

Universidad Nacional de la Amazonía Peruana

Facultad de Medicina Humana

“RAFAEL DONAYRE ROJAS”



Título:

**MORBIMORTALIDAD EN LA UNIDAD DE CUIDADOS  
INTENSIVOS QUIRÚRGICA DEL HOSPITAL REGIONAL DE  
LORETO FELIPE ARRIOLA IGLESIAS EN LOS MESES  
AGOSTO 2014-ENERO DEL 2015**

**Tesis para: OPTAR EL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO**

**Presentado por el Bachiller:**

**EVELYN NATHALÍ, MORALES DALL'ORSO**

**ASESOR:**

**DR. ERNESTO, SALAZAR SANCHEZ**

**REGION LORETO**

**IQUITOS – PERÚ**

**2015**

## INDICE

ÍNDICE DE CONTENIDO	2
ÍNDICE DE TABLAS	4
ÍNDICE DE GRÁFICOS	5
DEDICATORIA	6
AGRADECIMIENTO	7
RESUMEN	8
ABSTRACT	10
CAPÍTULO I	
1. INTRODUCCIÓN	13
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
3. JUSTIFICACIÓN	17
4. OBJETIVOS	19
CAPÍTULO II	
5. MARCO TEÓRICO	21
6. TÉRMINOS OPERACIONALES	40
7. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	43
8. HIPÓTESIS	46
CAPÍTULO III	
9. METODOLOGÍA	48
1. Tipo de Estudio y Diseño de Investigación	48

2. Población y Muestra	48
3. Técnicas e Instrumentos	49
4. Análisis de Datos	50
5. Limitaciones de la Investigación	50
6. Ética de Investigación	50

#### CAPÍTULO IV

<b>10. RESULTADOS</b>	52
<b>11. DISCUSIÓN</b>	70
<b>12. CONCLUSIONES</b>	77
<b>13. RECOMENDACIONES</b>	78

#### CAPÍTULO V

<b>14. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	79
<b>15. ANEXOS</b>	82
Anexo 1: Formulario sobre Morbimortalidad en UCI Quirúrgica	82

## INDICE DE TABLAS

Tabla N° 01: Características Sociodemográficos de los pacientes	52
Tabla N° 02: Diagnósticos de Ingreso de pacientes	60
Tabla N° 03: Tiempo de estancia hospitalaria de pacientes	62
Tabla N° 04: Comorbilidad de pacientes	64
Tabla N° 05: Estado de Egreso de pacientes	66
Tabla N° 06: Estado de Egreso según diagnostico en los pacientes	68

## ÍNDICE DE GRÁFICAS

Gráfico N° 01: Distribución según edad de los pacientes	55
Gráfico N° 02: Distribución según sexo de los pacientes	56
Gráfico N° 03: Distribución según estado civil de los pacientes	57
Gráfico N° 04: Distribución según ocupación de los pacientes	58
Gráfico N° 05: Distribución según grado de instrucción de los pacientes	48
Gráfico N° 06: Diagnósticos de Ingreso de pacientes	61
Gráfico N° 07: Distribución según tiempo de estancia hospitalaria de Pacientes	63
Gráfico N° 08: Comorbilidad de pacientes	65
Gráfico N° 09: Distribución según estado de Egreso de pacientes	67

## **DEDICATORIA**

**Al señor Dios,** Gracias por darme fuerzas para seguir realizando lo que muchas veces pensaba que sólo eran sueños.

### **A mis queridos Padres**

**Raúl,** eres y serás siempre mi superhéroe, gracias por apoyarme y darme tu amor, te amo papá. **Lorena,** como tu mamá no hay dos, luchadora y siempre dándolo todo por nosotros, te amo mamá. Sin su ayuda nunca hubiera podido lograrlo.

### **A mis Abuelos**

**Delia,** siempre fui una hija más tuya, me distes tu amor y me cuidaste desde niña, gracias por tus enseñanzas. Te amo mamá  
**Fermín y Doris,** desde lejos allá en nuestra querida tierra, siempre dándome fuerzas para seguir adelante.

## **RECONOCIMIENTO**

A mi Asesor **Dr. Ernesto Salazar Sánchez** gracias por su valiosa colaboración y orientaciones, gracias por ser parte de todo este trabajo.

## RESUMEN

- **Objetivo:** Determinar la Morbimortalidad de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional de Loreto en los meses de Agosto 2014 – Enero 2015. **Materiales y Métodos:** Estudio Descriptivo, Retrospectivo, No experimental. Se revisaron 161 historias clínicas que corresponde a pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos. **Resultados:** El grupo etéreo que predominó fue de 21-30 años (25.5%), el sexo masculino presento mayor porcentaje (67.7%), El estado civil que predominó fue conviviente 42.2% y el 37.3% son solteros. Procedencia rural 61.5% y el 38.5% son de procedencia urbana. El grado de instrucción predominó secundaria (49.7%) y primaria 38.5%. Los diagnóstico de ingreso de mayor importancia fueron: Traumatismo encefalocraneano (50.3%), politraumatismo (12.4%), hemorragia subaracnoidea (9.9%), traumatismo vertebro medular (8.1%), entre otros. El promedio del tiempo estancia hospitalaria fue de 7.11 días (DE: 5.690). Las comorbilidades fueron: HTA 11.8%, los demás no presentaron ningún tipo de comorbilidad (86.3%). El estado de egreso fue: condición vivo (87.6%), condición muerta (12.4%). Estado de egreso según diagnóstico de ingreso: Traumatismo encefalocraneano (90,1%) salieron de alta vivos, mientras que (9,9%) fallecidos. politraumatizados (95,0%) egresaron vivos y 5,0% fallecidos. Traumatismo vertebro medular (92,3%) egresaron vivos y 7,7% fallecidos. Hemorragia



subaracnoidea (62,5%) egresaron vivos y 37,5% fallecidos. Hemorragia intraparenquimal 100% fallecieron. Hematoma Subdural y Hematoma Epidural (100%) egresaron vivos. Peritonitis (100%) fueron dados de alta vivos. Trauma Abdominal (100%) fueron dados de alta vivos. Obstrucción Intestinal (77,8%) egresaron vivos y fallecidos (22,2%). Aquellos pacientes que ingresaron con otros diagnóstico y egresaron vivos (89,7%) y fallecidos (10,3%). **Conclusiones:** Se encontró que la morbimortalidad es relativamente baja en la Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgica,

Palabras clave: Mortalidad, Morbilidad, UCI Quirúrgica.

## ABSTRACT

**Objective:** To determine the Intensive Care Unit Morbimortality of the Loreto Regional Hospital from August 2014 to January 2015.

**Materials and Methods:** A Descriptive Study, Retrospective, Not experimental. 161 medical histories corresponding to patients admitted to the ICU were reviewed. **Results:** The predominant age group was 21-30 years (25.5%), males had higher percentage (67.7%) Marital status that prevailed was cohabitant 42.2% and 37.3% are single. Rural origin 61.5% rural and 38.5% are from urban areas. The secondary level Education predominated (49.7%) and 38.5% primary. The admission diagnosis of major importance were: head trauma (50.3%), multiple trauma (12.4%), subarachnoid hemorrhage (9.9%), and spinal cord trauma (8.1%), among others. The average length of hospital stay was 7.11 days (DE: 5.690). Comorbidities were: hypertension 11.8%, the others did not present any comorbidity (86.3%). The state of discharge was: alive condition (87.6%), dead condition (12.4%). State of discharge as admission diagnosis: encephalocranial trauma (90.1%) were discharged alive, while (9.9%) died. Multiple trauma (95.0%) discharged alive and 5.0% deceased. Vertebro cord trauma (92.3%) discharged alive and 7.7% deceased. Subarachnoid hemorrhage (62.5%) discharged alive and 37.5% deceased. 100% intraparenchymal hemorrhage died. Epidural

Hematoma and Subdural Hematoma (100%) discharged alive. Peritonitis (100%) were discharged alive. Abdominal Trauma (100%) were discharged alive. Intestinal obstruction (77.8%) discharged alive and deceased (22.2%). Those patients admitted with other diagnosis and discharged alive (89.7%) and dead (10.3%). **Conclusions:** We found that the morbimortality is relatively low in the Surgical Intensive Care Unit.

**Keywords:** Mortality, Morbidity, Surgical ICU.

## **CAPITULO I**

## **1. INTRODUCCION**

La medicina del enfermo en estado crítico, es una especialidad de reciente integración que se orienta a la atención de enfermos con alteraciones fisiopatológicas agudas y graves que comprometen la vida y que son potencialmente reversibles.

De acuerdo con los institutos nacionales de salud de Estados Unidos, los cuidados intensivos se caracterizan por una actividad multidisciplinaria enfocada a los enfermos que se encuentran con trastornos de sus funciones vitales o en riesgo de desarrollarlos debido a la falla de uno o más sistemas.

El ejercicio de la medicina intensiva se fundamenta en la integración sistematizada de conocimientos, habilidades y destrezas en un entorno organizacional que requiere espacio, personal y recursos tecnológicos.

## 2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Debemos entender que la medicina intensiva o cuidados intensivos es la parte de la medicina que se ocupa de los enfermos con una alteración fisiopatológica de tal gravedad que pone en peligro su vida, actual o potencialmente, siempre que el proceso sea reversible. Así, los enfermos candidatos a ingreso en cuidados intensivos serían el enfermo agudo y el paciente crónico con componentes agudos para los que existen terapéuticas eficaces que permiten reintegrarlo a una vida de calidad aceptable. No sería susceptible de ingreso el paciente terminal cuyo proceso patológico causará la muerte en un plazo de tiempo corto y previsible, salvo que por su condición de donante se requiera la preservación de sus órganos en beneficio de terceros.

(1)

Sería interminable enumerar las entidades clínicas que conducen a considerar que un paciente presenta estado crítico. En consecuencia, y de modo general, puede decirse que es aquel enfermo que, independientemente de la causa que lo lleve a buscar atención médica, tiene una disfunción orgánica única o múltiple que pone en peligro su vida, por lo que requiere vigilancia o tratamiento complejo. Los pacientes más necesitados son aquellos con deterioro de la función respiratoria o hemodinámica,

daños del medio interno, estado neurológico precario, operaciones complejas, entre otros. (2)

Las unidades de terapia o (cuidados intensivos fueron creadas en el decenio de 1950 para atender a enfermos que necesitaban ventilación mecánica por poliomielitis o que se recuperaban de la anestesia. En la actualidad las unidades en cuestión se definen por su capacidad de poseer el entorno, las instalaciones y el personal que atiende a enfermos muy graves. Las unidades de terapia intensivas pueden tener una orientación general y tratar a pacientes graves de muy diversos tipos, o bien, ser especializadas y aceptar únicamente categorías específicas de enfermos, con base en el tipo de padecimiento o enfermedad. (3)

En Estados Unidos se considera que más de la mitad de la población ingresará en una unidad de cuidados intensivos (UCI) a lo largo de su vida y que un porcentaje importante fallecerá en estas unidades, consumiendo entre el 0,5 y el 1% del producto interno bruto del país. (4) Ingresan anualmente más de 4 millones de enfermos en Unidades de Cuidados Intensivos, con una mortalidad estimada en UCI del 8-10% (entre 400.000 y 500.000 fallecidos cada año). Aunque la especialización en Medicina Intensiva existe desde 1986, solo el 10% de sus hospitales tienen una cobertura suficiente de intensivistas, que supervisen o se hagan cargo del cuidado de los enfermos críticos. Actualmente existen en Estados Unidos 5.500 intensivistas y se están formando otros 600, estimándose que serían necesarios en un

número de 30.000 para cubrir todas las Unidades de Cuidados Intensivos del país, lo que supondría una inversión muy importante. (5)

En la Unidad de Cuidados Intensivos Hospital Edgardo Rebagliati Martins, actualmente cuenta con 64 camas, con este incremento de camas, en forma proporcional aumentaron los egresos anuales de 400 en 1993 a 2517 el 2007, con respecto a la edad promedio de los pacientes, hay un aumento de la edad de los pacientes, se atienden pacientes de más de 62 años. El Servicio de procedencia muestra una preferencia de ingreso a los pacientes de Emergencia (44%) seguido de los Servicios de Cirugía (30%) y Medicina (22%). (6). En la actualidad existen pocos trabajos sobre Morbimortalidad en la Unidad de cuidados Intensivos en el servicio de Medicina pero no tenemos información sobre cuál es la Morbimortalidad en la Unidad de cuidados intensivos quirúrgica. Por lo que el presente estudio permitirá describir la morbilidad de los pacientes que ingresan a la UCI quirúrgica, además de caracterizar epidemiológicamente a los pacientes, los diagnósticos de ingreso, así como también el estado de egreso del paciente y de esta forma aportar información actual procedente de un hospital de tercer nivel con gran afluencia de pacientes como lo es el Hospital Regional de Loreto, centro hospitalario referencial y de mayor complejidad en la región Loreto.



