



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

TESIS PREVIA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIATURA EN
ENFERMERÍA

TEMA: “Causas e Incidencia de Pancreatitis Aguda en pacientes atendidos por el Servicio de Cirugía del Hospital San Vicente de Paúl, Período 2016-2017”.

AUTORA: Leslie Jhajayra Panamá Chicaiza.

DIRECTORA DE TESIS: Msc. María Fernanda Valle.

IBARRA-ECUADOR


2018

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DE TESIS

Yo Msc. María Fernanda Valle en calidad de directora de tesis de grado titulada: "CAUSAS E INCIDENCIA DE PANCREATITIS AGUDA EN PACIENTES ATENDIDOS POR EL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL, PERÍODO 2016-2017", de autoría de la señorita Panamá Chicaiza Leslie Jhajayra una vez revisada y hechas las correcciones solicitadas certifico que está apta para su defensa y para que sea sometida a evaluación de tribunal designado oportunamente.

En la ciudad de Ibarra, a los 23 días del mes de marzo de 2018

Lo certifico

(Firma)..... 

Msc. María Fernanda Valle

C.C: 1003032099

DIRECTORA DE TESIS

REGISTRO BIBLIOGRÁFICO

Guía: FCCSS-UTN

Fecha: Ibarra, 23 de marzo de 2018

LESLIE JHAJAYRA PANAMÁ CHICAIZA “Causas e Incidencia de Pancreatitis Aguda en pacientes atendidos por el Servicio de Cirugía del Hospital San Vicente de Paúl, Periodo 2016-2017.” /TRABAJO DE GRADO. Licenciatura de Enfermería. Universidad Técnica del Norte. Ibarra, 23 de marzo de 2018.

DIRECTORA: Msc. María Fernanda Valle

El objetivo principal de la presente investigación fué, Determinar las causas e incidencia de pancreatitis aguda en pacientes atendidos por el Servicio de Cirugía del Hospital San Vicente de Paúl, periodo 2016-2017. Los objetivos específicos fueron: Conocer las características sociodemográficas de la población en estudio. Identificar las causas y factores de riesgo presentes en los casos de pancreatitis aguda. Establecer la incidencia de esta patología en el Servicio de Cirugía del Hospital San Vicente de Paúl. Elaborar una guía educativa de prevención de pancreatitis aguda como aporte al servicio de cirugía.

Fecha: Ibarra, 23 de marzo de 2018.



Msc. María Fernanda Valle

Directora de Tesis



Panamá Chicaiza Leslie Jhajayra

Autora

DEDICATORIA

Este trabajo quiero dedicarselo con mucho cariño a mi padre celestial Dios quién ha guiado mi camino en todo momento.

A mis padres de manera especial a una mujer trabajadora, luchadora, amorosa que me hace llenar de orgullo y no tengo manera de devolverle tanto que me ha dado a mi madre Inés Chicaiza quien ha sido mi apoyo e inspiración para seguir cumpliendo todos mis objetivos y metas propuestas y esta es una de ellas.

A mis hermanos y sobrino María José, Anthony y Christopher , quienes día a día estuvieron conmigo incondicionalmente dandome animos,acompañandome en mis tareas, ustedes son un pilar esencial e importante en mi vida y sin ustedes no lo hubiera podido lograr, el camino no fue facil pero lo logramos, se los dedico con todo mi cariño.

A Estiven Morales quien tambien ha sido un pilar fundamental en el desarrollo de toda mi carrera, ya que a pesar de las adversidades no me dejo caer y me supo apoyar en todo momento.

A la señora Guissela Muñoz y familia, quienes me han brindado su apoyo incondicional durante toda mi carrera, ya que sus consejos y palabras de aliento me fueron de gran ayuda,conocerlos fue una bendición de Dios.

Leslie Jhajayra Panamá Chicaiza

AGRADECIMIENTO

Infinitamente agradecida con Dios quien me ha sabido guiar y darme fuerzas para seguir adelante y no desmayar ante las adversidades que se presentaban a lo largo de mi carrera.

A mi madre y hermanos por su apoyo, comprensión, paciencia, cariño y motivación en toda mi formación académica, ustedes me han enseñado a ser una mejor persona cada día y a no olvidar cuales son mis valores y principios, y no olvidar que con esfuerzo y dedicación todo es posible. Gracias por apoyarme incondicionalmente.

A la Universidad Técnica del Norte, a la Facultad Ciencias de la Salud, quienes me dieron la oportunidad de seguir la carrera, a los docentes quienes nos han impartido todos sus conocimientos a lo largo de toda la carrera.

Agradecer de manera especial a mi directora de tesis Msc. María Fernanda Valle, quien con sus conocimientos y experiencias supo guiarme a lo largo de toda la investigación, agradecerle por la paciencia y por los conocimientos impartidos.

Expresar mi agradecimiento al Hospital San Vicente de Paúl de la ciudad de Ibarra, a la Unidad de Estadísticas, quienes me colaboraron y facilitaron toda la información requerida para la realización de esta investigación.

Leslie Jhajayra Panamá Chicaiza

ÍNDICE GENERAL

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DE TESIS	ii
REGISTRO BIBLIOGRÁFICO	iii
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
ÍNDICE GENERAL.....	vi
ÍNDICE DE TABLAS Y/O GRÁFICOS.....	x
ÍNDICE DE TABLAS	x
ÍNDICE DE GRÁFICOS	x
RESUMEN.....	xi
SUMMARY	xii
TEMA:	xiii
CAPÍTULO I.....	1
1. Problema de Investigación	1
1.1. Planteamiento del Problema	1
1.2. Formulación del Problema.....	2
1.3. Justificación	3
1.4. Objetivos.....	5
1.4.1. Objetivo General	5
1.4.2. Objetivos Específicos.....	5
1.5. Preguntas de Investigación	6
CAPÍTULO II	7
2. Marco Teórico.....	7
2.1. Marco Referencial.....	7
2.1.1. Estudio de pacientes con pancreatitis aguda evaluados con la nueva guía del Colegio Americano de Gastroenterología.....	7
2.1.2. Características clínicas de la pancreatitis aguda en México	7
2.1.3. Características de los pacientes con diagnóstico de pancreatitis aguda atendidos entre enero de 2008 y diciembre de 2011 en un centro de cuarto nivel	8

2.1.4. Mortalidad de la pancreatitis aguda: experiencia de 20 años en el Hospital Clínico Universidad de Chile	9
2.1.5. Diagnóstico y tratamiento de la pancreatitis aguda en la Argentina. Resultados de un estudio prospectivo en 23 centros	9
2.2. Marco Contextual	10
2.2.1. Definición del Hospital “San Vicente de Paúl” de Ibarra	10
2.2.2. Objetivos del Hospital	11
2.2.3. Ubicación geográfica del Hospital San Vicente de Paúl	11
2.2.4. Misión y Visión del Hospital San Vicente de Paúl	12
2.2.5. Servicios que brinda el Hospital San Vicente de Paúl	12
2.2.6. Servicio de Cirugía	13
2.3. Marco Conceptual	13
2.3.1. Pancreatitis Aguda	13
2.3.2. Epidemiología	14
2.3.3. Fisiopatología	14
2.3.4. Etiología	15
2.3.5. Clasificación de la Pancreatitis Aguda	18
2.3.6. Manifestaciones clínicas	19
2.3.7. Diagnóstico	20
2.3.8. Diagnóstico diferencial	22
2.3.9. Pronóstico	23
2.3.10. Factores de riesgo	23
2.3.11. Complicaciones	23
2.3.12. Tratamiento	24
2.3.13. Teoría de autocuidado de Dorothea Orem	25
2.3.14. Atención de Enfermería	27
2.3.15. Incidencia	29
2.3.16. Cálculo de la incidencia acumulada	29
2.4. Marco Legal	30
2.4.1. Constitución Nacional de la República del Ecuador	30
2.4.2. Plan Nacional del Buen Vivir	31
2.4.3. Ley Orgánica de Salud – Secretaría Técnica Plan Toda una Vida	32

2.5. Marco Ético.....	34
2.5.1. Código Deontológico del CIE para la Profesión de Enfermería	34
Código de Helsinki.....	35
2.4.4. Derechos del paciente	36
CAPÍTULO III.....	39
3. Metodología de la Investigación	39
3.1. Diseño de la investigación	39
3.2. Tipo de la investigación.....	39
3.3. Localización y ubicación del estudio.....	40
3.4. Población	40
3.4.1. Universo	40
3.4.2. Muestra.....	40
3.4.3. Criterios de inclusión	40
3.4.4. Criterios de exclusión.....	40
3.5. Operacionalización de variables	41
3.6. Métodos de recolección de información	45
3.6.1. Revisión documental.....	45
3.6.2. Ficha de registro	45
3.6.3. Revisión bibliográfica	45
3.7. Análisis de datos	45
3.7.1. Estadísticas descriptiva	46
3.7.2. Calculo de Incidencia.....	46
CAPÍTULO IV.....	47
4. Resultados	47
4.1. Características sociodemográficas	47
4.2. Factores de riesgo por estilos de vida	49
4.3. Incidencia de Pancreatitis Aguda en pacientes atendidos por el Servicio de Cirugía del Hospital San Vicente de Paúl de la ciudad de Ibarra, período 2016 – 2017.	50
4.4. Etiología.....	51
CAPÍTULO V.....	53
5. Conclusiones y Recomendaciones	53

5.1. Conclusiones.....	53
5.1. Recomendaciones	55
BIBLIOGRAFÍA	56
ANEXOS	62
Anexo 1. Oficio de aceptación de ingreso del estudio en el Hospital San Vicente de Paúl.....	62
Anexo 2. Acuerdo de confidencialidad del Hospital San Vicente de Paúl.....	63
Anexo 3. Formato de la ficha de recolección de datos de las historias clínicas.	65
Anexo 4. Guía educativa prevención de pancreatitis aguda.	68
Anexo 5. Servicio de Estadística del Hospital San Vicente de Paúl.....	69
Anexo 6. Búsqueda y revisión de historias clínicas.....	70
Anexo 7. Entrega de Artículo Científico en el Servicio de Cirugía.....	71
Anexo 8. Entrega de la guía educativa en el Servicio de Cirugía.....	72

ÍNDICE DE TABLAS Y/O GRÁFICOS

Figura 1. Hospital San Vicente de Paúl – Ibarra.....	10
Figura 2. Ubicación Geográfica del Hospital San Vicente de Paúl	11

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Causas de Pancreatitis Aguda	17
Tabla 2. Clasificación de la Pancreatitis Aguda.....	19

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Características sociodemográficas de la población en estudio	47
Gráfico 2. Distribución según factores de riesgo por estilos de vida.....	49
Gráfico 3. Distribución según la Etiología.....	51

CAUSAS E INCIDENCIA DE PANCREATITIS AGUDA EN PACIENTES ATENDIDOS POR EL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL, PERÍODO 2016-2017.

AUTORA: Leslie Jhajayra Panamá Chicaiza

DIRECTORA: Msc. María Fernanda Valle

CORREO:lesliejpch@gmail.com

RESUMEN

La incidencia de la pancreatitis aguda a nivel mundial ha aumentado en el transcurso del tiempo por causas diversas, ya que es un problema de salud que con un manejo adecuado, eficiente y oportuno es posible controlar complicaciones futuras. Este estudio tuvo como objetivo determinar las causas e incidencia de pancreatitis aguda en pacientes atendidos por el servicio de cirugía del Hospital San Vicente de Paúl, tuvo un diseño cuantitativo-no experimental, de tipo descriptivo y longitudinal, estuvo constituida por 104 pacientes con un diagnóstico médico de pancreatitis aguda. Se realizó la revisión de las historias clínicas con una ficha de recolección de datos diseñada, obteniendo los siguientes resultados: la incidencia de pancreatitis aguda en esta casa de salud en el año 2016 fue de 4 casos por cada 1,000 pacientes ingresados y de 4,87 casos por cada 1,000 pacientes ingresados en el servicio de cirugía durante el año 2017, el grupo de edad más afectado por esta patología fue la de 20 a 39 años (44,68%), siendo en un mayor porcentaje de sexo femenino (57,45%), la etiología principal fue la de tipo biliar (74,47%), entre los factores de riesgo por estilos de vida se obtuvo que el 80,85% son sedentarios. La guía educativa, hace énfasis en mejorar los hábitos alimenticios y adquirir un estilo de vida.

Palabras claves: Pancreatitis Aguda, incidencia, etiología y factores de riesgo.

CAUSES AND INCIDENCE OF ACUTE PANCREATITIS IN PATIENTS SERVED BY THE SURGERY SERVICE OF SAN VICENTE DE PAUL HOSPITAL,PERIOD 2016-2017.

AUTHOR: Leslie Jhajayra Panamá Chicaiza

DIRECTOR: Msc.María Fernanda Valle

MAIL: lesliejpch@gmail.com

SUMMARY

The incidence of acute pancreatitis worldwide has increased gradually over the course of time by different causes, since it is a health problem that with a proper, efficient and timely handling is possible control future complication. This study had as objective to determine the causes and incidence of acute pancreatitis in patients served by the surgery service of San Vicente de Paul Hospital, it was a design quantitative- non experimental, of a descriptive and longitudinal type. It was constituted by 104 patients with a medical diagnosis of acute pancreatitis. The review of the clinical histories was carried out with a datasheet designed, getting the following results: the incidence of acute pancreatitis in this house health in the year 2016 was 4 cases per 1,000 patients admitted with 4,87 cases per 1.000 patients admitted to the surgery service during the year 2017, the age group most affected by this pathology was of 20 to 39 years (44,68%), being in a higher percentage of female sex, the main etiology was of biliary type (74,47%), among the risk factors by lifestyles it were found that 80,85% are sedentary. The educational guide, it emphasizes improving eating habits and acquire a healthy lifestyle.

Key words: Acute pancreatitis, incidence, etiology and risk factors.

TEMA:

Causas e Incidencia de Pancreatitis Aguda en pacientes atendidos por el Servicio de Cirugía del Hospital San Vicente de Paúl , período 2016-2017.

