

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
“IN SCIENTIA ET FIDE FORTITUDO NOSTRA”

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA



**RELACIÓN ENTRE EL TIEMPO DE HOSPITALIZACIÓN Y LAS CAUSAS
DE MORBI – MORTALIDAD EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
EN PACIENTES DEL HOSPITAL III DE YANAHUARA. AREQUIPA. 2016**

**TESIS PRESENTADA POR EL BACHILLER
RUBÉN JESÚS RODRÍGUEZ VEGA
PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL
DE MÉDICO CIRUJANO**

**AREQUIPA-PERÚ
2016**

DEDICATORIA

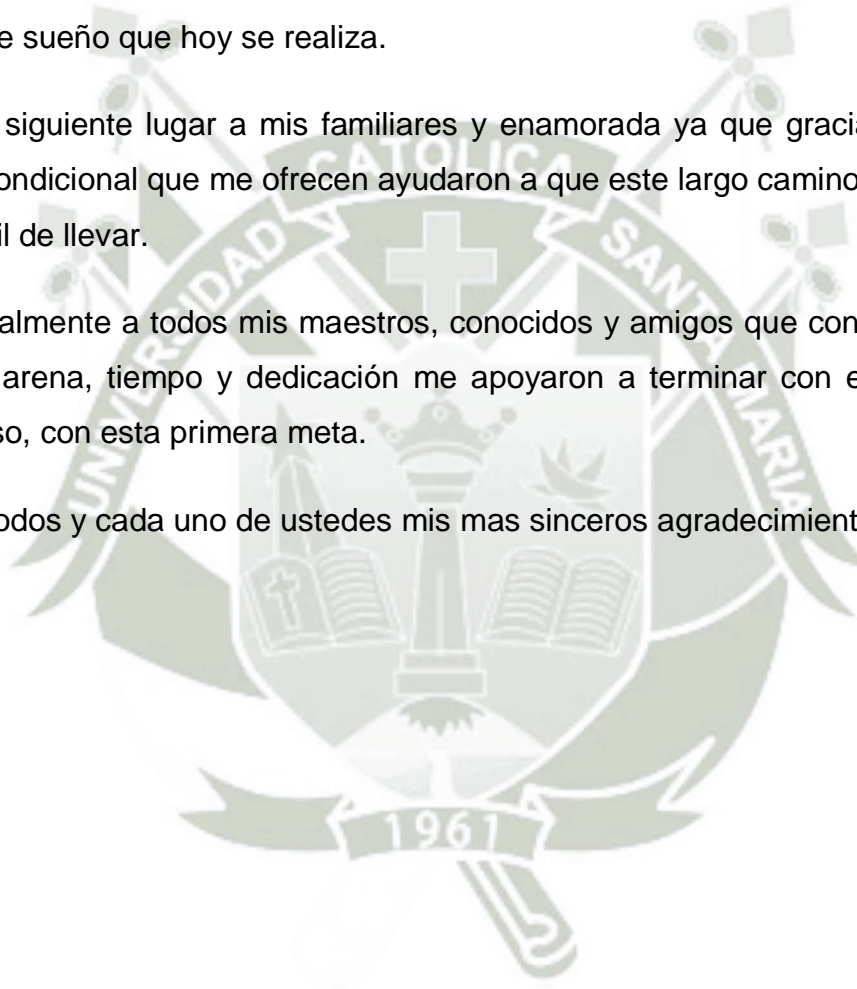
El siguiente trabajo se lo dedico en primer lugar a Dios ya que sin su eterna compañía y protección yo no estaría aquí.

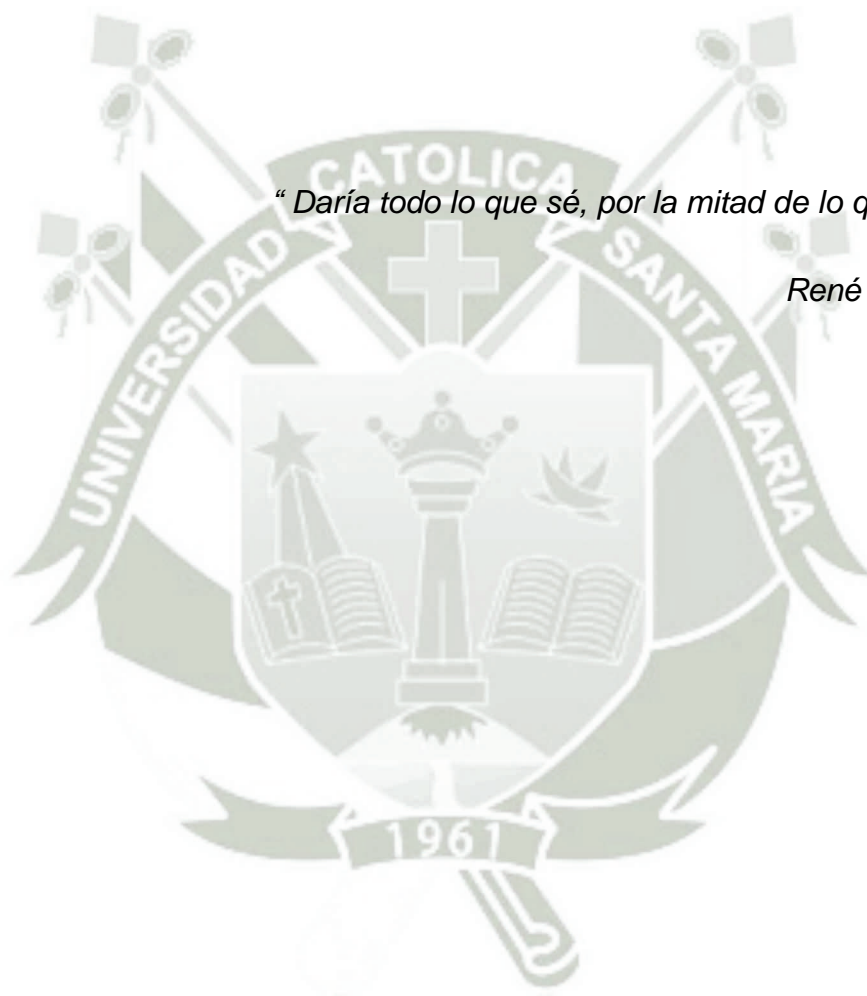
En segundo lugar a mis padres que siempre estuvieron a mi lado apoyándome y alentándome cuando mas lo necesitaba, brindándome el amor en una mano y la responsabilidad en la otra, alimentando junto a mi este sueño que hoy se realiza.

En siguiente lugar a mis familiares y enamorada ya que gracias al amor incondicional que me ofrecen ayudaron a que este largo camino fuera mas fácil de llevar.

Finalmente a todos mis maestros, conocidos y amigos que con su granito de arena, tiempo y dedicación me apoyaron a terminar con este primer paso, con esta primera meta.

A todos y cada uno de ustedes mis mas sinceros agradecimientos.





“Daría todo lo que sé, por la mitad de lo que ignoro”

René Descartes

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN

CAPITULO I: MATERIALES Y MÉTODOS09

CAPITULO II: RESULTADOS16

CAPITULO III: DISCUSIÓN Y COMENTARIOS71

CAPITULO IV: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES74

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS77

ANEXOS:

Anexo Nº 1: Proyecto de Tesis83

Anexo Nº 2: Modelo de la Ficha de Registro121

Anexo Nº 3: Matriz de Sistematización124

Anexo Nº 4: Cálculos Estadísticos128

RESUMEN

El presente estudio tuvo por objetivo principal determinar la relación entre el tiempo de hospitalización en UCI y las causas de morbimortalidad en pacientes del Hospital III de Yanahuara.

Corresponde a una investigación observacional, retrospectiva, transversal, descriptiva y documental. Con tal objeto se seleccionaron 174 historias clínicas con los criterios de inclusión correspondientes al año 2015, en las que se estudió las variables tiempo de hospitalización y causas de morbimortalidad mediante observación documental. Se emplearon frecuencias absolutas y porcentuales, y la prueba X^2 para analizar la relación.

Los resultados muestran que el tiempo de hospitalización más frecuente en UCI fue de 1 a 10 días, con el 87.93%. Las causas de morbilidad y mortalidad más frecuentes fueron en ambos casos las enfermedades respiratorias, con el 23.56% y 12.64%, respectivamente. Asimismo no existe relación estadística significativa entre ambas variables ($p > 0.05$), disprobándose por tanto la hipótesis de investigación.

Palabras Claves: Tiempo de hospitalización en UCI, Causas de morbimortalidad

ABSTRACT

This research has the aim to determine the relationship between hospitalization time and causes of morbimortality in patients of III, Yanahuara Hospital.

It is an observational, retrospective, sectional, descriptive and documental study. So 174 clinic histories were selected according to inclusion criteria in 2015, in which the variables hospitalization and causes of morbimortality were studied by documental observation. Absolute and percentage frequencies were used, and X^2 test to analyze the relationship.

The outcomes show that the most frequent hospitalization time in ICU was from 1 to 10 days, with 87.93%. The most frequent causes of morbimortality were respiratory disease, in both cases, with 23.56% and 12.64%, each other. Then there is no statistically significant relationship between variables ($p > 0.05$), rejecting consequently the research hypothesis.

Key words: Hospitalization time in ICU, Causes of morbimortality.

INTRODUCCIÓN

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 para ingresar a 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.²⁸

Los cuidados intensivos constituyen una práctica dinámica, crítica y delicada de la medicina. Con sus raíces en la reanimación de pacientes moribundos, el cuidado crítico ejemplar proporciona una 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.¹⁷

La atención del paciente grave, requiere la acción de un equipo de médicos con distintas especialidades y experiencia adicional en reanimación, así como de los sistemas de servicios médicos de emergencias comunitarias. Estos sistemas incluyen una serie continua de sostén vital que comienza a implementarse en el lugar del hecho, sigue durante el traslado del paciente al departamento de emergencia y al quirófano y continúa en la unidad de terapia intensiva.

De otro lado el tiempo de hospitalización en UCI demanda de un manejo racional, suficiente y necesario de modo que cubra la resolución y recuperación del enfermo crítico y su alta en el menor tiempo posible, sin llegar a la sobre hospitalización que puede acarrear contagio y adquisición de gérmenes nosocomiales.

La morbimortalidad supone el cálculo de la frecuencia de enfermos ingresados a UCI y de fallecidos por la severidad de la enfermedad original, por complicaciones o por contagio.

La tesis consta de 4 capítulos, en el Capítulo I, relativo a Material y Métodos, se desarrolla las técnicas, instrumentos y materiales; el campo de verificación, la estrategia de recolección y la estrategia para manejar los resultados.

En el Capítulo II se presentan los Resultados de la investigación, consistente en tablas, interpretaciones y gráficas de estricta inherencia a los objetivos e hipótesis.

En el Capítulo III se consignan la Discusión y Comentarios, en los que se da a conocer el aporte central de la investigación en términos de los resultados más significativos, la comparación con los antecedentes investigativos, limitaciones y explicación probable de los resultados.

En el Capítulo IV se presentan las Conclusiones y las Recomendaciones. Las primeras constituyen respuestas terminales relativas y sintéticas, formuladas a exigencia de las interrogantes básicas y la hipótesis, que informan del nivel de logro de los objetivos y el grado de comprobación de esta última. Las segundas constituyen mayormente sugerencias de investigaciones complementarias, formuladas con base en los resultados.

Finalmente se presenta la Bibliografía y los Anexos correspondientes, en los que figura preliminarmente el Proyecto de Tesis; luego el modelo del instrumento y la matriz de sistematización.

En la esperanza de que los resultados de la presente investigación constituyan un importante aporte al proceso investigativo de la Facultad de Medicina Humana de la UCSM.

Los objetivos fueron determinar el tiempo de hospitalización en UCI, las causas de morbi – mortalidad de estos pacientes y establecer la relación existente entre estas variables.



CAPÍTULO I

MATERIALES Y MÉTODOS

I.- MATERIALES Y MÉTODOS

1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

1.1. Técnica

a. Precisión de la técnica

Se empleó la técnica de OBSERVACIÓN DOCUMENTAL, para recoger información de las variables: tiempo de hospitalización, causas de morbi y mortalidad. La relación entre técnica y variable se muestra en el siguiente esquema:

VARIABLES	TÉCNICA
Tiempo de hospitalización	Observación documental
Causas de morbilidad	
Causas de mortalidad	

b. Procedimiento

Previa estandarización de las historias clínicas, de acuerdo a los criterios de inclusión, la observación documental de las mismas implicó la revisión y registro de los hallazgos documentales respecto a las variables.

1.2. Instrumentos

a) Instrumento documental

a.1. Precisión del instrumento

Se empleó un instrumento de tipo estructurado, denominado FICHA DE OBSERVACIÓN DOCUMENTAL, cuya estructura se desarrolló en base a las variables de estudio.

a.2. Estructura del instrumento

VARIABLES	EJES	INDICADORES	SUBEJES
Tiempo de hospitalización	1	Días	1.1
Causas de morbilidad	2	Enfermedad Respiratoria Enfermedad Cardiovascular Enfermedad Endocrinológica Enfermedad Gastrointestinal Enfermedad Nefrológica Enfermedad Neurológica Enfermedad Infecciosa Posoperatoria Politraumatismos Complicaciones de Embarazo Otras	2.1 2.2 2.3 2.4 2.5 2.6 2.7 2.8 2.9 2.10 2.11
Causas de mortalidad	3	Enfermedad Respiratoria Enfermedad Cardiovascular Enfermedad Endocrinológica Enfermedad Gastrointestinal Enfermedad Nefrológica Enfermedad Neurológica Enfermedad Infecciosa Posoperatoria Politraumatismos Complicaciones de Embarazo Otras	2.1 2.2 2.3 2.4 2.5 2.6 2.7 2.8 2.9 2.10 2.11

a.3. Modelo del instrumento

Ver en anexos.

b) Instrumentos mecánicos

b.1. Computadora

1.3. Materiales

- Útiles de escritorio en general

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. Ubicación Espacial

- **Ámbito General:**

Hospital III de Yanahuara, ubicado en el distrito del mismo nombre.

- **Ámbito específico:**

Departamento de Archivo y Diagnóstico de dicho hospital.

2.2. Ubicación Temporal

La investigación fue realizada durante el año 2015.

2.3. Unidades de Estudio

a. **Alternativa de manejo u opción:** Casos.

b. **Unidades de análisis:** Historias clínicas.

c. Población cualitativa

c.1. Criterios de inclusión

- Historias clínicas de pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos del Hospital III de Yanahuara.
- De ambos sexos.
- De cualquier edad

c.2. Criterios de exclusión

- Historias clínicas de pacientes de otros servicios.
- Historias clínicas con datos incompletos

d. Cuantificación de las unidades de estudio

n = 174 pacientes en un año

Fuente: Dpto. de Archivo de Historias clínicas, año 2015.

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.1. Organización

Se ejecutaron las siguientes acciones:

- Autorización del Director del Hospital III de Yanahuara.
- Coordinación con el Jefe de Archivo y Estadística.
- Formalización de las historias clínicas.
- Prueba piloto.

3.2. Recursos

a) Recursos Humanos

a.1. Investigador : Rubén Jesús Rodríguez Vega

a.2. Asesor : Dr. Luis Fernando Linares Morante

b) Recursos Físicos

Estuvieron dados por los ambientes e infraestructura del Departamento de Archivo y Estadística del Hospital III de Yanahuara.

c) Recursos Económicos

El presupuesto que requirió la investigación fue financiado por el investigador.

d) Recurso Institucional

Fueron dados por el Hospital III de Yanahuara y la Universidad Católica de Santa María.

3.3. Prueba piloto

a) Tipo de prueba:

Fue de tipo incluyente.

b) Muestra piloto:

Correspondió al 5% de las historias clínicas tomadas para la investigación.

c) Recolección piloto:

Implicó la aplicación de los instrumentos a la muestra piloto.

4. ESTRATEGIA PARA MANEJAR LOS RESULTADOS

4.1. Plan de Procesamiento de los Datos

a. Tipo de procesamiento

Se realizó un procesamiento manual y computarizado, mediante en el paquete informático IBM-SPSS, versión 22.

b. Operaciones del procesamiento

b.1. Clasificación:

Los datos obtenidos a través de la aplicación de los instrumentos se ordenaron en una matriz de sistematización.

b.2. Conteo:

Se requirieron de matrices de conteo.

b.3. Tabulación:

Se elaboraron tablas de doble entrada acorde a las variables de estudio.

b.4. Graficación:

Se elaboraron gráficas de barras e histograma acorde a su respectiva tabla.

4.2. Plan de análisis de datos

a. Tipo de análisis

Cuantitativo, categórico, trivariado.

b. Tratamiento estadístico

Variable investigativa	Tipo	Escala de medición	Estadística descriptiva	Pruebas estadísticas
Tiempo de hospitalización	Ordinal*	Ordinal	Medidas de tendencia central y de variabilidad	• χ^2
Causas de morbilidad Causas de mortalidad	Cualitativa	Nominal	Frecuencias absolutas Frecuencias porcentuales	

* La variable tiempo de hospitalización ha sido transformada, de escala cuantitativa a escala ordinal, por medio de la formación de intervalos de clase.

CAPÍTULO II

RESULTADOS



TABLA Nº 1
DISTRIBUCIÓN DE GRUPOS ETARIOS SEGÚN SEXO DE LOS
PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS
INTENSIVOS DEL HOSPITAL III DE YANAHUARA

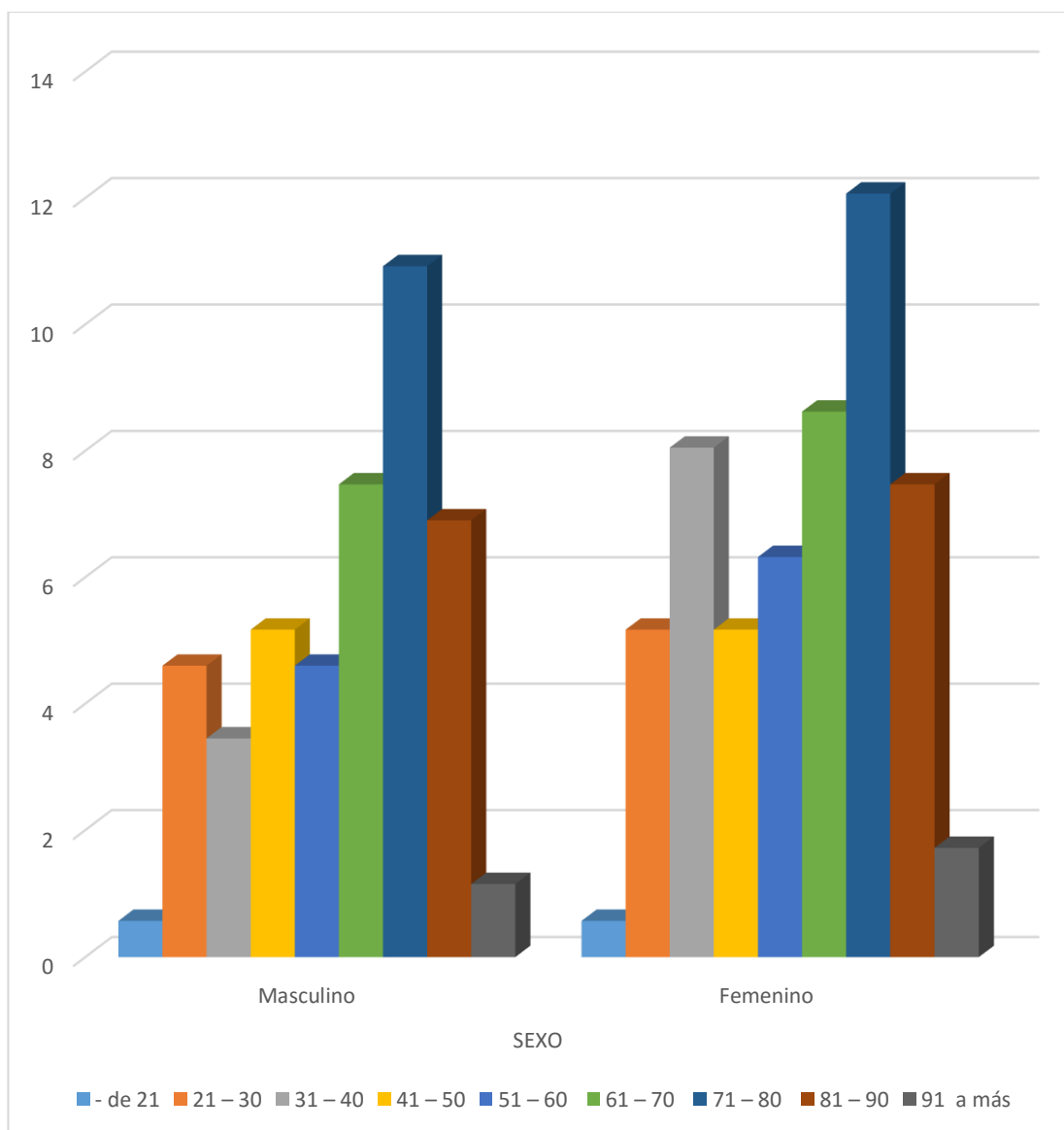
EDAD	SEXO				TOTAL	
	Masculino		Femenino			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
< 21	1	0.57	1	0.57	2	1.15
21 – 30	8	4.60	9	5.17	17	9.77
31 – 40	6	3.45	14	8.05	20	11.49
41 – 50	9	5.17	9	5.17	18	10.34
51 – 60	8	4.60	11	6.32	19	10.92
61 – 70	13	7.47	15	8.62	28	16.09
71 – 80	19	10.92	21	12.07	40	22.99
81 – 90	12	6.90	13	7.47	25	14.37
91 a más	2	1.15	3	1.72	5	2.87
TOTAL	78	44.83	96	55.17	174	100.00

Fuente: Elaboración personal (Matriz de Sistematización)

Según edad, los pacientes que enfermaron más fueron los de 71 a 80 años, con el 22.99%; y, los que menos enfermaron fueron los pacientes menores a 21 años, con el 1.15%.

Según sexo, las mujeres enfermaron más con el 55.17%; en tanto que, los hombres enfermaron en el 44.83%.

GRÁFICA N° 1
DISTRIBUCIÓN DE GRUPOS ETARIOS SEGÚN SEXO DE LOS
PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS
INTENSIVOS DEL HOSPITAL III DE YANAHUARA



Fuente: Elaboración personal (Matriz de Sistematización)

TABLA N° 2
DISTRIBUCION DE DIAS DE HOSPITALIZACIÓN SEGÚN EDAD DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN UCI.
HOSPITAL III YANAHUARA

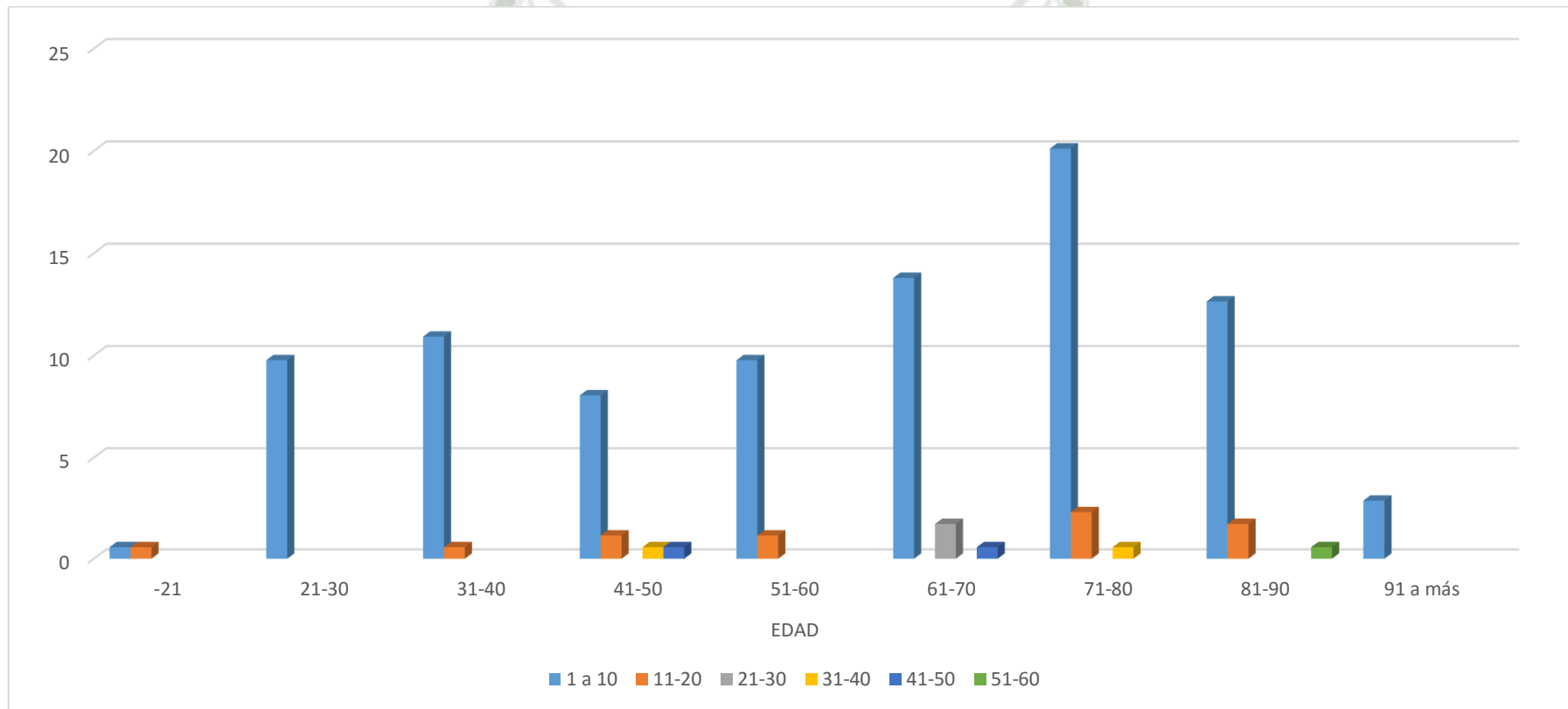
DÍAS DE HOSP.	EDAD																		TOTAL	
	-21		21-30		31-40		41-50		51-60		61-70		71-80		81-90		91 a más			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
< 10	1	0.57	17	9.77	19	10.92	14	8.05	17	9.77	24	13.79	35	20.11	22	12.64	5	2.87	153	87.93
11-20	1	0.57			1	0.57	2	1.15	2	1.15			4	2.30	3	1.72			13	7.47
21-30											3	1.72							3	1.72
31-40							1	0.57					1	0.57					2	1.15
41-50							1	0.57			1	0.57							2	1.15
51-60															1	0.57			1	0.57
TOTAL	2	1.15	17	9.77	20	11.49	18	10.34	19	10.92	28	16.09	40	22.99	26	14.94	5	2.87	174	100.00

Fuente: Elaboración personal (Matriz de Sistematización)

El tiempo de hospitalización en UCI más frecuente fue de 1 a 10 días con el 87.93%, evidenciado mayormente en pacientes de 71 a 80 años, y menormente en pacientes menores a 21 años.