Por lo cual nos hacemos la siguiente pregunta de investigación:

**¿CUAL ES LA MORBIMORTALIDAD EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS QUIRÚRGICA DEL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO EN LOS MESES AGOSTO 2014 - ENERO 2015?**

**3. JUSTIFICACIÓN**

Los cuidados intensivos son una práctica dinámica y excitante de la medicina. Con sus raíces en la reanimación de pacientes moribundos, el cuidado crítico ejemplar proporciona respuesta terapéutica rápida a la falla de órganos vitales, para ello utiliza protocolos estandarizados y eficaces como los apoyos avanzados vitales para afecciones cardíacas o traumatismos. Otros individuos graves que requieren reanimación menos urgente son vulnerables a la insuficiencia orgánica múltiple y se benefician de la prevención o el cuidado graduado de la disfunción de cada órgano siguiendo los principios para restablecer la fisiología normal. (7)

Constituyen el primer eslabón en la atención de muchos pacientes con problemas de salud importantes, lesiones graves y enfermedades en estado crítico, son centros donde se aportan conocimientos y habilidades para la producción de recursos humanos en salud y el nivel de atención especializada que se ofrece, unido al alto grado de la tecnología que se emplea en el

trato a los pacientes hace que sean las unidades más costosas del sistema de salud. (7)

El personal que labora en las unidades de cuidados intensivos (UCI) trata de realizar un mejor enfoque del diagnóstico y el tratamiento de este afectado en estado crítico, para evitar su muerte, que según refiere Cook, William James llamó “el gusano en el corazón de las pretensiones de la felicidad del hombre”. (8)

Por otra parte, la utilización de indicadores asistenciales en las mencionadas unidades, permite evaluar la eficacia de la labor que se realiza y la calidad en la prestación de los servicios. De igual manera, los resultados de dicha asistencia han sido frecuentemente valorados en estudios de morbilidad y de mortalidad, en los cuales la mortalidad ha sido definida como el primer marcador asistencial en la práctica médica. (9) Diferentes estudios señalan que los índices de morbilidad y mortalidad se modifican según el tipo de unidad: quirúrgica, coronaria o polivalente. (10) (11)

Motivados por su importancia nos propusimos realizar un estudio con el objetivo de caracterizar algunos factores que identifican morbilidad y mortalidad en nuestra unidad.

## **4. OBJETIVOS**

### **4.1 Objetivo General:**

- Caracterizar la morbilidad y mortalidad en la unidad de cuidados intensivos quirúrgica del Hospital Regional de Loreto en los meses Agosto 2014 – Enero 2015.

### **4.2 Objetivos Específicos:**

- Describir el comportamiento de la población según las variables siguientes: SOCIODEMOGRÁFICAS (edad, sexo, estado civil, ocupación, procedencia, grado de instrucción)
- Identificar los principales diagnósticos de ingreso.
- Determinar la estancia hospitalaria y comorbilidades.
- Determinar el estado de egreso de los pacientes.

## Capítulo II

## **5. MARCO TEÓRICO:**

### **5.1 Antecedentes**

a. López Águila S.C y Col. (2000). Cuba.

Objetivo. Determinar los factores de riesgo de la mortalidad de los pacientes quirúrgicos graves. Material y métodos. Se incluyó a los 211 pacientes operados, independientemente del tipo de intervención quirúrgica practicada, que ingresaron durante el período de tiempo de un año en la unidad de cuidados intensivos (UCI). Se realizó un estudio de corte transversal, ambispectivo (retrospectivo en cuanto a las observaciones pre e intraoperatorias y prospectivo en cuanto a las observaciones en la UCI). Se analizaron variables correspondientes a las etapas pre, intra y postoperatoria. Se realizó un análisis univariado y se calculó el riesgo relativo con un intervalo de confianza (IC) del 95%. También se realizó un análisis multivariado calculándose la odd ratio (OR) ajustada, así como los intervalos de confianza del 95%. El punto final de la medición fue la mortalidad en la UCI. Resultados: Las variables que constituyeron factores de riesgo independientes para la mortalidad fueron: edad igual o mayor de 60 años (OR: 2,8; IC del 95%: 1,36-5,09), estado físico 5, según la clasificación de la American Society of Anesthesiologists (OR: 9,66; IC del 95%: 5,62-14,31), cirugía intracraneal para tratamiento del trauma craneoencefálico grave (OR: 5,33; IC del 95%: 3,08-9,47), shock hemorrágico intraoperatorio (OR: 5,20; IC del 95%: 4,16-8,29), hipotensión arterial intraoperatoria (OR: 4,0;

IC del 95%: 2,78-11,65), índice APACHE III en el momento del ingreso en UCI (OR: 9,29; IC del 95%: 3,62-21,38), síndrome de disfunción orgánica múltiple (OR: 7,96; IC del 95%: 3,73-13,92), y paro cardiorrespiratorio en la UCI (OR: 5,85; IC del 95%: 2,21-10,43). El índice APACHE III evidenció una elevada sensibilidad (87%) y valor predictivo positivo (96%). Conclusiones: Los pacientes quirúrgicos graves continúan siendo una causa importante de ingreso y mortalidad en la UCI. Las variables consideradas en el estudio fueron suficientes para explicar el desenlace final de los pacientes, por lo que se pudieron determinar los factores de riesgo para la mortalidad de los pacientes quirúrgicos admitidos en la UCI. (12).

b. Reátegui Duarte Luis Enrique (2003). Iquitos.

Determinar algunos aspectos epidemiológicos de las unidades de cuidados intensivos del Hospital Regional de Loreto (HRL) y Hospital III-ESSALUD, Enero a Diciembre del 2002; comparando algunos aspectos epidemiológicos como algunos aspectos sociodemográficos, motivo de ingreso más frecuente, reingresos a la unidad, complicaciones infecciosas, servicio de donde procede el paciente, mortalidad básica y final, la edad promedio en el HRL fue de 47.7 años de edad, mientras que para el Hospital III ESSALUD fue de 55.9 años. El grupo de edad que egresa con mayor frecuencia de las UCI de ambos hospitales son los de 60 a más años. El sexo masculino (51.3%) fue más frecuente que el

sexo femenino (48.7%). El 83.1% de los egresados de UCI son referidos del servicio de emergencia, seguido de los que son referidos de medicina (13,9%). El principal motivo de ingreso a la UCI del HRL fueron los casos de Diabetes Mellitus descompensada (10%) seguido de Malaria Falciparum con complicaciones (8.1%). El principal motivo de ingreso a la UCI del Hospital III ESSALUD fueron los casos de ICC (12.3%) seguido de los casos de HDA (10.8%), el principal diagnóstico de egreso de las UCI's de ambos hospitales fueron los casos de ICC (9.9%) seguidos de HDA (7.5%), Malaria grave complicada (7.3%), ECV/ACV (5.9%) y Diabetes Tipo 2 descompensada (5.9%). La principal morbilidad asociada en los pacientes egresados en el HRL fue la hipertensión arterial (63.5%) seguido de Diabetes Mellitus tipo 2 (27.8%). La principal morbilidad asociada en los pacientes egresados en el Hospital III ESSALUD fue la Hipertensión arterial (63.7%) seguido de Diabetes Mellitus tipo 2 (18.5%). La tasa de reingreso en las UCI's de ambos hospitales es de 5.2 reingreso por cada 100 egresos. Los casos de ECV/ACV (18.2%) fueron la causa básica de muerte más frecuente en la UCI de HRL, seguido de los casos de neumonía (18.2%) y sepsis (11.4%). Los casos de Hipertensión arterial y Neumonía (28.6%) fueron la causa básica de muerte más frecuente en la UCI del Hospital III ESSALUD. (13)

c. Gómez Meneses Raúl Mauricio y Col. (2006). Bucaramanga.

Factores de Riesgo asociado a la Mortalidad Quirúrgica UCI.

Materiales y métodos: estudio analítico tipo cohorte prospectivo, segunda fase de un estudio previo realizado en el HURGV-HUS durante el periodo comprendido entre Mayo y Febrero de 2006.

Todos los pacientes mayores de 12 años a quienes se le realizaron procedimientos de cirugía general, tanto electiva como de urgencia, bajo anestesia general o regional y que requirieron hospitalización en UCI en el post-operatorio.

Resultados: Se ingresaron a UCI 93 pacientes en post-quirúrgico inmediato de procedimientos de cirugía general. La edad promedio fue de 45,38, con rangos entre 13 y 96 años. El 30,11% de los pacientes fueron mujeres. Presentaban politrauma el 26,88% de los pacientes. El 54,84% de los pacientes tenían una cirugía calificada como infectada. El 31,18% de los pacientes presentaba shock en el momento del ingreso a UCI. Se presentaron otras características pre-quirúrgicas y de cuidado crítico de los pacientes. La mortalidad general fue del 33,33%, de la cual más de la mitad fue dentro de la UCI y el resto se dividió entre mortalidad hospitalaria fuera de UCI y mortalidad externa. Se encontraron valores de predicción de mortalidad de POSSUM Y P-POSSUM notablemente más altos de lo observado.

Conclusiones: No se encontró una adecuada predicción de la mortalidad global por los índices evaluados. Sin embargo se lograron determinar factores de riesgo de mortalidad



suficientemente significativos que permitirán futuras intervenciones para mejorar dichas cifras. (14)

d. Ferreira F.J y Col. (2007). Paraguay.

Evaluación de pacientes quirúrgicos en cuidados intensivos. Objetivo: Evaluar mortalidad de pacientes quirúrgicos en Cuidados Intensivos. Material y métodos: evaluación retrospectiva desde enero/2002 a abril/2003. Variables estudiadas: edad, sexo, comorbilidades, tipo de cirugía, cirugías urgentes o programadas, McCabe, APACHE II, IGS II, fallas orgánicas, duración de ventilación mecánica(VM) y líneas centrales(VVC); albuminemia, inotropicos, complicaciones especialmente infecciosas, internación y mortalidad. Las variables significativas por estudio univariado fueron a análisis multivariado. Resultados: 169 pacientes evaluados, mayoritariamente hombres (60.9%)(n=103). 67.5%(n=114) presento comorbilidades, especialmente Hipertensión(32.5%)(n=37). Predominaron cirugías abdominales (46.7%) (n=79) y programadas (61%) (n=103). McCabe >1 en 56.8%, APACHE II de 15.2 e IGS II de 30.6. 50.2% tuvo  $\geq 2$  fallas orgánicas, 52.7% requirió inotropicos, 69.8% VM y 79.9% VVC. 44.4% presento complicaciones, especialmente infecciosas (54.7%) (n=41). Albuminemia alcanzó 2.23mg/dl y OMEGA 77.4. Internación promedio 5.97 días y mortalidad de 30.2%. Variables

significativas: APACHEII >5( $p < .002$  OR 19.1),  $\geq 2$  fallas orgánicas ( $p < .02$  OR 119.5) y complicaciones ( $p < .0000001$  OR 5.5). (15)

e. Lic. Olga Lidia Figueredo Maldonado. (2010). Venezuela.