CAPÍTULO I

1. Problema de Investigación

1.1. Planteamiento del Problema

La pancreatitis aguda es una patología con un curso clínico heterogéneo. En este contexto, el espectro de la pancreatitis aguda comprende desde cuadros clínicos en los que no se especifica claramente si es o no esta patología, llegando así a casos fulminantes en los que la respuesta inflamatoria sistémica compromete múltiples órganos, poniendo en riesgo la vida del paciente. Si bien es sabido que la pancreatitis aguda puede responder a múltiples etiologías, en aproximadamente un 20% de los casos esta no logra ser determinada (1).

La incidencia de pancreatitis aguda a nivel mundial ha aumentado paulatinamente en el transcurso del tiempo, y va de 4,9 a 73,4 casos por cada 100.000 habitantes a nivel mundial. Esta incidencia varía en las diferentes regiones geográficas, dependiendo del consumo de alcohol y de la frecuencia de litiasis biliar (2).

Se estima que en los Estados Unidos se presentan cerca de 250.000 casos anuales de pancreatitis aguda y, en Europa, unos 70.000. En Europa, la principal causa continúa siendo la enfermedad de litiasis biliar (44% a 54% de los casos), seguida por la idiopática (20%-34%), y finalmente la inducida por alcohol (3% a 19%). En los Estados Unidos, la etiología de la pancreatitis aguda es atribuible a litiasis en 45% y al alcohol en otro 45% de los casos (3).

En México no se tienen datos estadísticos completos, pero se sabe que en 2001 fue la décima séptima causa de mortalidad. La pancreatitis aguda leve se presenta en 80% de los casos y la pancreatitis aguda severa en el 20% restante (4). La pancreatitis aguda es una enfermedad frecuente que representa aproximadamente 2% de los ingresos a

hospitales generales de México con una incidencia de 10 a 46 casos por 100 mil habitantes por año (5).

A nivel Latinoamericano 49% de las pancreatitis agudas son de etiología biliar y 37% son alcohólicas. La hiperlipidemia se asocia a un 4% de casos y el resto de etiologías se asocia en menos del diez por ciento siendo la idiopática la de mayor frecuencia dentro de estas (6). En Latinoamérica se reportó una incidencia de 15,9 casos por cada 100.000 habitantes en Brasil y en Perú una incidencia de 28 casos por cada 100.000 habitantes.

En nuestro país Ecuador las investigaciones más actuales se las realizaron en el Hospital de Especialidades Eugenio Espejo en la ciudad de Quito y en el Hospital Abel Gilbert Ponton de la ciudad de Guayaquil. Ambos estudios obtuvieron como resultado que la etiología más frecuente de Pancreatitis fue la Biliar. En Ecuador según el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) en el año 2015 se registraron 4.688 casos de pancreatitis aguda a nivel nacional; En la Provincia de Imbabura durante este año se presentaron 166 casos (7) (6).

En nuestro país los estudios sobre pancreatitis aguda son limitados, en la Provincia de Imbabura no se han encontrado estudios sobre pancreatitis aguda por lo que es importante esta investigación para determinar las causas e incidencia de pancreatitis aguda en pacientes atendidos en el Hospital San Vicente de Paúl de la ciudad de Ibarra.

1.2. Formulación del Problema

¿Cuáles son las causas e incidencia de pancreatitis aguda en pacientes atendidos por el servicio de cirugía del Hospital San Vicente de Paúl periodo 2016-2017?

1.3. Justificación

La pancreatitis aguda es un problema de salud que con un manejo eficiente, oportuno y adecuado es posible controlar complicaciones futuras. Datos sobre la epidemiología de pacientes con pancreatitis aguda se los obtiene de otros países, dando a conocer que la incidencia de esta se va incrementando con el paso del tiempo.

El presente estudio de investigación busca determinar las causas e incidencia de pancreatitis aguda en pacientes atendidos por el servicio de cirugía del Hospital San Vicente de Paúl, periodo 2016-2017, de la ciudad de Ibarra. Lo que se pretende es contribuir con información sobre nuestra realidad, ya que no existen muchos datos sobre el tema.

El aporte de este estudio permitirá determinar datos actuales sobre el porcentaje de pacientes que tienen un diagnóstico de pancreatitis aguda, los resultados obtenidos en esta investigación aportará con datos estadísticos que permitirán abordar las principales causas de esta patología en la Provincia de Imbabura.

Al obtener datos reales sobre las causas e incidencia sobre pancreatitis aguda nos permitirá tener una perspectiva de esta patología que afecta a la población Imbabureña.

Los beneficiarios directos de este estudio serán los pacientes del Hospital San Vicente de Paúl de la ciudad de Ibarra, ya que en base a los datos obtenidos en este estudio, se mostrará la realidad de esta patología en esta casa de salud, así como las principales causas que incrementan presentar pancreatitis aguda.

Dado a que en la provincia de Imbabura no existen estudios sobre pancreatitis aguda, esta investigación será un referente en cuanto a esta patología, que se presenta en el Hospital San Vicente de Paúl de la ciudad de Ibarra.

Con los resultados obtenidos en esta investigación permitirán a las autoridades del Hospital San Vicente de Paúl tener datos estadísticos sobre las principales causas y así

también conocer la incidencia de esta patología, que presentan los pacientes que fueron y que son atendidos en esta casa de salud, estos resultados también serán socializados con el personal de cirugía ya que en base a estos podremos mejorar la atención en cuanto a esta patología.

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo General

Determinar las causas e incidencia de pancreatitis aguda en pacientes atendidos por el Servicio de Cirugía del Hospital San Vicente de Paúl, período 2016-2017.

1.4.2. Objetivos Específicos

- Conocer las características sociodemográficas de la población en estudio.
- Identificar las causas y factores de riesgo presentes en los casos de pancreatitis aguda.
- Establecer la incidencia de esta patología en el Servicio de Cirugía del Hospital San Vicente de Paúl.
- Elaborar una guía educativa de prevención de pancreatitis aguda como aporte al servicio de cirugía.

1.5. Preguntas de Investigación

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas de la población en estudio?
- ¿Cuáles son las causas y factores de riesgo presentes en los casos de pancreatitis aguda?
- ¿Cuál es la incidencia de esta patología en el Servicio de Cirugía del Hospital San Vicente de Paúl?
- ¿Cómo aporta la guía educativa de prevención de pancreatitis aguda en el servicio de cirugía?

CAPÍTULO II

2. Marco Teórico

2.1. Marco Referencial

2.1.1. Estudio de pacientes con pancreatitis aguda evaluados con la nueva guía del Colegio Americano de Gastroenterología

En el hospital Central Militar de la ciudad de México, se realizó un estudio de investigación sobre pacientes con pancreatitis aguda, mismo que tenía como objetivo evaluar el proceso de atención que conllevó al diagnóstico de esta patología mediante la nueva guía clínica del Colegio Americano de Gastroenterología. Este fue un estudio observacional, retrospectivo, transversal y descriptivo, su periodo de investigación fue de un año; En el cual participaron 177 pacientes, los cuales fueron diagnosticados con pancreatitis aguda. Como resultado de esta investigación se recabaron 177 pacientes que equivale al 100%, mismos que fueron clasificados de la siguiente manera: el 31% de los pacientes obtuvieron una clasificación Balthazar A, presentaban un páncreas normal, el 27% obtuvo Balthazar B, presentaron un aumento en el tamaño del páncreas sin evidencia de enfermedad peri pancreática, el 29% obtuvo Balthazar C, alteraciones pancreáticas intrínsecas y el 11% obtuvo Balthazar D y E. La pancreatitis aguda es una patología que inicia con un proceso inflamatorio del páncreas que se manifiesta inicialmente como un padecimiento benigno, este es un problema de salud en el cual es necesario un diagnóstico temprano para que sus lesiones sean reversibles y así evitar complicaciones que pueden llevar a un desenlace fatal para el paciente (8).

2.1.2. Características clínicas de la pancreatitis aguda en México

Se realizó un estudio en el hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González”, de la ciudad de Monterrey en México; El objetivo de este estudio fue determinar la

frecuencia, etiología y mortalidad de la Pancreatitis Aguda en una población del noreste de México, en un periodo de seis años estudiaron prospectivamente a los pacientes con un primer episodio de pancreatitis aguda. En este estudio se incluyeron a 605 pacientes con edad promedio de 40 años en el cual el 64% tenía sobrepeso y obesidad por índice de masa corporal. La etiología biliar en 66,60%, ingesta de alcohol en un 15,90%, hipertrigliceridemia en 7,80%, poscolangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) en un 2,10% y de etiología no determinada en un 7,20%. La etiología biliar fue la más frecuente en los pacientes que participaron en el estudio. Debemos tener presente que la pancreatitis aguda es una patología que se está presentando más frecuentemente en el mundo, ya que su incidencia varía dependiendo la región geográfica, el consumo de alcohol y la presencia de litiasis biliar. En este estudio la etiología biliar fue la más frecuente entre los pacientes, pero la etiología causada por el alcohol es la que más complicaciones conlleva a tal punto de que la vida del paciente se pone en riesgo y este puede morir (9).

2.1.3. Características de los pacientes con diagnóstico de pancreatitis aguda atendidos entre enero de 2008 y diciembre de 2011 en un centro de cuarto nivel

Un estudio realizado en el hospital Universitario San Ignacio de la ciudad de Bogotá, Colombia, cuyo objetivo principal fue determinar las características demográficas, clínicas, tipo de tratamiento recibido y desenlace de los pacientes adultos con pancreatitis aguda. Este fue un estudio descriptivo de tipo corte transversal, en el que se revisaron las historias clínicas de 222 pacientes adultos hospitalizados en un centro hospitalario de cuarto nivel con un diagnóstico de pancreatitis aguda entre enero 2008 y diciembre 2011. Como resultado se obtuvo que los síntomas más frecuentes que presentaron los pacientes que participaron en el estudio fueron dolor abdominal en un 99%, vómito 65% e ictericia 13%; Obteniendo la etiología biliar como la más común con un 67% de los casos y el 6% se estableció con la etiología alcohólica, la mortalidad global en este estudio fue del 4%. La pancreatitis aguda es una enfermedad que se presenta en diferentes grupos etarios, a la que se asocia con una importante morbimortalidad y que genera altos costos para los sistemas de salud (10).

2.1.4. Mortalidad de la pancreatitis aguda: experiencia de 20 años en el Hospital Clínico Universidad de Chile

En el hospital Clínico Universidad de Chile se realizó una investigación que tuvo como objetivo evaluar la mortalidad por pancreatitis aguda en un período de 20 años. Este fue un estudio retrospectivo, se realizó la revisión de la base de datos del hospital y la búsqueda en la misma de los pacientes que egresaron con el diagnóstico de pancreatitis aguda. A los pacientes con este diagnóstico se los dividió en dos grupos: los hospitalizados entre 1990-1999 y los hospitalizados entre 2000-2010; Se realizó una revisión de los registros de 1367, de los cuales se analizó un subgrupo de 128 pacientes que fueron hospitalizados en los últimos dos años del estudio, se observó que la etiología principal de la pancreatitis aguda fue la biliar, seguido de la etiología alcohólica e idiopática. El 14% corresponde a casos de pancreatitis aguda grave según los criterios de Atlanta, 5,4% desarrollaron falla orgánica y 1,6% fallecieron. La mortalidad a causa de la pancreatitis aguda tuvo una variación en los distintos años de estudio. Está en una enfermedad frecuente en América del Sur y causa importante de mortalidad a nivel mundial, pero la mortalidad en los centros de Chile disminuyó en los últimos diez años, esto se dio debido a ajustes en el tratamiento de la misma (11).

2.1.5. Diagnóstico y tratamiento de la pancreatitis aguda en la Argentina. Resultados de un estudio prospectivo en 23 centros

En un estudio realizado en Argentina, cuyo objetivo fue conocer el manejo de los pacientes con pancreatitis aguda en Argentina. Participaron 23 centros que ingresaron en forma prospectiva y consecutiva, en la que se diseñó una base de datos que se encontraba disponible en Internet desde Junio del 2010 a Junio de 2013, en la cual ingresaban los centros a todos los pacientes diagnosticados con pancreatitis aguda. Este estudio fue observacional y prospectivo. En este estudio ingresaron 854 pacientes, de los cuales 495 fueron de sexo femenino y se obtuvo como resultado que la etiología biliar fue la causa más frecuente entre todos los pacientes obteniendo un 88,2% se utilizó un sistema pronóstico que fue el de Ranson y fueron clasificados como pancreatitis aguda leve el 83,6% y pancreatitis aguda grave el 16,4%. La mortalidad

en este estudio se determinó que fue del 1,5%. En esta investigación se demostró que la pancreatitis aguda tiene un amplio rango de presentación clínica, desde formas leves hasta graves cifras de mortalidad; Los procedimientos diagnósticos y terapéuticos utilizados en pancreatitis aguda dependen de su presentación clínica ya que esta varía de acuerdo al origen de su etiología (12).

2.2. Marco Contextual

Figura 1. Hospital San Vicente de Paúl – Ibarra



Fuente: Hospital “San Vicente de Paúl” Unidad de TICS

2.2.1. Definición del Hospital “San Vicente de Paúl” de Ibarra

Es una unidad del Sistema Nacional de Servicios de Salud del Ministerio de Salud Pública, se halla ubicada en la ciudad de Ibarra, Provincia de Imbabura. Es un Hospital que por el tipo de atención es general; por el tipo de permanencia de los pacientes es un hospital agudo; por su ubicación geográfica un Hospital Provincial y brinda una atención de salud integral a los usuarios ambulatorios y de internación a la población del área de su influencia (13).

2.2.2. Objetivos del Hospital

- Contribuir al mejoramiento del nivel de salud y vida de la población en su área de influencia.
- Brindar atención médica integral eficiente, eficaz y oportuna a la población que demanda servicios de Salud.
- Coadyuvar al desarrollo técnico-administrativo y científico en la prestación de salud y de las ciencias de la Salud

2.2.3. Ubicación geográfica del Hospital San Vicente de Paúl

El Hospital San Vicente de Paúl se encuentra localizado en la provincia de Imbabura, en la ciudad de Ibarra. Se encuentra ubicado en las calles Luis Vargas Torres 11-56 y Gonzalo Gómez Jurado perteneciente a la parroquia Él Sagrario (14).