El tiempo de hospitalización menos frecuente fue de 51 a 60 días con el 0.57%, mostrado exclusivamente por pacientes de 81 a 90 años.

GRÁFICA Nº 2
DISTRIBUCION DE DIAS DE HOSPITALIZACIÓN DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN UCI SEGÚN EDAD.
HOSPITAL III YANAHUARA



Fuente: Elaboración personal (Matriz de Sistematización)

TABLA Nº 3
DISTRIBUCION DE LOS DIAS DE HOSPITALIZACIÓN SEGÚN
SEXO DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN UCI. HOSPITAL III
YANAHUARA

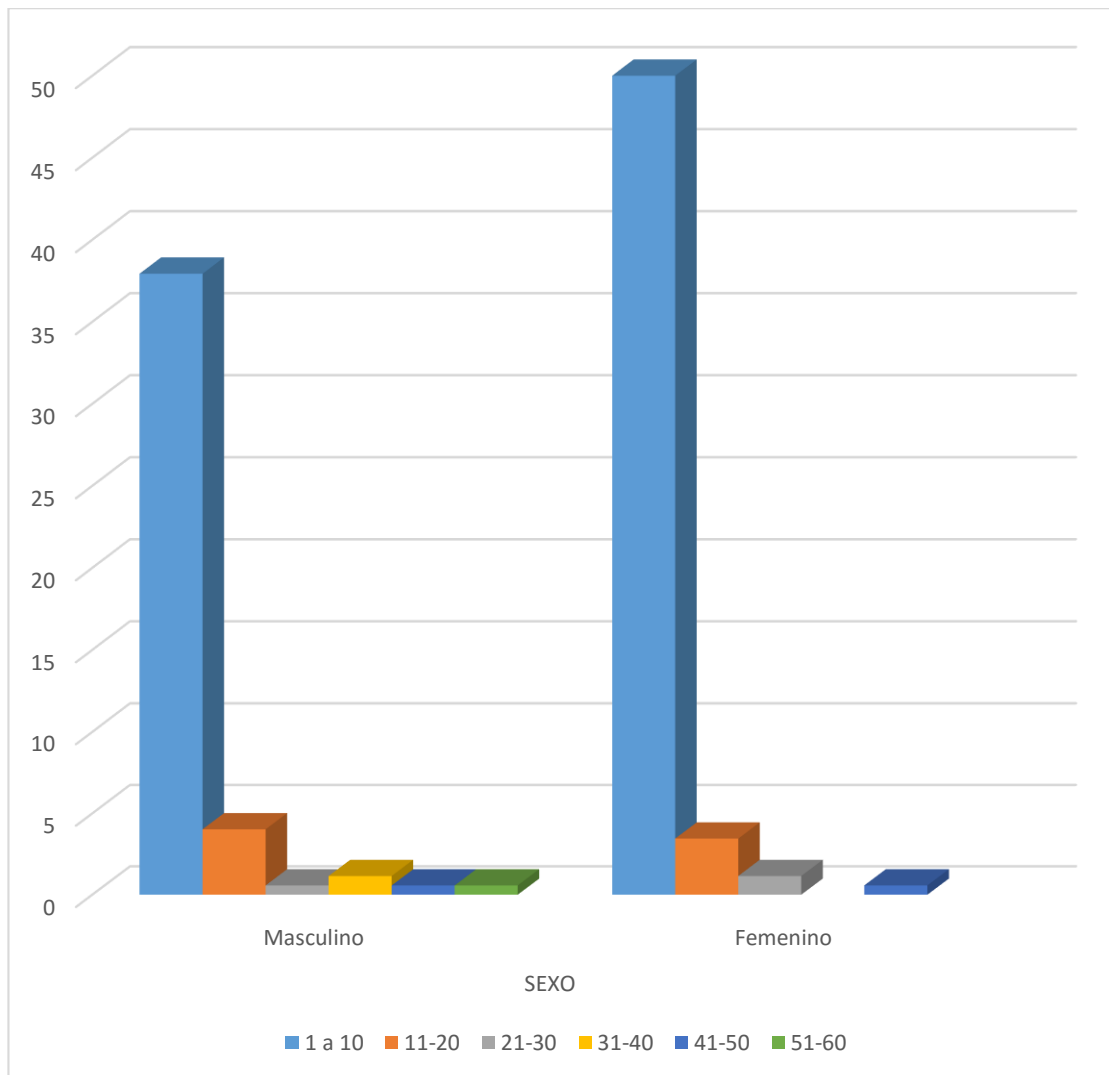
DÍAS DE HOSPITALIZACION	SEXO				TOTAL	
	Masculino		Femenino			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
< 10	66	37.93	87	50.00	153	87.93
11-20	7	4.02	6	3.45	13	7.47
21-30	1	0.57	2	1.15	3	1.72
31-40	2	1.15			2	1.15
41-50	1	0.57	1	0.57	2	1.15
51-60	1	0.57			1	0.57
TOTAL	78	44.83	96	55.17	174	100.00

Fuente: Elaboración personal (Matriz de Sistematización)

En varones predominó el tiempo de hospitalización de 1 a 10 días, con el 37.93%. En damas, predominó el mismo tiempo de hospitalización, pero con el 50%.

En varones, los tiempos de hospitalización menos frecuentes fueron los de 21 a 30, 41 a 50 y 51 a 60 días, en cada caso, con el 0.57%. En damas, el tiempo de hospitalización menos frecuente fue de 41 a 50 años, de modo exclusivo, con igual porcentaje.

GRÁFICA Nº 3
DISTRIBUCION DE LOS DIAS DE HOSPITALIZACIÓN DE
PACIENTES HOSPITALIZADOS EN UCI SEGÚN SEXO. HOSPITAL III
YANAHUARA



Fuente: Elaboración personal (Matriz de Sistematización)

TABLA N° 4
DISTRIBUCION DE CAUSAS DE MORBILIDAD POR ESPECIALIDADES SEGÚN EDAD EN PACIENTES DE UCI
DEL HOSPITAL III YANAHUARA

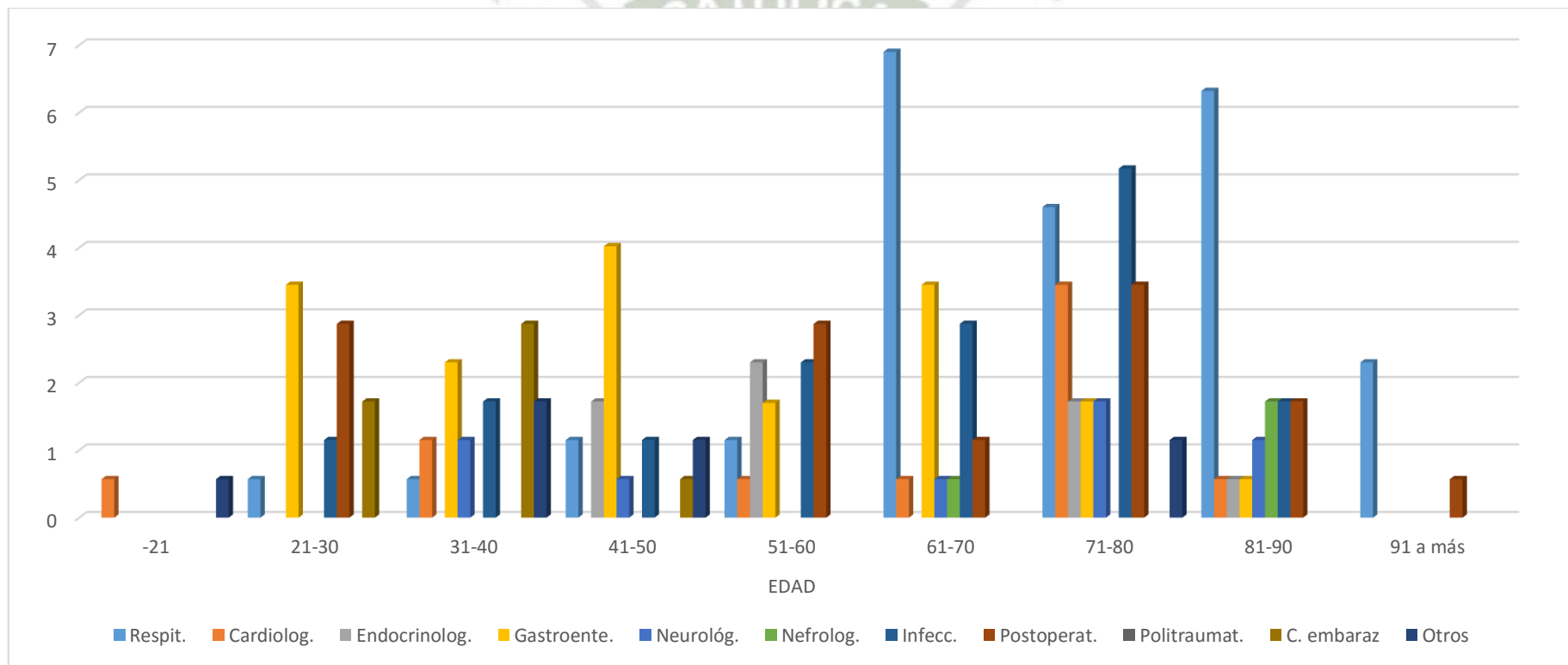
TIEMPO EN DÍAS	EDAD																		TOTAL	
	-21		21-30		31-40		41-50		51-60		61-70		71-80		81-90		91 a más			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Respit.			1	0.57	1	0.57	2	1.15	2	1.15	12	6.90	8	4.60	11	6.32	4	2.30	41	23.56
Cardiolog.	1	0.57			2	1.15			1	0.57	1	0.57	6	3.45	1	0.57			12	6.90
Endocrinolo g.							3	1.72	4	2.30			3	1.72	1	0.57			11	6.32
Gastroente.			6	3.45	4	2.30	7	4.02	3	1.70	6	3.45	3	1.72	1	0.57			30	17.24
Neurológ.					2	1.15	1	0.57			1	0.57	3	1.72	2	1.15			9	5.17
Nefrolog.											1	0.57			3	1.72			4	2.30
Infecc.			2	1.15	3	1.72	2	1.15	4	2.30	5	2.87	9	5.17	3	1.72			28	16.09
Postoperat.			5	2.87					5	2.87	2	1.15	6	3.45	3	1.72	1	0.57	22	12.64
Politraumat.																				
C. embaraz			3	1.72	5	2.87	1	0.57											9	5.17
Otros	1	0.57			3	1.72	2	1.15					2	1.15					8	4.60
TOTAL	2	1.15	17	9.77	20	11.49	18	10.34	19	10.92	28	16.09	40	22.99	26	14.94	5	2.87	174	100.00

Fuente: Elaboración personal (Matriz de Sistematización)

Las causas más frecuentes de morbilidad en pacientes hospitalizados en UCI del Hospital III de Yanahuara fueron las enfermedades respiratorias con el 23.56%, las cuales afectaron mayormente a pacientes de 61 a 70 años, y menormente a pacientes de 21 a 30 años, y de 31 a 40 años.

Las causas menos frecuentes de morbilidad en dichos pacientes fueron las enfermedades nefrológicas con el 2.30%, las cuales afectaron mayormente a pacientes de 81 a 90 años, y menormente a pacientes de 61 a 70 años.

GRÁFICA Nº 4
DISTRIBUCION DE CAUSAS DE MORBILIDAD POR ESPECIALIDADES SEGÚN EDAD EN PACIENTES DE UCI
DEL HOSPITAL III YANAHUARA



Fuente: Elaboración personal (Matriz de Sistematización)

TABLA Nº 5
DISTRIBUCION DE LAS CAUSAS DE MORBILIDAD POR
ESPECIALIDADES SEGÚN SEXO, EN PACIENTES DE UCI DEL
HOSPITAL III YANAHUARA

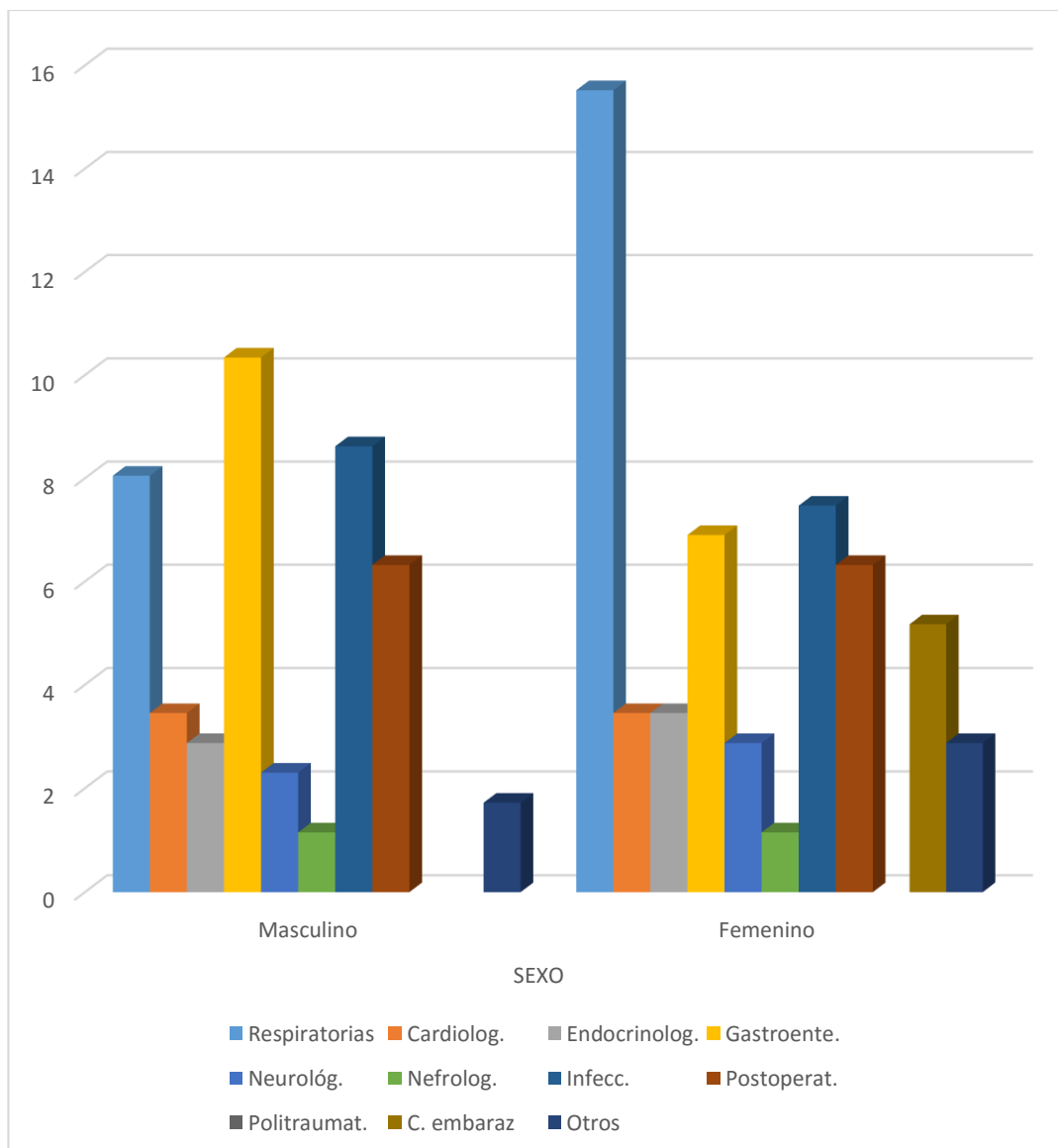
CAUSAS DE MORBILIDAD	SEXO				TOTAL	
	Masculino		Femenino			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Respiratorias	14	8.05	27	15.52	41	23.56
Cardiolog.	6	3.45	6	3.45	12	6.90
Endocrinolog.	5	2.87	6	3.45	11	6.32
Gastroente.	18	10.34	12	6.90	30	17.24
Neurológ.	4	2.30	5	2.87	9	5.17
Nefrolog.	2	1.15	2	1.15	4	2.30
Infecc.	15	8.62	13	7.47	28	16.09
Postoperat.	11	6.32	11	6.32	22	12.64
Politraumat.						
C. embaraz			9	5.17	9	5.17
Otros	3	1.72	5	2.87	8	4.60
TOTAL	78	44.83	96	55.17	174	100.00

Fuente: Elaboración personal (Matriz de Sistematización)

En varones las causas más frecuentes de morbilidad fueron las enfermedades gastroenterológicas, con el 10.34%; y las menos frecuentes, las afecciones nefrológicas, con el 1.15%

En cambio, en damas, las causas más frecuentes de morbilidad fueron las enfermedades respiratorias con el 15.52%; y las menos frecuentes, las afecciones nefrológicas, con el 1.15%, coincidente con la cifra analoga mostrada por los varones.

GRÁFICA Nº 5
DISTRIBUCION DE LAS CAUSAS DE MORBILIDAD POR
ESPECIALIDADES SEGÚN SEXO, EN PACIENTES DE UCI DEL
HOSPITAL III YANAHUARA



Fuente: Elaboración personal (Matriz de Sistematización)

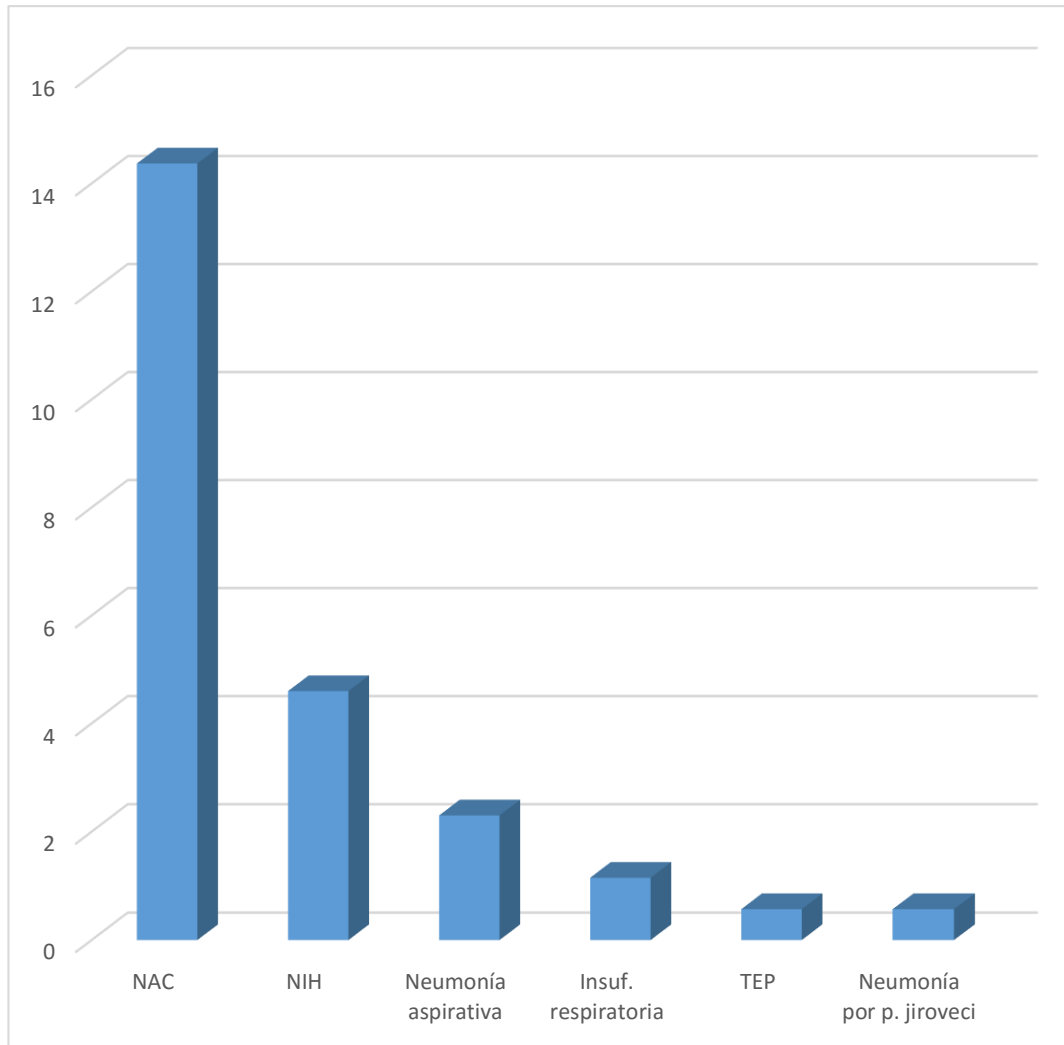
TABLA Nº 6
DISTRIBUCION DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS EN
PACIENTES HOSPITALIZADOS EN UCI DEL HOSPITAL III
YANAHUARA

ENFERMEDADES RESPIRATORIAS	Nº	%
NAC	25	14.37
NIH	8	4.60
Neumonía aspirativa	4	2.30
Insuf. respiratoria	2	1.15
TEP	1	0.57
Neumonía por p. jiroveci	1	0.57
TOTAL	41	23.56

Fuente: Elaboración personal (Matriz de Sistematización)

Las enfermedades respiratorias más frecuentes en pacientes hospitalizados en UCI del Hospital III de Yanahuara fueron las neumonías adquiridas en la comunidad, con el 14.37%; y las menos frecuentes la Neumonía por J. jiroveci y TEP, con el 0.57%, cada una.