Con el objetivo de caracterizar la morbilidad y mortalidad en la unidad de cuidados intensivos en la Clínica Popular “Simón Bolívar” durante el año 2007. Se realizó un estudio descriptivo, transversal, retrospectivo. Las variables estudiadas fueron: edad, sexo, especialidad de procedencia, diagnóstico al ingreso, principales complicaciones presentadas, uso de ventilación artificial, uso de catéter venoso central, empleo de antibiótico, estadía hospitalaria y estado al egreso. Fueron incluidos los 165 pacientes que ingresaron en la unidad durante el periodo. Se obtuvo que la edad promedio de los pacientes fue de 42.7 años, el 53.3% eran del sexo masculino, el 33.3% procedieron del servicio de medicina interna, el abdomen agudo se presentó en el 15.1% de los pacientes ingresados, en el 24.2% se constató alteraciones del equilibrio hidroelectrolítico, Se usó ventilación artificial en el 43.0% de los enfermos, el 72.7% de los pacientes permanecieron ingresados en la unidad por más de 72 horas, egresaron vivos el 86.1% de los pacientes. Se concluye que hubo predominio de los pacientes jóvenes y del sexo masculino. Medicina interna resultó ser la especialidad que más pacientes aportó. Los diagnósticos principales al ingreso fueron: abdomen agudo 15.1%, trauma craneoencefálico 13.3 y enfermedad cerebrovascular 11.5 %, cardiopatía isquémica 10.9 %, embarazo complicado 6.6 %,

politraumatizado 6.6%. Las principales complicaciones presentadas fueron: alteraciones hidroelectrolíticas, alteraciones del equilibrio acidobásico e insuficiencia respiratoria aguda. (16).

f. Vázquez Belizón Yoleinis Esperanza y Col.(2013) Cuba

Factores pronósticos de muerte de los pacientes quirúrgicos graves en cuidados intensivos polivalentes. Objetivo: Identificar los factores que influyen en el pronóstico de muerte de los pacientes quirúrgicos graves. Método: Se realizó un estudio observacional, analítico de cohorte abierta, en pacientes con afecciones quirúrgicas graves atendidos en la unidad de cuidados intensivos polivalentes (UCI) del hospital general universitario Carlos Manuel de Céspedes de Bayamo, Granma, desde el 1º de enero de 2011 hasta el 31 de diciembre de 2011. Resultados: Falleció el 30.1% de los pacientes estudiados. El 18.4% desarrolló disfunción de 2 o más órganos. La sepsis severa se presentó en el 38.8% de la muestra. En el análisis bivariado la sepsis severa incrementó el riesgo de morir en casi 27 veces (RR 26.6 IC 95% 12.19-28.63), el estado de desnutrición al ingreso aumento la probabilidad de muerte en 21.2 veces mayor (RR 21.2 IC 95% 6.64-67.7). Conclusiones: La sepsis grave constituyó el factor de mayor influencia independiente sobre la muerte en los enfermos con afecciones quirúrgicas graves, seguido por la desnutrición al momento del ingreso. (17)

## **5.2 Marco conceptual**

### **Historia**

El origen de la medicina intensiva, aunque no bien determinado, se inició en las guerras napoleónicas cuando los heridos en combate catalogados como graves, pero recuperables, eran evacuados del campo de batalla en carretones especiales dedicados exclusivamente a esta actividad. Posteriormente en la guerra de Crimea, Florence Nightingale agrupó a los heridos más graves en un área especial del hospital de campaña para que recibieran cuidados especiales. En la década de 1920, el doctor Walter Dandy agrupó en una sala especial a los enfermos neuroquirúrgicos graves para que fueran sometidos a una vigilancia estrecha. (18)

En la Segunda Guerra Mundial se desarrollaron las salas de choque y los servicios de recuperación posquirúrgica, antecedentes de las salas de cuidados intensivos, que se afinaron y especializaron aún más en las guerras de Corea y Vietnam, con los avances y conocimientos en ventilación mecánica, técnicas de reanimación, ventilación mecánica, monitoreo hemodinámico, reemplazo renal y el empleo de antibióticos. Para la década de 1950, la epidemia de polio hizo revolucionar la atención de los enfermos graves ya que sentó las bases de la ventilación mecánica continua y prolongada, el manejo de la vía aérea y una

serie de técnicas y procedimientos desarrollados específicamente para la atención de un subgrupo muy particular de enfermos. (18)

En 1958, el Hospital Johns Hopkins, en Baltimore, instauró el primer centro multidisciplinario de cuidados intensivos, en el que las 24 horas día médico y enfermeras se dedicaban al cuidado de los enfermos graves. A partir de la década de 1960 y siguiendo el modelo ya establecido, se fundaron las unidades del Hospital de Hammersmith, en Londres, y del Centro Médico de Cornell, en Nueva York. A partir de esta década el desarrollo de la especialidad y de las unidades fue vertiginoso en Estados Unidos de América y Europa. En nuestro país, en esa misma década, los doctores Alberto Villazón Sahagún y Víctor Pureco sentaron las bases para el desarrollo de la medicina intensiva y de las primeras unidades de cuidados intensivos (UCI). (18)

Las UCI se desarrollaron como áreas intrahospitalarias de mayor diferenciación funcional con personal médico, de enfermería y paramédico especializado y multidisciplinario que atiende las 24 horas del día y los 365 días del año y que se ayuda con equipos de monitoreo y de apoyo extracorpóreo. (18)

En el Perú a fines de la década del 40, en 1947, el Dr. Esteban D. Rocca Costa, Maestro de la Neurocirugía peruana crea la Unidad de Cuidados Intensivos Neuroquirúrgica en el Hospital Obrero del IPSS, actualmente Hospital "Guillermo Almenara Irigoyen", iniciándose por primera vez en el Perú el ejercicio de Especialidad de Medicina Intensiva, en este caso en la especialidad de

Neurocirugía. Posteriormente en el año 1968 y en este mismo Hospital se crea la Unidad de Control de Pacientes con Infarto de Miocardio, dirigido por especialistas cardiólogos. Fue en 1969 en que se gesta la formación de la primera Unidad de Cuidados Intensivos Polivalente, atendido por médicos que iniciaron su capacitación de intensivistas. Siendo su pionero el Dr. Salomón Zavala Sarrio, quien con el Auspicio de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) fundó la primera " Unidad de Cuidados Intensivos" en el Hospital Docente San Juan de la provincia Constitucional del Callao en Lima-Perú. (19)

### **Definición**

La Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) se define como una organización de profesionales sanitarios que ofrece asistencia multidisciplinar en un espacio específico del hospital, que cumple unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos, de forma que garantiza las condiciones de seguridad, calidad y eficiencia adecuadas para atender pacientes que, siendo susceptibles de recuperación, requieren soporte respiratorio o que precisan soporte respiratorio básico junto con soporte de, al menos, dos órganos o sistemas; así como todos los pacientes complejos que requieran soporte por fallo multiorgánico, La UCI puede atender a pacientes que requieren un menor nivel de cuidados. (20)

### **Modelo por diagnósticos:**

Este se basa en un listado de condiciones o enfermedades específicas que determinan admisiones apropiadas a las unidades de cuidados intensivos, en este caso Unidad de cuidados Intensivos Quirúrgicas, las principales patologías son:

a) **Traumatismo encefalocraneano (TEC):** Es la alteración de la función cerebral o alguna otra evidencia de patología cerebral, causado por alguna fuerza externa. Esta definición, realizada en el año 2010 en el Congreso Americano de Rehabilitación en Medicina, plantea un rango amplio de patologías que podrías encuadrar dentro de la definición de traumatismo craneoencefálico como son los siguientes eventos: (21)

- Impacto del cráneo por un objeto
- Impacto de un objeto contra el cráneo
- Fuerzas de aceleración y desaceleración sin impacto directo contra el cráneo
- Cuerpo extraño penetrando en el cráneo
  - Fuerzas generadas por explosión
  - Otras fuerzas no definidas.

b) **Hemorragia intraparenquimal (HIP)**

Es la colección hemática dentro del parénquima encefálico, producido por la rotura de una arteria o una arteriola cerebral, con o sin comunicación ventricular y/o a espacios subaracnoideos. Representa el 10-15% de todos los ictus. (22)

Según su topografía la HIC se puede clasificar en:

a) Supratentoriales

I. Hemisférica o lobar

II. Profunda

b) Infratentoriales

I. Troncoencefálica

II. Cerebelosa

**c) Hemorragia subaracnoidea (HSA)**

Es el volcado de sangre en el espacio subaracnoideo, donde normalmente circula líquido cefalorraquídeo (LCR). Puede ser de origen traumático o no (HSA espontánea), siendo la primera la más frecuente. (23)

La HSA traumática es la forma más común y se produce por la laceración de las venas o arterias corticales que atraviesan el espacio subaracnoideo, pero también puede resultar de contusiones o laceraciones corticales con extravasación de sangre en el espacio subaracnoideo. (23)

La causa más frecuente de HSA no traumática es la ruptura de un aneurisma sacular intracraneal (26–85%). Los pacientes restantes se incluyen bajo el patrón de hemorragia perimesencefálica no aneurismática (cerca del 10%) o en el grupo de varios trastornos raros (5%). En un grupo de pacientes (10–40%) no se llega a demostrar el mecanismo causal. (23)



#### **d) Hematoma Epidural**

Es una colección hemática en el espacio entre tabla interna del cráneo y duramadre. Tiene forma carticular o biconvexa de limbos nítidos sobre parénquima cerebral. Suele deberse a sangrado de arteria meníngea, la más frecuente es rotura de a meníngea media ocasionando, si la rotura es del tronco, un hematoma epidural en fosa craneal media o escama temporal; si la rotura es de la división anterior ocasiona un hematoma epidural frontal. Suele ser uniformemente hiperdenso. El hematoma epidural de fosa posterior es raro, es más frecuente en niños, la fuente de sangrado puede ser las venas emisarias o senos venosos. En adultos en el 20% de los casos se asocia con fractura. (24)

#### **Etiología**

La causa más frecuente es la lesión traumática de la arteria meníngea media tras traumatismo cráneo-encefálico (TEC), en la mayoría de los casos asociado a fractura craneal (80%). La incidencia de fractura es menor en niños por la elasticidad del cráneo durante la infancia. Suele ser unilateral y hasta el 40% de los pacientes asocian otras alteraciones como hematoma subdural. El hematoma epidural espontánea o no traumático es raro y posiblemente secundario a enfermedad infecciosa, malformaciones vasculares, coagulopatías o tumores hemorrágicos. (24)

#### **e) Hematoma Subdural**

Es la acumulación de sangre que se localiza entre la duramadre y la aracnoides. Si atendemos a una clasificación por el tiempo de evolución, encontramos tres tipos de hematomas subdurales: (25)

- Hematoma subdural agudo: los signos y síntomas aparecen las primeras 72 horas.
- Hematoma subdural subagudo: las manifestaciones aparecen entre los 4 y 21 días tras el TEC.
- Hematoma subdural crónico: se manifiesta después de los 21 días después del TEC

El hematoma subdural es más frecuente que el epidural y está presente hasta en el 30% de los pacientes con TEC grave. (25)

**f) Politraumatizado:**

Paciente que presenta riesgo vital por lesiones traumáticas que afectan a por lo menos dos de sus sistemas (nervioso, respiratorio, circulatorio, músculo-esquelético, digestivo o urinario) (26)

**g) Traumatismo Vertebro medular:**

El Traumatismo Vertebro-Medular (TVM) es una lesión aguda que afecta la columna vertebral y/o la medula espinal produciendo un cambio, temporal o permanente, en la función normal a nivel sensorial, motor y/o autonómica.

La principal causa de muerte en el mundo de personas menores de 40 años es el trauma. Por cada persona que muere, dos quedan con secuelas severas. La enfermedad más devastadora en los sobrevivientes es el Trauma Raquimedular (TRM). (27)

Hombres: 70-85%

Edad promedio: 25-30 años

### **Etiología**

Accidente de tránsito: 40-48%

Violencia: 15-36%

Caídas: 8-20% (más en ancianos, 60% en mayores de 76 años)

Deportes – recreación: 12-15%

### **Nivel neurológico**

- Cuadriplejia completa o incompleta (38%) especialmente en personas mayores de 60 años.
- Paraplejia completa o incompleta (62%)
- Lesiones incompletas en general (55%)
- Nivel neurológico lesionado:
  - ✓ Lesiones Cervicales C1-C7 (55%), especialmente C5-C6.
  - ✓ Entre T1 –T11 (15%).
  - ✓ T12 – L1 (15-20%).
  - ✓ L2 – S5 (15%).