Figura 2. Ubicación Geográfica del Hospital San Vicente de Paúl



Fuente: Google maps, Luis Vargas Torres 11-56 y Gonzalo Gomezjurado

2.2.4. Misión y Visión del Hospital San Vicente de Paúl

Misión

“Prestar servicios de salud con calidad y calidez en el ámbito de la asistencia especializada, a través de su cartera de servicios, cumpliendo con la responsabilidad de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación de la salud integral, docencia e investigación, conforme a las políticas del Ministerio de Salud Pública y el trabajo en red, en el marco de la justicia y equidad social” (14).

Visión

“Ser reconocidos por la ciudadanía como hospital accesible, que presta una atención de calidad que satisface las necesidades y expectativas de la población bajo principios fundamentales de la salud pública y bioética, utilizando la tecnología y los recursos públicos de forma eficiente y transparente” (14).

2.2.5. Servicios que brinda el Hospital San Vicente de Paúl

Cuenta con los siguientes servicios:

- Especialidades Quirúrgicas
- Especialidades Clínicas
- Unidad de Apoyo, Diagnóstico y Terapéutico
- Unidades Críticas

Los servicios de Especialidad Clínica que presta a la comunidad son (14):

- Consulta Externa

- Unidad de diálisis
- Emergencia
- Ginecología y Obstetricia
- Neonatología
- Cirugía
- Traumatología
- Medicina Interna
- Pediatría

2.2.6. Servicio de Cirugía

El servicio de cirugía se encuentra ubicado en el tercer piso del hospital San Vicente de Paúl de la ciudad de Ibarra, cuenta con 20 médicos especialistas, de los cuales 12 son médicos tratantes y 8 médicos residentes, también cuenta con 14 enfermeras y 5 auxiliares de enfermería. En este servicio el líder de los médicos es el Doctor Diego Mejía y líder de Enfermería es la Licenciada Miriam López.

Este servicio cuenta con 32 camas que se encuentran distribuidas de la siguiente manera: 4 camas son designadas para cirugía plástica, 4 camas son asignadas para el área de aislamiento y 24 camas de cirugía general, aquí se encuentran encargados de las especialidades de cirugía abdominal, urología, cirugía plástica oftalmología y otorrinolaringología.

2.3. Marco Conceptual

2.3.1. Pancreatitis Aguda

La pancreatitis aguda es un proceso inflamatorio agudo de la glándula pancreática en respuesta a diversas lesiones, que pueden comprometer tejidos vecinos, órganos distales y presentar complicaciones locales como fallas orgánicas múltiples (15).

Es una inflamación brusca del páncreas provocada por la activación dentro de él de las enzimas que se producen para la digestión. En casos graves, parte del páncreas se destruye en un proceso que se llama necrosis, que produce una reacción inflamatoria generalizada que puede afectar a otros órganos vitales (16).

2.3.2. Epidemiología

La incidencia de pancreatitis aguda ha aumentado durante los últimos 20 años. La mayoría de los pacientes presentan una evolución leve y auto limitada; sin embargo, el 10% a 20% de los pacientes muestran una respuesta inflamatoria rápida que se asocia a una estancia hospitalaria prolongada y una morbilidad y mortalidad significativas. La pancreatitis leve presenta una mortalidad de menos del 1% a diferencia de la pancreatitis grave, ya que esta aumenta hasta el 30%. La causa frecuente de muerte de los pacientes es el síndrome de la disfunción multi-orgánica (17).

2.3.3. Fisiopatología

Aparentemente la activación de las enzimas pancreáticas en el interior de la glándula, en lugar de la luz duodenal, parece ser el primer eslabón en la inflamación pancreática. Este fenómeno, conocido como activación enzimática prematura, es común a todas las etiologías de pancreatitis aguda. Sin embargo, existen evidencias clínicas y experimentales de que los factores desencadenantes de este fenómeno, así como los mecanismos patogénicos, pueden variar según su etiología (18).

El páncreas exocrino es una glándula capaz de producir y liberar enzimas proteolíticas en grandes cantidades, que son almacenadas y posteriormente excretadas a los espacios extraepiteliales a través de un sistema acinar y tubular, hasta el duodeno. En condiciones normales está protegido contra la acción de sus propias enzimas por una serie de mecanismos. Los distintos agentes etiológicos de la pancreatitis aguda rompe el equilibrio entre la actividad proteasa y antiproteasa, superando la capacidad protectora natural y liberando tripsina (18).

Patogénica de la Pancreatitis Aguda

La teoría patogénica aceptada en la actualidad es la auto digestión, y de acuerdo con ella, la pancreatitis surge cuando se activan en el páncreas enzimas proteolíticas (tripsinogenos, quimiotripsinogeno, proelastasa y enzimas lipolíticas como la fosfolipasa A2), en vez de hacerlo en el interior del intestino. Las enzimas proteolíticas activadas, en particular la tripsina, además de digerir tejidos pancreáticos y peri pancreáticos, también activan a otras enzimas como la elastasa y la fosfolipasa A2. También puede haber activación espontánea de la tripsina (19).

2.3.4. Etiología

La pancreatitis aguda tiene muchas causas, pero aún no se han detallado los mecanismos por los cuales tales factores inducen la inflamación del páncreas (19).

Las dos más frecuentes (80%) son los cálculos en la vesícula biliar y el consumo excesivo de alcohol (20).

Litiasis biliar: se presenta en el 80% y es el principal agente causal, depende de que la litiasis, formada en la vesícula recorra el conducto cístico y colédoco hasta producir una obstrucción a la salida del jugo pancreático. Presencia de cálculos en la luz de la vía biliar que pueden obstruir el flujo biliar. Los cálculos son material cristalino o amorfo precipitado en la bilis (21) (22).

Alcohol: el consumo excesivo de alcohol es la segunda causa más frecuente de pancreatitis aguda, presentan lesiones funcionales y estructurales irreversibles del páncreas. Una sola ingesta de alcohol es suficiente desencadenar un episodio de pancreatitis, aunque lo habitual es que el primer episodio agudo se produzca tras un período prolongado de ingesta excesiva de alcohol, que varía entre 8 a 10 años (18) (23).

Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE): desencadena complicaciones tempranas o tardías, causadas por un edema del conducto pancreático y la papila debido a la instrumentación y manipulación de la vía. Es una elevación de enzimas sobre el valor máximo y asociada a dolor típico de novo, presentado más de 24 horas tras el procedimiento (24).

Origen Metabólico:

Hipertrigliceridemia: es la causa de la pancreatitis aguda en 1.3 a 3.8% de los casos. Es fácil que estos pacientes tengan episodios repetitivos de pancreatitis. Cualquier factor como fármacos o alcohol que origine un incremento súbito en los niveles de triglicéridos séricos 1000 mg/dL, puede desencadenar una crisis de pancreatitis aguda (19).

Hipercalcemia: su origen puede ser neoplásico o paraneoplásico, así como iatrogénico por tratamiento prolongado con vitamina D y en casos de nutrición parenteral. La hipercalcemia producirá un desequilibrio en el metabolismo fosfocálcico, lo cual lleva a la producción y activación de la tripsina a nivel de la célula acinar, iniciando el daño celular y la necrosis tisular (18).

Traumatismos: lesiones pancreáticas severas tras un trauma abdominal cerrado, aparentemente no intensos, al golpearse con el volante de un automóvil o caída sobre objetos romos, en los niños se considera también golpes ocasionados por maltrato infantil (25).

Medicamentos: el 2% de los casos se deben a medicamentos. Los fármacos más frecuentes son las sulfamidas, metronidazol, eritromicina, las tetraciclinas, furosemida, los inhibidores de la 3-hidroxi-3-metilglutaril-coenzima A, azatioprina, la 6-mercaptopurina, el ácido 5-aminosalicílico, sulfasalacina, ácido valproico y el paracetamol. Se han implicado en la pancreatitis aguda a los fármacos antirretrovirales que son utilizados como tratamiento para el VIH (17).

Otras causas:

Posoperatorias: se asocian con una elevada tasa de mortalidad. Las secundarias a resecciones pancreáticas son las más frecuentes (18).

Otras causas infrecuentes son el veneno de la picadura del escorpión y las úlceras duodenales perforadas (17).

Tabla 1. Causas de Pancreatitis Aguda

Causas de Pancreatitis Aguda	
Causas frecuentes	<ul style="list-style-type: none">• Cálculos biliares• Alcohol (alcoholismo agudo y crónico)• Hipertrigliceridemia• Complicaciones por Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (ERCP), sobre todo después de manometría biliar.• Traumatismo (traumatismo abdominal contuso)• Posoperatorio (intervenciones quirúrgicas abdominales y no abdominales)• Fármacos• Disfunción de Oddi
Causas infrecuentes	<ul style="list-style-type: none">• Causas vasculares y vasculitis• Conjuntivopatías y púrpura trombocitopenia trombótica• Cáncer pancreático• Hipercalcemia• Divertículo periampollar• Páncreas dividido• Pancreatitis hereditaria• Fibrosis quística• Insuficiencia renal
Causas raras	<ul style="list-style-type: none">• Infecciones(parotiditis, parásitos)• Autoinmunitaria(Síndrome de Sogren)

Fuente: Libro de Harison-Principios de Medicina Interna

2.3.5. Clasificación de la Pancreatitis Aguda

La clasificación de Atlanta en 1992 recomienda el uso de las siguientes seis definiciones; las dos primeras se relacionan con la evolución clínica de la enfermedad y las demás con su morfología (18):

Evolución clínica de la enfermedad:

- **Pancreatitis aguda leve:** proceso inflamatorio pancreático agudo en el que el hallazgo patológico es el edema intersticial de la glándula, con mínima repercusión sistémica.
- **Pancreatitis aguda grave:** se asocia a fallas orgánicas sistémicas o complicaciones locales como necrosis, pseudoquiste o absceso; generalmente es consecuencia de la necrosis pancreática.

Petrov propone agregar a esta clasificación dos categorías más:

- **Pancreatitis aguda moderada:** presenta falla orgánica pero transitoria (< 48 horas), diferenciándola así de la leve, que no presenta falla orgánica.
- **Pancreatitis aguda crítica:** presenta complicación infecciosa local y falla orgánica múltiple.

En cuanto a la morfología:

- **Necrosis:** zonas localizadas o difusas de tejido pancreático no viable que se asocian a necrosis grasa peri-pancreática.
- Colecciones líquidas agudas
- Seudoquiste
- Absceso pancreático

Tabla 2. Clasificación de la Pancreatitis Aguda

Clasificación de la Pancreatitis Aguda				
Categoría de gravedad	Determinantes locales		Determinantes sistémicos	Mortalidad esperada
Leve	Sin pancreática o peripancreática y	necrosis o	Sin falla de órganos	0%
Moderada	Necrosis pancreática o peripancreática o	estéril o	Falla de órganos menor de 2 días	< 2%
Grave	Necrosis pancreática o peripancreática o	infectada o	Fallo de órganos persistente	11-22%
Crítica	Necrosis pancreática o peripancreática y	infectada o	Falla de órganos persistente	43%

Fuente: Libro de Giménez Mariano-Cirugía fundamentos para la práctica clínico quirúrgica

2.3.6. Manifestaciones clínicas

Los síntomas de la pancreatitis aguda son variables y van desde dolor abdominal leve hasta manifestaciones sistémicas como desequilibrios metabólicos y choque (26).

Síntomas frecuentes (27):

- Dolor en la parte medial del epigastrio, constante y terebrante, que se irradia a la espalda, a menudo intensificado con la posición supina.
- Náusea
- Vómito

Exploración física (27):

- Febrícula
- Taquicardia
- Hipotensión
- Nódulos cutáneos eritematosos debido a necrosis de grasa subcutánea
- Estertores basales
- Derrame pleural (a menudo del lado izquierdo)
- Sensibilidad y rigidez abdominales
- Disminución de ruidos intestinales
- **Signo de Cullen:** coloración azul en el área peri umbilical por hemoperitoneo
- **Signo de Turner:** coloración azul-rojo-púrpura o verde-parda en los flancos a causa del catabolismo hístico de la hemoglobina.

En los niños, el dolor abdominal tiene características variables y casi no se manifiesta con el dolor típico, generalmente el alimento incrementa el dolor y el vómito. A la exploración física el niño puede estar irritable o hipo activo, permanece acostado en posición de gatillo, ya que el movimiento agrava el dolor. Ocasionalmente los signos de Grey-Turner o de Cullen pueden observarse en niños, consisten en una coloración violácea en los flancos o el ombligo, debido a una hemorragia pancreática (28).

2.3.7. Diagnóstico

Una elevación de tres o más de la amilasa y la lipasa confirma el diagnóstico. La semivida en el suero de la amilasa es menor que la de la lipasa. En los pacientes que no acuden al servicio de urgencias antes de transcurridas 24 o 48 horas desde el comienzo de los síntomas, la determinación de las concentraciones de lipasa es un indicador más sensible para determinar el diagnóstico. La lipasa es también un marcador más específico de pancreatitis aguda porque las concentraciones séricas de la amilasa pueden elevarse en diversos trastornos (17).

El diagnóstico de pancreatitis aguda debe realizarse en las primeras 48 horas desde el ingreso se basa en la presencia de al menos dos de estos tres criterios (29):

- **Datos clínicos compatibles:** dolor abdominal predominante en epigastrio o difuso (típicamente irradiado a espalda), náuseas y vómito. Un 5 a 10% de los casos no presenta dolor abdominal, pero suelen estar ligadas a cirugías abdominales o casos en los que el paciente presenta un cuadro de shock.
- **Datos de laboratorio compatibles:** se acepta una amilasa y/o lipasa elevadas tres veces por encima del límite alto de la normalidad.
- **Datos radiológicos compatibles:** en Tomografía Axial Computarizada, puede utilizarse para confirmar la sospecha clínico-analítica, ya que es el método diagnóstico más fiable.

Estudios de laboratorio

Amilasa sérica: prueba útil para la confirmación diagnóstica es la lipasa sérica, cuya elevación a 2 veces sobre el rango normal tiene sensibilidad y especificidad del orden del 95%; la ventaja sobre la amilasa es su mayor duración en el tiempo y la ausencia de otras fuentes de elevación. La concentración de amilasa se normaliza en 48 a 72 horas (27) (18).