GRÁFICA N° 6
DISTRIBUCION DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS EN
PACIENTES HOSPITALIZADOS EN UCI DEL HOSPITAL III
YANAHUARA



Fuente: Elaboración personal (Matriz de Sistematización)

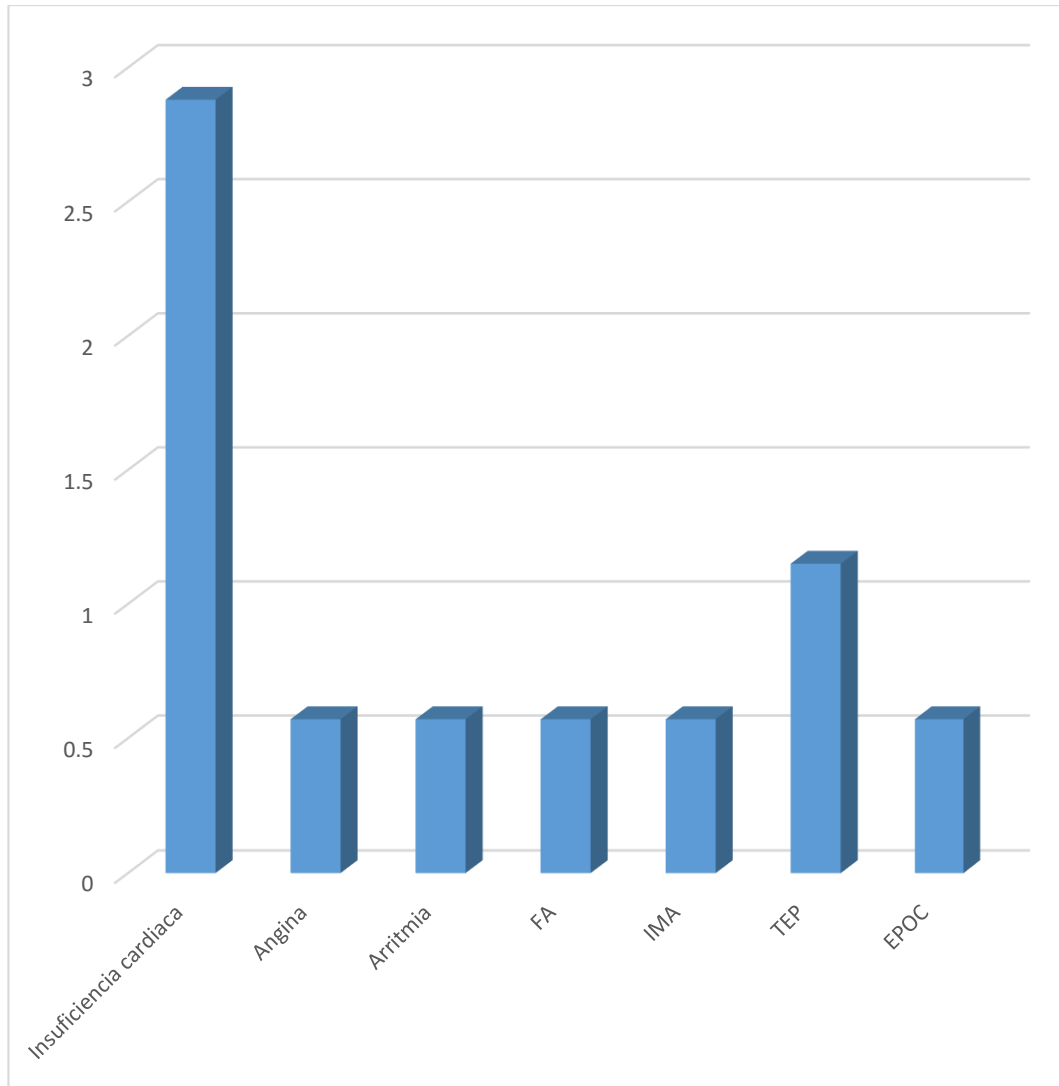
TABLA Nº 7
DISTRIBUCION DE ENFERMEDADES CARDIACAS EN PACIENTES
HOSPITALIZADOS EN UCI DEL HOSPITAL III YANAHUARA

ENFERMEDADES CARDIACAS	Nº	%
Insuficiencia cardiaca	5	2.88
Angina	1	0.57
Arritmia	1	0.57
FA	1	0.57
IMA	1	0.57
TEP	2	1.15
EPOC	1	0.57
TOTAL	12	6.90

Fuente: Elaboración personal (Matriz de Sistematización)

Las enfermedades cardiacas más frecuentes en pacientes hospitalizados en UCI del Hospital III de Yanahuara, fue la insuficiencia cardiaca, en el 2.88%; y, las menos frecuentes fueron la angina, la arritmia, FA, IMA y EPOC, con el 0.57%, cada una.

GRÁFICA N° 7
DISTRIBUCION DE ENFERMEDADES CARDIACAS EN PACIENTES
HOSPITALIZADOS EN UCI DEL HOSPITAL III YANAHUARA



Fuente: Elaboración personal (Matriz de Sistematización)

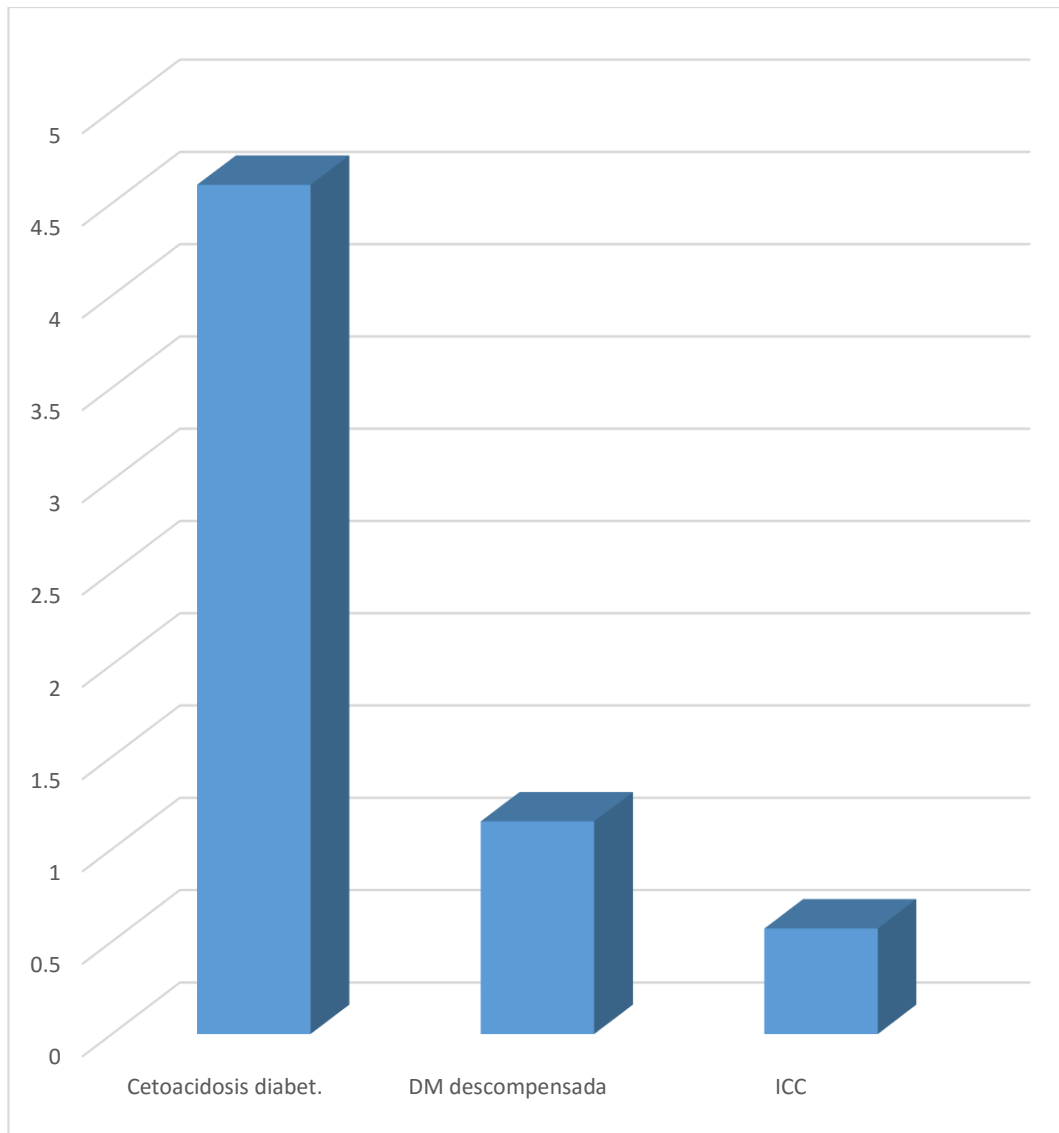
TABLA Nº 8
DISTRIBUCION DE ENFERMEDADES ENDOCRINAS EN PACIENTES
HOSPITALIZADOS EN UCI DEL HOSPITAL III YANAHUARA

ENFERMEDADES ENDOCRINAS	Nº	%
Cetoacidosis diabet.	8	4.60
DM descompensada	2	1.15
ICC	1	0.57
TOTAL	11	6.32

Fuente: Elaboración personal (Matriz de Sistematización)

La enfermedad endocrina más frecuente en pacientes hospitalizados en UCI del Hospital III de Yanahuara, fue la cetoacidosis diabética, con el 4.60%; y, la menos frecuente fue la ICC, con el 0.57%.

GRÁFICA Nº 8
DISTRIBUCION DE ENFERMEDADES ENDOCRINAS EN PACIENTES
HOSPITALIZADOS EN UCI DEL HOSPITAL III YANAHUARA



Fuente: Elaboración personal (Matriz de Sistematización)

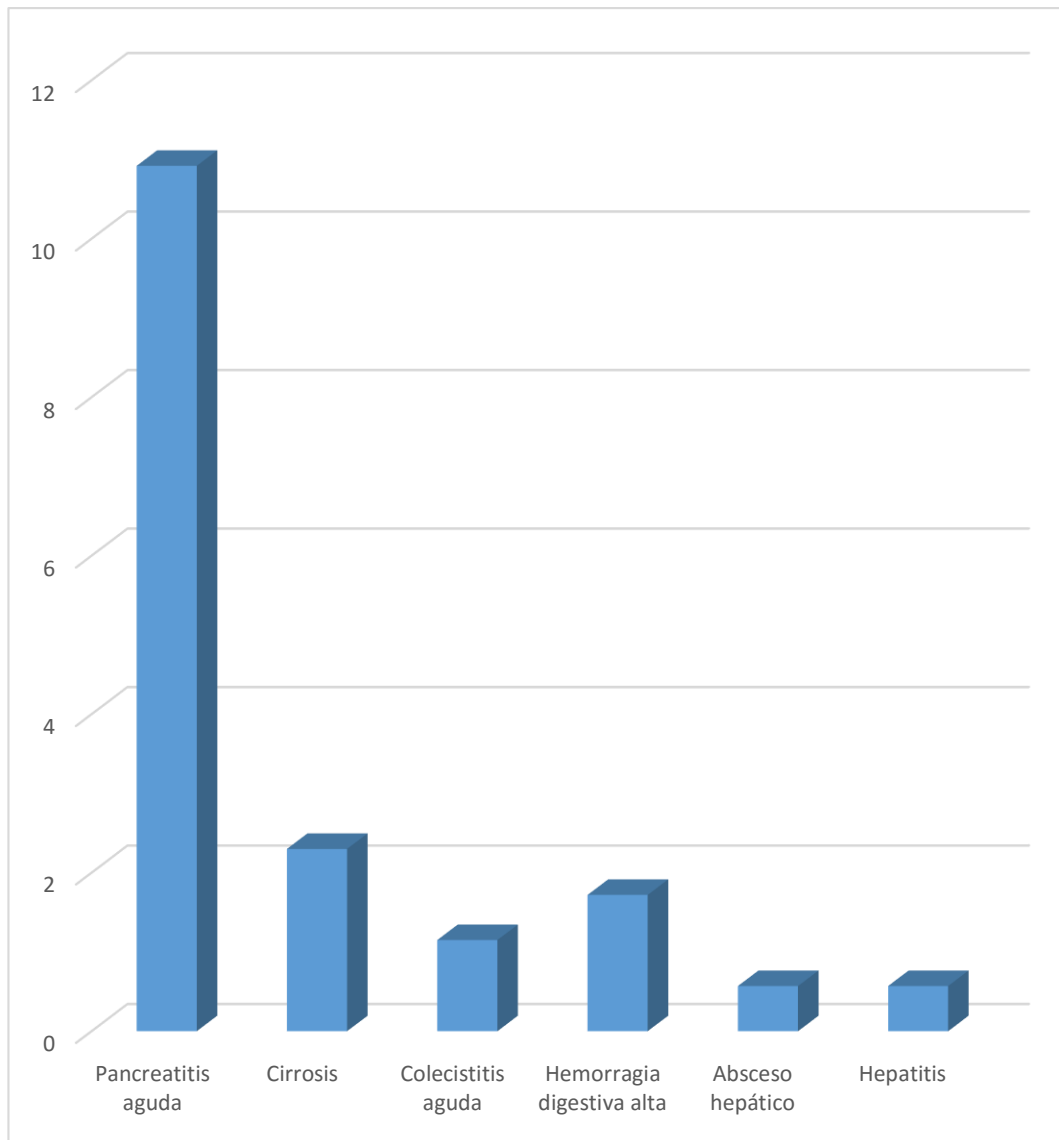
TABLA Nº 9
DISTRIBUCION DE ENFERMEDADES GASTROENTEROLÓGICAS EN
PACIENTES HOSPITALIZADOS EN UCI DEL HOSPITAL III
YANAHUARA

ENFERMEDADES GASTROENTEROLÓGICAS	Nº	%
Pancreatitis aguda	19	10.92
Cirrosis	4	2.30
Colecistitis aguda	2	1.15
Hemorragia digestiva alta	3	1.72
Absceso hepático	1	0.57
Hepatitis	1	0.57
TOTAL	11	17.24

Fuente: Elaboración personal (Matriz de Sistematización)

La enfermedad gastroenterológica más frecuente en pacientes hospitalizados en UCI fue la pancreatitis aguda, con el 10.92%; y, las menos frecuentes el absceso hepático y la hepatitis, con el 0.57%.

GRÁFICA Nº 9
DISTRIBUCION DE ENFERMEDADES GASTROENTEROLÓGICAS EN
PACIENTES HOSPITALIZADOS EN UCI DEL HOSPITAL III
YANAHUARA



Fuente: Elaboración personal (Matriz de Sistematización)

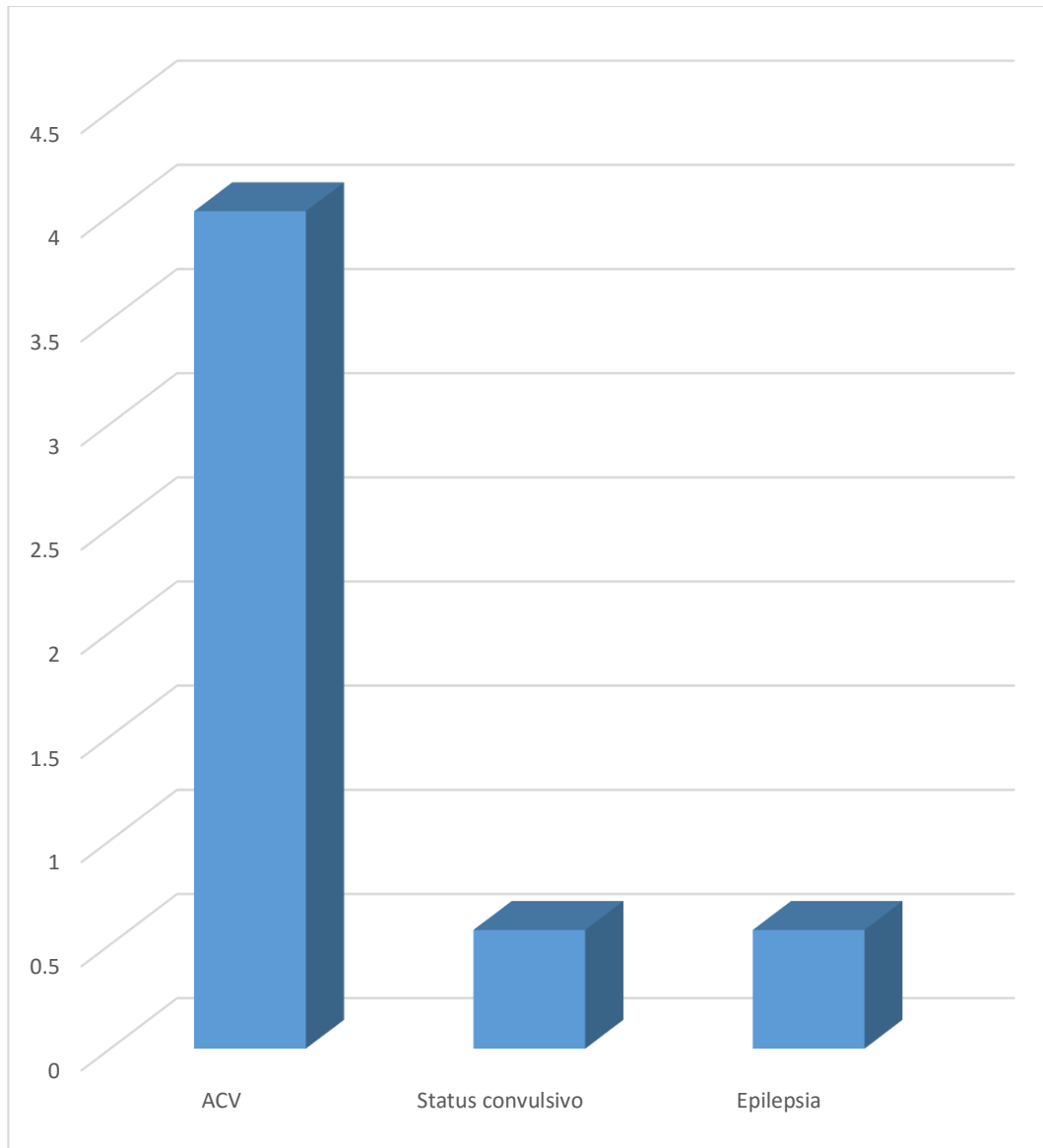
TABLA N° 10
DISTRIBUCION DE ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS EN
PACIENTES HOSPITALIZADOS EN UCI DEL HOSPITAL III
YANAHUARA

ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS	Nº	%
ACV	7	4.02
Status convulsivo	1	0.57
Epilepsia	1	0.57
TOTAL	9	5.17

Fuente: Elaboración personal (M.S.)

Las enfermedades neurológicas más frecuentes en pacientes hospitalizados en UCI del Hospital III de Yanahuara, fueron los ACV, registrados en el 4.02% de los casos; en tanto que, las menos frecuentes fueron el status convulsivo y la epilepsia, con el 0.57%, cada uno.

GRÁFICA Nº 10
DISTRIBUCION DE ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS EN
PACIENTES HOSPITALIZADOS EN UCI DEL HOSPITAL III
YANAHUARA



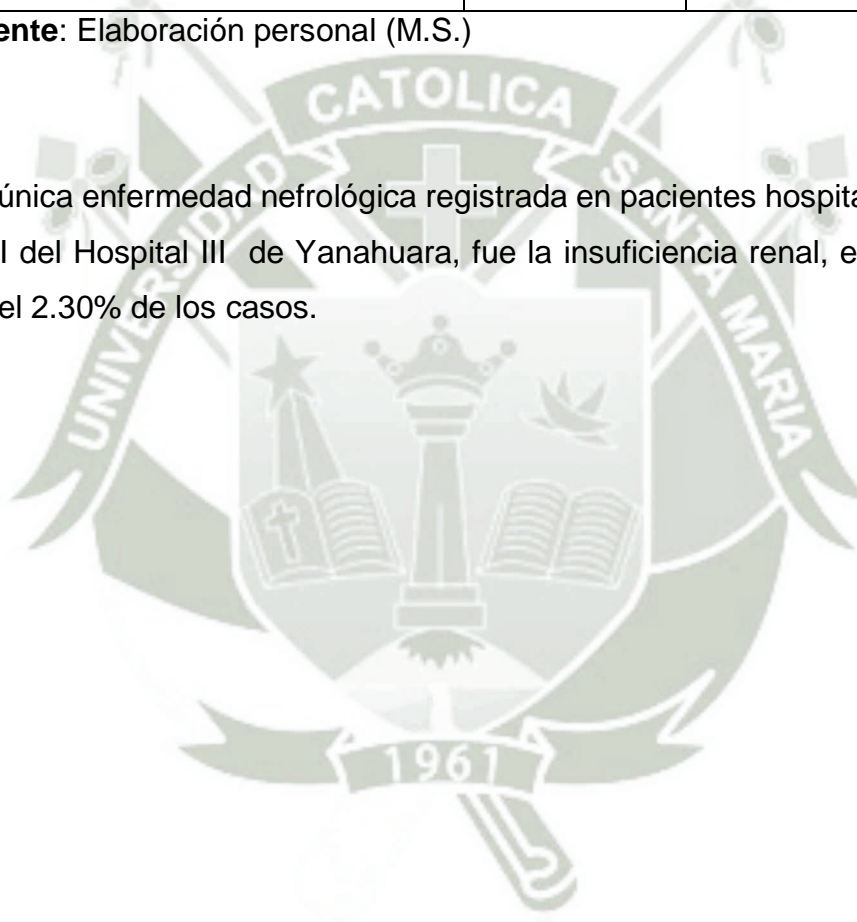
Fuente: Elaboración personal (Matriz de Sistematización)

TABLA N° 11
DISTRIBUCION DE ENFERMEDADES NEFROLÓGICAS EN
PACIENTES HOSPITALIZADOS EN UCI DEL HOSPITAL III
YANAHUARA

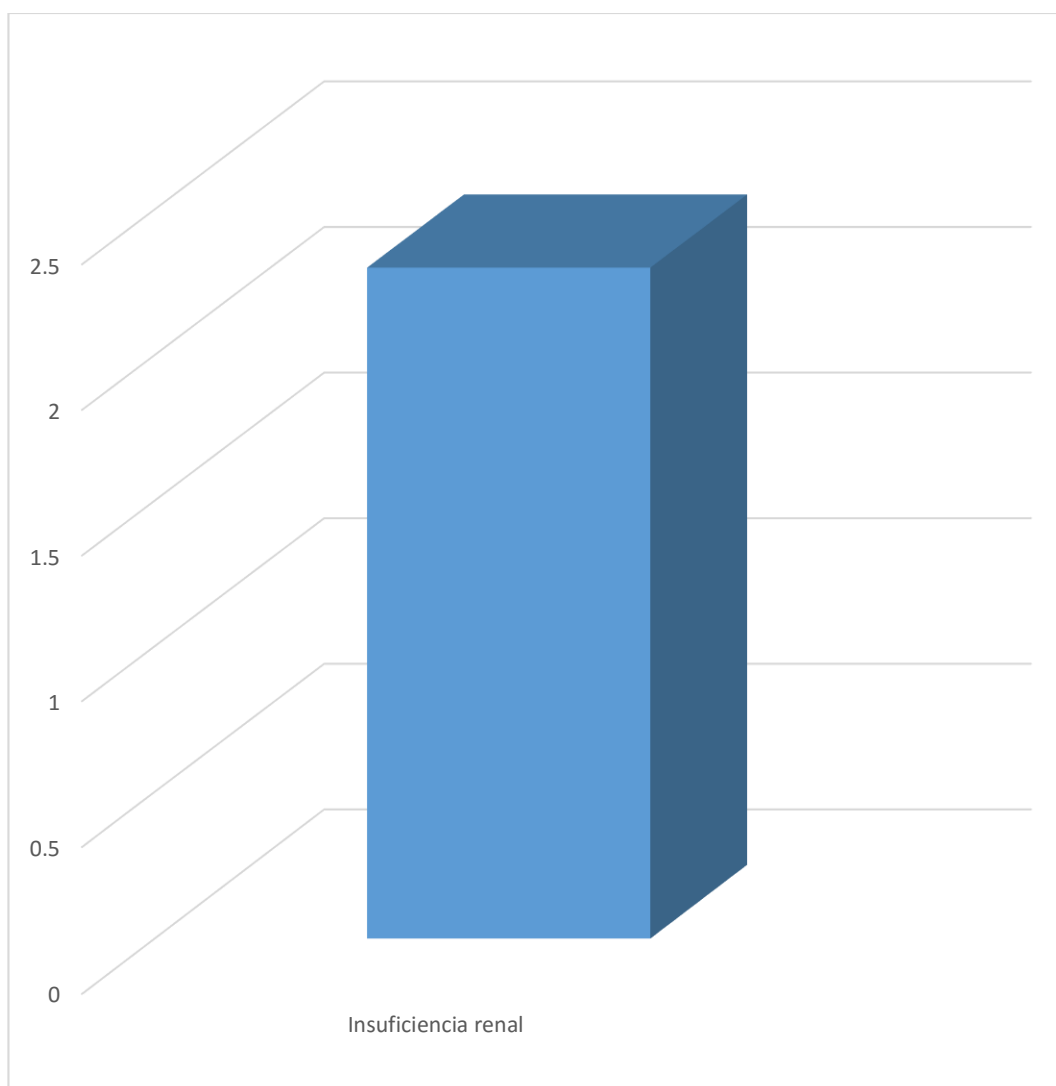
ENFERMEDADES NEFROLÓGICAS	N°	%
Insuficiencia renal	4	2.30
TOTAL	4	2.30

Fuente: Elaboración personal (M.S.)

La única enfermedad nefrológica registrada en pacientes hospitalizados en UCI del Hospital III de Yanahuara, fue la insuficiencia renal, evidenciada en el 2.30% de los casos.