### **h) Trauma Abdominal:**

Trauma proviene de un concepto griego que significa "herida", y según el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española una de sus acepciones es: "Lesión duradera producida por un agente mecánico, generalmente externo". (28)

### **Tipos de Lesiones:**

- Trauma contuso o cerrado:

Se produce como consecuencia de una combinación de fuerzas de compresión, deformación, estiramiento y corte. La magnitud de estas fuerzas está en relación directa con la masa de los objetos involucrados, su aceleración y desaceleración y su dirección relativa durante el impacto. El daño ocurre cuando la suma de estas fuerzas excede las fuerzas cohesivas de los tejidos y órganos involucrados. Se produce entonces una constelación de contusiones, abrasiones, fracturas y rupturas de tejidos y órganos. El impacto directo y las fuerzas compresivas son probablemente las causas más comunes de trauma significativo. Los órganos más vulnerables son aquellos que contienen gas, como los pulmones y el intestino. En el trauma contuso en general, los órganos más lesionados son hígado, bazo, mesenterio y riñón. Si el paciente queda atrapado en el vehículo y tiene “huella del cinturón de seguridad”, debe sospecharse lesión de víscera hueca. (28)

➤ Trauma penetrante:

Las heridas por arma blanca y las por arma de fuego de baja velocidad causan daño al tejido por laceración o corte. Las heridas por proyectiles de alta velocidad transfieren mayor energía cinética a las vísceras abdominales, teniendo un efecto adicional de cavitación temporal, y además causan lesiones abdominales en su desviación y fragmentación. Como arma blanca nos estamos refiriendo a elementos corto punzantes como cuchillos de diferentes tamaños, machetes, golletes de botella,

picahielos o punzones. En relación a los proyectiles disparados por un arma de fuego, el daño no solo depende de la energía cinética (masa x velocidad), sino también depende de la estabilidad del proyectil (dada por las estrías del cañón). Es importante diferenciar las heridas penetrantes producidas por arma de fuego, que tienen una trayectoria muchas veces impredecible, de aquellas producidas por objetos punzantes, ya que la trayectoria es más directa y la relación anatómica entre el área de penetración y las lesiones de órganos internos es más cercana. La posibilidad de requerir cirugía, de complicarse y morir, es mayor en las heridas por arma de fuego que por arma blanca, y mayor por heridas múltiples que únicas. Los órganos que tienen mayor posibilidad de lesionarse son intestino delgado, hígado, estómago, colon y estructuras vasculares. (28)

**i) Obstrucción Intestinal:**

La interrupción de la progresión distal del contenido intestinal recibe el nombre de íleo. Existen dos grandes grupos, el íleo mecánico u obstructivo y el íleo paralítico o adinámico.

»La oclusión intestinal o íleo obstructivo es un cuadro clínico caracterizado por la alteración en la progresión caudal del contenido intestinal debido a una obstrucción de su luz originada por una causa mecánica. La obstrucción puede ser completa, cuando la imposibilidad para el tránsito intestinal es total; o incompleta —suboclusión intestinal— cuando el tránsito intestinal

está dificultado, pero persiste. La estrangulación consiste en la existencia de un compromiso de la vascularización intestinal, ocasionada por la oclusión. (29)

»La seudooclusión intestinal, íleo paralítico o adinámico consiste en un compromiso del tránsito sin una causa mecánica que lo justifique atribuyéndose, por tanto, a una alteración de la función motora del intestino. La causa más frecuente es la cirugía abdominal previa. Es habitual reservar el término de íleo paralítico para la seudooclusión intestinal aguda que afecta globalmente al intestino delgado y al colon. (29)

**j) Peritonitis:**

Se define como un proceso inflamatorio causado por algún irritante o algún microorganismo como bacterias, hongos, virus, granulomas, fármacos o cuerpos extraños. La infección intra-abdominal se define como las manifestaciones locales que ocurren como consecuencia de la peritonitis. La sepsis intra-abdominal engloba las manifestaciones sistémicas de una inflamación peritoneal grave. (30)

En la peritonitis después de un estímulo inflamatorio inicial por un Microorganismo se produce una respuesta local con hiperemia de la vasculatura subyacente, aumento de exudado de fluido en el peritoneo con un influjo de macrófagos durante las 2-4 primeras horas. Después de 4 horas existe un aumento de neutrófilos

mediado por la producción de citoquinas IL-1, IL-6, TNF, leucotrienos, factor activador de plaquetas, C5a y C3a. Esta cascada inflamatoria produce además de un intento de destrucción bacteriana, una respuesta pro-coagulante generando una malla de fibrina por la producción de fibrinógeno de las células mesoteliales y macrófagos para formar una barrera física para contener la infección formando un absceso. Si no se puede contener la infección se produce lo que se denomina peritonitis difusa. Si la inflamación es muy intensa y las bacterias y endotoxinas alcanzan el torrente sanguíneo se desencadena una respuesta sistémica que es lo que se define como sepsis intra-abdominal. Las peritonitis se pueden clasificar en comunitarias o nosocomiales según el lugar de adquisición y según su mecanismo de producción, etiología y fisiopatología (30)

### **Mortalidad**

La mortalidad proviene del latín, mortalitas; que significa cualidad de mortal y en general está representado por la tasa de muertes producidas en una población durante un tiempo dado. Otra definición de mortalidad es el número de fallecimientos en una determinada población a lo largo de un periodo establecido. (19)

### **Morbilidad**

Es un alejamiento del estado de bienestar físico o mental como resultado de una enfermedad o traumatismo del cual está

enterado el individuo afectado, excluyendo pacientes que por su edad no están conscientes de su patología, incluye no sólo enfermedad activa o progresiva, sino también inhabilidad, esto es, defectos crónicos o permanentes que están estáticos en la naturaleza y que son resultados de una enfermedad, traumatismos o mala formación congénita. Estadísticamente se define la morbilidad como el número proporcional de personas que enferman en población y tiempos determinados. (31)

## 6. TÉRMINOS OPERACIONALES

### 6.1 Variables Dependientes

**Morbilidad:** Toda desviación subjetiva u objetiva de un estado de bienestar fisiológico, denominándose personas enfermas.

**Mortalidad:** Cuando una persona no presenta funciones vitales, como el pulso, frecuencia cardíaca y frecuencia respiratoria.

**Estado de egreso:** Situación del paciente a la hora del egreso del servicio, vivo o fallecido.



## 6.2 Variables Independientes

**Edad:** Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento de la encuesta expresado en años.

**Sexo:** Diferenciación biológica entre hombre y mujer. Sexo masculino, sexo femenino.

**Estado civil:** Expresión jurídica político de la comunidad humana constituida para cumplir fines transcendentales dentro de la comunidad.

**Ocupación:** Empleo remunerado que ejerce el paciente.

- Trabajo Independiente: Aquellas personas que no están vinculadas a una empresa mediante un contrato de trabajo, ejemplo: Vendedores, motocarristas, albañiles, etc.
- Ama de Casa: Trabajo en el hogar con quehaceres domésticos, la preparación de los alimentos, la administración parcial o total del presupuesto familiar.
- Profesional: Es quien ejerce una profesión (un empleo o trabajo que requiere de conocimientos formales y especializados). Para convertirse en profesional, una persona debe cursar estudios (por lo general, terciarios o universitarios) y contar con un diploma o título que avale los conocimientos adquiridos y la idoneidad para el ejercicio de la profesión.

- Obrero: Persona que tiene por oficio hacer un trabajo manual o que requiere esfuerzo físico en una industria o en el sector de la construcción.
- Desempleado: Está en condiciones de trabajar pero no tiene empleo o lo ha perdido.
- Estudiante: Aquella persona se dedican a la aprehensión, puesta en práctica y lectura de conocimiento

**Procedencia:** Lugar de residencia del paciente en relación al perímetro de la ciudad, se operacionalizará en **zona rural:** es aquel que no tiene más de 100 viviendas agrupadas contiguamente ni es capital de distrito; o que teniendo más de 100 viviendas, éstas se encuentran dispersas o diseminadas sin formar bloques o núcleos, **Zona Periurbano:** Se refiere a una situación de interfase entre dos tipos geográficos aparentemente bien diferenciados: el campo y la ciudad. **Zona urbana:** Es aquel que tiene como mínimo 100 viviendas agrupadas contiguamente (en promedio 500 habitantes). Por excepción se incluyen a todos los centros poblados capitales de distrito, aun cuando no reúnan la condición indicada.

**Grado de Instrucción:** Nivel educacional recibido por parte del paciente.

**Diagnóstico Médico de Ingreso:** Procedimiento por el cual se identifica una enfermedad, entidad nosológica, síndrome o cualquier estado patológico o de salud por el cual el paciente ingresa al servicio de UCI QUIRÚRGICA.

**Tiempo de estancia hospitalaria:** Tiempo que transcurre entre el momento del ingreso del paciente al hospital hasta el momento que es dado de alta.

**Comorbilidades:** La presencia de uno o más trastornos (o enfermedades) del paciente además de la enfermedad o trastorno primario.

## 7. TERMINOS OPERACIONALES

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	INDICADORES
<b>Edad</b>	Tiempo que una persona ha vivido, a contar desde que nace.	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento del estudio. Se medirá en años.	<b>Cuantitativa</b>	<b>Discreta</b>	En años
<b>Sexo</b>	Sexo de la persona.	Se definirá por masculino o femenino.	<b>Cualitativa</b>	<b>Nominal</b>	Masculino ( ) Femenino ( )
<b>Estado Civil</b>	Expresión jurídica político de la comunidad humana constituida para cumplir fines trascendentales dentro de la comunidad	Estado jurídico político al momento del estudio: soltero(a), casado(a), divorciado(a), viudo(a), conviviente	<b>Cualitativa</b>	<b>Nominal</b>	Soltero(a): ( ) Conviviente: ( ) Casado(a): ( ) Divorciado(a): ( ) Viudo(a): ( )
<b>Ocupación</b>	Empleo remunerado que ejerce el paciente	Se definirá de acuerdo a: Independiente, profesional, obrero, desempleado, ama de casa, estudiante	<b>Cualitativa</b>	<b>Nominal</b>	Independiente( ) Profesional( ) Obrero ( ) Desempleado( ) Ama de casa ( ) Estudiante ( )
<b>Procedencia</b>	Lugar de origen del paciente.	Se definirá por la historia clínica en Urbano, periurbano y Rural	<b>Cualitativa</b>	<b>Nominal</b>	Urbano( ) Periurbano( )

					Rural( )
--	--	--	--	--	----------

<b>Grado de instrucción</b>	Nivel educacional recibido por parte del paciente	Se definirá por la historia clínica en: primaria, secundaria, superior no universitario y superior universitario	<b>cuantitativa</b>	<b>Nominal</b>	Primaria ( ) Secundaria ( ) superior no universitario ( ) superior universitario ( )
<b>Diagnóstico médico de Ingreso</b>	Procedimiento por el cual se identifica una enfermedad, entidad nosológica, síndrome o cualquier estado patológico o de salud.	Se definirá por la historia clínica en: Traumatismo encefalocraneano, Hemorragia Intraparenquimatosa, Hemorragia Subaracnoidea, Politraumatizado TVM, Hematoma Subdural, Hematoma Epidural Obstrucción intestinal, Peritonitis, Trauma Facial Trauma Abdominal cerrado	<b>cuantitativa</b>	<b>Nominal</b>	TEC ( ) Hemorragia Intraparenquimatosa ( ) Hemorragia Subaracnoidea ( ) Hematoma Subdural ( ) Hematoma Epidural ( ) Politraumatizado ( ) TVM ( ) Obstrucción intestinal ( ) Peritonitis ( ) Trauma Abdominal ( ) Otros( )

<b>Tiempo de estancia hospitalaria</b>	Tiempo que transcurre entre el momento del ingreso al hospital hasta el momento que es dado de alta.	Se definirá por la historia clínica en: días hospitalizados	<b>cuantitativo</b>	<b>discreto</b>	En días
--	--	---	---------------------	-----------------	---------

<b>Comorbilidades</b>	La presencia de uno o más trastornos (o enfermedades) además de la enfermedad o trastorno primario.	Se definirá por la Historia Clínica en: Hipertensión arterial, Diabetes Mellitus tipo 2, Insuficiencia cardiaca congestiva, Enfermedad pulmonar crónica, Insuficiencia renal, Enfermedad hepática, otros	<b>cualitativo</b>	<b>nominal</b>	Hipertensión arterial ( ) Diabetes Mellitus tipo 2( ) Insuficiencia cardiaca congestiva( ) Enfermedad pulmonar crónica ( ) Insuficiencia renal ( ) Enfermedad hepática ( ) Otros ( )
<b>Estado de egreso</b>	Describe una situación en que se halla un objeto o ser vivo	Se definirá por la historia clínica en: vivo, fallecido	<b>cualitativo</b>	<b>Nominal</b>	Vivo ( ) Fallecido( )

## **8. HIPÓTESIS**

### **8.1 Hipótesis General**

La morbimortalidad que posee la Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgica del Hospital Regional de Loreto es de un alto porcentaje.