Lipasa sérica: su concentración aumenta en paralelo a la amilasa y la medición de ambos parámetros incrementa la eficacia diagnóstica (27).

Estudios de imagen

Radiografía Abdominal

Aunque las radiografías simples no son útiles para el diagnosticar pancreatitis, pueden ayudar a excluir otros trastorno, como la enfermedad ulcerosa perforada (17).

Ecografía

La utilidad de la ecografía en el diagnóstico de la pancreatitis está limitada por la grasa intra-abdominal y el aumento del gas intestinal resultado del fleo. La elevación combinada de las transaminasas hepáticas y de las enzimas pancreáticas y la presencia de cálculos biliares en la ecografía tiene una sensibilidad y especificidad incluso mayores en el diagnóstico de la pancreatitis biliar aguda (17).

Tomografía Computarizada

La tomografía computarizada con contraste es la mejor modalidad para evaluar el páncreas, especialmente si el estudio se realiza usando un escáner de TC con múltiples detectores. La fase de contraste más útil para evaluar el parénquima pancreático es la fase venosa portal, lo que permite evaluar la viabilidad del parénquima pancreático, el grado de inflamación peri pancreático y la presencia de aire libre intra-abdominal o de acumulaciones líquidas (17).

Resonancia Magnética

La resonancia magnética abdominal también es ventajosa para evaluar la extensión de la necrosis, la inflamación y la presencia de líquido libre. Su coste y disponibilidad y el hecho de que los pacientes que precisan el estudio estén muy afectados y necesiten unidades de cuidados intensivos limita su aplicabilidad en la fase aguda (17).

2.3.8. Diagnóstico diferencial

En principio, no debería confirmarse el diagnóstico de pancreatitis aguda si no existe evidencia por algún método de imágenes, ya sea por ecografía o TC, inflamación de la glándula, debido a la inespecificidad de la clínica de la pancreatitis aguda (18).

Deben descartarse patologías como colangitis, colecistitis aguda, perforación intestinal (úlcera péptica), obstrucción intestinal, isquemia mesentérica, cólico renal, isquemia

miocárdica, disección aórtica, trastornos del tejido conjuntivo, embarazo ectópico, rotura de quiste de ovario, neumonía y cetoacidosis diabética (18) (27).

2.3.9. Pronóstico

En los casos de pancreatitis leve sin infección sistémica, la recuperación es temprana y generalmente en el lapso de la primera semana se han resuelto. Se han descrito diversas escalas de evaluación para predecir la morbilidad y mortalidad de los pacientes adultos con pancreatitis grave; sin embargo, estas no son aplicables a niños. La complicación en pancreatitis aguda grave es una falla respiratoria u orgánica múltiple y particularmente la infección de la necrosis pancreática, donde se ha reportado un incremento en la mortalidad (28).

2.3.10. Factores de riesgo

Es importante destacar que existen características clínicas y del paciente que aumentan el riesgo de gravedad. Los factores de riesgo propios del paciente son:

- Edad avanzada
- Consumo de alcohol
- Obesidad

Los pacientes obesos tienen más riesgo de sufrir pancreatitis aguda grave por la lipotoxicidad de la grasa (30).

2.3.11. Complicaciones

Complicaciones Sistémicas (31):

- Insuficiencia cardiocirculatoria
- Trastornos metabólicos o del medio interno

- Insuficiencia respiratoria
- Insuficiencia renal
- Trastornos metabólicos
- Insuficiencia hepática
- Encefalopatía metabólica
- Insuficiencia gastrointestinal
- Desnutrición aguda
- Inmunosupresión

Complicaciones Locales (31):

- Necrosis pancreática
- Necrosis pancreática infectada
- Pseudoquiste
- Absceso pancreático

2.3.12. Tratamiento

La mayoría de los casos involuciona en tres a siete días. Medidas convencionales (27):

- Analgésicos
- Líquidos y coloides intravenosos
- Ayuno

El tratamiento de la pancreatitis aguda depende de la intensidad de los síntomas. Está enfocado en el mantenimiento de la vida hasta que se resuelva la inflamación, además prevenir y tratar las complicaciones. Se administran líquidos intravenosos, como soluciones cristaloides, electrolitos o coloides como la albúmina si el paciente presenta un choque hipovolémico. La sangre o los hemoderivados también se administran si el paciente presenta una pérdida considerable de sangre (32).

El enfermo puede requerir oxígeno complementario si la presión abdominal, el derrame pleural o acidosis producen una alteración del intercambio gaseoso o un patrón respiratorio ineficaz (32).

El médico en sus indicaciones prescribe clorhidrato de meperidina para el dolor para el dolor porque algunos expertos piensan que la morfina puede causar espasmo del esfínter de Oddi y acentuar el dolor. El dolor y la ansiedad incrementan la secreción pancreática al estimular al sistema nervioso autónomo (32).

La más de las veces se ordena que el paciente esté en ayuno para que descanse el tubo digestivo, aunque investigaciones recientes indican que los pacientes pueden presentar menos complicaciones si se mantiene la alimentación enteral. Tener una sonda nasogástrica insertada en el estómago con aspiración baja para vaciar el contenido gástrico y el gas (32).

Si se prolonga el ayuno o si el paciente se desnubre, está indicada la nutrición parenteral total. Se inserta una sonda Foley para efectuar mediciones exactas de los egresos y valorar la necesidad de reposición de líquidos. Se documenta un estricto de ingresos y egresos de líquidos (32).

Los medicamentos típicos incluyen bicarbonato de sodio para revertir la acidosis secundaria al choque, electrolitos como el calcio y el magnesio para reponer las pérdidas, insulina de acción corta para combatir la hiperglicemia y antibióticos para tratar la sepsis (32).

2.3.13. Teoría de autocuidado de Dorothea Orem

La investigación realizada se basa en la teoría de Enfermería de Dorothea Orem, ya que ella basa sus teorías en que el autocuidado se refiere a las acciones que realiza una persona con el fin de promover y mantener la vida, la salud y el bienestar, con la finalidad de mejorar su calidad de vida y así tener una vida saludable (33).

- **Teoría del autocuidado:** actividades que los seres humanos llevan a cabo, con el objetivo de conservar la salud, con el interés de mantenerse vivos y sanos, para desarrollar acciones de bienestar que ayuden en la prevención de condiciones que puedan afectar de manera negativa a su salud.
- **Teoría del déficit del autocuidado:** déficit que tienen los seres humanos para su propio cuidado, es decir personas que presenten limitaciones relacionadas o derivadas de la salud, que incapacite su propio autocuidado.
- **Teoría de los sistemas:** hace referencia a las acciones humanas que realiza enfermería, mediante el ejercicio de su actividad. Tenemos (34):
 - Sistema completamente compensatorio, la enfermera apoya y protege al paciente con su autocuidado.
 - Sistema parcialmente compensatorio, donde la enfermera realiza ciertas actividades de autocuidado dirigidas al paciente.
 - Sistema de apoyo educativo, la enfermera brinda educación y orientación al paciente de cómo llevar un autocuidado oportuno.

Dorothea Orem definió la siguiente meta paradigmas (33):

- Concibe a la persona como un organismo biológico, racional y pensante, que es capaz de conocerse, comunicar y reflexionar sobre acciones que lo afecten e intervengan en su cuidado dependiente.
- La salud es considerado como la integridad física, estructural y funcional de la persona, acercándose al bienestar que desea la persona.
- Enfermería la define como un servicio humano que proporciona ayuda a las personas en su autocuidado, para conservar la salud y la vida, afrontando las consecuencias de esta.

2.3.14. Atención de Enfermería

Enfermería

La enfermería abarca la atención autónoma y en colaboración dispensada a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o no, en todas las circunstancias. Comprende la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención dispensada a enfermos, discapacitados y personas en situación terminal (35).

Actividades de enfermería

Las actividades de enfermería en pacientes con pancreatitis se basarán en el control de las constantes vitales y los síntomas para actuar ante ellos (36).

- Colaboración en el proceso diagnóstico (analítica y determinación de enzimas pancreáticas en sangre y orina, radiografías, ecografías, TAC, etc.).
- Control regular de constantes vitales, diuresis, registro del balance hídrico y del estado general del paciente.
- Instauración y control de las vías venosas necesarias para la administración de medicamentos, perfusión endovenosa y control de la presión venosa central (PVC).
- Facilitar un ambiente de tranquilidad y reposo al paciente durante su hospitalización. Si está indicado el reposo absoluto, se realizarán cambios posturales.
- Alivio del dolor mediante la administración de analgésicos bajo prescripción médica (la morfina está contraindicada pues eleva el tono del esfínter de Oddi);

tranquilizar al enfermo, generalmente muy inquieto, buscando la postura que le proporcione mayor alivio; si está indicado el reposo absoluto se realizarán cambios posturales.

- Realización de sondaje nasogástrico, para reducir la estimulación del páncreas, evitar los vómitos y eliminar aire y líquidos retenidos como consecuencia del íleo paralítico. Inicialmente está indicada la dieta absoluta.
- Control de la glucemia, atención a los signos de hiperglucemia.
- Preparación del paciente para la cirugía cuando esté indicado.
- Educación sanitaria.

En cuanto a los cuidados de enfermería en este tipo de pacientes en UCI (37):

Monitorización: hay que monitorizar al paciente para comprobar que no se produzca un decaimiento de su estado de salud. El control de las constantes deberá hacerse horario y vigilando:

- Tensión arterial, FC
- Frecuencia respiratoria
- Temperatura
- Balance hídrico con las entradas y salidas, se realiza por turno
- Saturación de oxígeno
- Glucemia capilar

En el caso de que el paciente tenga drenajes habría que llevar un control horario y anotar por turno el debido del mismo.

Control del dolor: es el principal síntoma. Se pueden utilizar analgésicos u opiáceos, hay que tener en cuenta los escalones terapéuticos.

Cambios posturales: para evitar la aparición de úlceras por presión, en todos los pacientes de UCI esto se lleva a cabo, junto a la realización de una buena higiene, que la alineación del cuerpo sea la correcta y la movilización pasiva de las extremidades.

Cuidados de los drenajes: hay que comprobar el débito de los drenajes y anotarlo, que sean permeables y valorar la coloración de los mismos.

Cuidados de las vías: tanto de las vías venosas periféricas como de las centrales, éstas últimas se colocan en pacientes con pancreatitis aguda que están en la UCI. Es importante que cuando se manipulen se realice de forma aséptica para evitar el riesgo de infección.

En el caso de las vías centrales el cambio de apósito se realizará cada 7 días y siempre y cuando sea necesario, la técnica es estéril y se utiliza clorhexidina 2%. El personal de enfermería tiene que comprobar que las vías venosas sean permeables para que no se produzca extravasación ni flebitis (37).

2.3.15. Incidencia

La incidencia se define como el número de casos nuevos de una enfermedad que se desarrollan en una población a riesgo durante un periodo de tiempo determinado(habitualmente un año) (38).

2.3.16. Cálculo de la incidencia acumulada

Es la proporción de sujetos sanos que a lo largo de un período de tiempo determinado desarrolla la enfermedad. Mide el riesgo de un individuo a contraer la enfermedad en un período de tiempo específico (38).

Se calcula:

$$\text{Incidencia acumulada} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de nuevos casos en un periodo determinado}}{\text{Total de población en riesgo}} \times \text{Amplificador}$$

2.4. Marco Legal

2.4.1. Constitución Nacional de la República del Ecuador

Según la Constitución Nacional de la República del Ecuador cita algunos artículos referentes al tema planteado, a continuación tenemos los siguientes artículos relacionados con la salud (39):

Sección séptima

Salud

“Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y en el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.”

“Art. 358.- El sistema nacional de salud tendrá por finalidad el desarrollo, protección y recuperación de las capacidades y potencialidades para una vida saludable e integral, tanto individual como colectiva, y reconocerá la

diversidad social y cultural. El sistema se guiará por los principios generales del sistema nacional de inclusión y equidad social, y por los de bioética, suficiencia e interculturalidad, con enfoque de género y generacional.”

“Art. 359.- El sistema nacional de salud comprenderá las instituciones, programas, políticas, recursos, acciones y actores en 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.”

“Art. 362.- La atención de salud como servicio público se prestará a través de las entidades estatales, privadas, autónomas, comunitarias y aquellas que ejerzan las medicinas ancestrales alternativas y complementarias. Los servicios de salud serán seguros, de calidad y calidez, y garantizarán el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información de los pacientes.

Los servicios públicos estatales de salud serán universales y gratuitos en todos los niveles de atención y comprenderán los procedimientos de diagnósticos, tratamiento, medicamentos y rehabilitación necesarios.”

2.4.2. Plan Nacional del Buen Vivir

El Plan Nacional del Buen Vivir redacta en sus objetivos la importancia del equilibrio de la salud con la calidad de vida mediante los siguientes objetivos (40):

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

“Mejorar la calidad de vida de la población es un reto amplio que demanda la consolidación de los logros alcanzados en los últimos seis

años y medio, mediante el fortalecimiento de políticas intersectoriales y la consolidación del Sistema Nacional de Inclusión y Equidad social.”

- a. Ampliar los servicios de prevención y promoción de la salud para mejorar las condiciones y los hábitos de vida de las personas.*
- b. Garantizar la prestación universal y gratuita de los servicios de atención integral de salud.*
- c. 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.*
- d. Fomentar el tiempo dedicado al ocio activo y el uso del tiempo libre en actividades físicas, deportivas y otras que contribuyan a mejorar las condiciones físicas, intelectuales y sociales de la población.*

2.4.3. Ley Orgánica de Salud – Secretaría Técnica Plan Toda una Vida

Según la Ley Orgánica de Salud en su última modificación realizada en el 2012, misma que se encuentra vigente hasta la fecha menciona (41):

Dentro de esta Ley tenemos los capítulos I y III que abarcan artículos relacionados con la investigación realizada:

Del derecho la salud y su protección

“Art.3.- La salud es el completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Es un derecho humano inalienable, divisible, irrenunciable e intransigible, cuya protección y garantía es responsabilidad primordial del Estado; y el

resultado de un proceso colectivo de interacción donde Estado, sociedad, familia e individuos convergen para la construcción de ambientes, entornos y estilos de vida saludables.”