GRÁFICA Nº 11
DISTRIBUCION DE ENFERMEDADES NEFROLÓGICAS EN
PACIENTES HOSPITALIZADOS EN UCI DEL HOSPITAL III
YANAHUARA



Fuente: Elaboración personal (Matriz de Sistematización)

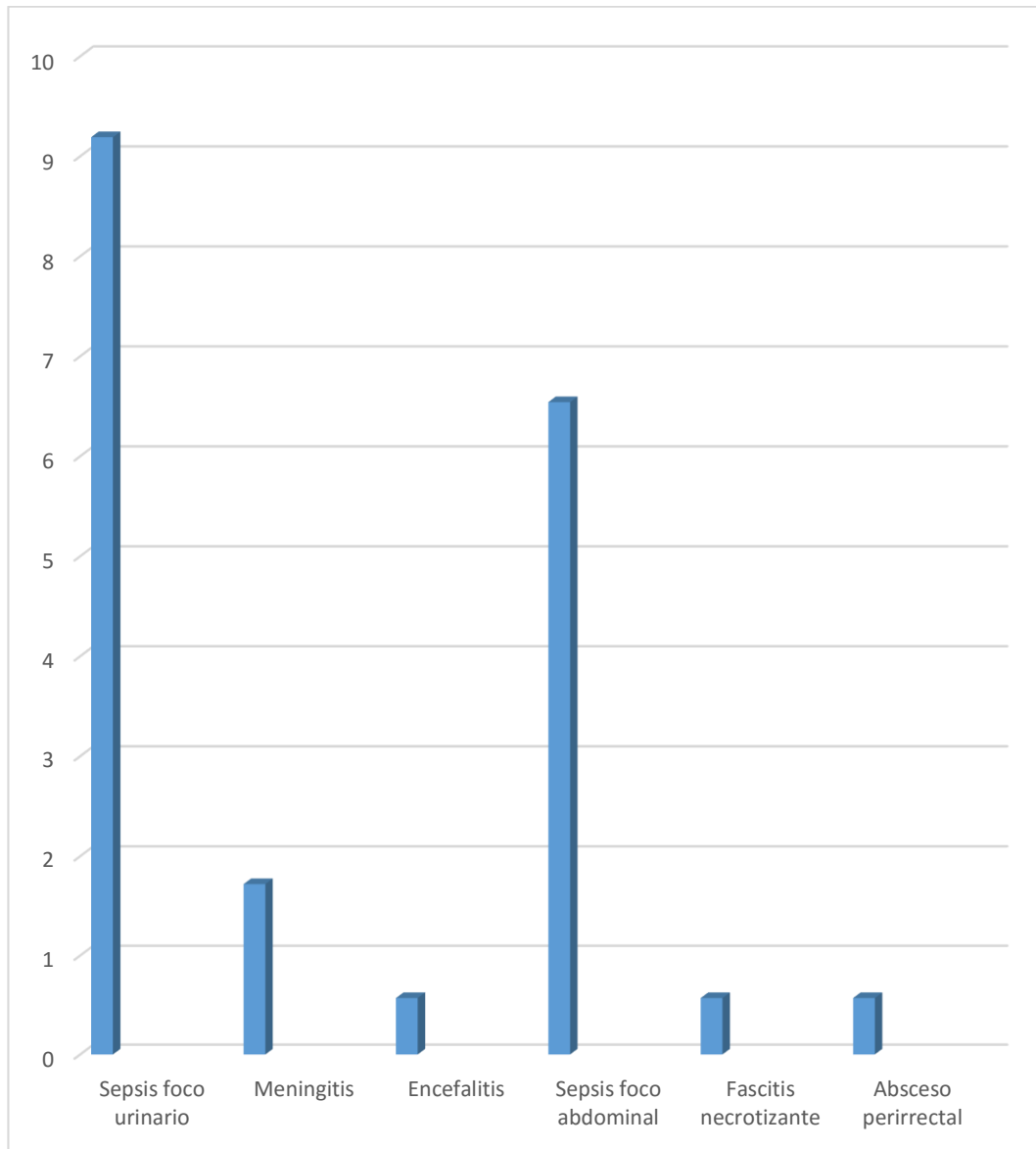
TABLA N° 12
DISTRIBUCION DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS EN PACIENTES
HOSPITALIZADOS EN UCI DEL HOSPITAL III YANAHUARA

ENFERMEDADES INFECCIOSAS	Nº	%
Sepsis foco urinario	16	9.19
Meningitis	3	1.72
Encefalitis	1	0.57
Shock séptico foco abdominal	6	6.54
Fascitis necrotizante	1	0.57
Absceso perirrectal	1	0.57
TOTAL	28	16.09

Fuente: Elaboración personal (M.S.)

La enfermedad infecciosa más frecuente en pacientes hospitalizados en UCI del Hospital III de Yanahuara fue la sepsis foco urinario, con el 9.19%; y las menos frecuentes fueron la encefalitis, la fascitis necrotizante y el absceso perirrectal, cada uno, con el 0.57%.

GRÁFICA Nº 12
DISTRIBUCION DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS EN PACIENTES
HOSPITALIZADOS EN UCI DEL HOSPITAL III YANAHUARA



Fuente: Elaboración personal (Matriz de Sistematización)

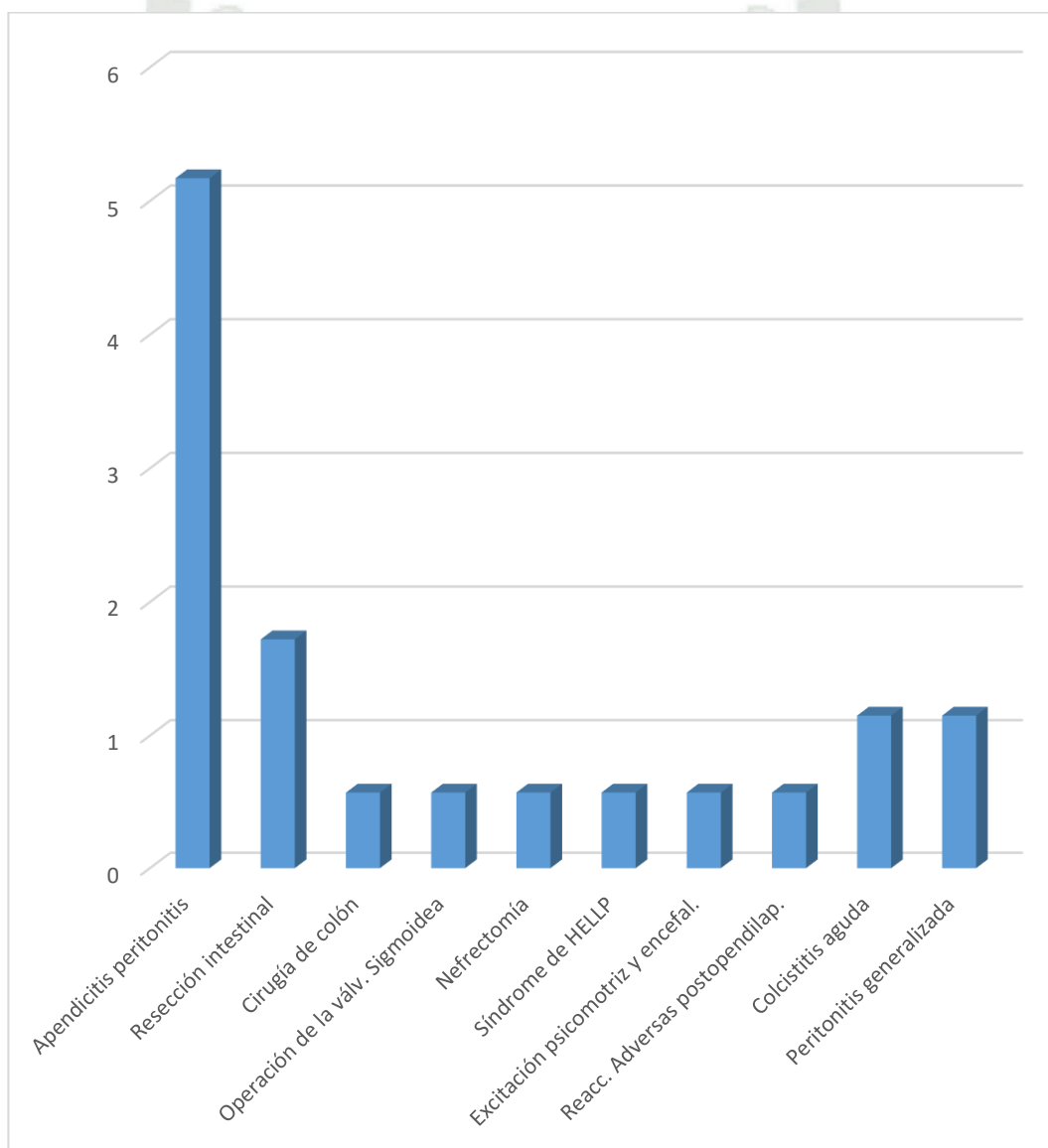
TABLA N° 13
DISTRIBUCION DE ENFERMEDADES POSTOPERATORIAS EN
PACIENTES HOSPITALIZADOS EN UCI DEL HOSPITAL III
YANAHUARA

ENFERMEDADES POSTOPERATORIAS	Nº	%
Apendicitis peritonitis	9	5.17
Resección intestinal	3	1.72
Cirugía de colón	1	0.57
Operación de la válv. Sigmoidea	1	0.57
Nefrectomía	1	0.57
Síndrome de HELLP	1	0.57
Excitación psicomotriz y encefal.	1	0.57
Reacc. Adversas postapendilap.	1	0.57
Colecistitis aguda	2	1.15
Peritonitis generalizada	2	1.15
TOTAL	22	12.64

Fuente: Elaboración personal (M.S.)

La enfermedad postoperatoria más frecuente en pacientes hospitalizados en UCI del Hospital de Yanahuara, fue la apendicitis más peritonitis, con el 5.17%; y, las menos frecuentes fueron la cirugía de colon, operación de válvula sigmoidea, nefrectomía, síndrome de HELLP, excitación psicomotriz y encefalopatía y reacción adversa medicamentosa postapendilap, cada una con el 0.57%.

GRÁFICA Nº 13
DISTRIBUCION DE ENFERMEDADES POSTOPERATORIAS EN
PACIENTES HOSPITALIZADOS EN UCI DEL HOSPITAL III
YANAHUARA



Fuente: Elaboración personal (Matriz de Sistematización)

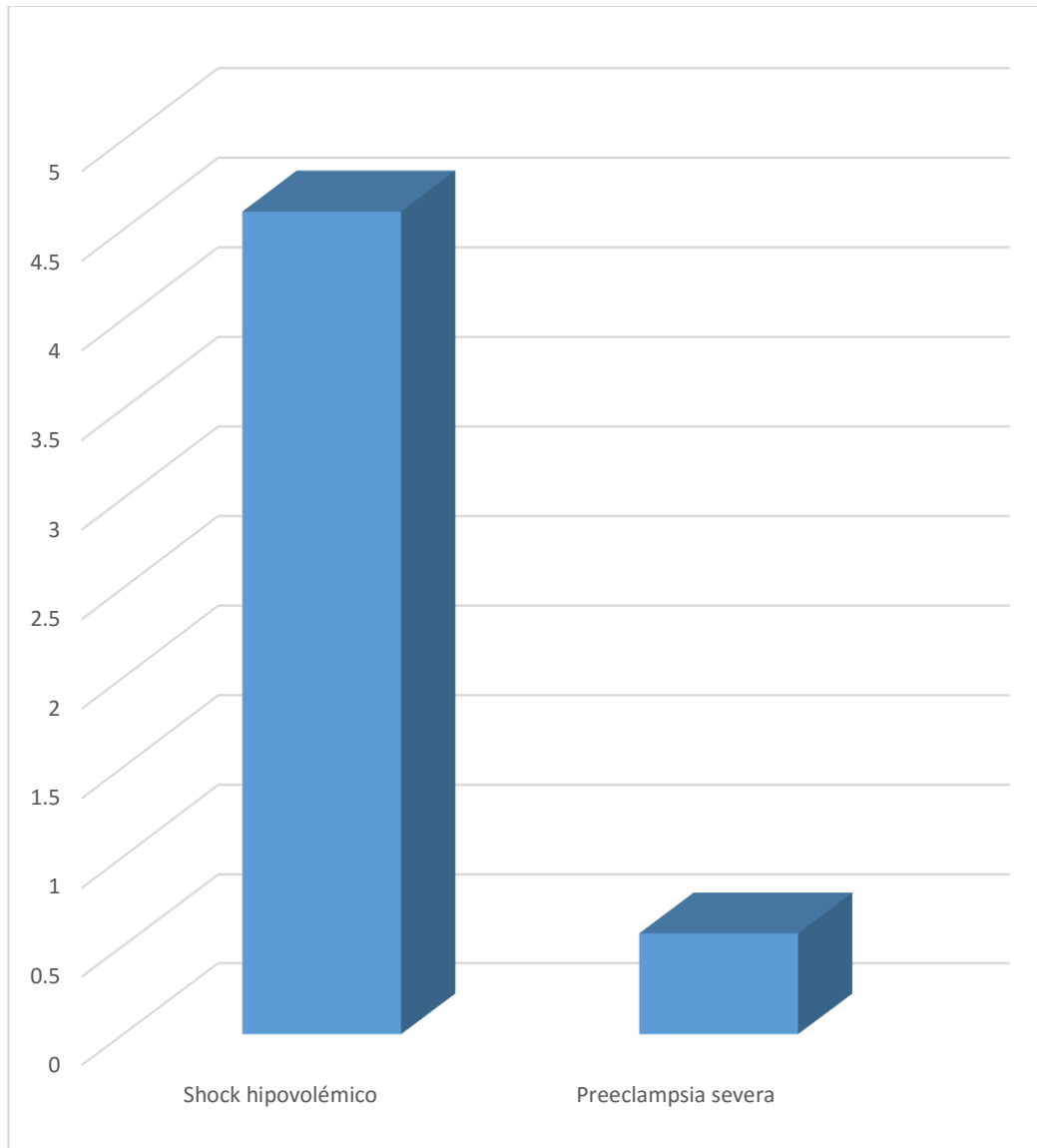
TABLA N° 14
DISTRIBUCION DE COMPLICACIONES DEL EMBARAZO EN
PACIENTES HOSPITALIZADAS EN UCI DEL HOSPITAL III
YANAHUARA

COMPLICACIONES DEL EMBARAZO	N°	%
Shock hipovolémico	8	4.60
Preeclampsia severa	1	0.57
TOTAL	9	5.17

Fuente: Elaboración personal (M.S.)

La complicación del embarazo más frecuente en pacientes hospitalizados en UCI del Hospital III de Yanahuara, fue el shock hipovolémico, con el 4.60%; y, la menos frecuente, la preeclampsia severa, con el 0.57%.

GRÁFICA Nº 14
DISTRIBUCION DE COMPLICACIONES DEL EMBARAZO EN
PACIENTES HOSPITALIZADAS EN UCI DEL HOSPITAL III
YANAHUARA



Fuente: Elaboración personal (Matriz de Sistematización)

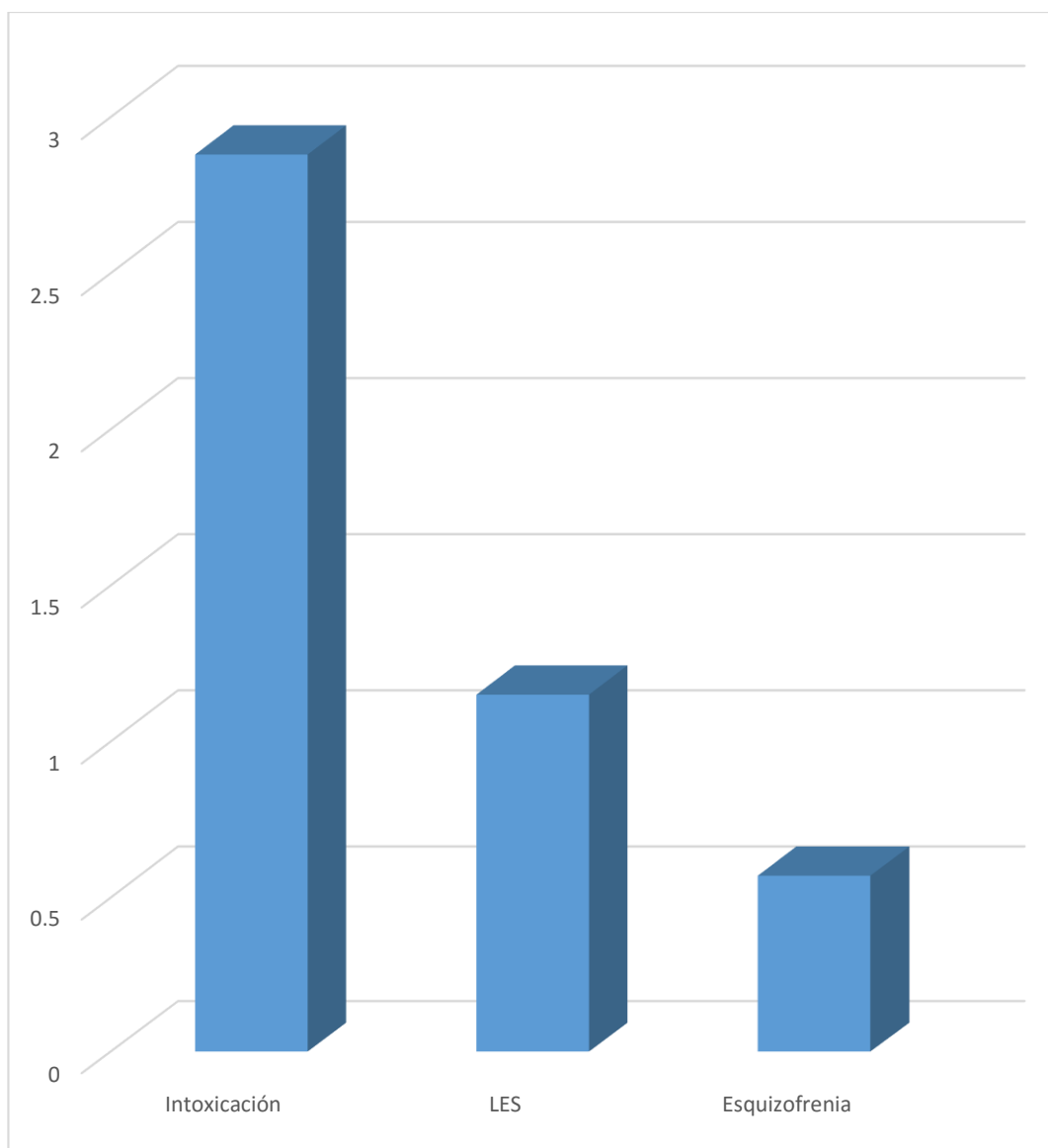
TABLA N° 15
DISTRIBUCION DE OTRAS ENFERMEDADES EN PACIENTES
HOSPITALIZADAS EN UCI DEL HOSPITAL III YANAHUARA

OTRAS ENFERMEDADES	Nº	%
Intoxicación	5	2.88
LES	2	1.15
Esquizofrenia	1	0.57
TOTAL	8	4.60

Fuente: Elaboración personal (M.S.)

Dentro de otras enfermedades diagnosticadas en pacientes hospitalizados en UCI del Hospital III de Yanahuara la más frecuente fue la intoxicación, con el 2.88%; y, la menos frecuente fue la esquizofrenia, con el 0.57%.

GRÁFICA Nº 15
DISTRIBUCION DE OTRAS ENFERMEDADES EN PACIENTES
HOSPITALIZADAS EN UCI DEL HOSPITAL III YANAHUARA



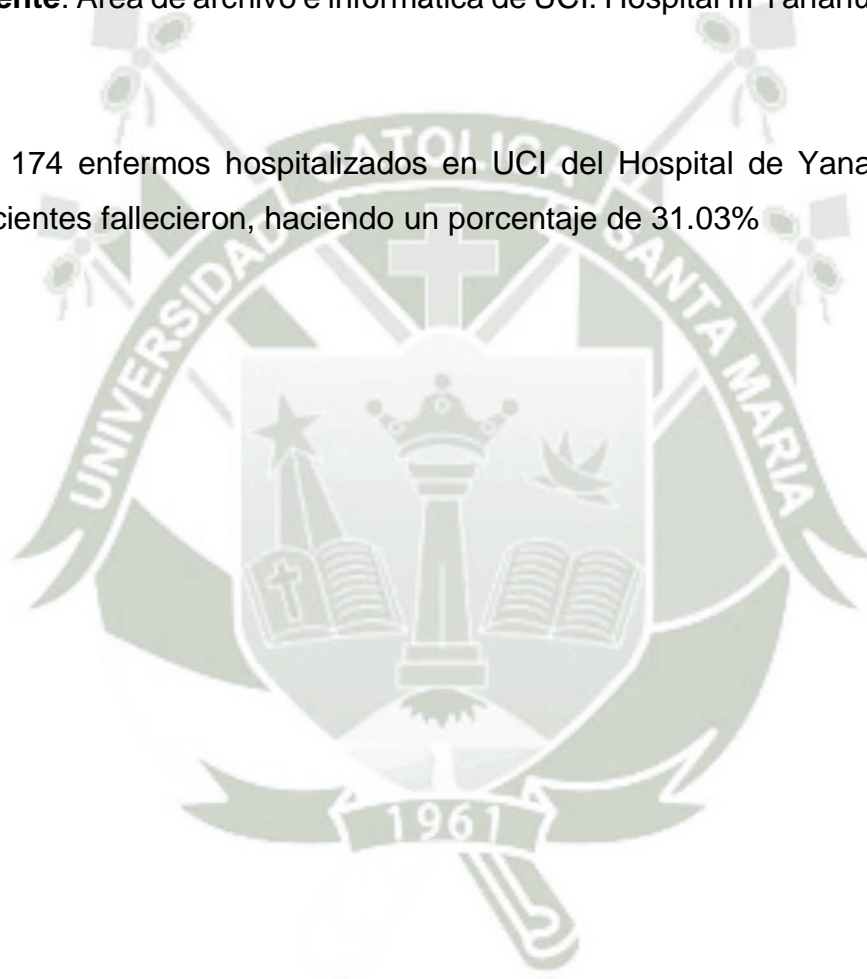
Fuente: Elaboración personal (Matriz de Sistematización)

TABLA N° 16
DISTRIBUCION DE FRECUENCIA DE ENFERMOS Y FALLECIDOS EN
UCI DEL HOSPITAL III YANAHUARA

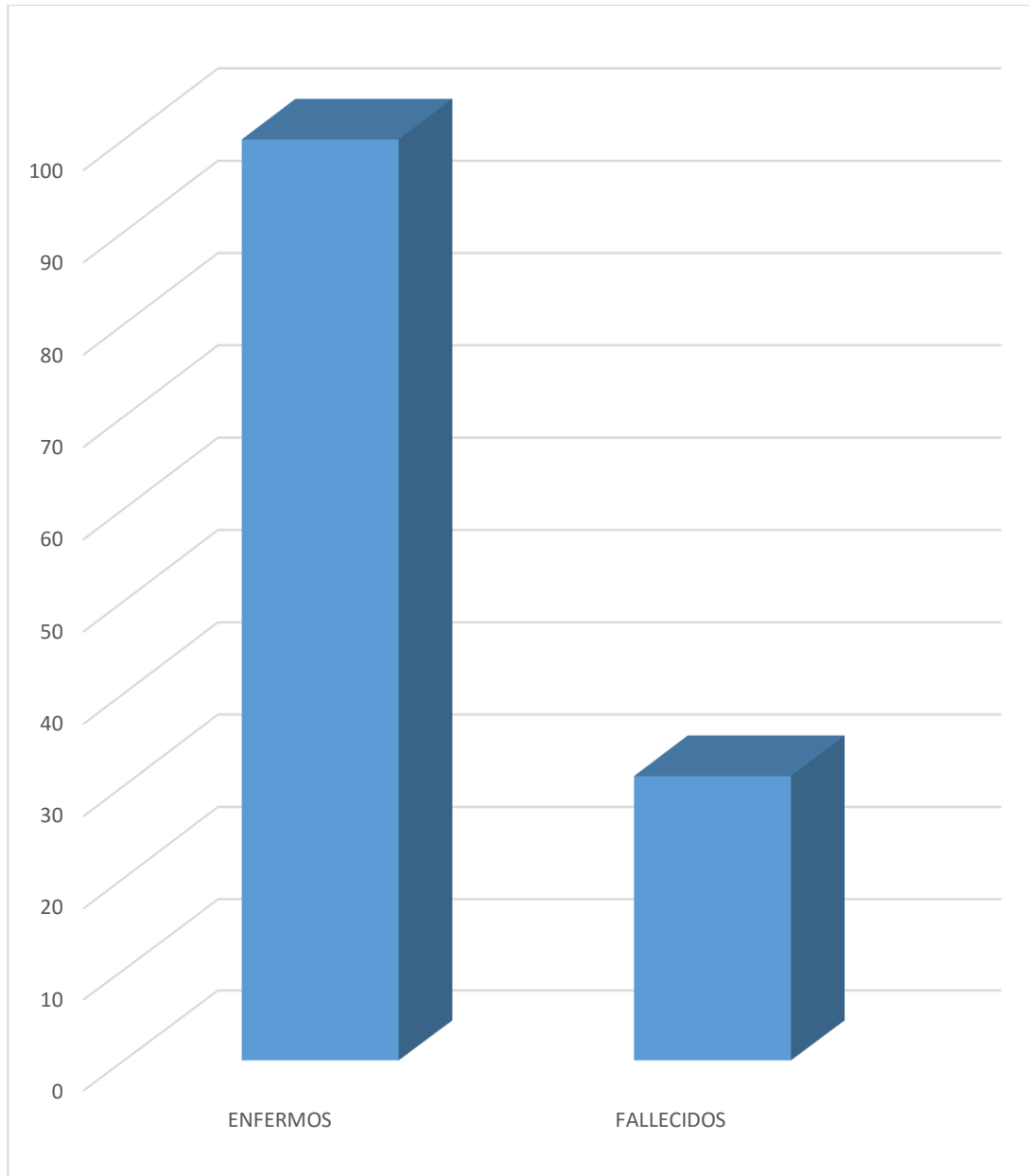
ENFERMOS		FALLECIDOS	
Nº	%	Nº	%
174	100.00	54	31.03

Fuente: Área de archivo e informática de UCI. Hospital III Yanahuara. 2016.