### **8.2 Hipótesis Específicas**

**H1:** La morbilidad que posee la Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgica del Hospital Regional de Loreto es un porcentaje mayor.

**H2:** La mortalidad que posee la Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgica del Hospital Regional de Loreto es un porcentaje mayor.

## Capítulo III



## **9. Metodología**

### **9.1 Tipo de estudio y diseño de Investigación**

El presente estudio, estará comprendido dentro del diseño del estudio de investigación no experimental y descriptiva, ya que no se construyó ninguna situación, sino se observaron situaciones ya existentes, no provocadas intencionalmente y las mediciones se realizaron en una sola oportunidad.

### **9.2 Población y Muestra**

Todos los pacientes que ingresaron a la unidad de cuidados intensivos quirúrgicos del servicio de cirugía atendida en el Hospital Regional de Loreto de Agosto del 2014 a Enero del 2015 registrados en los libros de hospitalización en el servicio de UCI cirugía.

En nuestro trabajo no habrá muestra ya que todos los pacientes que ingresan a la Unidad de Cuidados Intensivos serán evaluados.

#### **9.2.1 Criterios de inclusión**

Se incluyó en el estudio a pacientes que ingresaron en la UCI cirugía, mayores de 15 años, que tuvieron historias clínicas completas.

#### **9.2.2 Criterios de exclusión**

Se excluyó del estudio a pacientes que ingresaron en la UCI cirugía, mayores de 15 años que tuvieron historias clínicas incompletas o deterioradas, así como también a pacientes cuyas historias clínicas no han podido ser ubicadas.

### **9.3 Técnicas e Instrumento**

#### **Recolección de datos:**

Se realizó en la unidad de estadística del Hospital Regional de Iquitos “Felipe Arriola Iglesias” ubicado en el distrito de Iquitos y fue de la siguiente manera:

- Se solicitó al director del Hospital Regional de Iquitos “Felipe Arriola Iglesias” la autorización de aceptación para la ejecución del trabajo.
- Se coordinó con el jefe de la unidad de estadística.
- La recolección de los datos se realizó en la unidad de estadística del Hospital Regional de Iquitos “Felipe Arriola Iglesias”, donde se accedió a las historias clínicas, que fueron seleccionados de acuerdo a los pacientes que ingresaron a la unidad de cuidados intensivos quirúrgico del servicio de cirugía.
- Se aplicó el instrumento, procediendo a registrar los datos de las historias clínicas seleccionadas.

### **9.4 Procesamiento y Análisis Estadístico**

En el procesamiento de la información se utilizó el paquete estadístico SPSS v20 de IBM en español que nos permitió el análisis estadístico descriptivo como el análisis bivariado.

### **9.5 Limitaciones**

Durante el proceso de la investigación, se encontró algunas limitaciones que de alguna forma afectaron a los resultados de la investigación, entre ellos podemos citar:

- No existen tesis o trabajos de investigación que se relacionen directamente con nuestro trabajo en el Hospital Regional de Loreto, es decir que manejen las variables Morbimortalidad en UCI Quirúrgica.
- Recolección de datos, encontrándose dificultad para encontrar las Historias Clínicas demorando así el análisis estadístico.

### **9.6 Ética de Investigación**

Por la naturaleza y característica del estudio, éste no transgredió de ninguna manera los derechos humanos de los pacientes cuyas historias clínicas fueron revisadas e incluidas en el estudio, y cuya identificación permaneció en absoluta reserva.

## Capítulo IV

## 10.RESULTADOS

**Tabla 01**

Características Sociodemográficos de los pacientes en la unidad de cuidados intensivos quirúrgica del Hospital Regional de Loreto en los meses Agosto 2014 a Enero del 2015.

Características Sociodemográficas		N	%
<b>Grupo Etáreo</b>	<= 20 años	18	11.2
	21 – 30 años	41	25.5
	31 – 40 años	26	16.1
	41 – 50 años	17	10.6
	51 – 60 años	23	14.3
	>= 61 años	36	22.4
	Media: 42.54; DE: 18.751; Min: 15; Max: 90		
<b>Sexo</b>	Masculino	109	67.7
	Femenino	52	32.3
<b>Estado Civil</b>	Conviviente	68	42.2
	Soltero	60	37.3
	Viudo	16	9.9
	Casado	13	8.1
	Divorciado	4	2.5
	Independiente	86	53.4
<b>Ocupación</b>	Ama de Casa	33	20.5
	Estudiante	19	11.8
	Profesional	16	9.9
	Desempleado	4	2.5
	Obrero	3	1.9
<b>Procedencia</b>	Rural	99	61.5
	Urbano	62	38.5
<b>Grado de Instrucción</b>	Secundaria	80	49.7
	Primaria	53	32.9
	Superior Universitario	16	9.9
	Superior No universitario	12	7.5

El promedio de edad de los pacientes en la unidad de cuidados intensivos quirúrgicos del Hospital Regional de Loreto “Felipe Arriola Iglesias” entre Agosto 2014 a Enero 2015 fue de 42.54 (DE:  $\pm$  18.751), con un mínimo de edad de 15 años y una máxima de 90 años (tabla 01). Distribuyendo esta variable se encontró que los de 21 – 30 años representaron el 25.5% (41), los mayores o iguales de 61 años fueron 22.4% (36), los de 31 – 40 años el 16.1% (26), los de 51 – 60 años 14.3% (23), los menores o iguales de 20 años 11.2% (18), y los de 41 - 50 años fueron el 10.6% (17). (Tabla 1)

El 67.7% (109) de los pacientes en la unidad de cuidados intensivos quirúrgicos del Hospital Regional de Loreto “Felipe Arriola Iglesias” en los meses de Agosto 2014 a Enero 2015 fueron del Sexo masculino, mientras el 32.3% (52) del sexo Femenino. (Tabla 01)

El 42.2% (68) de los pacientes en la unidad de cuidados intensivos quirúrgicos del Hospital Regional de Loreto “Felipe Arriola Iglesias” entre Agosto 2014 a Enero 2015 fueron de estado civil conviviente, el 37.3% (60) son solteros; siendo viudo, casado y divorciado en menor proporción: 9.9% (16); 8.1% (13); 2.5% (4) respectivamente. (Tabla 01)

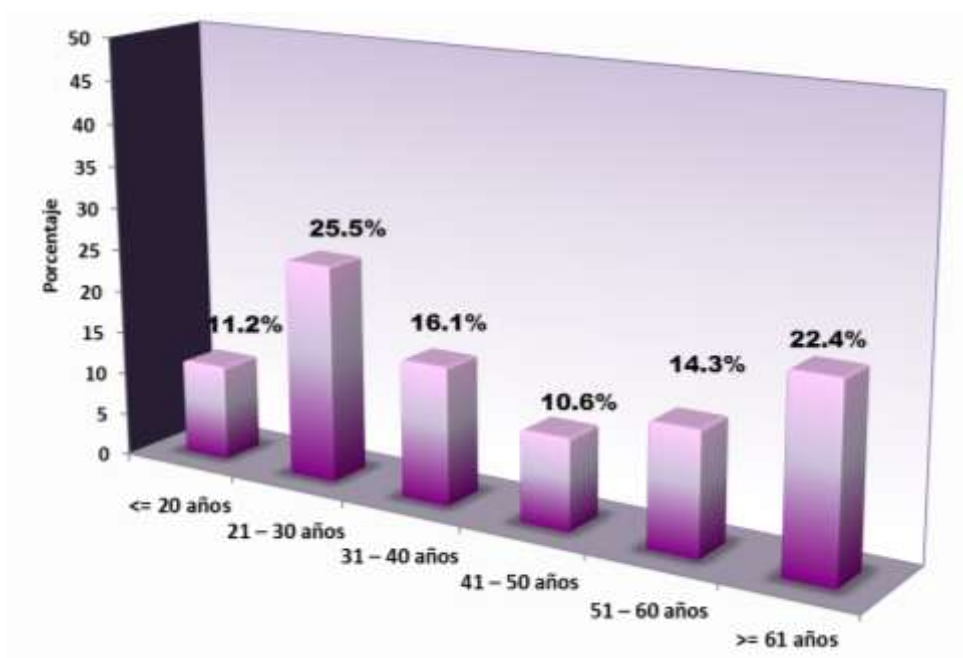
El 53.4% (86) de los pacientes en la unidad de cuidados intensivos quirúrgicos del Hospital Regional de Loreto “Felipe Arriola Iglesias” entre Agosto 2014 a Enero 2015 fueron de ocupación independiente, el 20.5% (33) son amas de casa, el 11.8% (19) son estudiantes, siendo los profesionales, desempleados y obreros en menor proporción.

El 61.5% (99) de los pacientes en la unidad de cuidados intensivos quirúrgicos del Hospital Regional de Loreto “Felipe Arriola Iglesias” entre Agosto 2014 a Enero 2015 fueron el 15.4% (25) de procedencia rural, el 38.5% (62) de procedencia urbana y el 46.1% (74) periurbano (Tabla 01)

El 49.7% (80) de los pacientes en la unidad de cuidados intensivos quirúrgicos del Hospital Regional de Loreto “Felipe Arriola Iglesias” entre Agosto 2014 a Enero 2015 fue de grado de instrucción secundario, el 38.5% (53) fueron de primaria, el 9.9% (16) son superior universitario y el 7.5% (12) son de grado superior no universitario. (Tabla 01)

### Gráfico 01

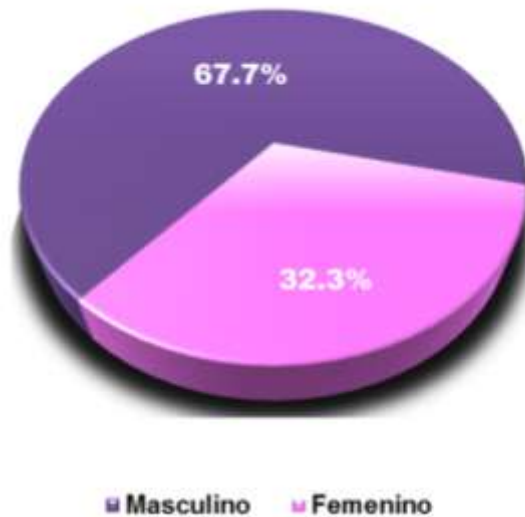
Distribución según edad de los pacientes en la unidad de cuidados intensivos quirúrgica del Hospital Regional de Loreto en los meses Agosto 2014 a Enero del 2015.





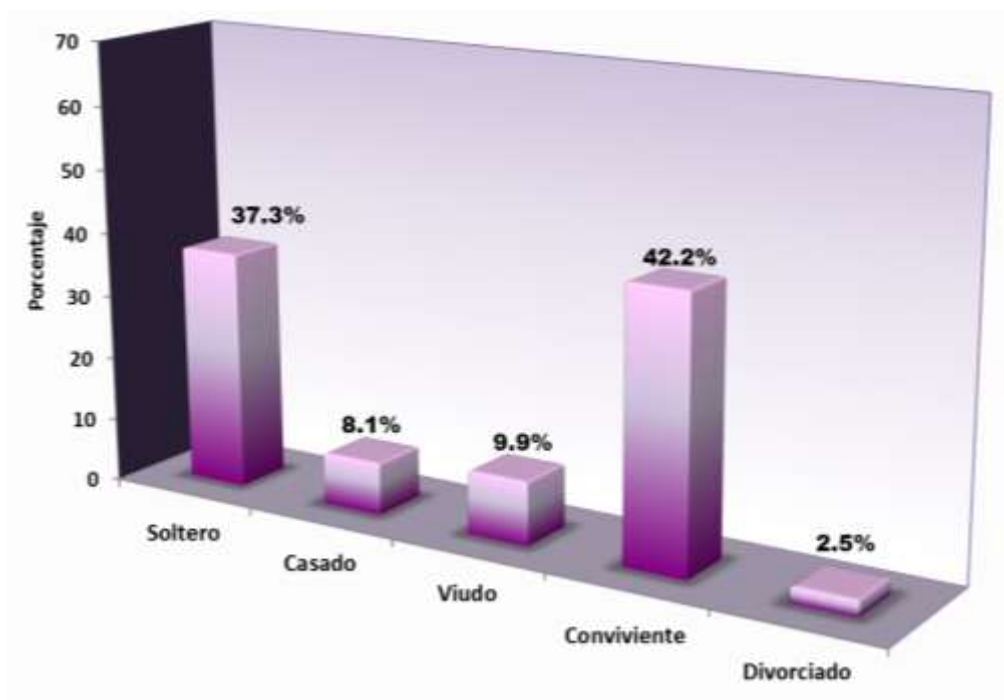
## Gráfico 02

Distribución según sexo de los pacientes en la unidad de cuidados intensivos quirúrgica del Hospital Regional de Loreto en los meses Agosto 2014 a Enero del 2015.



