
16. Buyukasik K, Burak Toros A, Bektas H, Ari A, Mehdi Deniz M. Diagnostic and Therapeutic Value of ERCP in Acute Cholangitis. 2013; 35(4): 118-31.
17. Vandervoort J, Soetikno RM, Tham TC, Wong RC, Ferrari AP Jr, Montes H, et al. Risk factors for complications after performance of ERCP. Gastrointest Endosc 2002;56:652–6. (level 4)
18. Benchimol D, Bernard JL, Mouroux J, Dumas R, Elkaim D, Chazal M, et al. Infectious complications of endoscopic retrograde cholangio-pancreatography managed in a surgical unit. Int Surg 1992;77:270–3. (level 4)
19. Lenriot JP, Le Neel JC, Hay JM, Jaeck D, Millat B, Fagniez PL. Catheteisme retrograde et sphincterotomie endoscopique. Evaluation prospective en milieu chirurgical. Gastroenterol Clin Biol 1993;17:244–50. (level 4)
20. Kiriya S, Takada T, Steven M. Strasberg, Joseph S. Solomkin, Toshihiko Mayumi, Henry A. Pitt, Dirk J. Gouma, O. Garden J, Markus W. Buchler, Yokoe M, Kimura Y. New diagnostic criteria and severity assessment of acute cholangitis in revised tokyo guidelines: J Hepatobiliary Pancreat Sci (2012) 19:548–556
21. Arima N, Uchiya T, Hishikawa R, Saito M, Matsuo T, Kurisu S, et al. Clinical characteristics of impacted bile duct stone in elderly (in Japanese). Jpn J Geriatr 1993;30:964–8. (level 4)
22. Lai EC, Tam PC, Paterson IA, Ng MM, Fan ST, Choi TK, et al. Emergency surgery for severe acute cholangitis. The high-risk patients. Ann Surg 1990;211:55–9. (level 3b)
23. Mullholland Michael et al. Greenfield's Surgery Scientific Principles and Practice, fifth edition

24. Miura F, Takada T, Kawarada Y, Nimura Y, Wada K, Hirota M, et al. Flowcharts for the diagnosis and treatment of acute cholangitis and cholecystitis: Tokyo Guidelines. *J Hepatobiliary Pancreat Surg* 2007;14:27-34.
25. Qureshi WA. Approach to the patient who has suspected acute bacterial cholangitis. *Gastroenterol Clin North Am.* 2006;35:409-23.
26. Yusoff IF, Barkun JS, Barkun AN. Diagnosis and management of cholecystitis and cholangitis. *Gastroenterol Clin North Am.* 2003;32:1145-68
27. Lubbert C, Wendt K, Feisthammel J, Moter A, Lippmann N, Busch T, et al. Epidemiology and Resistance Patterns of Bacterial and Fungal Colonization of Biliary Plastic Stents: A Prospective Cohort Study. *PLoS One.* 2016; 11: e0155479. doi: 10.1371/journal.pone.0155479 PMID: 27171497
28. Reuken PA, Torres D, Baier M, Loffler B, Lubbert C, Lippmann N, et al. Risk Factors for Multi-Drug Resistant Pathogens and Failure of Empiric First-Line Therapy in Acute Cholangitis. *PLoS One.* 2017;12(1):e0169900.
29. Hui CK, Liu CL, Lai KC, Chan SC, Hu WH, Wong WM, Cheung WW, Ng M, Yuen MF, Chan AO, Lo CM, Fan ST, Wong BC. Outcome of emergency ERCP for acute cholangitis in patients 90 years of age and older. *Aliment Pharmacol Ther* 2004; 19: 1153-1158 [PMID: 15153168 DOI: 10.1111/j.1365-2036.2004.01962.x]
30. Tohda G, Ohtani M, Dochin M. Efficacy and safety of emergency endoscopic retrograde cholangiopancreatography for acute cholangitis in the elderly. *World J Gastroenterol.* 2016;22:8382-8.