De 174 enfermos hospitalizados en UCI del Hospital de Yanahuara, 54 pacientes fallecieron, haciendo un porcentaje de 31.03%



GRÁFICA Nº 16
DISTRIBUCION DE FRECUENCIA DE ENFERMOS Y FALLECIDOS EN
UCI DEL HOSPITAL III YANAHUARA



Fuente: Elaboración personal (Matriz de Sistematización)

TABLA Nº 17
DISTRIBUCION DE CAUSAS DE MORTALIDAD POR ESPECIALIDADES SEGÚN EDAD EN PACIENTES DE UCI EN
EL HOSPITAL III YANAHUARA

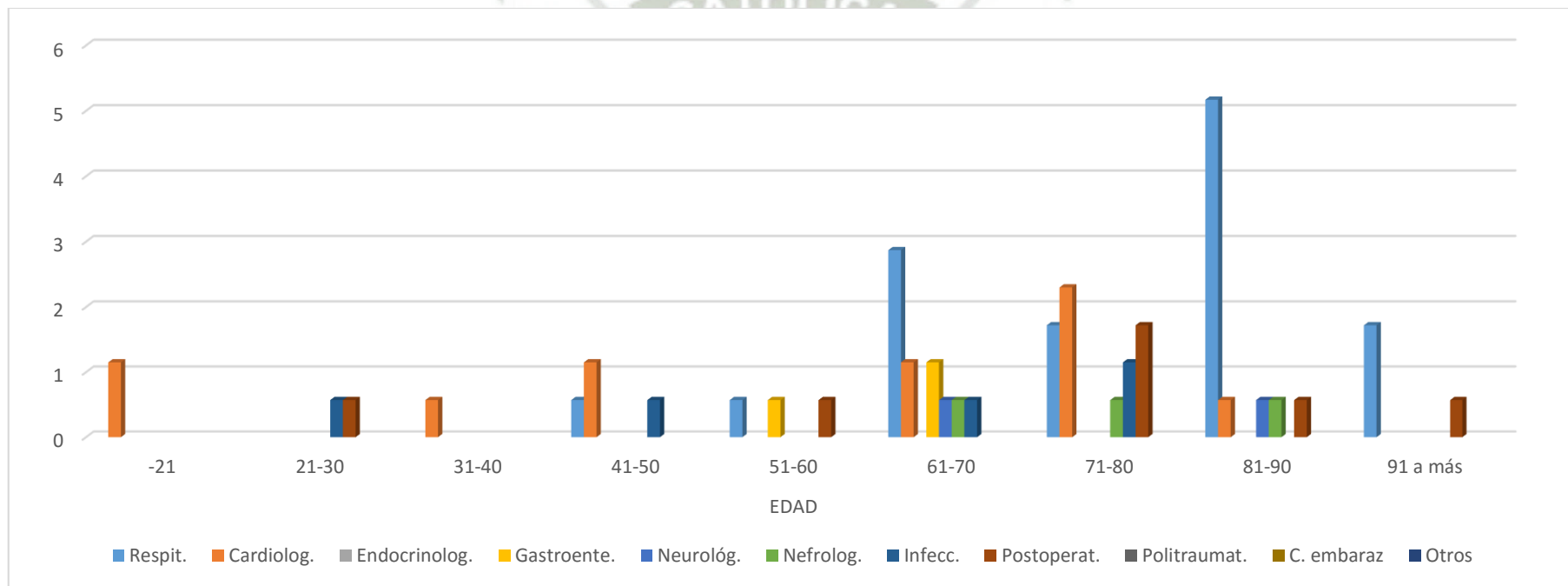
CAUSAS DE MORTALIDAD	EDAD																		TOTAL		
	-21		21-30		31-40		41-50		51-60		61-70		71-80		81-90		91 a más		Nº	%	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%			
Respit.							1	0.57	1	0.57	5	2.87	3	1.72	9	5.17	3	1.72	22	12.64	
Cardiolog.	2	1.15			1	0.57	2	1.15			2	1.15	4	2.30	1	0.57			12	6.90	
Endocrinolog.																					
Gastroente.									1	0.57	2	1.15								3	1.72
Neurológ.											1	0.57			1	0.57				2	1.15
Nefrolog.											1	0.57	1	0.57	1	0.57				3	1.72
Infecc.			1	0.57			1	0.57			1	0.57	2	1.15						5	2.87
Postoperat.			1	0.57					1	0.57			3	1.72	1	0.57	1	0.57		7	4.02
Politraumat.																					
C. embaraz																					
Otros																					
TOTAL	2	1.15	2	1.15	1	0.57	4	2.30	3	1.72	12	6.70	13	7.47	13	7.47	4	2.30	54	31.03	

Fuente: Elaboración personal (Matriz de Sistematización)

Las causas más frecuentes de mortalidad en pacientes hospitalizados en UCI del Hospital III de Yanahuara, fueron las enfermedades respiratorias, con el 12.64%, registradas mayormente en pacientes de 81 a 90 años, y menormente en pacientes de 41 a 50 y de 51 a 60 años.

La causa menos frecuente de mortalidad fueron las enfermedades neurológicas, con el 1.15%, registrada en pacientes de 61 a 70 años, y de 81 a 90 años, cada uno, con el 0.57%.

GRÁFICA Nº 17
DISTRIBUCION DE CAUSAS DE MORTALIDAD POR ESPECIALIDADES SEGÚN EDAD EN PACIENTES DE UCI
EN EL HOSPITAL III YANAHUARA



Fuente: Elaboración personal (Matriz de Sistematización)

TABLA N° 18
DISTRIBUCION DE CAUSAS DE MORTALIDAD POR
ESPECIALIDADES SEGÚN SEXO EN PACIENTES DE UCI DEL
HOSPITAL III YANAHUARA

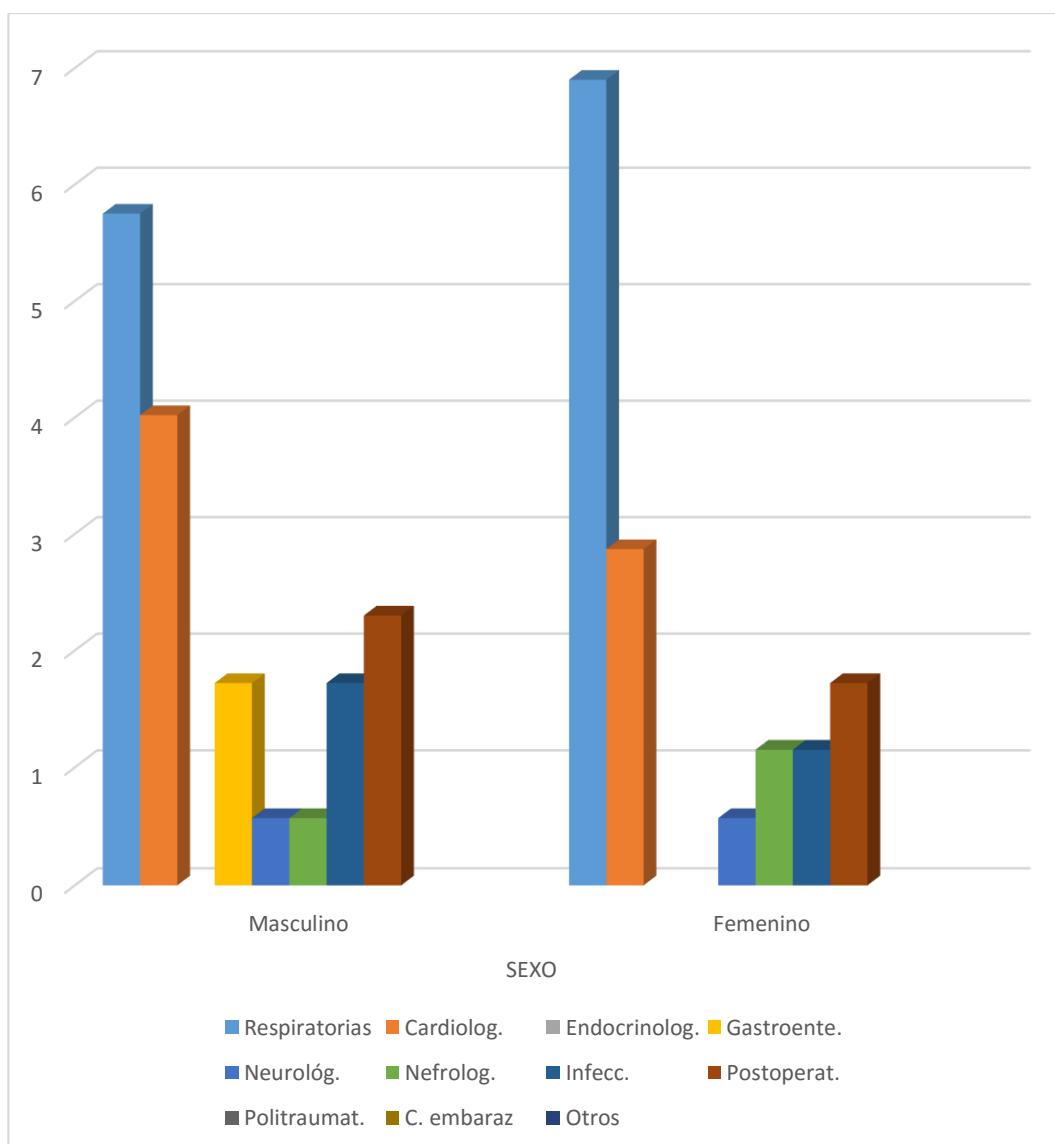
CAUSAS DE MORTALIDAD	SEXO				TOTAL	
	Masculino		Femenino			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Respiratorias	10	5.75	12	6.90	22	12.64
Cardiolog.	7	4.02	5	2.87	12	6.90
Endocrinolog.						
Gastroente.	3	1.72			3	1.72
Neurológ.	1	0.57	1	0.57	2	1.15
Nefrolog.	1	0.57	2	1.15	3	1.72
Infec.	3	1.72	2	1.15	5	2.87
Postoperat.	4	2.30	3	1.72	7	4.02
Politraumat.						
C. embaraz						
Otros						
TOTAL	29	16.66	25	14.37	54	31.03

Fuente: Elaboración personal (Matriz de Sistematización)

En varones, las causas más frecuentes de mortalidad fueron las enfermedades respiratorias con el 5,75%; y, las menos frecuentes, las enfermedades neurológicas y nefrológicas, cada una, con el 0.57%.

En damas las causas más frecuentes de mortalidad fueron igualmente las respiratorias, pero con el 6.90%; y, la menos frecuente las enfermedades neurológicas con el 0.57%.

GRÁFICA Nº 18
DISTRIBUCION DE CAUSAS DE MORTALIDAD POR
ESPECIALIDADES SEGÚN SEXO EN PACIENTES DE UCI DEL
HOSPITAL III YANAHUARA



Fuente: Elaboración personal (Matriz de Sistematización)

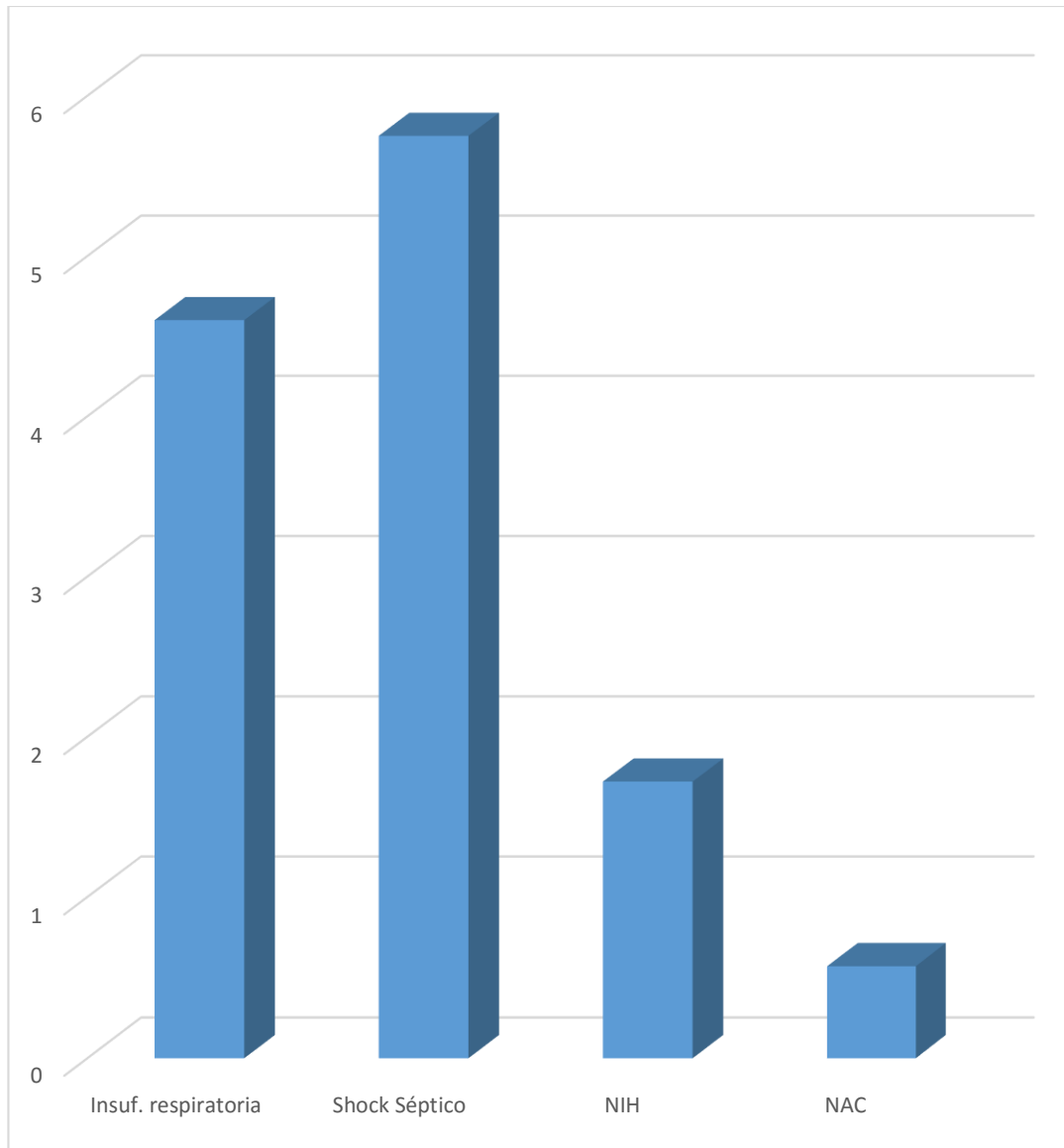
TABLA N° 19
DISTRIBUCION DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS COMO
CAUSA DE MUERTE EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN UCI DEL
HOSPITAL III YANAHUARA

ENFERMEDADES RESPIRATORIAS	N°	%
Insuf. respiratoria	8	4.60
Shock Séptico	10	5.75
NIH	3	1.72
NAC	1	0.57
TOTAL	22	12.64

Fuente: Elaboración personal (Matriz de Sistematización)

La enfermedad respiratoria más frecuente como causa de muerte fue el shock séptico con el 5.75%, y la menos frecuente, la neumonía adquirida en la comunidad, con el 0.57%, en pacientes hospitalizados en UCI, del Hospital III de Yanahuara.

GRÁFICA Nº 19
DISTRIBUCION DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS COMO
CAUSA DE MUERTE EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN UCI DEL
HOSPITAL III YANAHUARA



Fuente: Elaboración personal (Matriz de Sistematización)

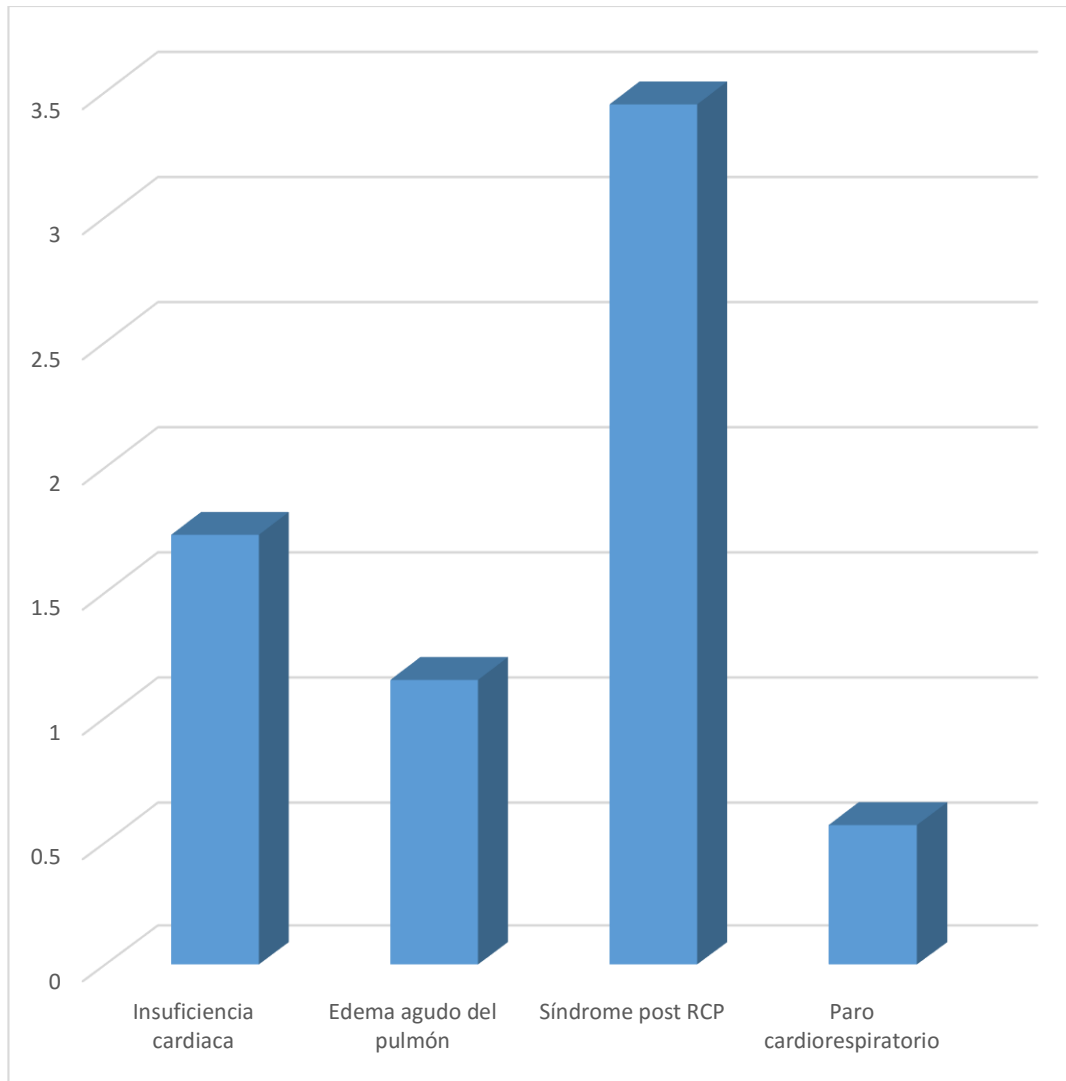
TABLA N° 20
DISTRIBUCION DE ENFERMEDADES CARDIACAS COMO CAUSA DE
MUERTE EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN UCI DEL HOSPITAL
III YANAHUARA

ENFERMEDADES CARDIACAS	N°	%
Insuficiencia cardiaca	3	1.73
Edema agudo del pulmón	2	1.15
Síndrome post RCP	6	3.45
Paro cardiorespiratorio	1	0.57
TOTAL	12	6.90

Fuente: Elaboración personal (Matriz de Sistematización)

La enfermedad cardiaca más frecuente como causa de muerte en pacientes hospitalizados en UCI del Hospital III de Yanahuara, fue el síndrome post RCP, con el 3.45%; y, la menos frecuente, el paro cardiorespiratorio, con el 0.57%.

GRÁFICA Nº 20
DISTRIBUCION DE ENFERMEDADES CARDIACAS COMO CAUSA DE MUERTE EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN UCI DEL HOSPITAL III YANAHUARA



Fuente: Elaboración personal (Matriz de Sistematización)

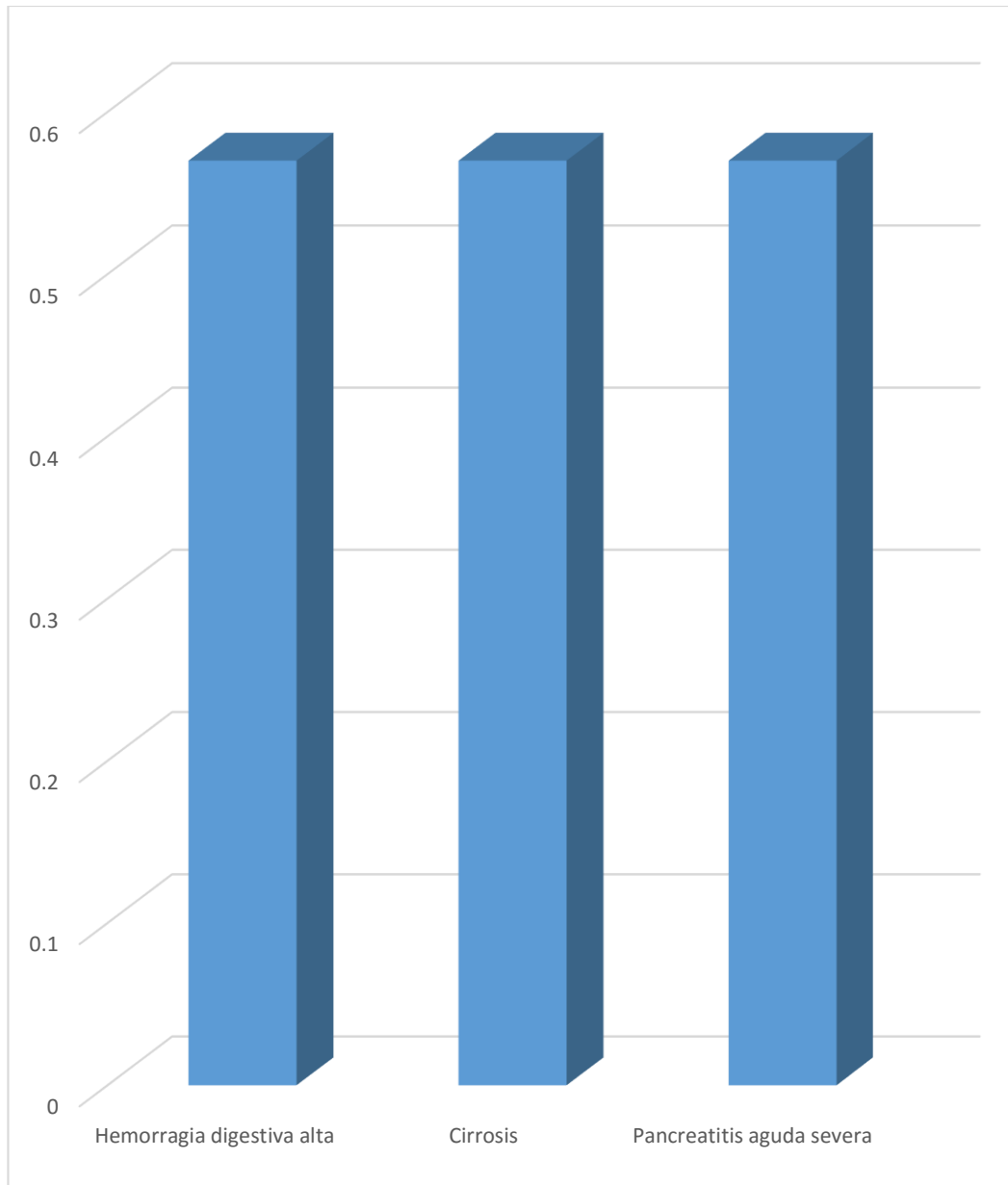
TABLA N° 21
DISTRIBUCION DE ENFERMEDADES GASTROENTEROLÓGICAS
COMO CAUSA DE MUERTE EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN
UCI DEL HOSPITAL III YANAHUARA

ENFERMEDADES GASTROENTEROLÓGICAS	N°	%
Hemorragia digestiva alta	1	0.57
Cirrosis	1	0.57
Pancreatitis aguda severa	1	0.57
TOTAL	3	1.72

Fuente: Elaboración personal (Matriz de Sistematización)

Las enfermedades gastroenterológicas que generaron deceso en estos pacientes fueron la hemorragia digestiva alta, la cirrosis y la pancreatitis aguda severa, cada una con el 0.57%.