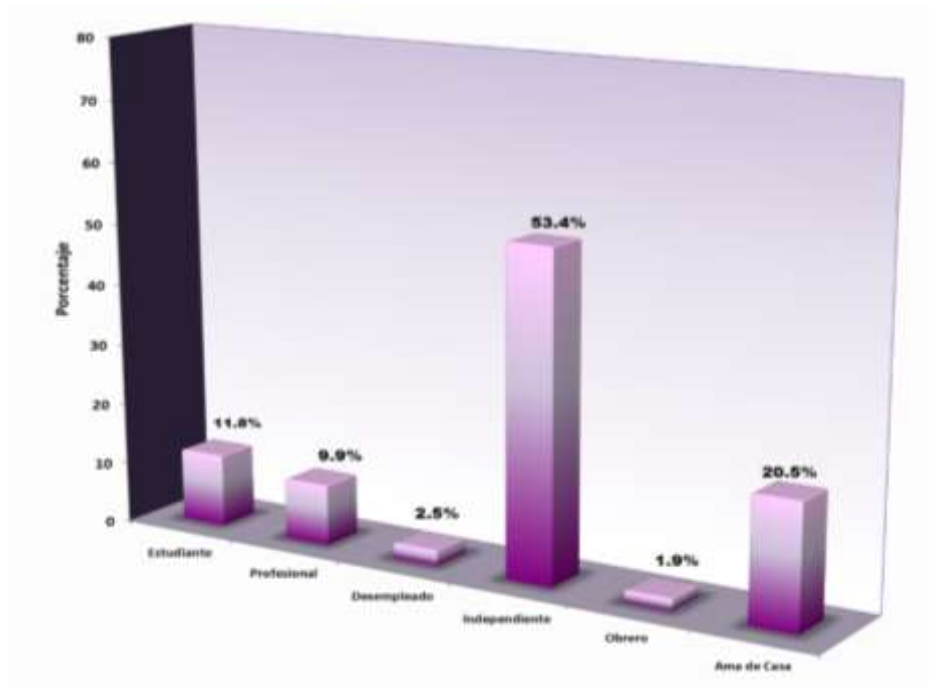
### Gráfico 03

Distribución según estado civil de los pacientes en la unidad de cuidados intensivos quirúrgica del Hospital Regional de Loreto en los meses Agosto 2014 a Enero del 2015.



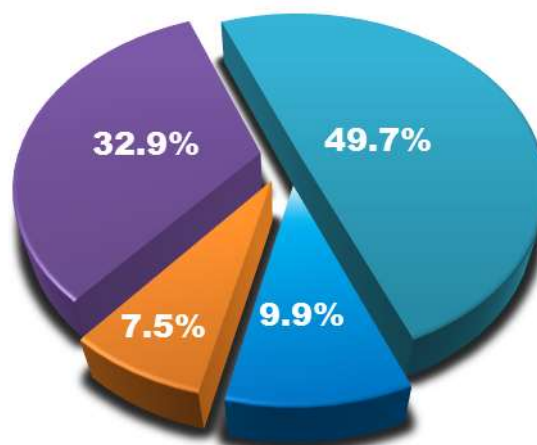
### Gráfico 04

Distribución según ocupación de los pacientes en la unidad de cuidados intensivos quirúrgica del Hospital Regional de Loreto en los meses Agosto 2014 a Enero del 2015.



### Gráfico 05

Distribución según grado de instrucción de los pacientes en la unidad de cuidados intensivos quirúrgica del Hospital Regional de Loreto en los meses Agosto 2014 a Enero del 2015.



- Primaria
- Secundaria
- Superior Universitario
- Superior No universitario

**Tabla 02**

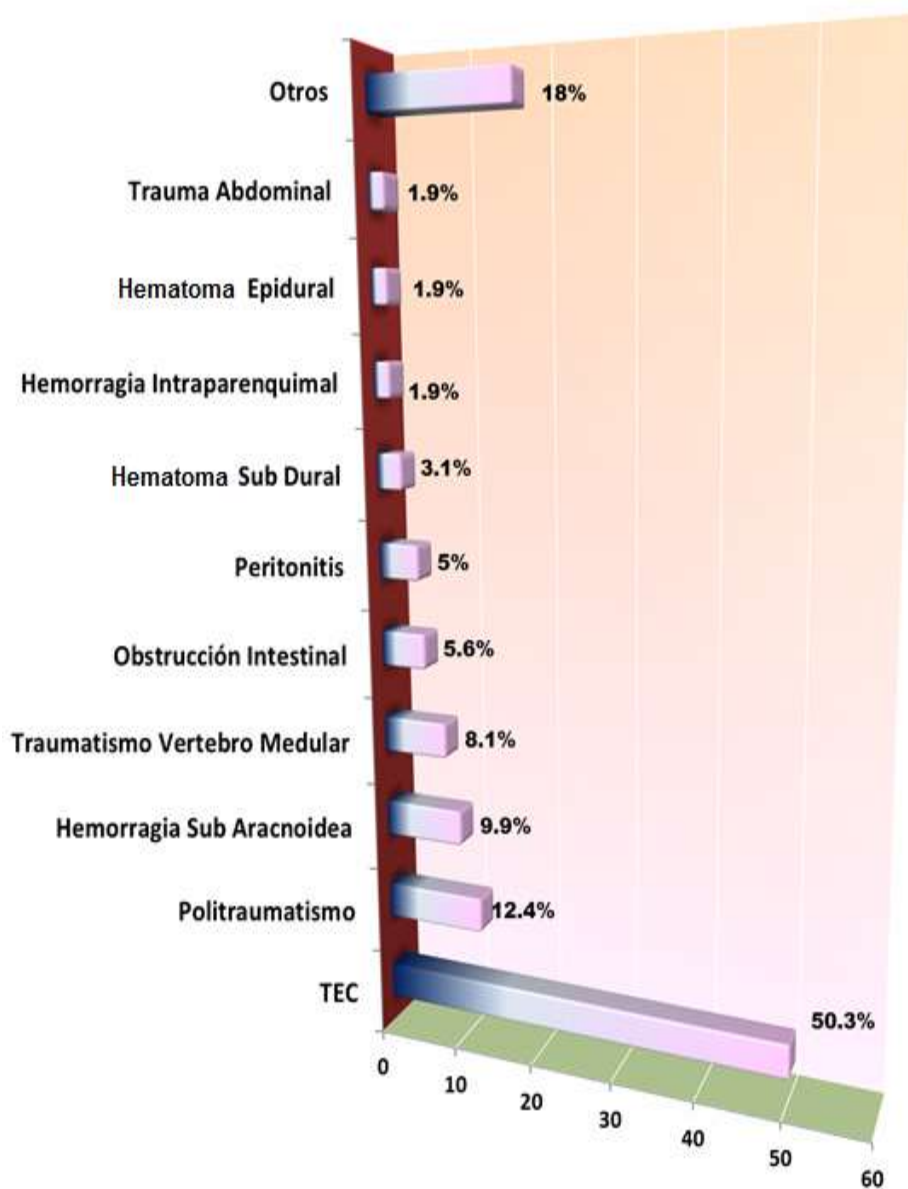
Diagnósticos de Ingreso de pacientes en la unidad de cuidados intensivos quirúrgica del Hospital Regional de Loreto en los meses Agosto 2014 a Enero del 2015.

Diagnósticos de Ingreso	n	%
TEC	81	50,3
Otros	29	18.0
Politraumatismo	20	12.4
Hemorragia Sub Aracnoidea	16	9.9
Traumatismo Vertebro Medular	13	8.1
Obstrucción Intestinal	9	5.6
Peritonitis	8	5.0
Hematoma Sub Dural	5	3.1
Hemorragia Intraparenquimal	3	1.9
Hematoma Epidural	3	1.9
Trauma Abdominal	3	1.9

El 50.3% (81) de los pacientes en la unidad de cuidados intensivos quirúrgicos del Hospital Regional de Loreto “Felipe Arriola Iglesias” entre Agosto 2014 a Enero 2015 tuvieron el diagnóstico de ingreso de TEC, 12.4% (20) tuvieron politraumatismo, el 9.9% (16) tuvieron hemorragia subaracnoidea, el 8.1% (13) presentaron traumatismo vertebro medular, el resto de diagnósticos presentaron menos proporción.

### Gráfico 06

Diagnósticos de Ingreso de pacientes en la unidad de cuidados intensivos quirúrgica del Hospital Regional de Loreto en los meses Agosto 2014 a Enero del 2015.



**Tabla 03**

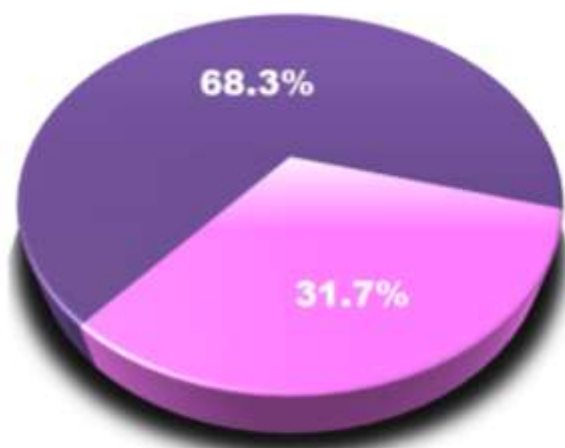
Tiempo de estancia hospitalaria de pacientes en la unidad de cuidados intensivos quirúrgica del Hospital Regional de Loreto en los meses Agosto 2014 a Enero del 2015.

Tiempo Estancia Hospitalaria	N	%
<= 7 días	110	68,3
> 7 días	51	31,7
<b>Total</b>	<b>161</b>	<b>100,0</b>
Media: 7.11; DE: 5.690; Min: 1; Max: 45		

El promedio del tiempo estancia hospitalaria de los pacientes en la unidad de cuidados intensivos quirúrgicos del Hospital Regional de Loreto “Felipe Arriola Iglesias” en los meses de Agosto 2014 a Enero 2015 fue de 7.11 (DE: 5.690), con un mínimo de 01 día y un máximo de 45 días. En esta distribución se encontró que los tuvieron menor o igual de 7 días de estancia hospitalaria presentaron el 68.3% (110) y los mayores de 7 días de estancia hospitalaria presentaron 31.7% (51). (Tabla 03)

### Gráfico 07

Distribución según tiempo de estancia hospitalaria de pacientes en la unidad de cuidados intensivos quirúrgica del Hospital Regional de Loreto en los meses Agosto 2014 a Enero del 2015.