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Cambindo Micolta Johanna Ivette**, con C.C: # 0804162717 autor/a del trabajo de titulación: **Prevalencia y factores de riesgo asociados en pacientes diagnóstico de Colangitis Aguda atendidos en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo durante el periodo de Octubre 2015 a Marzo del 2016** 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, **(día)** de **(mes)** de **(año)**

f. _____

Nombre: **Cambindo Micolta Johanna Ivette**

C.C: **0804162717**

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Carranza Ponce Sofía Lourdes**, con C.C: # **0803451715** autor/a del trabajo de titulación: **Prevalencia y factores de riesgo asociados en pacientes diagnóstico de Colangitis Aguda atendidos en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo durante el periodo de Octubre 2015 a Marzo del 2016** 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, **(día)** de **(mes)** de **(año)**

f. _____

Nombre: **Carranza Ponce Sofía Lourdes**

C.C: **0803451715**

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TÍTULO Y SUBTÍTULO:	Prevalencia y factores de riesgo asociados en pacientes diagnóstico de colangitis aguda atendidos en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo durante el periodo de Octubre 2015 a Marzo del 2016.		
AUTOR(ES)	Cambindo Micolta Johanna y Carranza Ponce Sofía		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Dr. Andrés Zúñiga Vera		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Ciencia Médicas		
CARRERA:	Medicina		
TÍTULO OBTENIDO:	Médico		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	(28) de (abril) de (2017)	No. PÁGINAS:	DE 38 páginas
ÁREAS TEMÁTICAS:	Cirugía, Epidemiología, Gastroenterología		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Colangitis Aguda, prevalencia y factores de riesgo.		
RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras):			
<p>La Colangitis Aguda es una enfermedad causada por la inflamación de la vía biliar y consecuente infección bacteria. En nuestro país no se reportan casos de la prevalencia, razón por la cual nos planteamos la realización de siguiente estudio.</p> <p>El objetivo del estudio fue determinar la prevalencia y factores de riesgo asociados en pacientes con diagnóstico de colangitis Aguda en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo durante el periodo de Octubre 2015 a Marzo del 2016. El diseño fue observacional, descriptivo de cohorte transversal. La metodología fue la siguiente, se analizaron a 139 registros de atención, de los cuales 46 pacientes cumplían con los criterios de inclusión. El mecanismo de recolección de datos fue por medio de revisión de historias clínicas a través del sistema AS400 del Hospital Teodoro Maldonado Carbo. Los resultados fueron los siguientes: se revisaron 46 historias clínicas de pacientes con diagnóstico de Colangitis Aguda en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo durante un periodo de 6 meses donde se atendieron 6.069 paciente. En un rango de edad de 18 a 95 años. Encontrando que la edad media de presentación es de 54 años de edad, siendo más prevalente el grupo etarios comprendido entre los 41 – 60 años con un 39%, seguido de 28% en paciente entre los 61 – 80 años de edad. En cuando al sexo se registró un mayor prevalencia por el sexo masculino representado por el 52% versus un 48% para el sexo femenino. Dentro de los antecedentes patológicos personales que se registraron y que conoce que se asocian a factores de riesgo de la enfermedad, se detectó: Colelitiasis 54%, Colecistitis</p>			

28 %, Cáncer de Vías biliares 13, Diabetes Mellitus 43%, entre otros. Durante el periodo de estudio fallecieron 6 pacientes (13%).

Como conclusión la prevalencia de Colangitis Aguda tiene una prevalencia baja, y por tanto se considera una patología se escasa frecuencia, además se observó una alta tasa de mortalidad en esta corte.

Palabras Claves: Colangitis Aguda, prevalencia, factores de riesgo

ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: 0984932902 0985582625	E-mail: sofia.carranza.92@gmail.com johanolys.negrita@hotmail.com
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Zúñiga Vera, Andrés Eduardo	
	Teléfono: +593-4-(210-9081)	
	E-mail: andres.zuniga@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):		