De las enfermedades no transmisibles

“Art.69.- La atención integral y el control de enfermedades no transmisibles, crónico degenerativas, congénitas, hereditarias y de los problemas declarados prioritarios para la salud pública, se realizará mediante la acción coordinada de todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud y de la participación de la población en su conjunto.”
Comprenderá la investigación de sus causas, magnitud e impacto sobre la salud, vigilancia epidemiológica, promoción de hábitos y estilos de vida saludable, prevención, recuperación, rehabilitación, reinserción social de las personas afectadas y cuidados paliativos.

De los medicamentos

“Art.154.- El Estado garantizará el acceso y disponibilidad de medicamentos de calidad y su uso racional, priorizando los intereses de la salud pública sobre los económicos y comerciales.”

Promoverá la producción, importancia, comercialización, dispensación y expendio de medicamentos genéricos con énfasis en los esenciales, de conformidad con la normativa vigente en la materia. Su uso, prescripción, dispensación y expendio es obligatorio en las instituciones de salud pública.

De las profesionales de salud, afines y su ejercicio

“Art.201.- Es responsabilidad de los profesionales de salud, brindar atención de calidad, con calidez y eficacia, en el ámbito de sus

competencias, buscando el mayor beneficio para la salud de sus pacientes y de la población, respetando los derechos humanos y los principios bioéticos.”

2.5. Marco Ético

2.5.1. Código Deontológico del CIE para la Profesión de Enfermería

El Código Deontológico del Consejo Internacional de Enfermería tiene cuatro deberes fundamentales y normas de conducta ética (42).

a. La enfermera y las personas

La enfermera promoverá un entorno en el que se respeten los derechos humanos, valores, costumbres y creencias espirituales de la persona, la familia y la comunidad. Mantendrá confidencial toda información personal y utilizará la discreción al compartirla. Defenderá la equidad y la justicia social en la distribución de los recursos, en el acceso a los cuidados de salud y en los demás servicios sociales y económicos. Demostrará valores profesionales tales como el respeto, la disponibilidad, la compasión, la confianza y la integridad.

b. La enfermera y la práctica

La enfermera será personalmente responsable y deberá rendir cuentas de la práctica de enfermería y del mantenimiento de su competencia mediante la formación continua. Mantendrá un nivel de salud personal que no comprometa su capacidad para dispensar cuidados. La enfermera tratará de fomentar y mantener una cultura

de la práctica profesional que favorezca el comportamiento ético y el diálogo abierto.

c. La enfermera y la profesión

La enfermera contribuirá activamente al desarrollo de un núcleo de conocimientos profesionales basados en la investigación, que favorezca la práctica basada en pruebas. La enfermera ejercerá su profesión para sostener y proteger el entorno natural y será consciente de las consecuencias que ello tiene para la salud. Contribuirá a crear un entorno ético de la organización y se opondrá a las prácticas y a los contextos no éticos.

d. La enfermera y sus compañeros de trabajo

La enfermera adoptará las medidas adecuadas para preservar a las personas, familias y comunidades cuando un compañero u otra persona pongan en peligro su salud. La enfermera actuará adecuadamente para prestar apoyo y orientar a las personas con las que trabaja, para fortalecer el comportamiento ético.

Código de Helsinki

La Asociación Médica Mundial (AMM) ha promulgado la declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos para investigación médica en seres humanos, incluida la investigación del material humano y de información identificable (43).

I. Principios Básicos:

Lit, 6: *Debe respetarse siempre el derecho de las personas a salvaguardar su integridad. Deben adoptarse todas las precauciones necesarias para*

respetar la intimidad de las personas y reducir al mínimo el impacto del estudio sobre su integridad física, mental y su personalidad.

II. Investigación Médica combinada con asistencia profesional (Investigación Clínica)

Lit, 3. En cualquier estudio clínico, todo paciente, inclusive los de un eventual grupo de control, debe tener la seguridad de que se aplica el mejor procedimiento diagnóstico y terapéutico confirmado.

III. Investigación Biomédica no terapéutica que implique a personas (Investigación Biomédica no Clínica)

Lit, 1. En la aplicación puramente científica de la investigación médica realizada en personas, es deber del médico seguir siendo el protector de la vida y la salud de la persona participante en la investigación biomédica.

Lit, 2. Las personas participantes deben ser voluntarios o bien personas sanas o pacientes cuya enfermedad no esté relacionada con el protocolo experimental.

2.4.4. Derechos del paciente

De acuerdo con la ley de derechos y amparo del paciente, establece en el capítulo dos que el paciente tiene derecho a (44):

Art.2.- DERECHO A UNA ATENCIÓN DIGNA.- Todo paciente tiene derecho a ser atendido oportunamente en el centro de salud de acuerdo a la dignidad que mere todo ser humano y tratado con respeto, esmero y cotesía.

Art.3.- DERECHO A NO SER DISCRIMINADO.- *Todo paciente tiene derecho a no ser discriminado por razones de sexo, raza, edad, religión o condición social y económica.*

Art.4.- DERECHO A LA CONFIDENCIALIDAD.- *Todo paciente tiene derecho a que la consulta, examen, diagnóstico, discusión, tratamiento y cualquier tipo de información relacionada con el procedimiento médico a aplicársele, tenga el carácter de confidencial.*

Art.5.- DERECHO A LA INFORMACIÓN.- *Se reconoce el derecho de todo paciente a que, antes y en las diversas etapas de atención al paciente, reciba del centro de salud a través de sus miembros responsables, la información concerniente al diagnóstico de su estado de salud, al pronóstico, al tratamiento, a los riesgos a los que medicamente está expuesto, a la duración probable de incapacidad y a las alternativas para el cuidado y tratamientos existentes, en términos que el paciente pueda razonablemente entender y estar habilitado para tomar una decisión sobre el procedimiento a seguirse. Exceptúanse las situaciones de emergencia. El paciente tiene derecho a que el centro de salud le informe quien es el médico responsable de su tratamiento.*

Art.6.- DERECHO A DECIDIR.- *Todo paciente tiene derecho a elegir si acepta o declina el tratamiento médico. En ambas circunstancias el centro de salud deberá informarle sobre las consecuencias de su decisión.*

CAPÍTULO III

3. Metodología de la Investigación

3.1. Diseño de la investigación

La metodología que se utilizó en la presente investigación tiene un diseño cuantitativo y no experimental.

- Cuantitativo ya que se hace uso de herramientas que permitan recolectar datos que sean medibles; al ser un estudio de incidencia se obtendrán datos numéricos que reflejaran la cantidad de casos existente en un período de tiempo del servicio de Cirugía del Hospital San Vicente de Paúl.
- No experimental, en esta investigación no se realizará ningún tipo de manipulación de las variables.

3.2. Tipo de la investigación

La investigación se enmarca dentro de los siguientes tipos:

- **Descriptivo**, ya que describe los agentes causales de la patología tal y como son, e identificó las características de la población en estudio.
- **Longitudinal**, porque medimos nuestra variable en dos tiempos, a fin de describir su incidencia. Hace referencia a un tiempo pasado, en este caso el estudio se llevó a cabo mediante la revisión de las Historias Clínicas de pacientes diagnosticados con Pancreatitis Aguda en el Servicio de Cirugía del Hospital San Vicente de Paúl, periodo 2016-2017.

3.3. Localización y ubicación del estudio

El presente estudio se realizó en el Hospital San Vicente de Paúl, en el servicio de cirugía; ubicado en las calles Luis Vargas Torres 11-56 y Gonzalo Gómez Jurado perteneciente a la parroquia El Sagrario, Ibarra, Imbabura.

3.4. Población

3.4.1. Universo

La población de estudio estuvo integrada por 104 pacientes que fueron atendidos por el servicio de cirugía con un diagnóstico médico de Pancreatitis Aguda en el Hospital San Vicente de Paúl, período 2016-2017.

3.4.2. Muestra

El cálculo de la muestra no fue necesario y se trabajó con el 100% de la población que fueron 104 pacientes con un diagnóstico médico de pancreatitis aguda.

3.4.3. Criterios de inclusión

Se consideró incluidos dentro de la investigación a los y las pacientes que fueron hospitalizados por el servicio de cirugía del Hospital San Vicente de Paúl y que tengan un diagnóstico médico de pancreatitis aguda.

3.4.4. Criterios de exclusión

Se consideró excluido de la investigación a los siguientes:

- Pacientes que no tengan un diagnóstico de pancreatitis aguda.

3.5. Operacionalización de variables

Objetivo: Conocer las características sociodemográficas de la población en estudio.				
Variables	Definición conceptual	Indicador	Dimensión	Escala
Factores sociales, demográficos y culturales.	Vínculos reproductivos que pueden identificarse por particularidades culturales, sociales, geográficas, políticas o de otro tipo. (45)	Edad	Años cumplidos	<ul style="list-style-type: none"> • De 0 a 9 años • De 10 a 19 años • De 20 a 39 años • De 40 a 64 años • Más de 65 años
		Género	<ul style="list-style-type: none"> • Masculino • Femenino 	<ul style="list-style-type: none"> • Hombre • Mujer
		Estado civil	Establecido por el Registro Civil	<ul style="list-style-type: none"> • Soltero/a • Casado/a • Divorciado/a • Viudo/a • Unión libre

		Etnia	Auto identificación	<ul style="list-style-type: none"> • Mestizo/a • Blanco/a • Mulato/a • Montubio/a • Indígena • Afro ecuatoriano • Otro/a
		Instrucción	Años aprobados	<ul style="list-style-type: none"> • Primaria • Secundaria • Técnico • Superior • Ninguno
		Ocupación	Actividad que realiza	<ul style="list-style-type: none"> • Estudiante • Comerciante • Agricultor • Albañil • Empleado público • Empleado privado • Otro
		Zona de Residencia	Lugar donde vive	<ul style="list-style-type: none"> • Urbano • Rural

Objetivo: Categorizar los tipos de factores de riesgo que influyen en el diagnóstico de la pancreatitis aguda.

Variables	Definición conceptual	Indicador	Dimensión	Escala
Factores de Riesgo	Rasgo, características o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. (46)	Actividad Física	Ejercicio Físico	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No
		Hábitos alimenticios	Consumo de alimentos	<ul style="list-style-type: none"> • Cereal, frutas, verduras • Frutas, verduras, legumbres • Lácteos descremados, verduras, frutas • Embutidos, frutos secos, mantequilla • Mariscos, snack, lácteos
		Consumo de bebidas	Ingesta de alcohol	<ul style="list-style-type: none"> • Abstemio • Moderado o Social • Excesivo o Problema • Alcohólico

		Sustancias psicoactivas	Consumo de tabaco	<ul style="list-style-type: none"> • Negativo • Hedonista • Crónico • Drogodependiente • Pasivo
		Etiología	Causas	<ul style="list-style-type: none"> • Cálculos biliares • Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) • Trauma abdominal • Intervenciones quirúrgicas • Consumo de alcohol • Medicamentos

3.6. Métodos de recolección de información

3.6.1. Revisión documental

El método utilizado fue la revisión de historias clínicas con una ficha de registro de datos, mismos que fueron obtenidos de una base de datos proporcionada por el servicio de estadísticas del Hospital San Vicente de Paúl.

3.6.2. Ficha de registro

Este instrumento nos permitió el registro e identificación de la información requerida para la investigación, así como la obtención de datos.

Se elaboró previamente una ficha para cada individuo investigado y se la aplico realizando una revisión documental de cada una de las historias clínicas respectivamente, tomando en cuenta las variables de este estudio para el cumplimiento de los objetivos planteados.

3.6.3. Revisión bibliográfica

Para la realización de esta investigación se utilizó la revisión bibliográfica, con la que se obtuvo información sobre el tema, para así tener una perspectiva sobre el tema y conocer el estado actual del mismo. Los resultados de esta revisión sirven para explicar las razones que motivaron la elección de un problema en concreto.

3.7. Análisis de datos

Una vez aplicada la ficha de registro, se procedió a elaborar una hoja de cálculo en Microsoft Excel para realizar la estadística descriptiva.

3.7.1. Estadísticas descriptiva

Se refiere a la recolección, análisis, presentación e interpretación de un conjunto de datos, con el objetivo de describir las características y comportamientos de este conjunto mediante medidas de resumen, tablas o gráficos (47).

3.7.2. Calculo de Incidencia

La incidencia expresa la probabilidad que tiene un individuo de contraer una enfermedad en un tiempo determinado, es decir representa un riesgo individual de enfermar.