- Menor igual a 7 días
- Mayor de 7 días



**Tabla 04**

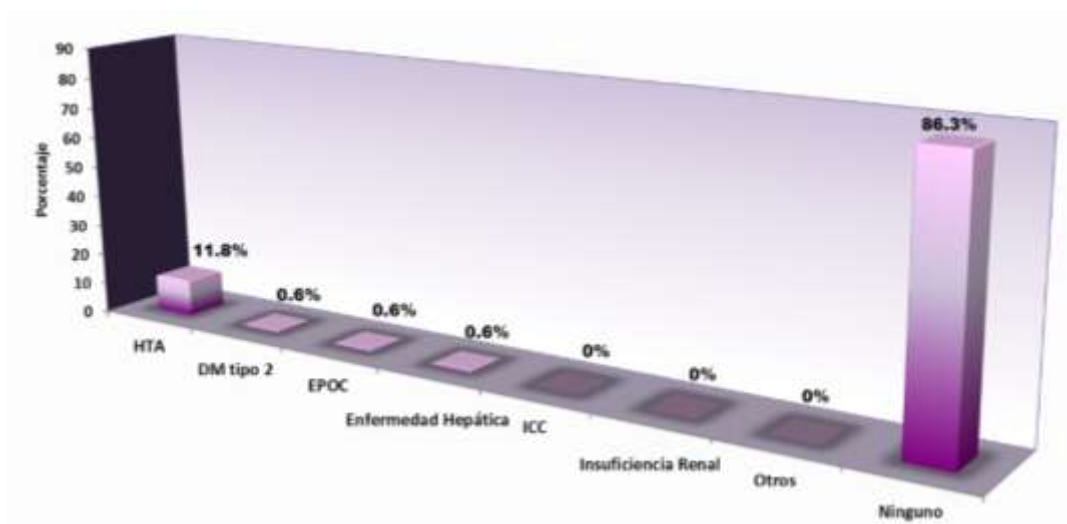
Comorbilidad de pacientes en la unidad de cuidados intensivos quirúrgica del Hospital Regional de Loreto en los meses Agosto

2014				a
Enero				del
2015.				
	Comorbilidad	Frecuencia	Porcentaje	
	Ninguna	139	11.8	
	HTA	19	11,8	
	DM tipo 2	1	0.6	
	EPOC	1	0.6	
	Enfermedad Hepática	1	0.6	
	ICC	0	0.0	
	Insuficiencia Renal	0	0.0	
	Otros	0	0.0	

El 11.8% (19) de los pacientes en la unidad de cuidados intensivos quirúrgicos del Hospital Regional de Loreto “Felipe Arriola Iglesias” entre Agosto 2014 a Enero 2015 presentaron comorbilidad de HTA, el 86.3% (139) no presentaron ningún tipo de comorbilidad.

### Gráfico 08

Comorbilidad de pacientes en la unidad de cuidados intensivos quirúrgica del Hospital Regional de Loreto en los meses Agosto 2014 a Enero del 2015.



**Tabla 05**

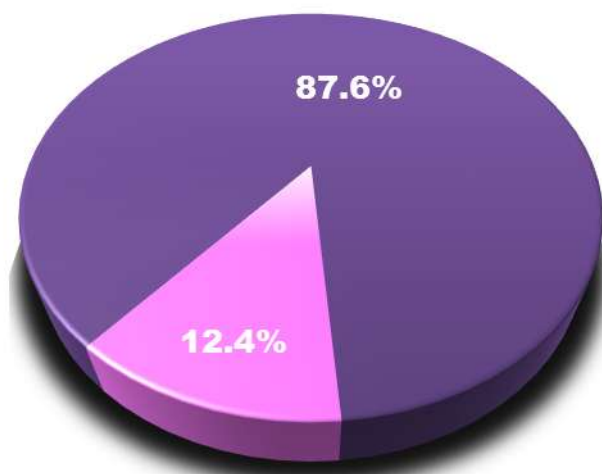
Estado de Egreso de pacientes en la unidad de cuidados intensivos quirúrgica del Hospital Regional de Loreto en los meses Agosto 2014 a Enero del 2015.

Estado de Egreso	N	%
Vivo	141	87,6
Muerto	20	12,4
<b>Total</b>	<b>161</b>	<b>100,0</b>

El 87.6% (141) de los pacientes en la unidad de cuidados intensivos quirúrgicos del Hospital Regional de Loreto “Felipe Arriola Iglesias” entre Agosto 2014 a Enero 2015 el estado de egreso fue de condición viva y el 12.4% (20) fue de condición muerta.

### Gráfico 09

Distribución según estado de Egreso de pacientes en la unidad de cuidados intensivos quirúrgica del Hospital Regional de Loreto en los meses Agosto 2014 a Enero del 2015.



■ Vivo   ■ Fallecido

**Tabla 06**

Estado de Egreso según diagnóstico en los pacientes de la unidad de cuidados intensivos quirúrgica del Hospital Regional de Loreto en los meses Agosto 2014 a Enero del 2015.

Dx Ingreso:	Estado de Egreso				Total	
	Vivo	Muerto				
TEC	73	90,1%	8	9,9%	81	100,0%
Otros	26	89,7%	3	10,3%	29	100,0%
Politraumatismo	19	95,0%	1	5,0%	20	100,0%
TVM	12	92,3%	1	7,7%	13	100,0%
HSA	10	62,5%	6	37,5%	16	100,0%
Peritonitis	8	100,0%	0	0,0%	8	100,0%
Obstrucción Intestinal	7	77,8%	2	22,2%	9	100,0%
HSD	5	100,0%	0	0,0%	5	100,0%
HEP	3	100,0%	0	0,0%	3	100,0%
Trauma Abdominal	3	100,0%	0	0,0%	3	100,0%
Hemorragia Intraparenquimal	0	0,0%	3	100,0%	3	100,0%

Observando el estado de egreso según diagnóstico de ingreso en los pacientes en la unidad de cuidados intensivos quirúrgicos del Hospital Regional de Loreto “Felipe Arriola Iglesias” entre Agosto 2014 a Enero 2015, el 90,1% (73) de los casos de TEC salieron de alta vivos, mientras que el 9,9% (8) restante fallecieron. El 95,0% (19) de los politraumatizados egresaron vivos del hospital, mientras el 5,0% (1) falleció.

El 92,3% (12) de los casos de TVM egresaron vivos del hospital, mientras que el 7,7% (1) no logró sobrevivir. El 62,5% (10) de los pacientes con diagnóstico de HSA salieron vivos de alta, mientras

que el 37,5% (6) falleció. El 100% (3) de los pacientes que ingresaron con diagnóstico de HIP fallecieron. El 100% (3) de los pacientes que ingresaron con diagnóstico de HSD y HEP egresaron vivos del hospital. El 100% (8) de los pacientes que ingresaron con diagnóstico de Peritonitis fueron dados de alta vivos. Todos los pacientes (3) que ingresaron por Trauma Abdominal fueron dados de alta vivos. Los pacientes con diagnóstico de obstrucción Intestinal egresaron vivos del hospital en un 77,8% (7) y fallecieron el 22,2% (2). Aquellos pacientes que ingresaron con otros diagnóstico y egresaron vivos representan el 89,7% (26) y fallecieron el 10,3% (3).

## 11. DISCUSIÓN

Los resultados de la presente investigación fueron obtenidos a través de la aplicación de un formulario a la población de estudio, para recolectar información sobre la Morbimortalidad en la Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgica del Hospital Regional de Loreto en los meses Agosto 2014 a Enero del 2015.

Dentro de las características generales de la población, se obtuvo un total de 161 pacientes, de los cuales el grupo etáreo que predominó fue de 21-30 años representaron el 25.5% (41), seguido del grupo etáreo mayor o igual a 61 años 22.4%(36) con edad media de 42.54 DE 18.75, así mismo el 67.7% (109) de los pacientes en la unidad de cuidados intensivos quirúrgicos del Hospital Regional de Loreto fueron del Sexo masculino, esto concuerda según Gómez y Col. (2006) factores de riesgo asociado a la mortalidad quirúrgica en UCI ya que la edad promedio de los pacientes fue de 45,38 años y la media fue de 41 años con una DS de 21 años, la distribución por género fue de 30,11% para femenino y 69,8% para masculino, hay que tener en cuenta que nuestro diagnóstico de ingreso de mayor porcentaje es el traumatismo encefalocraneano, seguido de politraumatismo, donde su primera causa son los accidentes de tránsito y la segunda causa son las caídas, esto concuerda con nuestro grupo

etéreo adultos jóvenes, y mayormente de sexo masculino, quienes son precisamente los más vulnerables.

El 42.2% (68) de los pacientes en la unidad de cuidados intensivos quirúrgicos del Hospital Regional de Loreto fueron de estado civil conviviente, seguido por el 37.3% (60) son solteros; siendo viudo, casado y divorciado en menor proporción: 9.9% (16); 8.1% (13); 2.5% (4) respectivamente, el 53.4% (86) de los pacientes en la unidad de cuidados intensivos quirúrgicos del Hospital Regional de Loreto fueron de ocupación independiente, mientras que el 20.5% (33) son amas de casa, el 11.8% (19) son estudiantes, siendo los profesionales, desempleados y obreros en menor proporción, no tenemos datos con que comparar nuestros resultados, pero podemos relacionarlo con el grupo etéreo ya que precisamente son los convivientes y solteros que pertenecen a adultos jóvenes, y como ya se explicó anteriormente son los más vulnerables. En el caso de las ocupaciones, el de mayor porcentaje fue ocupación independiente, dentro de ello tenemos principalmente a los motocarristas, vendedores, etc., seguido de la ocupación amas de casa, son los que principalmente tienen riesgo de sufrir accidentes de tránsito y caídas, ya que su ocupación consiste en el transporte.

El 15.4% (25) de los pacientes en la unidad de cuidados intensivos quirúrgicos del Hospital Regional de Loreto fueron de procedencia rural, el 46.1 % (74) son de procedencia periurbano y



el 38.5% (62) son de procedencia urbana. El 49.7% (80) de los pacientes en la unidad de cuidados intensivos quirúrgicos del Hospital Regional de Loreto fue de grado de instrucción secundario, el 38.5% (53) fueron de primaria, el 9.9% (16) son superior universitario y el 7.5% (12) son de grado superior no universitario. No tenemos datos con que comparar nuestros resultados, pero tanto en la procedencia como el grado de educación se relacionan ya que hay una pobre educación cultural en nuestra región.

El diagnóstico de ingreso que más predominó fue el 50.3% (81) de los pacientes en la unidad de cuidados intensivos quirúrgicos del Hospital Regional de Loreto fue TEC, 12.4% (20) tuvieron politraumatismo, el 9.9% (16) tuvieron hemorragia subaracnoidea, el 8.1% (13) presentaron traumatismo vertebro medular, el resto de diagnósticos presentaron menos proporción, a diferencia de Figueredo (2010) en donde la morbilidad y mortalidad en la unidad de cuidados intensivos en la Clínica Popular “Simón Bolívar” durante el año 2007, los diagnósticos principales al ingreso fueron: abdomen agudo 15.1%, trauma craneoencefálico 13.3, enfermedad cerebrovascular 11.5 %, politraumatizado 6.6%. Al igual que Ferreira y Col. (2007) donde evalúan la mortalidad de pacientes quirúrgicos en Cuidados Intensivos, y la mayoría de los pacientes estudiados fueron objeto de cirugías programadas(61%)(n=103) y del total de casos analizados

predominaron las cirugías abdominales(46.7%)(n=79). Si comparamos en nuestro estudio el diagnóstico de ingreso que predomina es el traumatismo encefalocraneano y politraumatismo, en los otros estudios es el abdomen agudo, esta diferencia se debe principalmente a que tenemos una alta tasa de accidentes de tránsito en nuestra región y poca seguridad en trabajos que implican riesgo.

El promedio del tiempo estancia hospitalaria de los pacientes en la unidad de cuidados intensivos quirúrgicos del Hospital Regional de Loreto fue de 7.11 (DE: 5.690), con un mínimo de 01 día y un máximo de 45 días. En esta distribución se encontró que tuvieron menor o igual de 7 días de estancia hospitalaria presentaron el 68.3% (110) y los mayores de 7 días de estancia hospitalaria presentaron 31.7% (51), presenta una similitud con Vásquez y Col. (2013) donde evalúa los Factores pronósticos de muerte de los pacientes quirúrgicos graves en cuidados intensivos polivalentes, la descripción de variables cuantitativa mostraron que el tiempo quirúrgico promedio fue de 225 minutos ( $\pm$  71.5), con un límite entre 79 a 395 minutos; una estadía promedio de 9.38 días ( $\pm$  6.33) y un rango de 2 a 43 días. Esto es un buen resultado en nuestro estudio, ya que al no tener una estancia hospitalaria prolongada nos evitamos un problema de salud, por el hecho de tener que mantener un paciente por un tiempo mayor al

que corresponde y destinar mayores recursos, aparte de evitar complicaciones e infecciones hospitalaria.

El 11.8% (19) de los pacientes en la unidad de cuidados intensivos quirúrgicos del Hospital Regional de Loreto presentaron comorbilidad de HTA, el 86.3% (139) no presentaron ningún tipo de comorbilidad, concuerda con Gómez y Col. (2006) Factores de riesgo asociados a la mortalidad en UCI, presentan comorbilidades asociadas en frecuencia: No presento comorbilidades 41,93%, seguido de cardiovascular 24,73%, y otras patologías en menor proporción. La concordancia entre ambos estudios era de esperarse, ya que como sabemos la HTA es uno de los problemas de Salud pública más importantes que afecta a nivel mundial.