GRÁFICA Nº 21
DISTRIBUCION DE ENFERMEDADES GASTROENTEROLÓGICAS
COMO CAUSA DE MUERTE EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN
UCI DEL HOSPITAL III YANAHUARA



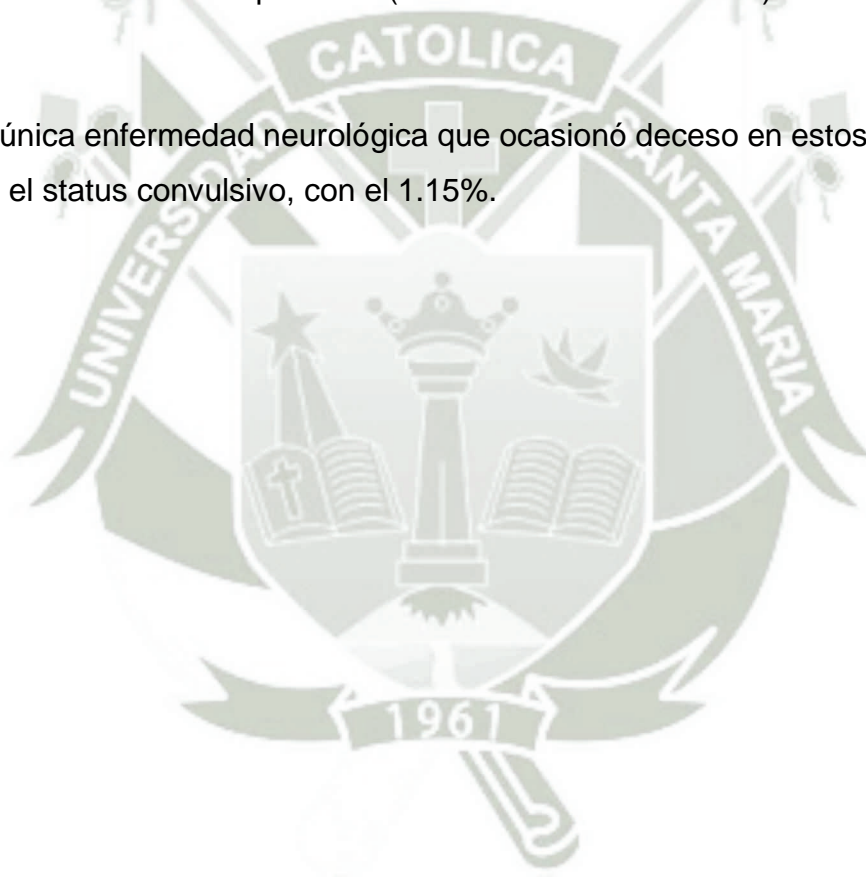
Fuente: Elaboración personal (Matriz de Sistematización)

TABLA N° 22
DISTRIBUCION DE ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS COMO
CAUSA DE MUERTE EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN UCI DEL
HOSPITAL III YANAHUARA

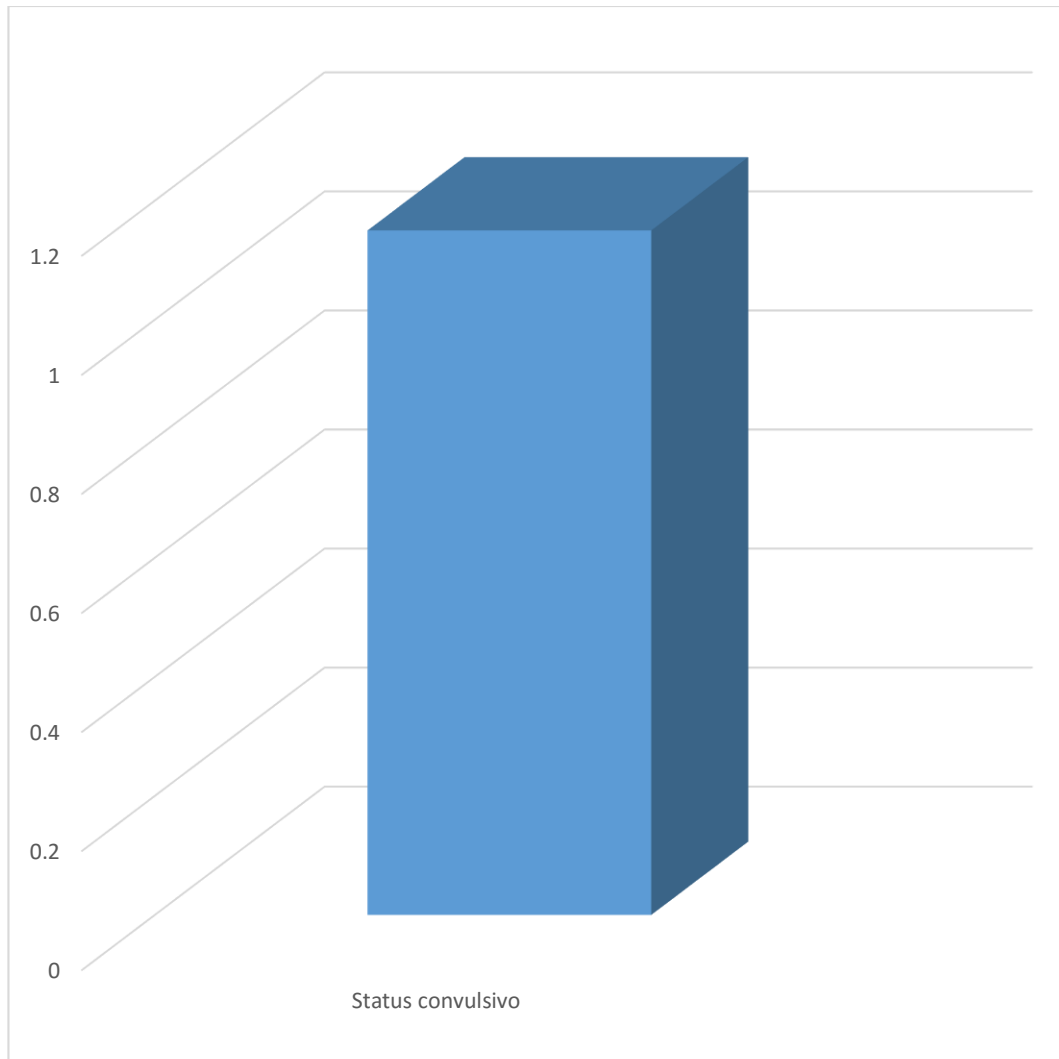
ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS	N°	%
Status convulsivo	2	1.15
TOTAL	2	1.15

Fuente: Elaboración personal (Matriz de Sistematización)

La única enfermedad neurológica que ocasionó deceso en estos pacientes fue el status convulsivo, con el 1.15%.



GRÁFICA Nº 22
DISTRIBUCION DE ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS COMO
CAUSA DE MUERTE EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN UCI DEL
HOSPITAL III YANAHUARA



Fuente: Elaboración personal (Matriz de Sistematización)

TABLA N° 23
DISTRIBUCION DE ENFERMEDADES NEFROLÓGICAS COMO
CAUSA DE MUERTE EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN UCI DEL
HOSPITAL III YANAHUARA

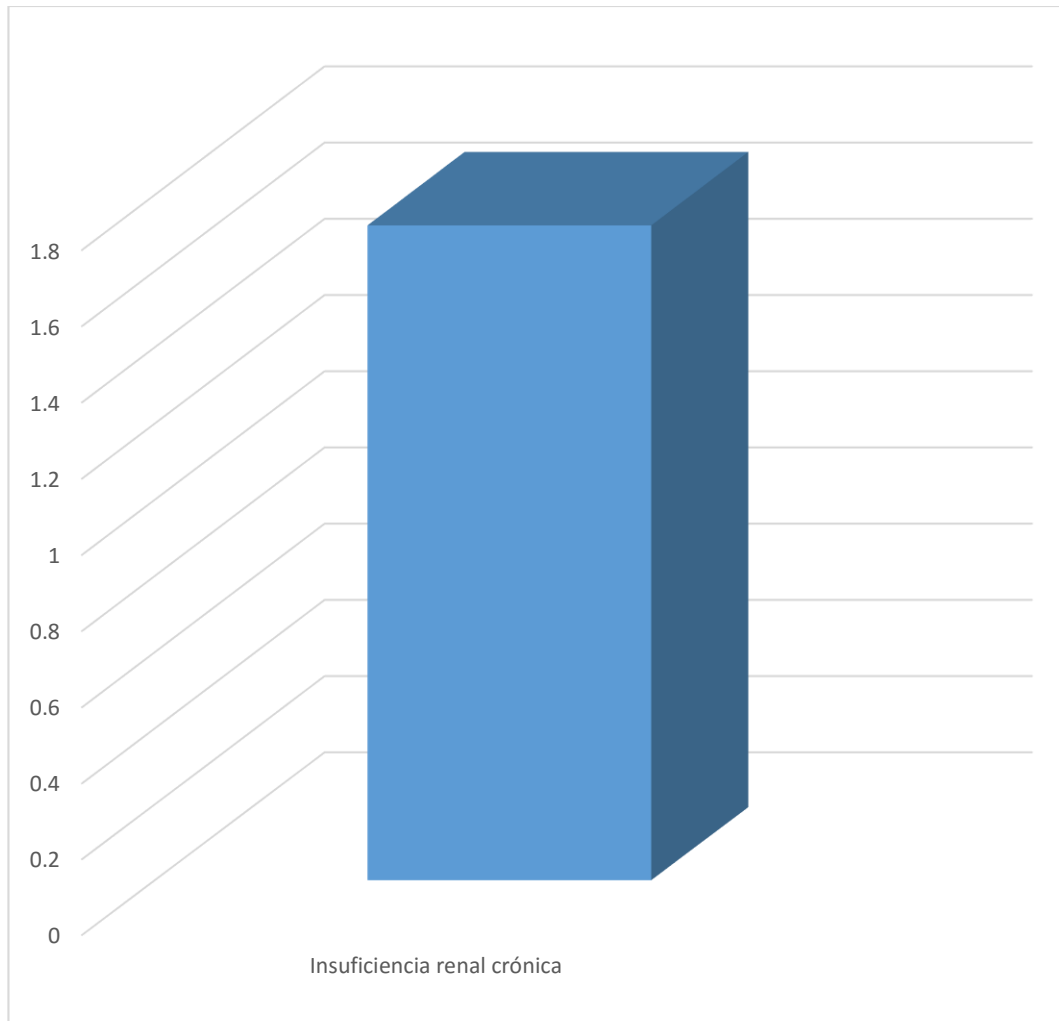
ENFERMEDADES NEFROLÓGICAS	Nº	%
Insuficiencia renal crónica	3	1.72
TOTAL	3	1.72

Fuente: Elaboración personal (Matriz de Sistematización)

La única enfermedad nefrológica que fue causa de muerte en pacientes hospitalizados en UCI del Hospital de Yanahuara fue la insuficiencia renal crónica, con el 1.72%.



GRÁFICA Nº 23
DISTRIBUCION DE ENFERMEDADES NEFROLÓGICAS COMO
CAUSA DE MUERTE EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN UCI DEL
HOSPITAL III YANAHUARA



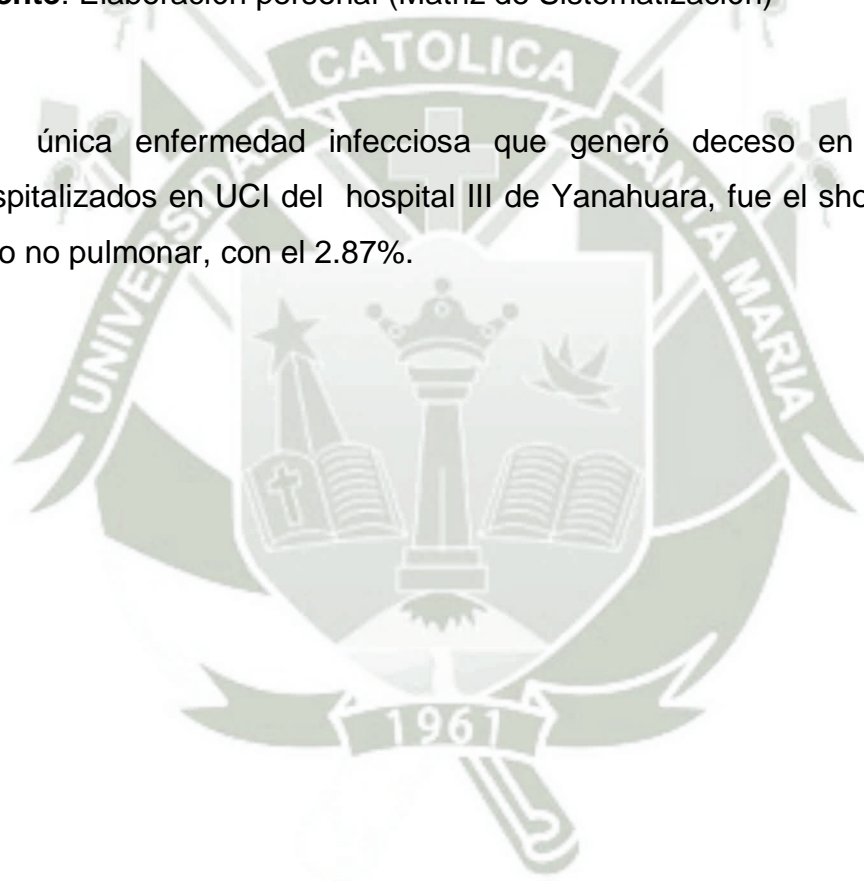
Fuente: Elaboración personal (Matriz de Sistematización)

TABLA N° 24
DISTRIBUCION DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS COMO CAUSA
DE MUERTE EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN UCI DEL
HOSPITAL III YANAHUARA

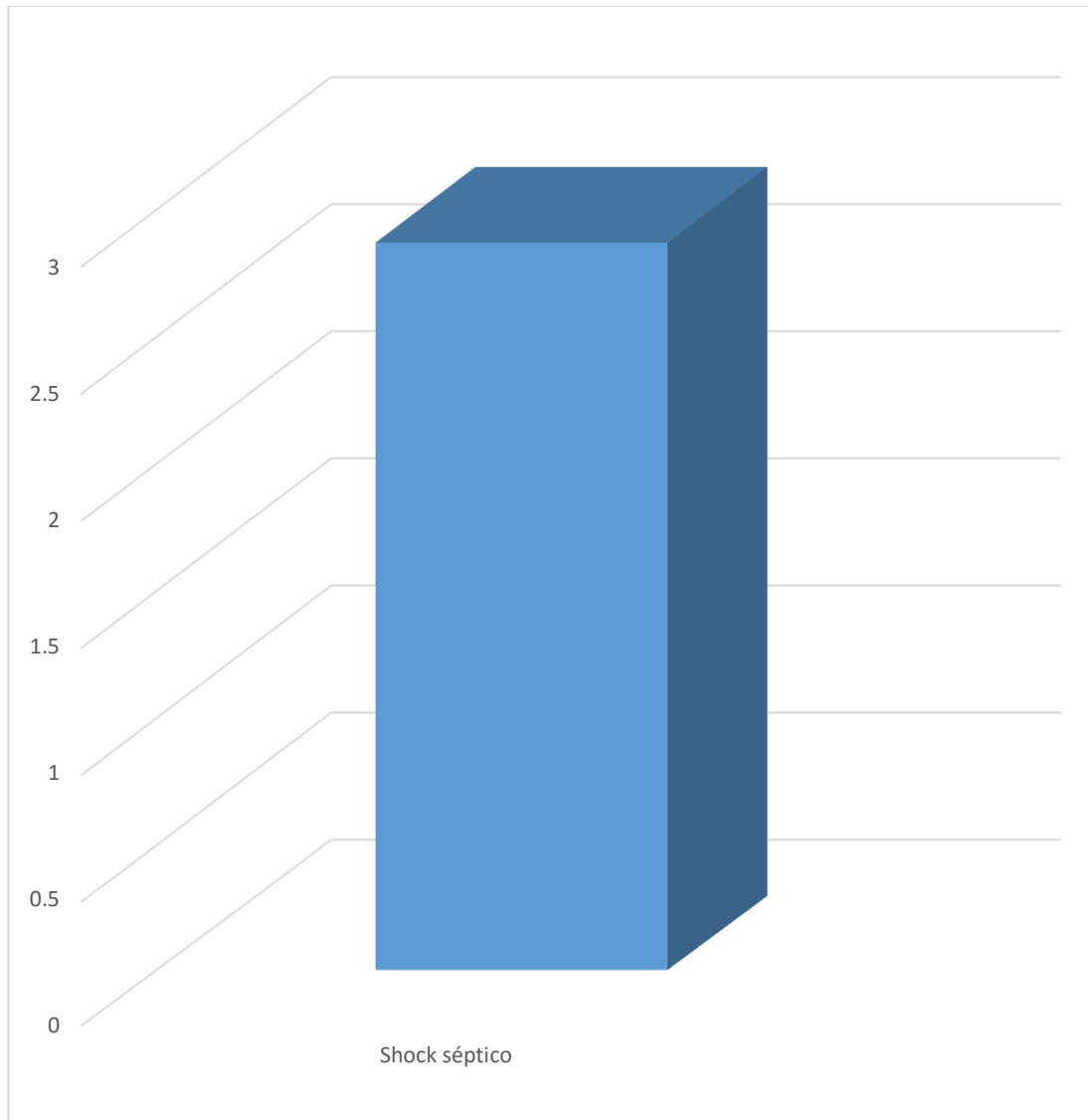
ENFERMEDADES INFECCIOSAS	N°	%
Shock séptico	5	2.87
TOTAL	5	2.87

Fuente: Elaboración personal (Matriz de Sistematización)

La única enfermedad infecciosa que generó deceso en pacientes hospitalizados en UCI del hospital III de Yanahuara, fue el shock séptico foco no pulmonar, con el 2.87%.



GRÁFICA Nº 24
DISTRIBUCION DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS COMO CAUSA
DE MUERTE EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN UCI DEL
HOSPITAL III YANAHUARA



Fuente: Elaboración personal (Matriz de Sistematización)

TABLA N° 25
DISTRIBUCION DE ENFERMEDADES POSTOPERATORIAS COMO
CAUSA DE MUERTE EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN UCI DEL
HOSPITAL III YANAHUARA

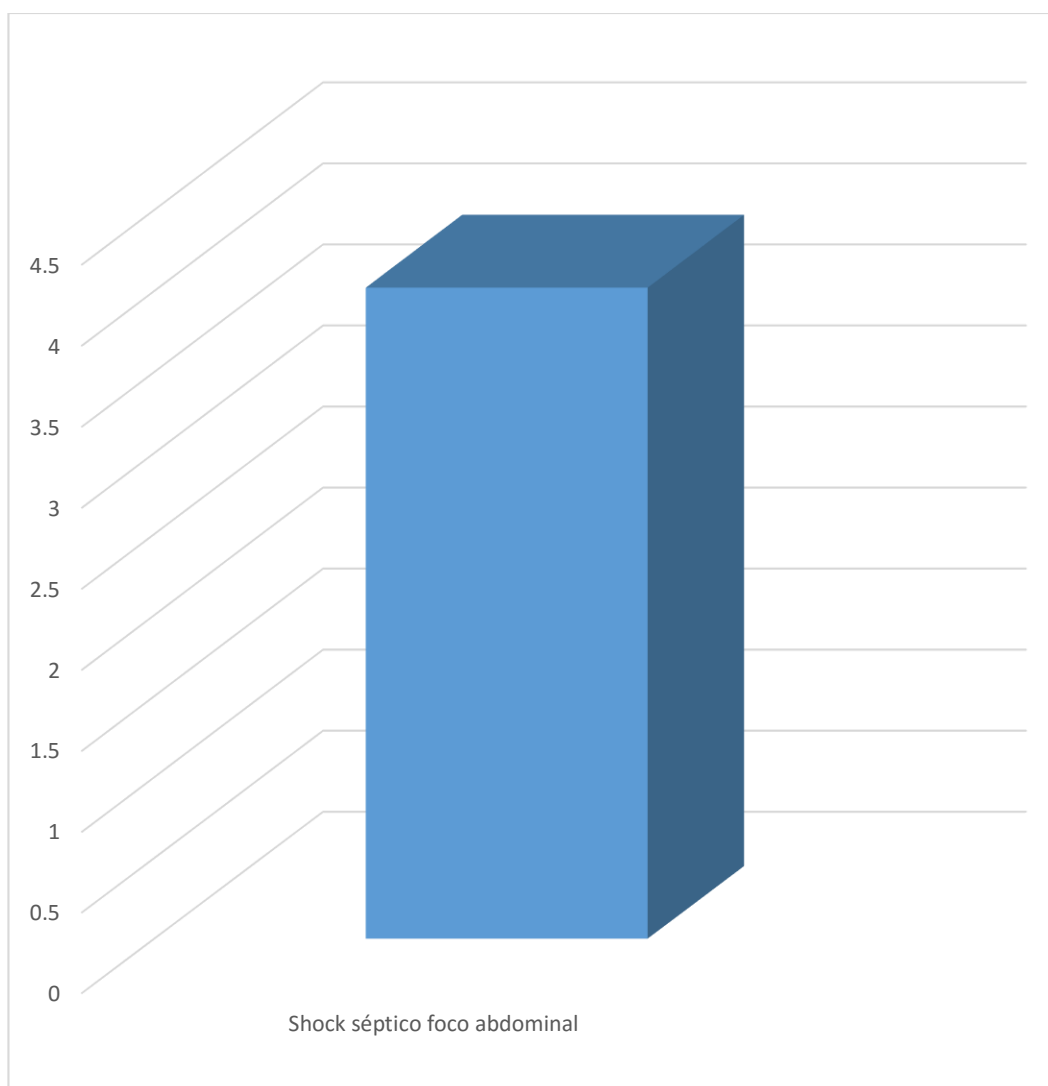
ENFERMEDADES POSTOPERATORIAS	Nº	%
Shock séptico foco abdominal	7	4.02
TOTAL	7	4.02

Fuente: Elaboración personal (Matriz de Sistematización)

Dentro de las enfermedades postoperatorias, la única que generó deceso en estos pacientes, fue el shock séptico foco abdominal, con el 4.02%.