Fórmula

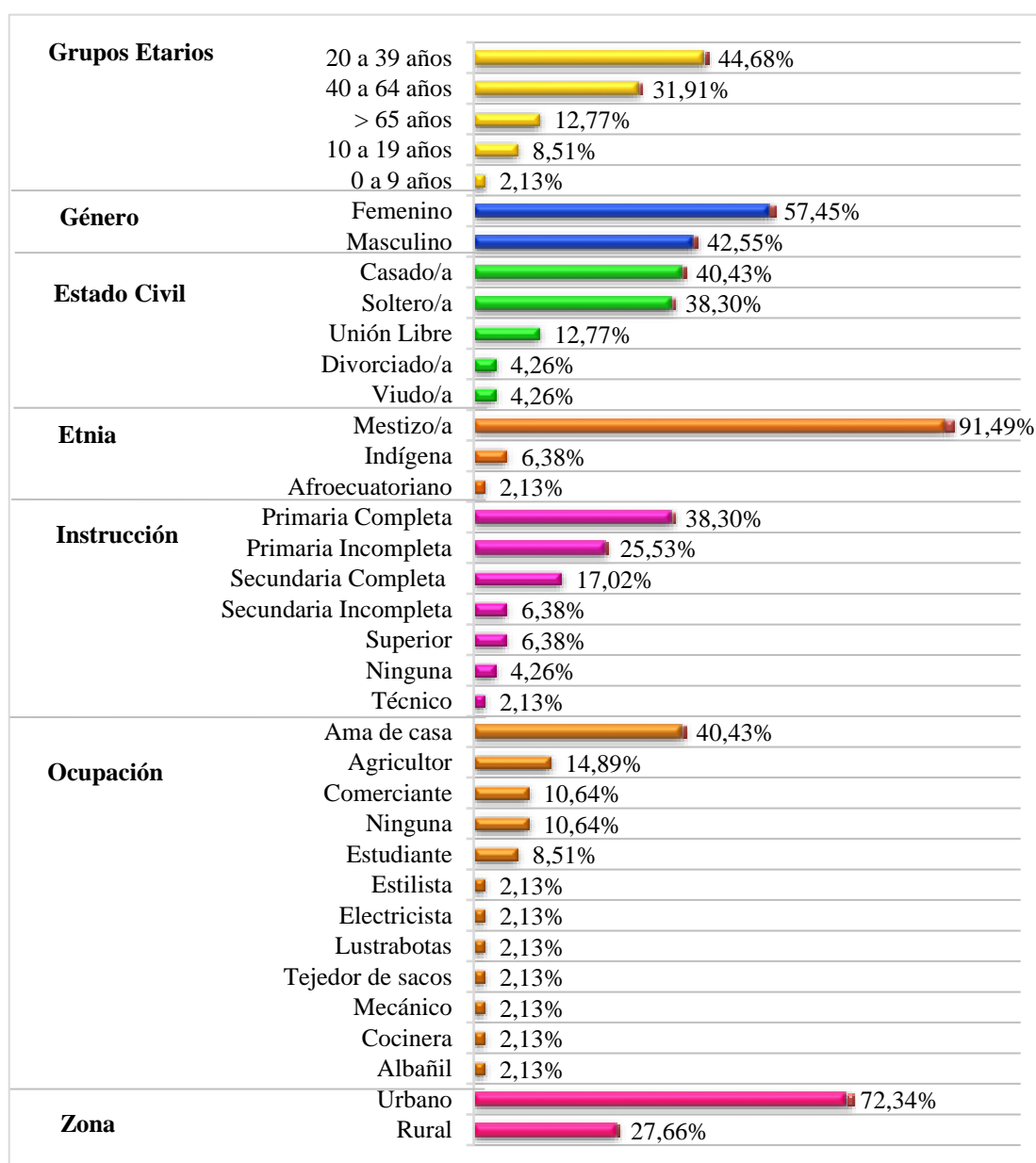
$$\text{Incidencia acumulada} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de nuevos casos en un periodo determinado} \times \text{Amplificador}}{\text{Total de población en riesgo}}$$

CAPÍTULO IV

4. Resultados

4.1. Características sociodemográficas

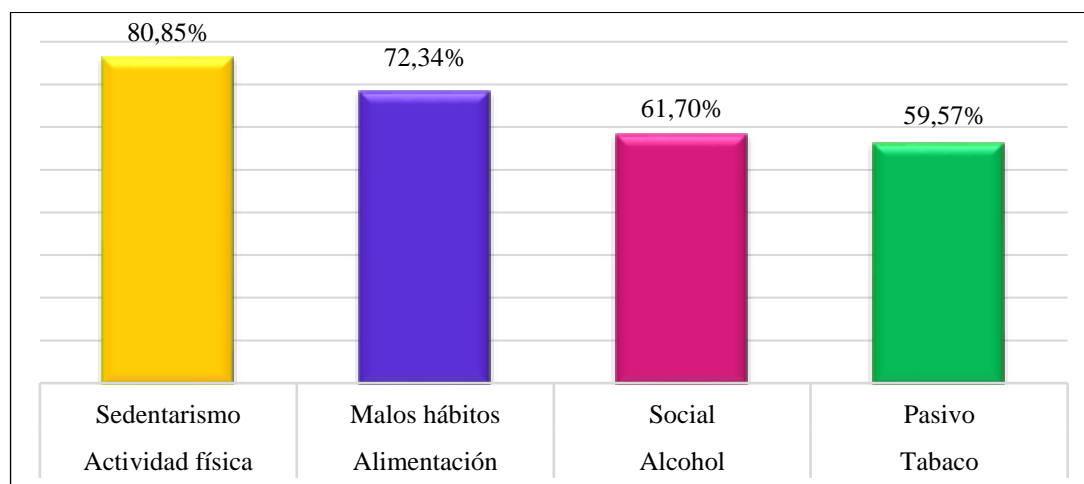
Gráfico 1. Características sociodemográficas de la población en estudio



Análisis: Podemos observar, que en relación a las características sociodemográficas de los pacientes con un diagnóstico de pancreatitis aguda, encontramos que el género más afectado por esta enfermedad es el femenino con un 57,45% y el masculino en un 42,55%. Un estudio realizado por Gómez Alonso, Delgado Lindsay y Arbeláez Víctor, en el año 2012, hace referencia en que el género femenino es más propenso a presentar pancreatitis por la disfunción del esfínter de Oddi (48). La diferencia entre mujeres y hombres, es en los embarazos y los esteroides sexuales, una mujer cuando se encuentra embarazada incrementa la secreción biliar de colesterol, con sobresaturación biliar, que unido a la mayor estasis y volumen residual vesicular, llevan a la mayor producción de litiasis o barro biliar; mientras que en los hombres el riesgo de presentar esta patología se ve elevada en relación al consumo de alcohol (49) (50). Según el grupo etario observamos que el grupo de edad con mayor porcentaje, es de 20 a 39 años de edad con un 44,68%, seguido del grupo de 40 a 64 años en un 31,91%. El estado civil que mayor predominio tiene es el de casado con un 40,43%, la totalidad de los pacientes que participaron en esta investigación se autodefinen como mestizos en un 91,49%, de acuerdo al Instituto Nacional de Estadísticas y Censos establece que el estado civil que predomina en la provincia de Imbabura son los casados con un 42,4% (51). En el nivel de instrucción los más afectados fueron los pacientes con un nivel de instrucción primaria completa con el 38,30%, la ocupación que tiene mayor representación es la de ama de casa en un 40,43%. Gran parte de los pacientes provienen de zonas urbanas 72,34% de la provincia de Imbabura, así como también de otras provincias. En los resultados obtenidos podemos observar que esta patología es silenciosa pero que se encuentra cada vez más presente en la población, siendo este el resultado de no llevar un estilo de vida saludable y no medir las consecuencias que pueden presentar a futuro.

4.2. Factores de riesgo por estilos de vida

Gráfico 2. Distribución según factores de riesgo por estilos de vida



Análisis: Podemos determinar que en la distribución según factores de riesgo por estilos de vida encontramos que en relación a la actividad física el 80,85% son sedentarios, es decir no realizan ningún tipo de ejercicio físico, debido a que realizan actividades que no se los permiten y otros por su avanzada edad, en cuanto a la alimentación podemos observar un porcentaje elevado el 72,34%, tienen malos hábitos alimenticios, ya que consumen alimentos muy grasos, condimentados y poco beneficiosos para el organismo. Con relación al consumo de sustancias psicoactivas se obtuvo que el 61,70% de los pacientes consumen bebidas alcohólicas, pero son bebedores moderados o sociales, un 59,57% de los pacientes eran fumadores pasivos.

Según Aguas y Farinango en el año 2015, en su estudio sobre Estilos de vida, salud y conocimientos sobre alimentación y su influencia en el estado nutricional, realizado en la ciudad de Cayambe, hacen referencia a que los estilos de vida son un determinante de la salud, que integra un conjunto de conductas y hábitos que son necesarios para el diario vivir; Entre las que encontramos una inactividad física, alimentación inadecuada, consumo de alcohol, drogas y tabaco, que afectan negativamente a la salud, el estado físico e incrementan el riesgo de padecer enfermedades crónico degenerativas (52).

4.3. Incidencia de Pancreatitis Aguda en pacientes atendidos por el Servicio de Cirugía del Hospital San Vicente de Paúl de la ciudad de Ibarra, período 2016 – 2017.

Incidencia Acumulada

Fórmula:

$$\text{IA} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de casos de pancreatitis aguda en cirugía}}{\text{Total de pacientes atendidos en cirugía}} \times \text{Amplificador (1000 hab.)}$$

$$\text{Año 2016: IA} = \frac{47}{11.734} \times 1.000 \text{ pacientes} = 4.00 \text{ casos}$$

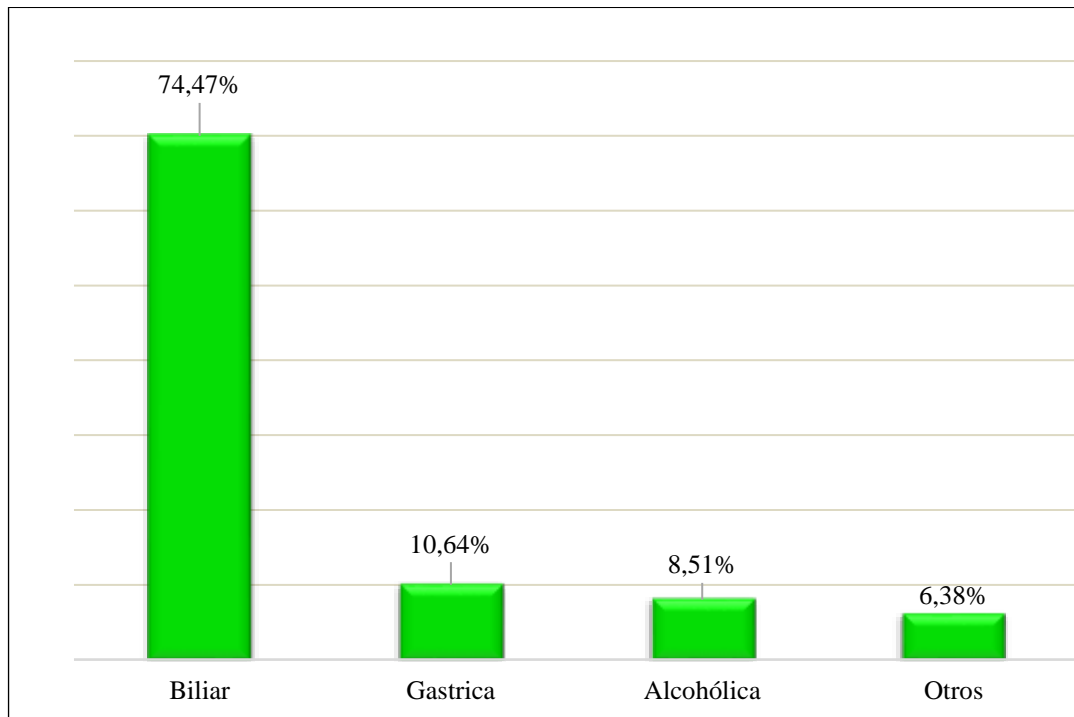
$$\text{Año 2017: IA} = \frac{57}{11.704} \times 1.000 \text{ pacientes} = 4,87 \text{ casos}$$

Análisis: En la investigación realizada en el Hospital San Vicente de Paúl de la ciudad de Ibarra, durante el periodo 2016-2017, se obtuvo un total de 104 pacientes con un diagnóstico médico de pancreatitis aguda, lo que es equivalente a un 100% de la población en estudio. Aplicada la fórmula de incidencia acumulada, se establece que la incidencia de pancreatitis aguda para el año 2016 fue de 4 casos por cada 1.000 pacientes ingresados al servicio de cirugía del Hospital San Vicente de Paúl, mientras que en el año 2017 fue de 4.87 casos por cada 1.000 pacientes ingresados, determinando así que esta patología se encuentra cada vez más presente en esta casa de salud.

Un artículo publicado en la Revista de Gastroenterología Latinoamericana, sobre la situación epidemiológica de la pancreatitis en Latinoamérica y alcances sobre el diagnóstico, nos muestra que con el transcurso del tiempo la incidencia de la pancreatitis aguda varía de una región a otra, a nivel mundial la incidencia se presenta en 4,9 a 73,4 casos por cada 100,000 habitantes (53).

4.4. Etiología

Gráfico 3. Distribución según la Etiología



Análisis: Podemos determinar que la etiología principal de esta investigación es la de tipo biliar presentándose más de la mitad en un 74,47% de los pacientes, seguida de la tipo gástrico con un 10,64% y la de tipo alcohólica en un 8,51%, se presenta porcentajes bajos en las etiologías de otro tipo, en este grupo tenemos a las pancreatitis agudas de origen a determinar y la medicamentosa en un 6,38%. Un estudio realizado en el Hospital Clínico Universidad de Chile sobre la Mortalidad de la pancreatitis aguda: experiencia de 20 años, la principal etiología fue la biliar con un 44,5%, seguido de la alcohólica en un 16,4% y la idiopática en un 15,6% de la población estudiada (11). Según Esquivia, en su estudio sobre pancreatitis aguda, factores de riesgo y complicaciones, realizado en el Hospital Abel Gilbert Portón, periodo 2014-2015, menciona que el 45,56% tienen antecedentes de litiasis biliar y en un 33,13% por la ingesta de alcohol (54).

CAPÍTULO V

5. Conclusiones y Recomendaciones

5.1. Conclusiones

- Las características sociodemográficas de la población estudiada con un diagnóstico médico de pancreatitis aguda, encontramos que el grupo más representativo esta entre los 20 a 39 años de edad, predominando el sexo femenino, poseen un estado civil de casados, en la mayoría su nivel de instrucción es primaria completa, gran porcentaje de la población estudiada son amas de casa, la zona donde viven es la urbana y la población en su totalidad se autodefine como mestiza.
- Los principales factores de riesgo que incrementan presentar pancreatitis aguda en la población estudiada, encontramos: sedentarismo en el 80,85%, malos hábitos alimenticios en un 72,34%, bebedores moderados o sociales con el 61,70% y fumadores pasivos en un 59,57%, estos resultados nos muestran que la población diagnosticada con esta patología no cuenta con hábitos de vida saludables.
- Se determinó que la incidencia de pancreatitis aguda en el Hospital San Vicente de Paúl, en el año 2016 fue de 4 casos por cada 1.000 pacientes ingresados al servicio de cirugía, y en el año 2017 fue de 4.87 casos por cada 1.000 pacientes ingresados, por lo tanto se evidenció un aumento de casos de esta patología en esta casa de salud. A nivel mundial la incidencia de pancreatitis aguda se presenta en 4.9 a 73.4 casos por cada 100.000 habitantes.
- La etiología más frecuente identificada en los pacientes hospitalizados diagnosticados con pancreatitis aguda en el hospital San Vicente de Paúl, es de tipo biliar en un 74,47%, seguido de la gástrica con un 10,64% y la alcohólica con el 8,51%.