El 87.6% (141) de los pacientes en la unidad de cuidados intensivos quirúrgicos del Hospital Regional de Loreto, el estado de egreso fue de condición vivo y el 12.4% (20) fue de condición muerta, presenta una similitud con Figueredo Maldonado (2010) quien caracterizó la morbilidad y mortalidad en la unidad de cuidados intensivos en la Clínica Popular "Simón Bolívar" durante el año 2007, donde se encontró que 72.7% de los pacientes permanecieron ingresados en la unidad por más de 72 horas, egresaron vivos el 86.1% de los pacientes. A diferencia de Vásquez y Col. (2013) donde evalúa los Factores pronósticos de muerte de los pacientes quirúrgicos graves en cuidados intensivos polivalentes, donde egresaron vivos 69,9% y fallecidos 30,1 %,

Tenemos un buen resultado, ya que la mortalidad encontrada en nuestro estudio es mucho menor de lo que se esperaba.

El estado de egreso según diagnóstico de ingreso en los pacientes en la unidad de cuidados intensivos quirúrgicos del Hospital Regional de Loreto, el 90,1% (73) de los casos de TEC salieron de alta vivos, mientras que el 9,9% (8) restante fallecieron. El 95,0% (19) de los politraumatizados egresaron vivos del hospital, mientras el 5,0% (1) falleció. El 92,3% (12) de los casos de TVM egresaron vivos del hospital, mientras que el 7,7% (1) no logró sobrevivir. El 62,5% (10) de los pacientes con diagnóstico de HSA salieron vivos de alta, mientras que el 37,5% (6) falleció. El 100% (3) de los pacientes que ingresaron con diagnóstico de Hemorragia intraparenquimal fallecieron. El 100% (3) de los pacientes que ingresaron con diagnóstico de Hematoma subdural y Hematoma epidural egresaron vivos del hospital. El 100% (8) de los pacientes que ingresaron con diagnóstico de Peritonitis fueron dados de alta vivos. Todos los pacientes (3) que ingresaron por Trauma Abdominal fueron dados de alta vivos. Los pacientes con diagnóstico de obstrucción Intestinal egresaron vivos del hospital en un 77,8% (7) y fallecieron el 22,2% (2). Aquellos pacientes que ingresaron con otros diagnóstico y egresaron vivos representan el 89,7% (26) y fallecieron el 10,3% (3), en el caso López y Col. (2000) Factores de riesgo de mortalidad de los pacientes quirúrgicos graves, el mayor número

de procedimientos quirúrgicos tuvo localización abdominal, pero la mortalidad fue mayor en los pacientes sometidos a intervenciones intracraneales para tratamiento de traumatismos craneoencefálicos (TCE) graves (57,1%). Comparando estos dos estudios podemos ver la similitud de resultados, ya que en nuestro estudio los diagnósticos que tuvieron mayor mortalidad fueron la Hemorragia Intraparenquimal y Hemorragia Subaracnoidea donde mayormente la causa fue traumatismos.

## **12. CONCLUSIONES**

- Concluimos en nuestro trabajo que La Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgica a pesar de no contar con un equipo completo de profesionales (1 médico y 5 enfermeras) siendo lo ideal un médico por cada 4 pacientes, una enfermera asistencial y un técnico por cada 2 pacientes. (4), la mortalidad se mantiene igual y hasta mejor de los estándares encontrados en la literatura y trabajos de investigación revisado.
- En nuestra Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgica presenta una estancia hospitalaria adecuada, evitando complicaciones e infecciones hospitalarias.

### **13.RECOMENDACIONES**

- ▶ Reforzar la Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgica con personal profesional especializado (Médicos, enfermeras, técnicos).
  
- ▶ Consolidar la Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgica, dotándole de los recursos necesarios, en estos casos tecnológicos (Monitores, ventiladores mecánicos, etc.), para mejorar y modernizar sus estructuras a fin de garantizar una asistencia de calidad.

## 14. Referencias Bibliográficas

1. **Moreno, J. y et al.** *Cuidados Intensivos*. Farreras : ediciones Harcourt, 2004.
2. **Lovesio, C.** Requerimientos generales de una unidad de terapia intensiva. 5. Buenos Aires : El Ateneo, 2001, págs. 9 - 14.
3. **Luce , M.** Atención del Paciente en el entorno de terapia intensiva.
4. *Critical care medicine in the united states 2000 - 2005: an analysis of bed numbers, occu-pancy rates, payer mix, and cost.* **Halpern, N. y Pastores, S.** 2010, Vol. 38, págs. 65-71.
5. *ICSI Technology Assessment Report.* **Brown, D. y et al.** Abril 2003.
6. **Muñoz, J.** *Unidad de Cuidados Intensivos Hospital Edgardo Rebagliati Martins*. 2014.
7. **Hall, J. y et al.** *Un acercamiento a los cuidados intensivos*. Mexico FD : Macgraw- Hill Interamericana, 2005. págs. 3-10.
8. **Cook, D.** Approach to the patient in a critical care setting. [aut. libro] L.Goldman. *Tratado de Medicina Interna*. 23. Madrid : Elsevier, 2009.
9. **Abizanda, R. y et al.** Estudio de la mortalidad post-UCI durante 4 años (2006-2009). *Medicina Intensiva*. 2011, págs. 150-156.
10. **Leyva, C. y Salas, M.** *Morbilidad y Mortalidad de los pacientes Politraumatizados atendidos en el Hospital V.I. Lenin de Holgín*. Habana : s.n., 2002.
11. **Gómez, J.** *Mortalidad por trauma en la uci*. Habana : s.n., 2002.
12. *Morbilidad, Mortalidad y Letalidad en una unidad de cuidados intensivos polivalentes.* **Jiménez, S.** 4, Cuba : s.n., 2003, Revista Cubana de Medicina Intensiva y Emergencia, Vol. 2.
13. **Reátegui, L.** *Algunos Aspectos epidemiológicos de las unidades de cuidados intensivos del Hospital Regional de Loreto y Hospital III ESSALUD*. Iquitos : s.n., 2003. pág. 78.
14. **Figueredo, O.** *Morbimortalidad en la unidad de cuidados intensivos*. 2010.
15. *Morbimortalidad en pacientes mayores de 60 años en el servicio de cuidados intensivos de un hospital general.* **Poma, J.** 2012, Rev. Med. Hered., Vol. 23, págs. 16-22.
16. **Perera, C. y et al.** Morbilidad y Mortalidad en pacientes egresados de la unidad de cuidados intensivos de cntramaestre durante un bienio. s.l. : MEDISAN, 2013, Vol. 5, pág. 749.



17. *Identificación de factores de riesgo asociados a mortalidad en el paciente quirúrgico de alto riesgo en una unidad de cuidados intensivos.* **Chávez, C. y et al.** México : s.n., Enero-Marzo 2013 de 2013, Revista de la Asociación mexicana de medicina crítica y terapia intensiva, Vol. 27, págs. 15-24.
18. *La educación en la unidad de cuidados intensivos.* **Carrillo, R.** 1, Enero-Febrero de 2011, Vol. 79, págs. 92-99.
19. **Herbert, G.** *Características clínicas y su relación con la mortalidad de los pacientes admitidos en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión.* Lima : s.n., 2003. págs. 21-22.
20. **Palanca, I. y et al.** *Unidad de cuidados intensivos: Estandares y recomendaciones.* Madrid : s.n., 2010. pág. 6.
21. *Traumatismo craneoencefálico I.* **Toledo, J. y Van Isseldyk, F.** 2013. 1er Curso de patologías Neuroquirúrgicas de guardia y consultorio. pág. 1.
22. *Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Ictus en Atención Primaria .* [aut. libro] Ministerio de Ciencia e Innovación. *Guías de Práctica Clínica en el SNS.* Madrid : Estilo Estugraf Impresiones, S.L., 2009.
23. *Hemorragia subaracnoidea: epidemiología, etiología, fisiopatología y diagnóstico.* **Rodríguez, L. y Rodríguez, D.** 1, Holguín : s.n., 2011, Revista cubana de Neurología y Neurocirugía, Vol. 1, págs. 59-73.
24. *Nonoperative management of acute epidural hematomas: a "no-brainer".* **Offner, P. y et al.** 192, 2006, Vol. 6, págs. 801-5.
25. *Salud, Secretaría de. Guía de práctica clínica; Diagnóstico y tratamiento del Hematoma Subdural Crónico Traumático en pacientes mayores de 18 años de edad.* México : s.n., 2009.
26. **Uribe, F.** *Protocolo de Derivación del Paciente Politraumatizado en la Red Local de Urgencia (RLU) del Servicio de Salud O'Higgins (SSO).* [aut. libro] C. Herrera. *Unidad de Emergencia y Atención Prehospitalarias.* 2011, pág. 1.
27. **L.Farfan.** *Traumatismo Vertebro-medular.* 2011.
28. *Trauma de Abdomen.* **Pacheco, A.** 22, Condes : s.n., 2011, Vol. 5, págs. 623-630.
29. **Maroto, N. y Garrigues, V.** *Oclusión y pseudooclusión intestinal.* Valencia : s.n., 2014. pág. 373.
30. **Martínez, A. y et al.** *Peritonitis terciaria: tan difícil de definir como tratar.* 90. España : Published by Elsevier, 2012. págs. 11-16. Vol. 1.
31. 1987), Sistema de Información Estadístico Nacional de Defunciones. Anuario Demográfico de Cuba y Anuario Estadístico de Salud. Formularios A

de mortalidad de la OMS(1964-1986) Bases de datos de mortalidad (a partir de. *Indicadores Básicos para el análisis del estado de salud de la población*. Habana : s.n., 2010.

**32. Mortalidad y estancia hospitalaria ajustada por gravedad como indicadores de efectividad y eficiencia de la atención de pacientes en Unidades de cuidados Intensivos.** Dominguez, E. y et al. 2008, *Medicina Intensiva*, Vol. 32, págs. 8-14.

**34. Jimenez, M. Medicina de Urgencias y Emergencias. Guía diagnóstica y potocolos de actuación. 4.** 2010. págs. 890-899.

## 15. ANEXOS



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA AMAZONIA  
PERUANA  
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA  
“RAFAEL DONAYRE ROJAS”**



**MORBIMORTALIDAD EN LA UNIDAD DE CUIDADOS  
INTENSIVOS QUIRÚRGICA DEL HOSPITAL REGIONAL DE  
LORETO FELIPE ARRIOLA IGLESIAS EN LOS MESES  
OCTUBRE-DICIEMBRE DEL 2014**

### **CUESTIONARIO:**

El presente cuestionario se realiza con el objetivo de tener información sobre Morbimortalidad en la Unidad de Cuidados Intensivos quirúrgica del Hospital Regional de Loreto.

1.- Edad en años: ( )

2.- Sexo:

Masculino ( ) Femenino ( )

3.- Estado Civil:

Soltero(a): ( )

Conviviente: ( )

Casado(a): ( )

Divorciado(a): ( )

Viudo(a): ( )

4.- Ocupación:

Estudiante ( )

Independiente ( )

Profesional ( )

Obrero ( )

Desempleado ( )

Ama de casa ( )

5.- Procedencia:

Urbano ( )

Rural ( )

6.- Grado de Instrucción:

Primaria ( )

Secundaria ( )

Superior no universitario ( )

Superior universitario ( )

7.- Diagnóstico Médico de Ingreso:

TEC ( )

Hemorragia Intraparenquimatosa ( )

Hemorragia Subaracnoidea ( )

Hematoma Subdural ( )

Hematoma Epidural ( )

Politraumatizado ( )

TVM ( )

Obstrucción intestinal ( )

Peritonitis ( )

Trauma Abdominal ( )

Otros ( )

8.- Tiempo de estancia hospitalaria en días: ( )

9.- Comorbilidades:

Hipertensión arterial ( )

Diabetes Mellitus tipo 2( )

Insuficiencia cardiaca congestiva ( )

Enfermedad pulmonar crónica ( )

Insuficiencia renal ( )

Enfermedad hepática ( )

Otros ( )

10.- Estado de Egreso:

Vivo ( )

Fallecido ( )