GRÁFICA Nº 25
DISTRIBUCION DE ENFERMEDADES POSTOPERATORIAS COMO
CAUSA DE MUERTE EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN UCI DEL
HOSPITAL III YANAHUARA



Fuente: Elaboración personal (Matriz de Sistematización)

TABLA Nº 26

**RELACIÓN DE LOS DIAS DE HOSPITALIZACIÓN SEGÚN CAUSAS DE MORBILIDAD POR ESPECIALIDADES EN UCI
EN PACIENTES DEL HOSPITAL III YANAHUARA**

DÍAS DE HOSP.	CAUSAS DE MORBILIDAD																						TOTAL	
	Respít.		Cardiol.		Endocr.		Gastroen.		Neurol.		Nefrol.		Infecc.		Postop.		Politra.		C. Emb.		Otros			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1-10	33	18.97	8	4.60	10	5.75	26	14.94	8	4.60	4	2.30	24	13.79	22	12.64			9	5.17	8	4.60	153	87.93
11-20	4	2.30	3	1.72			3	1.72	1	0.57			2	1.15									13	7.47
21-30	2	1.15	1	0.57																			3	1.72
31-40					1	0.57	1	0.57					2	1.15									2	1.15
41-50	1	0.57																					2	1.15
51-60	1	0.57																					1	0.57
TOTAL	41	23.56	12	6.90	11	6.32	30	17.24	9	5.17	4	2.30	28	16.09	22	12.64			9	5.17	8	4.60	174	100.00

X²: 37.287

p: 0.786

p > 0.05

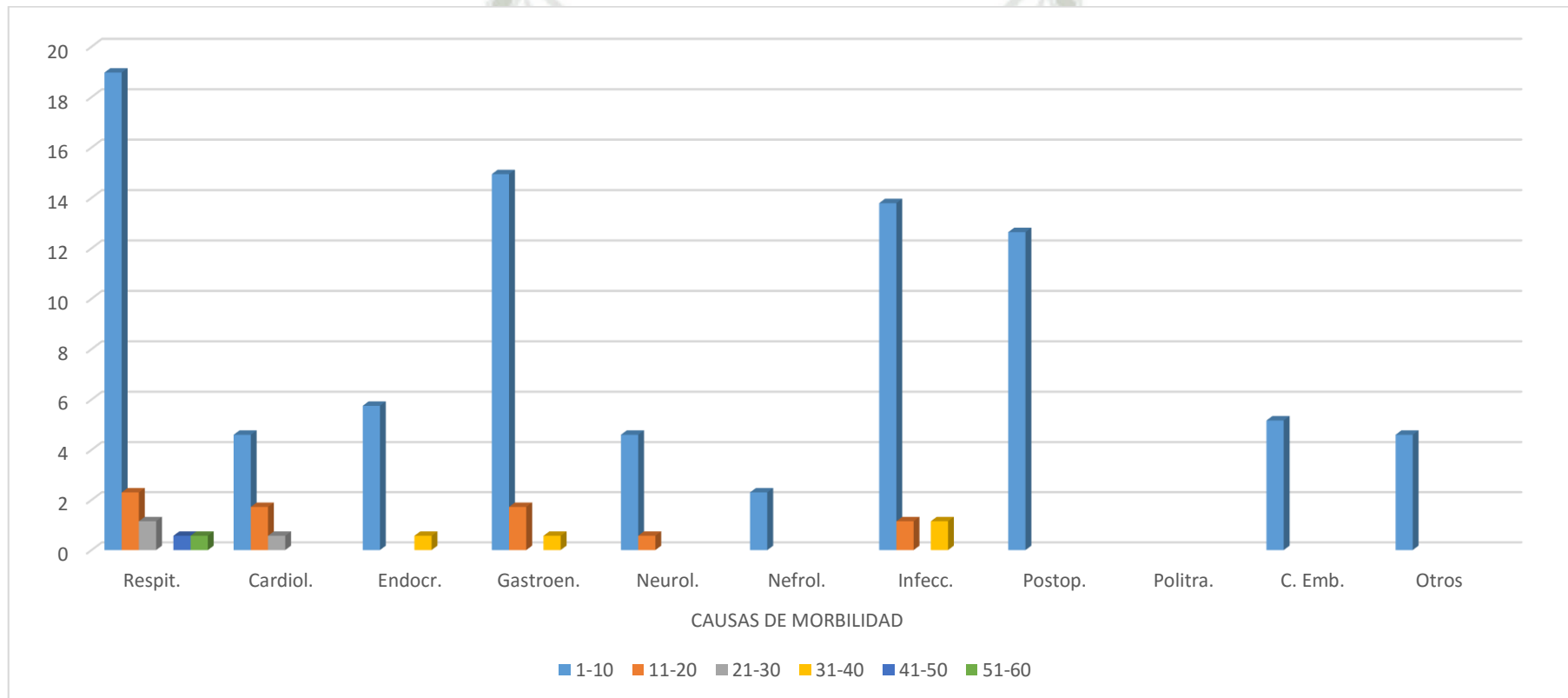
Fuente: Elaboración personal (Matriz de Sistematización)

El tiempo de hospitalización en UCI de 1 a 10 días se relacionó mayormente con enfermedades respiratorias, con el 18.97%; el de 11 a 20 días, con las mismas afecciones pero con el 2.30%; el de 21 a 30, similarmente con este tipo de enfermedades, pero con el 1.15%; el de 31 a 40 días, se vinculó mayormente con enfermedades infecciosas en el mismo porcentaje; el de 41 a 50 días, con enfermedades respiratorias y endocrinas, con el 0.57%; y, el de 51 a 60 días, con enfermedades respiratorias, con idéntico porcentaje.

La prueba X² indica no haber relación estadística significativa entre el tiempo de hospitalización en UCI y las causas de morbilidad en pacientes del Hospital III Yanahuara.

GRÁFICA N° 26

RELACIÓN DE LOS DIAS DE HOSPITALIZACIÓN EN UCI Y LAS CAUSAS DE MORBILIDAD POR ESPECIALIDADES EN PACIENTES DEL HOSPITAL III YANAHUARA



Fuente: Elaboración personal (Matriz de Sistematización)

TABLA Nº 27

**RELACIÓN DE LOS DIAS DE HOSPITALIZACIÓN SEGÚN CAUSAS DE MORTALIDAD POR ESPECIALIDADES EN UCI
EN PACIENTES DEL HOSPITAL III YANAHUARA**

DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN	CAUSAS DE MORTALIDAD																						TOTAL			
	Respit.		Cardiol.		Endocr.		Gastroen.		Neurol.		Nefrol.		Infecc.		Postop.		Politra.		C. Emb.		Otros					
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
< de 10	15	8.62	10	5.75			2	1.15	2	1.15	3	1.72	4	2.30	6	3.45									42	24.15
11-20	3	1.72	1	0.57			1	0.57					1	0.57	1	0.57									7	4.00
21-30	1	0.57	1	0.57																					2	1.15
31-40																										
41-50	2	1.15																							2	1.15
51-60	1	0.57																							1	0.57
TOTAL	22	12.64	12	6.90			3	1.72	2	1.15	3	1.72	5	2.87	7	4.02									54	31.02

X²: 8.589

p: 0.998

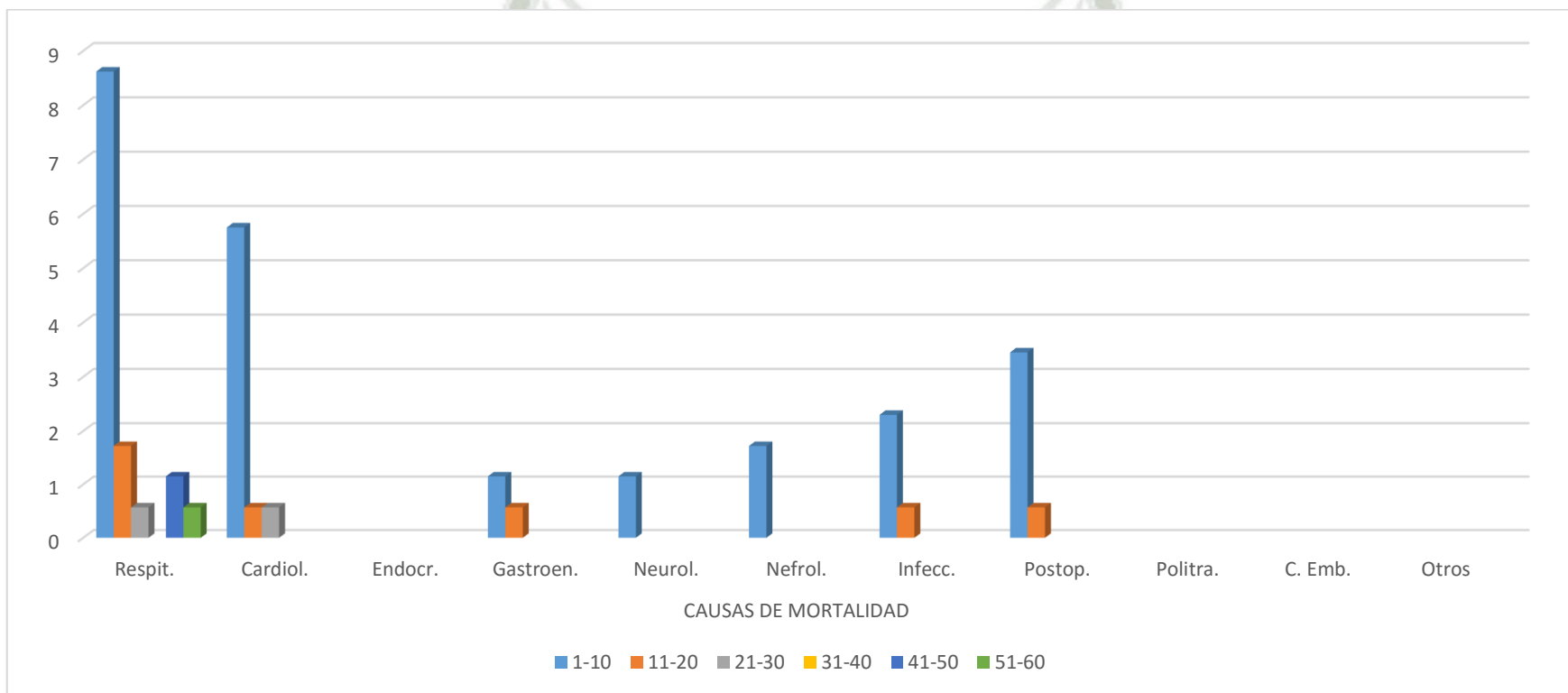
p > 0.05

Fuente: Elaboración personal (Matriz de Sistematización)

La mayoría de los tiempos de hospitalización se relacionan más con enfermedades respiratorias como causa de muerte. Así, el tiempo de 1 a 10 días se vincula mayormente a este tipo de enfermedades, y menormente los tiempos de 11 a 20 días; el de 21 a 30 días; el de 41 a 50 días, y el de 51 a 60 días.

La prueba X² indica no haber relación estadística significativa entre el tiempo de hospitalización en UCI y las causas de mortalidad en pacientes del Hospital III Yanahuara.

GRÁFICA N° 27
RELACIÓN DE LOS DIAS DE HOSPITALIZACIÓN EN UCI Y LAS CAUSAS DE MORTALIDAD POR ESPECIALIDADES
EN PACIENTES DEL HOSPITAL III YANAHUARA



Fuente: Elaboración personal (Matriz de Sistematización)

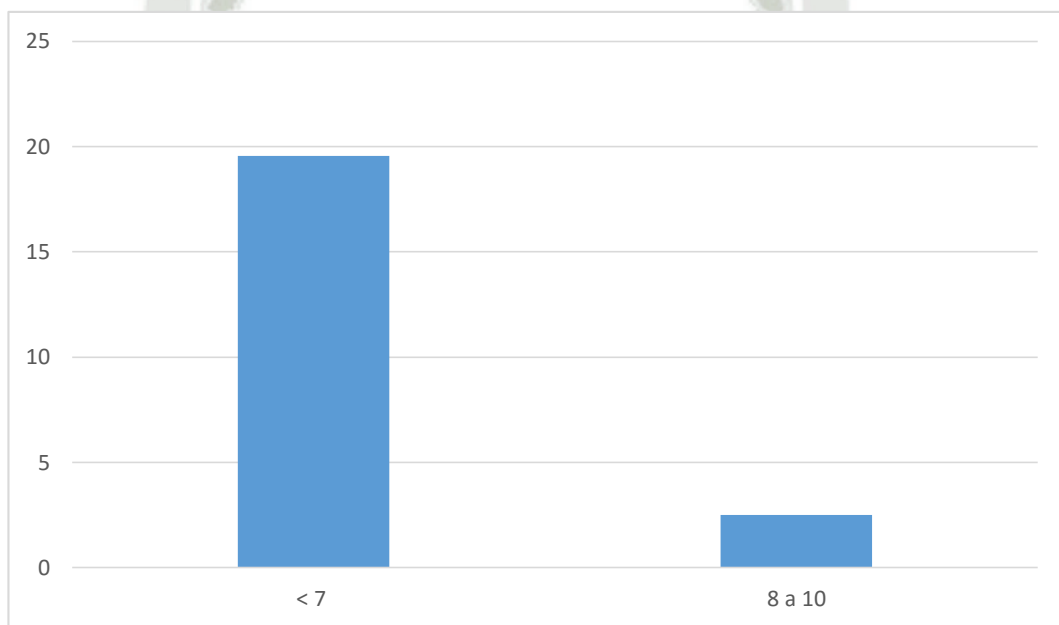
TABLA N° 28:
DISTRIBUCIÓN DE LA MORTALIDAD SEGÚN LOS DIEZ PRIMEROS
DIAS DE HOSPITALIZACION EN UCI DE LOS PACIENTES DEL
HOSPITAL III YANAHUARA 2015

DIAS DE HOSPITALIZACION	MORTALIDAD	
	N	%
< 7	34	19.55
8 – 10	8	4.6
TOTAL	42	24.15

Fuente: Elaboración personal (Matriz de Sistematización)

La mayoría de la mortalidad se encuentra dentro de los 7 primeros días de hospitalización en UCI con el 19.55%, mientras que la menor se encuentra en los siguientes 3 solo con el 4.60%

GRAFICO N°28
DISTRIBUCIÓN DE LA MORTALIDAD SEGÚN LOS DIEZ PRIMEROS
DIAS DE HOSPITALIZACION EN UCI DE LOS PACIENTES DEL
HOSPITAL III YANAHUARA 2015



Fuente: Elaboración personal (Matriz de Sistematización)



CAPÍTULO III

DISCUSIÓN Y COMENTARIO

DISCUSIÓN Y COMENTARIO

El hallazgo fundamental del presente trabajo de investigación, es de que no existe relación estadística significativa entre el tiempo de hospitalización en UCI del Hospital III de Yanahuara y la frecuencia de las tasas de morbimortalidad, es decir los menores tiempos de hospitalización se vinculan a mayores tasas de morbimortalidad ($p > 0.05$)

Esta aparente paradoja podría explicarse por el hecho de que en más de las veces el paciente acude al hospital en fases avanzadas o estadios terminales de la enfermedad, de ahí la mayor frecuencia de los menores tiempos de hospitalización vinculados a las mayores tasas de morbimortalidad.

De acuerdo a la tabla 1 y según edad, los pacientes que enfermaron más fueron los de 71 a 80 años, con el 22.99%; y, los que menos enfermaron fueron los pacientes menores a 21 años, con el 0.57%; hallazgo que concuerda con la tendencia actual donde se evidencia que la edad más común de ingreso ha variado a predominio de personas mayores de 60 años como se evidencia en el estudio del Dr. Soberanes en Mérida con el seguimiento de historias desde el año 1994 hasta el 2006 donde se encontró que la principal edad de ingreso fue alrededor de 39.4 años y en estudios posteriores como el realizado por el Dr. Miranda Pedroso en Yaracuy en el año 2008 donde se evidenció que la principal edad de ingreso fue en mayores de 66 años con el 21.43%; y esto se debe principalmente al incremento de la población de mayor edad y la presencia de mayor cantidad de comorbilidades en estos pacientes. Según sexo, las mujeres enfermaron más con el 55.17%; en tanto que, los hombres enfermaron en el 44.83%; estos hallazgos difieren con la mayoría de estudios donde la prevalencia es del sexo masculino en valores desde el 52.4% observado en el estudio del Dr. Soberanes en el año 2006 hasta el 60.44% encontrado en el estudio del Dr. Saúl Jiménez en Cuba; siendo el único estudio dentro de los revisados que concuerda con nuestro hallazgo el realizado por el Dr Miranda Pedroso con una prevalencia del sexo femenino en 55.95%; y esto se debe principalmente a la prevalencia de población femenina en la localidad.

Según la tabla 2, el tiempo de hospitalización en UCI más frecuente fue menos de 10 días con el 87.93%, evidenciado mayormente en pacientes de 61 a 70 años, y menormente en pacientes menores a 21 años. El tiempo de hospitalización menos frecuente fue de 51 a 60 días con el 0.57%, mostrado exclusivamente por pacientes de 81 a 90 años; estos hallazgos concuerdan con los encontrados en todos los

estudios revisados como el del Dr Soberanes con un tiempo promedio de 5.1 +/-4.64 días.

De acuerdo a la tabla 3, en varones predominó el tiempo de hospitalización menor a 10 días, con el 37.93%. En damas, predominó el mismo tiempo de hospitalización, pero con el 50%. En varones, los tiempos de hospitalización menos frecuentes fueron los de 21 a 30, 41 a 50 y 51 a 60 días, en cada caso, con el 0.57%. En damas, el tiempo de hospitalización menos frecuente fue de 41 a 50 años, de modo exclusivo, con igual porcentaje.

Viendo la tabla 4 las causas más frecuentes de morbilidad en pacientes hospitalizados en UCI del Hospital III de Yanahuara fueron las enfermedades respiratorias con el 23.56%, las cuales afectaron mayormente a pacientes de 61 a 70 años, y menormente a pacientes de 21 a 30 años, y de 31 a 40 años. Las causas menos frecuentes de morbilidad en dichos pacientes fueron las enfermedades nefrológicas con el 2.30%, las cuales afectaron mayormente a pacientes de 81 a 90 años, y menormente a pacientes de 61 a 70 años; estos hallazgos difieren de la mayoría de estudios revisados donde la principal causa de ingreso a UCI fueron las enfermedades cardiovasculares como lo demuestra el estudio del Dr Saúl Jimenez donde éstas representan el 54.59% o la del Dr. Manuel Agüero donde la cardiopatía isquémica fue la principal causa de ingreso con 48.8%, el único estudio que concuerda con nuestros hallazgos fue la del Dr. Jaime Zegarra realizada en Perú en el año 2012 donde se encontró que la principal causa de ingreso fue la patología respiratoria. Cabe destacar que las poblaciones en los 2 primeros estudios mencionados tuvieron prevalencia de personas más jóvenes que las de nuestro estudio y que la población que más se asemejaba a la nuestra fue la del Dr Zegarra puesto que estudió principalmente una población mayor a 60 años.

Según la tabla 5 en varones las causas más frecuentes de morbilidad fueron las enfermedades gastroenterológicas, con el 10.34%; y las menos frecuentes, las afecciones nefrológicas, con el 1.15%. En cambio, en damas, las causas más frecuentes de morbilidad fueron las enfermedades respiratorias con el 15.52%; y las menos frecuentes, las afecciones nefrológicas, con el 1.15%, coincidente con la cifra analoga mostrada por los varones. Dentro de los estudios revisados ninguno mostró que la principal morbilidad en varones fueran las enfermedades gastroenterológicas. De acuerdo a la tabla 6 Las enfermedades respiratorias más frecuentes en pacientes hospitalizados en UCI del Hospital III de Yanahuara fueron las neumonías adquiridas en la comunidad, con el 14.37%; y las menos frecuentes la Neumonía por J. jiroveci y

TEP, con el 0.57%, cada una. En cuanto a estos datos se observa concordancia con estudios como el del Dr Soberanes que mostró a la Neumonía grave como principal causa respiratoria de ingreso con 6.62%

Viendo la tabla 7 las enfermedades cardíacas más frecuentes en pacientes hospitalizados en UCI del Hospital III de Yanahuara, fue la insuficiencia cardíaca, en el 2.88%; y, las menos frecuentes fueron la angina, la arritmia, FA, IMA y EPOC, con el 0.57%, cada una. Datos opuestos a los hallados por el Dr Saul Jimenes que muestra como principal causa cardiológica a la angina inestable con 23.57% y más atrás la insuficiencia cardíaca con 7.12%.

Acorde con la tabla 8 la enfermedad endocrina más frecuente en pacientes hospitalizados en UCI del Hospital III de Yanahuara, fue la cetoacidosis diabética, con el 4.60%; y, la menos frecuente fue la ICC, con el 0.57%; hallazgo que concuerda con estudios como el realizado en el Hospital General Agustín O' Hordan en Yucatán en el año 2006 donde se encuentra que la principal causa endocrinológica de ingreso fue la Cetoacidosis Diabética con 4.41%

Según la tabla 9 la enfermedad gastroenterológica más frecuente en pacientes hospitalizados en UCI fue la pancreatitis aguda, con el 10.92%; y, las menos frecuentes el absceso hepático y la hepatitis, con el 0.57%. Datos que concuerdan con el estudio del Dr. Soberanes que muestra a la Pancreatitis aguda grave como la principal causa de ingreso gastroenterológico con 3.93%

Viendo la tabla 10 las enfermedades neurológicas más frecuentes en pacientes hospitalizados en UCI del Hospital III de Yanahuara, fueron las ACV, registrados en el 4.02% de los casos; en tanto que, las menos frecuentes fueron el status convulsivo y la epilepsia, con el 0.57%, cada uno. Estos hallazgos difieren de los estudios revisados donde incluso algunos muestran al Traumatismo encéfalo craneano como principal causa de ingreso como en el estudio del Dr. Soberanes con 10.79% y en nuestro estudio no se encontró ningún paciente con este diagnóstico de ingreso; esto podría deberse probablemente a que estos pacientes son directamente derivados a un hospital de mayor complejidad y con servicio de Neurocirugía de guardia como lo es el HBCASE en nuestra localidad

De acuerdo a la tabla 11 La única enfermedad nefrológica registrada en pacientes hospitalizados en UCI del Hospital III de Yanahuara, fue la insuficiencia renal, evidenciada en el 2.30% de los casos. En los estudios revisados no se encontró ninguno que refiera una causa nefrológica como causa común de ingreso pero si como un factor de comorbilidad tal cual lo demuestra el estudio de Jaime Zegarra donde la IRC estuvo presente hasta en 8.2%.

Según la tabla 12 la enfermedad infecciosa más frecuente en pacientes hospitalizados en UCI del Hospital III de Yanahuara fue la sepsis foco urinario, con el 9.19%; y las menos frecuentes fueron la encefalitis, la fascitis necrotizante y el absceso perirrectal, cada uno, con el 0.57%. Estos hallazgos corroboran la sepsis como principal causa de ingreso por motivo infeccioso pero de diferente foco según los estudios revisados donde se encuentra el foco abdominal como principal por ejemplo en el estudio del Dr. Soberanes con 8.58%.

Revisando la tabla 13 se evidencia que la enfermedad postoperatoria más frecuente en pacientes hospitalizados en UCI del Hospital de Yanahuara, fue la apendicitis más peritonitis, con el 5.17%; y, las menos frecuentes fueron la cirugía de colon, operación de válvula sigmoidea, nefrectomía, síndrome de HELLP, excitación psicomotriz y encefalopatía y reacción adversa medicamentosa postapendilap, cada una con el 0.57%. Entre los estudios revisados no se encuentra uno que describa directamente como causas postoperatorias de ingreso a UCI pero si como causas quirúrgicas siendo el Abdomen agudo el de mayor porcentaje con 15.1% del estudio de la Licenciada Figueredo del año 2007 en la Clínica Popular simón Bolívar.

Como resultado de la tabla 14 la complicación del embarazo más frecuente en pacientes hospitalizados en UCI del Hospital III de Yanahuara, fue el shock hipovolémico, con el 4.60%; y, la menos frecuente, la preeclampsia severa, con el 0.57%. Estos datos difieren del encontrado en el estudio del Dr Soberanes que mostró ala Pre eclampsia severa como la principal causa con 4.07%. Estas diferencias podrían deberse ya que en nuestro medio la principal causa de mortalidad materna es la Hemorragia y en otros países es la Hipertensión Gestacional.

Además de acuerdo a la tabla 15 dentro de otras enfermedades diagnosticadas en pacientes hospitalizados en UCI del Hospital III de Yanahuara la más frecuente fue la intoxicación, con el 2.88%; y, la menos frecuente fue la esquizofrenia, con el 0.57%.

Revisando la tabla 16 se observa que de 174 enfermos hospitalizados en UCI del Hospital de Yanahuara, 54 pacientes fallecieron, haciendo un porcentaje de 31.03%. Dato intermedio a los obtenidos en otros estudios que muestran una mortalidad de 23.8% del estudio del Dr Saul Jimenes, 41.48% del estudio del Dr Savastano.

Según la tabla 17 las causas más frecuentes de mortalidad en pacientes hospitalizados en UCI del Hospital III de Yanahuara, fueron las enfermedades respiratorias, con el 12.64%, registradas mayormente en pacientes de 81 a 90 años, y menormente en pacientes de 41 a 50 y de 51 a 60 años. La causa menos frecuente de mortalidad fueron las enfermedades neurológicas, con el 1.15%, registrada en pacientes de 61 a 70 años, y de 1 a 90 años, cada uno, con el 0.57%. Viendo los

resultados de otras investigaciones se observa gran diversidad de causales de mortalidad que ocupan en primer lugar por ejemplo la hernia de amígdalas cerebrales en el estudio del Dr. Martí Agüero con el 29.1%, Shock séptico con 28.29% en el estudio del Dr. Soberanes y el Shock cardiogénico con 14.7 % en el estudio del Dr. Saul Jimenez, estas grandes variaciones podrían estar en relación principalmente a la causa de ingreso prevalente en cada estudio por ejemplo el TEC en el caso del Dr. Martín Agüero y la cardiopatía en el caso del Dr. Saul Jimenez así como la Neumonía en nuestro caso.