- Se realizó el diseño de una guía educativa con la finalidad de proporcionar una herramienta de información para los pacientes, cuenta con información sobre factores de riesgo que desencadenan esta enfermedad y medidas preventivas para mejorar los hábitos de vida de la población. Esta guía ha sido entregada al servicio de cirugía del hospital San Vicente de Paúl para que sea impartida a pacientes diagnosticados con esta patología , y de esta manera se contribuya a disminuir su incidencia.

5.1. Recomendaciones

- Al Primer Nivel de Atención, puerta de entrada al Sistema de Salud, realizarmás énfasis en la promoción de estilos de vida saludables y la prevención de enfermedades.
- Al Director del Hospital San Vicente de Paúl, tomar en cuenta los datos sociodemográficos y los factores de riesgo obtenidos en esta investigación, reflejan lasituación actual de la población en relación a los estilos de vida, realizando campañas sobre hábitos de vida saludables en los que la población participe activamente.
- Con los resultados obtenidos en esta investigación es importante que se realice la continuidad de este estudio, en el que se demostró que la pancreatitis aguda es una patología silenciosa que conlleva complicaciones graves mismas que la población puede prevenirlas.
- A los profesionales de la salud realizar estrategias sobre la promoción de la salud y la prevención de esta enfermedad.
- Al personal de salud del servicio de cirugía del Hospital San Vicente de Paúl, hacer uso de la guía diseñada, enfatizando en los factores de riesgo y el consumo de alimentos.
- A las personas se recomienda el uso de esta guía educativa como material de información sobre mejorar los hábitos alimenticios y adquirir un estilo de vida adecuado, con el cual podamos prevenir esta enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pankl, Sonia. Scielo. Revista Medica. *Pancreatitis aguda*. [En línea] 22 de Diciembre de 2009. <http://www.scielo.org.ar/pdf/medba/v69n2/v69n2a04.pdf>.
2. *Situación epidemiológica de la pancreatitis aguda en*. Valdivieso, Marco, y otros. 2016, Acta Gastroenterológica Latinoamericana, págs. 29-31.
3. Nieto, Julio. Scielo. *Manejo de la pancreatitis aguda*. [En línea] Junio de 2010. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2011-75822010000200003.
4. Junquera, Rosa. Medigraphic. *Pancreatitis Aguda*. [En línea] Diciembre de 2010. <http://www.medigraphic.com/pdfs/arcsalud/asp-2010/asp101f.pdf>.
5. Rebollar, R y García, J. Revista Mexicana de Cirugía del Aparato Digestivo. *Prevalencia y mortalidad de la pancreatitis aguda*. [En línea] Julio de 2012. [http://amcad.mx/revista/CAD121-04-Prevalencia%20\(F_240712m\)_PROTEGIDO.pdf](http://amcad.mx/revista/CAD121-04-Prevalencia%20(F_240712m)_PROTEGIDO.pdf).
6. Ayala, Vanessa y Mora, Ana. Repositorio PUCE. [En línea] Abril de 2014. <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/7349/11.27.001636.pdf?sequence=4>.
7. Censos, Instituto Nacional de Estadística y. Anuario de Estadísticas Hospitalarias Camas y Egresos 2015. *Anuario de Estadísticas Hospitalarias Camas y Egresos 2015*. [En línea] 2015. <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/camas-y-egresos-hospitalarios-2015/>.
8. *Estudio de pacientes con pancreatitis aguda evaluados con la nueva guía del Colegio Americano de Gastroenterología*. Gaspar, Alberto. Abril de 2015, Rev Sanid Milit Mex, págs. 118-139.
9. *Características clínicas de la pancreatitis aguda en México*. González, J, y otros. 2012, Revista de Gastroenterología de México, págs. 167-173.
10. *Características de los pacientes con diagnóstico de pancreatitis aguda atendidos en un centro de cuarto nivel*. Gómez, Alvaro y Rodríguez, Alberto. 2015, Scielo-Revista Colombiana de Gastroenterología, págs. 171-176.

11. *Mortalidad de la pancreatitis aguda: experiencia de 20 años en el Hospital Clínico Universidad de Chile*. Gompertz, Macarena, y otros. 2012, Revista Medica de Chile, págs. 562-567.
12. *Diagnóstico y tratamiento de la pancreatitis aguda en la Argentina*. Ocampo, Carlos, y otros. 2015, Acta Gastroenterológica Latinoamericana, págs. 295-302.
13. Paúl, Hospital San Vicente de. *Reseña Historica del Hospital*. Ibarra : s.n., 2017.
14. Hospital San Vicente de Paúl- Unidad de TICS- Unidad de Comunicación, Imagen y Prensa. Hospital San Vicente de Paúl. *Hospital San Vicente de Paúl*. [En línea] 2017. [Citado el: 12 de Octubre de 2017.] <http://hsvp.gob.ec/>.
15. *Pancreatitis Aguda*. Pérez, María del Mar. 2013, Revista Médica de Costa Rica y Centroamerica, págs. 31-36.
16. —.Moreira, F y Lòpez, A. 9, Septiembre de 2010, Revista Española de Enfermedades Digestivas, Vol. 102.
17. Townsend, Courtney, y otros. Páncreas Exócrino. *Tratado de Cirugía- Fundamentos biológicos de la práctica quirúrgica moderna*. Barcelona-España : Elsevier, 2013, pág. 1519.
18. Giménez, Mariano y Córdoba, Juan. Páncreas. [aut. libro] Mariano Giménez. *Cirugía Fundamentos para la práctica clínico-quirúrgica*. Buenos Aires : Panamericana, 2014, págs. 491-504.
19. Longo, Dan, y otros. Pancreatitis Aguda y Crónica. *Harrison Principios de Medicina Interna 18th edición*. México : McGraw-Hill Companies, 2012, págs. 2635-2636.
20. López San Ramón, Andrés y Moreira, Frank. Pancreatitis Aguda. *Revista Española de Enfermedades Digestivas-Scielo*. [En línea] Septiembre de 2010. [Citado el: 9 de Noviembre de 2017.] http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082010000900010.
21. Arguelles, Federico, y otros. Enfermedades de la vesícula. Litiasis biliar. *Tratado de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición pediátrica*. España : Oceano/ergon, 2011, pág. 612.
22. De Madarúa, Enrique y Martínez, Juan. Páncreas y Vías Biliares. *Aegastro.es*. [En línea] 2010. [Citado el: 2 de Diciembre de 2017.]

- http://www.aegastro.es/sites/default/files/archivos/ayudas-practicas/42_Pancreatitis_aguda.pdf.
23. Casal, Luciano, y otros. Pancreatitis Aguda. *Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina*. [En línea] 2010. [Citado el: 2 de Diciembre de 2017.] <https://med.unne.edu.ar/revista/revista112/pancrea.htm>.
 24. Pérez, Gustavo y Parra, Adolfo. Pancreatitis post-colangiopancreatografía retrógrada endoscópica mediante el empleo de prótesis pancreáticas. *Prevención de Pancreatitis post-colangiopancreatografía retrógrada endoscópica mediante el empleo de prótesis pancreáticas*. [En línea] Mayo de 2010. [Citado el: 2 de Diciembre de 2017.] <http://aeeh.es/wp-content/uploads/2012/04/v9n3a614pdf001.pdf>.
 25. Barranco, Francisco, y otros. Pancreatitis Aguda. *Principios de Urgencias ,Emergencias y Cuidados Criticos*. [En línea] 2010. [Citado el: 2 de Diciembre de 2017.] <https://www.uninet.edu/tratado/c030403.html>.
 26. Pruthi, Sandhya, y otros. *Mayo Foundation for Medical Education and Research*. [En línea] Noviembre de 2011. <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/pancreatitis/symptoms-causes/syc-20360227>.
 27. Longo, Dan, y otros. Pancreatitis . *Harrison Manual de Medicina*. México : McGrawHill Education, 2013, págs. 1026-1028.
 28. Sánchez, Alejandra y Gracia, José. Pancreatitis Aguda. *Scielo-Boletín Médico del Hospital Infantil de México*. [En línea] Febrero de 2012. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462012000100002.
 29. Breijo, Alina y Prieto, Juan. Pancreatitis Aguda. *IntraMed Journal*. [En línea] 2012. http://journal.intramed.net/index.php/Intramed_Journal/article/viewFile/332/133.
 30. Gines, Ángels y De Madaria, Enrique. Tratamiento de la pancreatitis aguda grave. *Enfermedades comunes del páncreas*. España : Elsevier, 2015, págs. 1-11.
 31. Alvarez, Andrés y Campos, Francisco. Complicaciones de la Pancreatitis Aguda. *Revista Colombiana de Cirugía*. [En línea] 2017. <https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/cirugia/vc-092/complicaciones-pancreatitis/>.

32. Williams, Linda y Hopper, Paula. Trastornos del Páncreas. *Enfermería Medicoquirúrgica-Tercera Edición*. México : McGrawHill, 2009, págs. 766-773.
33. *La Teoría déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para la calidad de atención*. Prado, Liana, y otros. 6, Diciembre de 2014, Scielo, Vol. xxxvi.
34. Raile, Martha y Marriner, Ann. *Modelos y Teorías en enfermería*. Barcelona-España : Elsevier, 2011.
35. Salud, Organización Mundial de la. Enfermería. *Temas de salud*. [En línea] 2018. <http://www.who.int/topics/nursing/es/>.
36. *Papel de Enfermería en el paciente con pancreatitis*. Luna, José, Luna, María y Serrano, Jorge. 4 de Octubre de 2016, Atención de Enfermería.
37. *Atención de Enfermería en la Pancreatitis Aguda*. Rodríguez, Estefanía. 25 de Septiembre de 2017, Atención de Enfermería.
38. Ibáñez, Consuelo. Estudios descriptivos. *Incidencia*. [En línea] 29 de Febrero de 2012. http://cv.uoc.edu/UOC/a/moduls/90/90_166d/web/main/m4/21b.html.
39. *Constitución de la República del Ecuador*. Asamblea Constituyente. 2016, Constitución de la República del Ecuador, págs. 29-167.
40. Asamblea Nacional del Ecuador. *Plan Nacional del Buen Vivir 2013-2017*. Quito : s.n., 2013.
41. Ley Orgánica de Salud - Secretaría Técnica Plan Toda una Vida. *Ley Orgánica de Salud - Secretaría Técnica Plan Toda una Vida*. [En línea] 2012. http://www.todaunavida.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2015/04/SALUD-LEY_ORGANICA_DE_SALUD.pdf.
42. Consejo Internacional de Enfermeras. Código Deontológico del CIE para la Profesión de Enfermería. *Código Deontológico del CIE para la Profesión de Enfermería*. [En línea] 2012. http://www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode_spanish.pdf.
43. Declaración de Helsinki de la AMM - Principios Éticos para las Investigaciones Médicas en Seres Humanos. *Asociación Médica Mundial*. [En línea] 21 de Marzo de 2017. <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>.

44. Congreso Nacional. *Ley de derechos y amparos al paciente*. [En línea] [Citado el: 5 de Enero de 2018.] <http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/09/Normativa-Ley-de-Derechos-y-Amparo-del-Paciente.pdf>.
45. Pérez, Julián; Gardey, Ana. Demografía. *Definiciones.de*. [En línea] 2012. <http://definicion.de/demografia/>.
46. Organización Mundial de la Salud. Organización Mundial de la Salud. *Factores de Riesgo*. [En línea] 2017. http://www.who.int/topics/risk_factors/es/.
47. Requena, Bernat. Estadística descriptiva. *Universo fórmulas*. [En línea] 2017. <http://www.universoformulas.com/estadistica/descriptiva/>.
48. Gómez, Martín, Delgado, Lindsay y Arbeláez, Víctor. Factores de riesgo asociados a pancreatitis e hiperamilasemia postcolangiopancreatografía retrógrada endoscópica. *Asociaciones Colombianas de Gastroenterología, Endoscopia digestiva, Coloproctología y Hepatología*. [En línea] 28 de Febrero de 2012. <http://www.gastrocol.com/file/Revista/v27n1a03.pdf>.
49. Guachilema, Alex. *Litiasis Biliar y su incidencia en pancreatitis aguda, en pacientes de 30 a 65 años de edad en el servicio de cirugía del hospital provincial docente Ambato durante el año 2009 a julio del 2011*. Ambato, Ambato, Ecuador : s.n., Marzo de 2012.
50. Misa, Ricardo. Pancreatitis Aguda. *Congreso Uruguayo de Cirugía*. [En línea] Noviembre de 2010. http://www.scu.org.uy/publicaciones/articulos/Relato_2010_Pancreatitis-aguda.pdf.
51. Censos, Instituto Nacional de Estadísticas y. Fascículo Provincial de Imbabura. *Resultados del Censo 2010 de población y vivienda en e el Ecuador-INEC*. [En línea] 2010. <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Manual-lateral/Resultados-provinciales/imbabura.pdf>.
52. *Estilos de vida, salud y conocimientos sobre alimentación y su influencia en el estado nutricional del personal de la empresa florícola Nelpo s.a Ecuatevercia.Ltda.Cayambre 2015*. Aguas, Jessica y Farinango, Juana. 2015, págs. 62-69.
53. Vargas, Luis, y otros. Situación epidemiológica de la pancreatitis aguda en latinoamérica y alcances sobre el diagnóstico. *Acta Gastroenterológica*

- Latinoamericana*. [En línea] 4 de Julio de 2016. <http://actagastro.org/situacion-epidemiologica-de-la-pancreatitis-aguda-en-latinoamerica-y-alcances-sobre-el-diagnostico/>.
54. Esquivia, Eduardo. Pancreatitis aguda, factores de riesgo y complicaciones, Hospital Abel Gilbert Protón, periodo 2014-2015. *Universidad de Guayaquil*. [En línea] 2016. <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/22680/1/TESIS%20DE%20EDUARDO.pdf>.
 55. López, Albertini. Circured. *Pancreatitis aguda*. [En línea] Marzo de 2012. <http://files.sld.cu/cirured/files/2012/03/pancreatitis.pdf>.
 56. Oviedo, Yaqueline. PANCREATITIS AGUDA, FACTORES DE RIESGO Y COMPLICACIONES EN PACIENTES DEL HOSPITAL ABEL GILBERT PONTÓN, AÑO 2014. *PANCREATITIS AGUDA, FACTORES DE RIESGO Y COMPLICACIONES EN PACIENTES DEL HOSPITAL ABEL GILBERT PONTÓN, AÑO 2014*. Guayaquil, Guayas, Ecuador : s.n., 2014.
 57. Lizarazo, Jorge. Asociación Colombiana de Gastroenterología. *Fisiopatología de la pancreatitis aguda*. [En línea] 20 de Mayo de 2008. <http://www.gastrocol.com/file/Revista/v23n2a11.pdf>.
 58. Oviedo, Jaqueline. *Pancreatitis aguda, factores de riesgo y complicaciones en pacientes del Hospital Abel Gilbert Portón, año 2014*. Guayaquil, Guayaquil, Ecuador : s.n., 2014-2015.
 59. De León, Manuel, y otros. Diagnóstico y tratamiento de la pancreatitis aguda grave. *Revista de la Asociación Mexicana de Medicina Crítica y Terapia Intensiva*. [En línea] Junio de 2003. <http://www.medigraphic.com/pdfs/medcri/ti-2003/ti033c.pdf>.
 60. Niveló, Gladys, Ojeda, Luis y Orellana, Tania. *Prevalencia y Carracterísticas clínicas de la Pancreatitis Aguda en el Hospital Vicente Corral Moscoso, durante el periodo 2007-2011.Cuenta*. Cuenca : s.n., 2013.
 61. *Pancreatitis aguda grave: curso clínico, manejo y factors asociados con la mortalidad*. Díaz, Catalina, y otros. 2012, Revista Colombiana de Cirugía, pág. 286.

ANEXOS

Anexo 1. Oficio de aceptación de ingreso del estudio en el Hospital San Vicente de Paúl.



CARRERA DE ENFERMERÍA

Ibarra, 16 de Junio del 2017

Doctor.
Lyther Reyes

GERENTE GENERAL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL.

Estimado Doctor:

Por medio de la presente solicito muy comedidamente, se autorice a la Señorita: **Panamá Chicaiza Leslie Jhajayra**, con C.I 1501174120, Estudiante de la Carrera de Enfermería de la Universidad Técnica del Norte para realizar la recopilación de datos y acceso a las Historias clínicas de los pacientes para la elaboración de tesis de grado cuyo tema es: **"Causas e Incidencia de Pancreatitis Aguda en pacientes atendidos en el Servicio de Cirugía del Hospital San Vicente de Paúl, Periodo 2016-2017"** previo a la obtención del título de Licenciada en Enfermería, para fines académicos.

Los datos obtenidos, con las conclusiones y recomendaciones producto de esta tesis, serán socializados en la Unidad de Salud.

Atentamente,
"CIENCIA Y TÉCNICA AL SERVICIO DEL PUEBLO"


Msc. Maritza Alvarez
COORDINADORA
ENFERMERÍA

HOSPITAL
SAN VICENTE DE PAUL
GERENCIA GENERAL

COORDINADOR GENERAL

UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
COORDINACIÓN CARRERA ENFERMERÍA
IBARRA - ECUADOR

Visión Institucional

Instituto al desarrollo educativo, científico, tecnológico, socioeconómico y cultural de la región norte del país. Formar profesionales críticos, humanistas y éticos comprometidos con el cambio social.

Ciudadela Universitaria Ibarra
Teléfono (06) 2 953-851 Cost
(06) 2509-420 2640-811 Fax
E-mail: utn@utn.edu.ec
www.utn.edu.ec

Anexo 2. Acuerdo de confidencialidad del Hospital San Vicente de Paúl.

Revista de Salud Pública
HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL

ACUERDO DE CONFIDENCIAL

Contraeocen en la celebración del presente Acuerdo de Confidencialidad, por una parte el Hospital San Vicente de Paúl - Ibarra representado por el Dr. Lyther Reyes López, Gerente Hospitalario, a quien en adelante se le denominará REVELADOR, y por otra parte *[Nombre del Revelador]* con cedula de identidad *[Número de Cédula]*, estudiante de la carrera de *[Carrera]* de la Universidad *[Universidad]* a quienes en adelante se le denominará RECEPTOR. El suscriptor del presente acuerdo se compromete a mantener la confidencialidad en relación a toda la documentación e información obtenida en el proceso de *[Descripción de la Investigación]* en el Hospital San Vicente de Paúl - Ibarra y declara que está de acuerdo y se sujeta a las siguientes cláusulas y condiciones:

CONSIDERACIONES:

Debido a la naturaleza del trabajo, se hace necesario que se maneje información confidencial perteneciente a pacientes del Hospital San Vicente de Paúl - Ibarra que no debe alcanzar el dominio público, de ahí que debe guardarse confidencialidad, entendiéndose que el incumplimiento de cualesquiera de las obligaciones que consten en presente documento, intencionalmente o por negligencia, podrían implicar en su caso, las sanciones de tipo legal vigentes por lo que se procede a establecer y regular las condiciones en las que se produce la divulgación de la información, el procedimiento que regirá la custodia y no transmisión a terceros de la información entregada por el Hospital San Vicente de Paúl-Ibarra y las obligaciones y responsabilidades que las partes suscriben en el marco de este Acuerdo.

ANTECEDENTES:

El Hospital San Vicente de Paúl-Ibarra es una Institución pública sujeta al cumplimiento estricto de las normas legales establecidas en las distintas leyes, reglamentos y mandatos vigentes en la legislación ecuatoriana; en el citado contexto le serán de aplicación los siguientes preceptos legales: de conformidad al Art. 362 de la Constitución de la República; en el Reglamento para el Manejo de Información Confidencial en el Sistema Nacional de Salud expedido mediante Acuerdo Ministerial No. 5216-A del Ministerio de Salud Pública, que establece las condiciones operativas de la aplicación de los principios de manejo y gestión de la información confidencial de los pacientes especialmente en el Art. 7 que (*por documentos que contienen información de salud se entiende: historias clínicas, resultados de exámenes de laboratorio, imágenes médicas y otros procedimientos, tarjetas de registro de atenciones médicas con indicación de diagnóstico y tratamientos, siendo los datos consignados en ellos confidenciales y la autorización para el uso de estos documentos nace solamente de la potestad privativa del/a representante legal*); en concordancia con lo dispuesto en la Ley de Derechos y Amparo al Paciente Art. 4; en concordancia con el Art. 7 literal f) de la Ley Orgánica de la Salud; así como con el Art. 6 de la Ley de Transparencia y el Derecho a la Información; y, lo establecido en el Art. 6 de la Ley del Sistema Nacional de Registro de Datos Públicos.

Con fecha *[Fecha]* de *[Mes]* de *[Año]*, mediante oficio S/N, el señor/a *[Nombre]*, participantes en el proyecto de investigación, solicitan se autorice la realización de la *[Descripción de la Investigación]* en el Hospital San Vicente referentes a *[Temática de la Investigación]*.

Con fecha *[Fecha]* de *[Mes]* de *[Año]*, el Dr. Lyther Reyes López Reyes Gerente Hospitalario, autoriza la realización de la investigación referente a *[Temática de la Investigación]* en el Hospital San Vicente de Paúl - Ibarra.



Ministerio de Salud Pública

HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL - I

Quinta.- Duración De Acuerdo De Confidencialidad

El deber de confidencialidad perdurará incluso después de finalizada la actividad del establecimiento de salud, la vinculación profesional o el fallecimiento del titular de la información y se extiende a toda persona que intervenga en su elaboración o que tenga acceso a su contenido, incluyéndose este último responsable de todo incumplimiento referido en este Acuerdo. La obligación de confidencialidad deberá prevalecer también tras la terminación del acuerdo.

Sexta.- Derechos de Propiedad

Toda información intercambiada es de propiedad exclusiva de la parte de donde proceda. Bajo la solicitud del Revelador, toda o cualquier porción de la información (que incluye pero no está limitada a las copias, notas, resúmenes, o abstractos de cualquier información ya sea en forma impreso o electrónica) será devuelta prontamente al Revelador y el Recibidor proveerá al Revelador una certificación por escrito en la que se declarará que dicha información fue devuelta.

Séptima.- Validez y Perfeccionamiento

El presente Acuerdo requiere para su validez y perfeccionamiento la firma de las partes

Octava.- Aceptación de las partes

Las partes libre, voluntaria y expresamente declaran que conocen, entienden y acuerdan regirse por sus términos y condiciones.

Novena.- Jurisdicción

Las partes acuerdan someter toda controversia que surja con motivo de este convenio, que no pueda ser solucionada de manera amigable, a los Jueces y Tribunales de lo civil de la ciudad de Iquitos que sancionan la violación de secreto y confidencialidad.

Y en señal de expresa conformidad y aceptación de los términos recogidos en el presente Acuerdo, lo firman las partes en tres originales del mismo tenor y a un solo efecto

Iquitos, a los días del mes de de 201.....


Dr. Lythel Reyes López
GERENTE HOSPITALARIO
"HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL - I"


.....
CC.- 450 1474 120

Anexo 3. Formato de la ficha de recolección de datos de las historias clínicas.



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

“Causas e Incidencia de Pancreatitis Aguda en pacientes atendidos por el Servicio de Cirugía del Hospital San Vicente de Paúl, Periodo 2016-2017.”

Características Genereales

Historia clínica: _____

Días de Hospitalización: _____

Procedencia: _____

Área de hospitalización: _____

Sexo: Masculino ()

Femenino ()

Edad:

- De 10 a 19 años ()
- De 20 a 39 años ()
- De 40 a 64 años ()
- Más de 65 años ()

Estado civil:

- Soltero/a ()
- Casado/a ()
- Divorciado/a ()
- Viudo/a ()
- Unión libre ()

Nivel de escolaridad:

- Primaria ()
- Secundaria ()
- Técnico ()
- Superior ()
- Ninguno ()

Profesión:

- Estudiante ()
- Comerciante ()
- Agricultor ()
- Jornalero ()
- Albañil ()
- Empleado/a doméstico ()
- Otro ()

Cual: _____

Etnia:

- Mestizo/a ()
- Blanco/a ()
- Mulato/a ()
- Montubio/a ()
- Indígena ()
- Afro ecuatoriano ()
- Otro/a ()

Factores de riesgo asociados al diagnóstico de Pancreatitis aguda

- Consumo de alcohol:
 - Abstemio ()
 - Moderado o social ()
 - Excesivo ()
 - Alcohólico ()
- Consumo de tabaco:
 - Negativo ()
 - Hedonista ()
 - Crónico ()
 - Pasivo ()
 - Drogodependiente ()
- Alimentación: ()

Presentación clínica:

- Dolor abdominal ()
- Náusea ()
- Vómito ()
- Distensión abdominal ()
- Fiebre ()
- Ictericia ()
- Otro ()

Etiología:

- Etiología Biliar ()
- Etiología Alcohólica ()
- Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) ()
- Etiología Traumática ()
- Etiología Gástrica ()
- Otras etiologías ()

Nombre del investigador responsable: _____

Anexo 4. Guía educativa prevención de pancreatitis aguda.



Portada de la Guía educativa de prevención de Pancreatitis Aguda diseñada.

Anexo 5. Servicio de Estadística del Hospital San Vicente de Paúl.



Servicio de Estadística – Identificación de bloques de historias clínicas ordenadas respectivamente.



Servicio de Estadística – Identificación de bloques de historias clínicas.

Anexo 6. Búsqueda y revisión de historias clínicas.



Señorita Leslie Panamá realizando la búsqueda de historias clínicas que participaron en la investigación.



Señorita Leslie Panamá revisando la historia clínica, recopilando los datos necesarios con la ficha de recolección.

Anexo 7. Entrega de Artículo Científico en el Servicio de Cirugía.



Señorita Leslie Panamá realizando la entrega del artículo científico a la líder del servicio de Cirugía-Lic.Miriam López



Señorita Leslie Panamá realizando la entrega de la guía educativa de prevención de pancreatitis aguda a la líder del servicio de Cirugía-Lic.Miriam López

Anexo 8. Entrega de la guía educativa en el Servicio de Cirugía.



Señorita Leslie Panamá realizando la entrega de la guía educativa a un paciente con un diagnóstico médico de pancreatitis aguda.



Paciente y familiar con la guía educativa.

CAUSES AND INCIDENCE OF ACUTE PANCREATITIS IN PATIENTS SEEN BY THE SURGERY SERVICE OF SAN VICENTE DE PAUL HOSPITAL, 2016-2017.

AUTHOR: Leslie Jhajayra Panamá Chicaiza

DIRECTOR:. María Fernanda Valle Msc

MAIL: lesliejpch@gmail.com

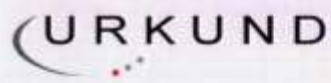
SUMMARY

The incidence of acute pancreatitis worldwide has gradually increased over the course of time by different causes, since it is a health problem that with a proper, efficient and timely handling is possible control. This study had as objective to determine the causes and incidence of acute pancreatitis in patients seen by the surgery service at the “San Vicente de Paul” Hospital, this research had a quantitative- non experimental design, of a descriptive and longitudinal type. The sample was composed by 104 patients with a medical diagnosis of acute pancreatitis. The revision of the clinical histories was carried out with a datasheet, obtaining the following results: the incidence of acute pancreatitis in this health centre in the year 2016 was of 4 cases per 1,000 patients admitted, with 4,87 cases per 1.000 patients admitted to the surgery service during the year 2017, the most affected age group by this pathology was of 20 to 39 years (44,68%), being in a higher percentage of female sex, the main etiology was of biliary type (74,47%), among the risk factors were lifestyles, as it was found that 80,85% are sedentary. The educational guide, emphasizes in improving eating habits and acquiring a healthy lifestyle.

Key words: Acute pancreatitis, incidence, etiology and risk factors.

Victor Rodríguez
1715496129
Prof. Rodríguez





Urkund Analysis Result

Analysed Document:	TESIS COMPLETA y MODIFICADA.docx (D36734516)
Submitted:	3/20/2018 10:39:00 AM
Submitted By:	jhajita@hotmail.com
Significance:	21 %