La Asociación Latinoamericana de Tórax (ALAT) comunica que la neumonía intrahospitalaria es la segunda infección nosocomial en frecuencia y la más frecuente en UCI.

Viendo la tabla 18 se concluye que en varones, las causas más frecuentes de mortalidad fueron las enfermedades respiratorias con el 5,75%; y, las menos frecuentes, las enfermedades neurológicas y nefrológicas, cada una, con el 0.57%. En damas las causas más frecuentes de mortalidad fueron igualmente las respiratorias, pero con el 6.90%; y, la menos frecuente las enfermedades neurológicas con el 0.57%.

Según la tabla 19 La enfermedad respiratoria más frecuente como causa de muerte fue el shock séptico con el 5.75%, y la menos frecuente, la neumonía adquirida en la comunidad, con el 0.57%, en pacientes hospitalizados en UCI, del Hospital III de Yanahuara; este hallazgo concuerda con el estudio realizado en el Hospital General Agustín O'Horan de Mérida, Yucatán del año 2006, donde en la revisión de 10 años de historias clínicas de UCI se encuentra que la principal causa de mortalidad fue por Shock séptico con el 28.2%.

De acuerdo a la tabla 20 la enfermedad cardíaca más frecuente como causa de muerte en pacientes hospitalizados en UCI del Hospital III de Yanahuara, fue el síndrome post RCP, con el 3.45%; y, la menos frecuente, el paro cardiorespiratorio, con el 0.57%. Datos análogos a los encontrados por el Dr. Saul Jimenez que encontró al Shock cardiogénico como principal causa cardiológica de muerte con 14.7%.

Viendo la tabla 21 las enfermedades gastroenterológicas que generaron deceso en estos pacientes fueron la hemorragia digestiva alta, la cirrosis y la pancreatitis aguda severa, cada una con el 0.57%. Dentro de los estudios revisados no se encontró ninguna causa gastroenterológica como causa directa de muerte

Como resultado de la tabla 22 se determina que la única enfermedad neurológica que ocasionó deceso en estos pacientes fue el status convulsivo, con el 1.15%. En el resto de estudios revisados la principal causa neurológica de fallecimiento fue la herniación de las amígdalas con 29.1% en el estudio del Dr Manuel Agüero y en ninguno se encontró el estatus convulsivo en si como causa de muerte

Según la tabla 23 la única enfermedad nefrológica que fue causa de muerte en pacientes hospitalizados en UCI del Hospital de Yanahuara fue la insuficiencia renal crónica, con el 1.72%. No se encontraron datos de mortalidad debida principalmente a causa nefrológica

De acuerdo a la tabla 24 la única enfermedad infecciosa que generó deceso en pacientes hospitalizados en UCI del hospital III de Yanahuara, fue el shock séptico de foco no pulmonar, con el 2.87%. Viendo la tabla 25 se determina que dentro de las enfermedades postoperatorias, la única que generó deceso en estos pacientes, fue el shock séptico foco abdominal, con el 4.02%. De acuerdo a estos resultados se corrobora con si tomamos en cuenta todas las causas de shock séptico independientemente de su origen obtendrían un valor similar al observado en estudios como el del Dr Saboranes donde llegó a ser de 28.29% como causa de mortalidad

Como resultado de la tabla 26 El tiempo de hospitalización en UCI menos de 10 días se relacionó mayormente con enfermedades respiratorias, con el 18.97%; el de 11 a 20 días, con las mismas afecciones pero con el 2.30%; el de 21 a 30, similarmente con este tipo de enfermedades, pero con el 1.15%; el de 31 a 40 días, se vinculó mayormente con enfermedades infecciosas en el mismo porcentaje; el de 41 a 50 días, con enfermedades respiratorias y endocrinas, con el 0.57%; y, el de 51 a 60 días, con enfermedades respiratorias, con idéntico porcentaje. La prueba X^2 indica no haber relación estadística significativa entre el tiempo de hospitalización en UCI y las causas de morbilidad en pacientes del Hospital III Yanahuara.

Finalmente según la tabla 27 la mayoría de los tiempos de hospitalización se relacionan más con enfermedades respiratorias como causa de muerte. Así, el tiempo de 1 a 10 días se vincula mayormente a este tipo de enfermedades, y menormente los tiempos de 11 a 20 días; el de 21 a 30 días; el de 41 a 50 días, y el de 51 a 60 días. La prueba X^2 indica no haber relación estadística significativa entre el tiempo de hospitalización en UCI y las causas de mortalidad en pacientes del Hospital III Yanahuara. Datos similares a los obtenidos en otras investigaciones donde no hay relación entre el tiempo de estancia hospitalaria y factores de morbi mortalidad en UCI dado que la mayor mortalidad se encontró en los primeros días de estancia hospitalaria, por ejemplo en el estudio de la Dra. Yolanda Álvarez la mayor mortalidad sucedió en los primeros 3 días de ingreso a UCI.

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

PRIMERA

El tiempo de hospitalización más frecuente en pacientes de UCI del Hospital III Yanahuara fue menos de 10 días, con el 87.93%, siendo más prevalente de 71 a 80 años, y en mujeres.

SEGUNDA

Las causas de morbilidad más frecuentes en pacientes de UCI del Hospital III Yanahuara fueron mayormente las enfermedades respiratorias, con el 23.56%, siendo particularmente más destacable la neumonía adquirida en la comunidad, con el 14.3%.

TERCERA

Las causas de mortalidad más prevalentes en pacientes de UCI del Hospital III Yanahuara fueron mayormente las enfermedades respiratorias con el 12.64%, constituyéndose el shock séptico como el más frecuente, con el 5.75%.

CUARTA

El menor tiempo de hospitalización en UCI se relaciona con las mayores frecuencias de morbimortalidad, particularmente con las enfermedades respiratorias, gastroenterológicas, infecciosas y postoperatorias en morbilidad; y con las respiratorias y cardiológicas en mortalidad. Especialmente en los primeros 7 días donde se registraron el 19.55% de los fallecimientos.

QUINTA

Consecuentemente, la hipótesis queda disprobada, en el sentido que no existe una relación directa estadísticamente significativa entre el tiempo de hospitalización en UCI y la frecuencia de las causas de morbimortalidad.

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda a nuevos tesisistas llevar a cabo una investigación para indagar las razones en términos de prevalencia e incidencia por las cuales los menores tiempos de hospitalización en UCI se relacionan con las mayores tasas de morbimortalidad en el Hospital III Yanahuara.
2. Se recomienda al Directorio del Hospital III Yanahuara implementar y desarrollar un Programa Preventivo de enfermedades respiratorias, gastroentéricas, infecciosas y postoperatorias a fin de reducir las tasas de morbilidad en ese hospital.
3. Se sugiere asimismo al Directorio del Hospital III Yanahuara diseñar y ejecutar un Programa Preventivo de enfermedades respiratorias y cardiológicas para reducir las tasas de mortalidad, por esas enfermedades, ya que son las causas más prevalentes de deceso en UCI de dicho hospital.
4. Se recomienda también al Directorio del Hospital III Yanahuara configurar el Perfil Epidemiológico, de las enfermedades más prevalentes en pobladores del área de influencia del Hospital III Yanahuara, a fin de establecer las tasas de prevalencia de dichas afecciones y poder establecer las medidas correctivas del caso.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AGÜERO RODRÍGUEZ, Manuel Antonio y cols. Morbimortalidad en el servicio de cuidados intensivos. Revista Archivo Médico de Camaguey. ISSN 1025-0255. Cuba. 2006.
2. ÁLVAREZ FIGUEREDO Zoraida, Iraola Ferrer Marcos, Molina Díaz Félix, Barco Díaz Vladimir. Caracterización de la mortalidad en la unidad de cuidados intensivos. Año 2008. Rev. Cubana Med ;39(4): 222-7.
3. ÁLVAREZ FLORES Yolanda Bertha, Truffín Hernández Rosa Caridad, Seijo Sequeda Yadira, Iraida González Gómez, Idalmis Vázquez López, José Miguel Rojas Alvelo y Dania González Benítez. Morbilidad y mortalidad en la Unidad de Cuidados Intensivos Emergentes. Hospital Universitario Arnaldo Milián Castro.
4. ÁLVAREZ SABÍN, J. Mortalidad hospitalaria por ictus. Rev Esp Cardiol. 2008;61(10):1007-9.
5. ASIAIN ERRO M, C. Las Unidades de Cuidados Intensivos. En. Manual de Enfermería en Cuidados Intensivos. En: Gómez Ferrero O, Salas Campos L. Enfermería de Cuidados Médico-Quirúrgicos. 2da ed. Madrid 2008. industrias Gráficas Mármol, S.L. p. 1-16.
6. BADIA CASTELLÓ M et al. Cambios en la calidad de vida tras UCI según grupo diagnóstico. Comparación de dos instrumentos de medida. Med Intensiva. 2008;32(5):203-15.
7. BEAGLEHOLE R, BONITA R, Kjellström. Epidemiología Básica. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud. 2008.
8. BIRKMEYER J, SIEWERS A, FINLAYSON E, STUKEL T, LEE T, BATISTA I, GILBERT H, WNNBERG D. Hospital Volume and Surgical

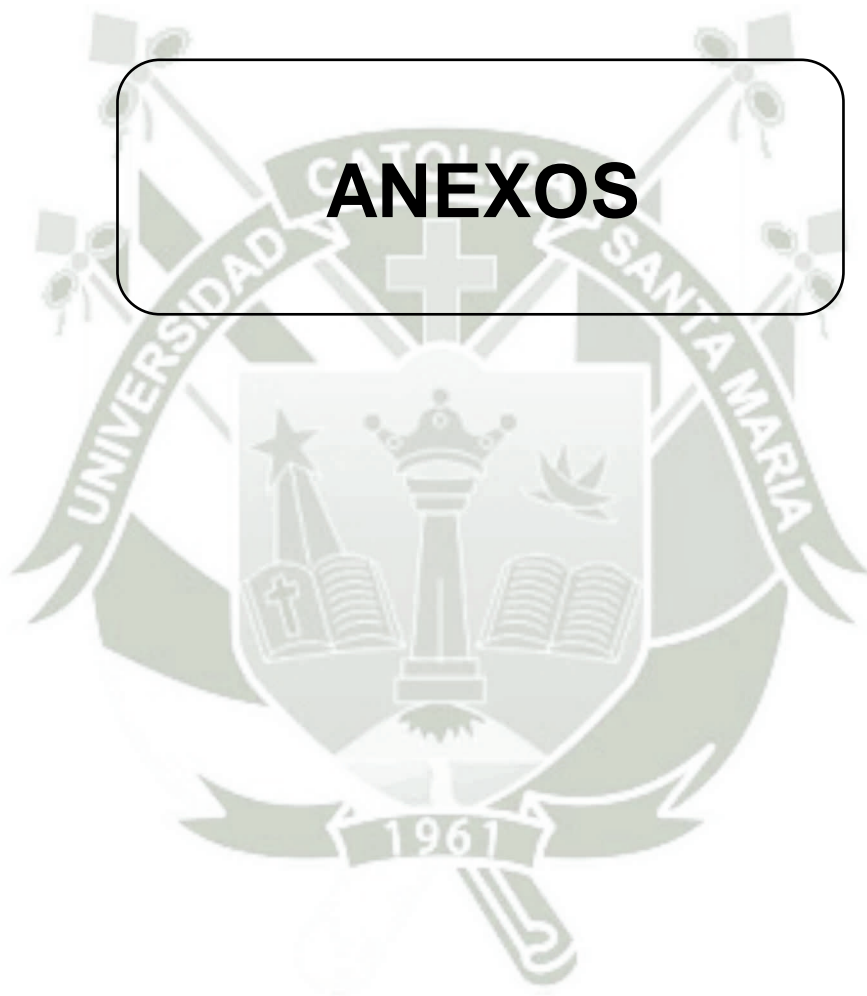
- Mortality in the United States. N Eng J Med, Vol. 346, pp. 1128-1137, No 15 - April 11, 2002 - 2006.
9. BRAGWANJEE S, Paru KF, Moodley F et al. Intensive Care unit morbidity and mortality from eclampsia: An evaluation of the Acute physiology and Chronic Health Evaluation II Score and the Glasgow Coma Scale Score. Crit Care Med. 2000 - 2008; 28: 120-124.
 10. CABALLERO LÓPEZ, A. Trastornos del Equilibrio Hídrico. En Terapia Intensiva. 2da ed. 2006. P. 789-881.
 11. CARRASCAL, M. GONZÁLEZ, J.R. de Miguel y C. Ortiz. Preeclampsia grave y síndrome HELLP posparto. Clin Invest Gin Obst 2006;31(9):338-9.
 12. CIVETTA JM. Critical Care. 3ra Edición. Philadelphia: JB Lippincott Company, 2008.
 13. CONSTITUTION OF THE WORLD HEALTH ORGANIZATION. Nueva York, World Health Organization, 2008.
 14. DIMICK J, GILBERT H, BIRKMEYER J. Surgical Mortality as an Indicator of Hospital Quality: The Problem with Small sample size. JAMA 2004 - 2008; 292 (7): 847-851.
 15. DOMÍNGUEZ L. Mortalidad y estancia hospitalaria ajustada por gravedad como indicadores de efectividad y eficiencia de la atención de pacientes en Unidades de Cuidados Intensivos. Med Intensiva. 2008;32(1):8-14.
 16. FRUTOS-VIVAR, A. Esteban y N. Nin. El paciente con EPOC en la Unidad de cuidados intensivos. Arch Bronconeumol. 2006;41(Supl 5):36-40.
 17. HALL J, A. Schmidt G, D.H Word. L. Un acercamiento a los Cuidados intensivos. En Cuidados Intensivos. Jesse B Hall. Gregory A. Schmidt.

- Laurence D.H Word 2da ed. México DF. Macgraw-Hill Interamericana.
Año 2006. P. 3-10.
18. HEUSCHMANN PU, KOLOMINSKY-RABAS PL, MISSELWITZ B, HERMANEK P, LEFFMANN C, JANZEN RW, et al. German Stroke Registers Study Group. Predictors of in-hospital mortality and attributable risks of death after ischemic stroke: the German Stroke Registers Study Group. Arch Intern Med. 2006;164:1761-8.
19. <http://escuela.med.puc.cl/recursos/recepidem/introductorios4.htm>
Definiciones: Epidemiología. Escuela de Medicina de la PUC Chile.
20. <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones>.
21. IVERSEN L, BULOW S, CHRISTENSEN I, LAURBERG S, HARLING H. Postoperative Medical Complications are main cause of early death alter Emergency Surgery for Colonic Cáncer. British Journal of Surgery 2008; 95: 1012-1019.
22. JIMÉNEZ GUERRA Saúl David. Morbilidad, Mortalidad y Letalidad en una Unidad de Cuidados Intensivos Polivalente Unidad de Cuidados Intensivos Polivalente Hospital Militar "Dr. Mario Muñoz"
23. KASPER D, Braunwald E, Fauci A, Halse S, Longo D, Jameson L. Harrison. Principios de Medicina Interna. 19va edición,
24. KRESS John P., Jesse B. Hall. Atención de enfermos en estado crítico. Principios de la atención de enfermos en estado crítico. En Dennis L. Kasper. Eugene Braunwald. Anthony S, Fauci. Stephen L, Hauser. Dan L, Longo. Larry Jameson y Kurt J, Isselbacher. Harrisons Principles of Internal Medicine. Harrison Online. CD-ROM. 16 Edition. McGraw-Hill. 2006,P 8602- 8609.
25. LÓPEZ RAMOS, F. Epidemiología. Enfermedades Transmisibles y Crónico-Degenerativas. Editorial El Manual Moderno, México. 2006

26. LUCE John M. Atención del Paciente en el Entorno de Terapia Intensiva. En: CECIL. Tratado de Medicina Interna. Editores: Lee Goldman, J. Claude Bennett. España. Editorial McGraw-Hill. Interamericana. Madrid. Año 2006. P. 527-529.
27. MATTHEW F, PHILIPS, MARK J. KOTAPKA. Traumatismo de cráneo. En: Paul N. Lancken, William Hanson, Scott Manaker. Manual de Cuidados Intensivos. Edición en Español. Buenos Aires. Argentina. Editorial Médica Panamericana. Año. 2006. p. 1133-1141.
28. MORENO MOLINA J. A, García Guasch R, Canet Capeta J. Cuidados intensivos. En Farreras. En CD-ROM. www.harcourt.es. Ediciones Harcourt, S.A. Año 2006.
29. NOGUÉ XARAU, S. Intoxicaciones. Generalidades. En: Principios de Urgencias, Emergencias y Cuidados Críticos. Consulta. 28 de enero de 2009. URL disponible en: <http://www.uninet.edu>.
30. OLIS A, CUADRADO-GODIA E, JIMÉNEZ-CONDE J, GOMIS M, RODRÍGUEZ-Campello A, Martínez-Rodríguez JE, et al. Early arterial study in the prediction of mortality after acute ischemic stroke. Stroke. 2007;38:2085-9.
31. PALLARES MARTI, Angela. El mundo de las unidades de cuidados intensivos: La última frontera. Universitat Rovira I Virgili iudad de Tarragona. España. 2010.
32. PÉREZ GONZÁLEZ, R. MARTÍNEZ VALLADARES, M. Epidemiología y Lesiones Traumáticas. En Terapia Intensiva. 2da ed. 2006. P. 5523-5580.
33. RAMOS D, GARCÍA F, ALIAGA M, LOZANO C, LLANOS F y cols. Tasas Específicas de Mortalidad por GRD y Diagnóstico Principal según la CIE-9-MC en un Hospital de II nivel An. med. interna (Madrid) Vol. 18, N. ° 10, pp. 510-516, 2006.

34. ROPPER A. H, BROWN R. H. Traumatismo craneoencefálico. En: Allan H. Ropper, Robert H. Brown. P. Principios de Neurología. 8va ed. China. McGraw-Hill Interamericana. Año. 2006. p. 747-770.
35. ROQUER J, RODRIGUEZ-CAMPILLO A, GOMIS M, OIS A, MARTINEZ- RODRIGUEZ JE, MUNTEIS E, et al. Comparison of the impact of atrial fibrillation on the risk of early death after stroke in women versus men. J Neurol. 2006;20:1-7.
36. SAVASTANO L., BENITO O., CREMASCHI F. Análisis de la mortalidad en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Central de Mendoza, Argentina.
37. SHOEMAKER WC, AYRES SM, GRENVIK A, HOLBROOK PR: Texbook of Critical Care. 4th ed. Philadelphia, WB Saunders, 2006, P. 1-6.
38. www.atmater.mx/servicios/undad_de_cuidadosintensivos/
39. JORGE ALBERTO FORTUNA CUSTODIO: Proyecto PECIN-UCI: Perfil epidemiológico y control de infecciones nosocomiales en la Unidad de Cuidados Intensivos – 2012 -
(<http://www.medigraphic.com/pdfs/medcri/ti-2012/ti123d.pdf>)

ANEXOS



ANEXO N° 1

PROYECTO DE TESIS



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
“IN SCIENTIA ET FIDE FORTITUDO NOSTRA”

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA



RELACIÓN ENTRE EL TIEMPO DE HOSPITALIZACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS Y LAS CAUSAS DE MORBI-MORTALIDAD EN PACIENTES DEL HOSPITAL III DE YANAHUARA. AREQUIPA. 2016.

**PROYECTO DE TESIS PRESENTADO POR:
RUBÉN JESÚS RODRÍGUEZ VEGA
PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL
DE MÉDICO CIRUJANO**

**AREQUIPA-PERÚ
2016**

I.- PREÁMBULO

La unidad de cuidados intensivos ocupa un lugar preponderante en la atención del paciente en estado crítico que ingresa a los hospitales. Una unidad de cuidados intensivos es una sección especializada de un hospital, que provee un cuidado continuo e integral para personas críticamente enfermos con alto riesgo de morir, que pueden beneficiarse de un tratamiento (1).

El paciente crítico describe una persona que presenta una patología grave, en la que se ve amenazada su vida, por la disfunción actual o potencial de uno o varios órganos, pero que con un tratamiento adecuado y oportuno puede recuperarse. Dadas sus condiciones, requiere de una serie de cuidados y tratamientos que deben ser ofrecidos en una unidad especializada, en donde se pueda hacer un seguimiento y monitorización casi personalizada, con la ayuda de los equipos de tecnología y la mayoría a través de procedimientos invasivos.

Según investigaciones realizadas, estas dan como resultado un alto porcentaje de mortalidad en pacientes hospitalizados en cuidados intensivos en comparación a otras áreas de un mismo hospital. Existen muchos factores que intervienen en la morbilidad y mortalidad de estos pacientes, dando lugar a este alto porcentaje de mortalidad. Este es un problema que se da en las unidades de cuidados intensivos de todos los hospitales de los países en vías de desarrollo, como es el Perú.

II. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Enunciado del problema

Relación entre el tiempo de hospitalización en unidad de cuidados intensivos y las causas de morbi-mortalidad en pacientes del hospital III de Yanahuara. Arequipa, 2016.

1.2. Descripción del problema

a. Área del conocimiento:

- Área general : Ciencias de la Salud
- Área específica : Medicina Humana
- Especialidad : Medicina Interna
- Línea : Epidemiología

b. Operacionalización de variables:

VARIABLES	INDICADORES	SUBINDICADORES	ESCALA
Tiempo de Hospitalización	Horas Días Semanas Meses		Proporcional
Causas de morbilidad	Enfermedad Respiratoria Enfermedad Cardiovascular Enfermedad Endocrinológica Enfermedad Gastrointestinal Enfermedad Nefrológica Enfermedad Neurológica Enfermedad Infecciosa Posoperatoria Politraumatismos Complicaciones de Embarazo Otras		Nominal
Causas de mortalidad	Enfermedad Respiratoria Enfermedad Cardiovascular Enfermedad Endocrinológica Enfermedad Gastrointestinal Enfermedad Nefrológica Enfermedad Neurológica Enfermedad Infecciosa Posoperatoria Politraumatismos Complicaciones de Embarazo Otras		Nominal

c. Interrogantes Básicas

c.1. ¿Cuál es el tiempo de hospitalización en cuidados intensivos de pacientes del hospital III de Yanahuara?

c.2. ¿Cuáles son las causas de morbilidad en dichos pacientes?

c.3. ¿Cuáles son las causas de mortalidad en estos pacientes?

c.4. ¿Cuál es la relación entre el tiempo de hospitalización y las causas de morbi-mortalidad?

d. Taxonomía de la investigación

Enfoque	Tipo de estudio					Diseño	Nivel
	1.- Por la técnica de recolección	2.- Por el tipo de dato que se planifica recoger	3.- Por el nro. de mediciones de las variables	4.- Por el nro. de poblaciones o muestras	5.- Por el ámbito de recolección		
Cuantitativo	Observacional	Retrospectivo	Transversal	Descriptivo	Documental	De casos	Relacional

1.3. Justificación del problema:

La presente investigación justifica por diferentes razones. En primer lugar posee una especial NOVEDAD u originalidad, en el sentido que no existen muchas investigaciones de este tipo, a nivel local, referidas al tiempo de hospitalización de pacientes internados en la Unidad de Cuidados Intensivos asociado a la morbi y mortalidad.

La presente investigación es importante, ya que esta busca determinar el tiempo de hospitalización, se conoce que a mayor tiempo de hospitalización el paciente puede adquirir infecciones intrahospitalarias complicando su evolución y tratamiento, dando lugar a una relación directa de a mayor tiempo de hospitalización,

mayor riesgo de mortalidad. Por lo tanto, los datos que se obtengan de esta investigación podrían permitir establecer o mejorar protocolos de atención en la Unidad de Cuidados Intensivos.

Además de lo expresado, debido al carácter diagnóstico de la investigación, es que esta posee RELEVANCIA CIENTÍFICA tangibilizada en el conjunto de nuevos conocimientos que podrían derivarse de la relación entre las variables de estudio.

Otro valor agregado inherente al estudio de su VIABILIDAD, en el sentido de que se ha previsto la disponibilidad y accesibilidad a las historias clínicas pertinentes, los recursos, el presupuesto, el tiempo, y conocimiento metodológico para orientar sistemáticamente la investigación.



2. MARCO CONCEPTUAL

2.1. Unidad de cuidados intensivos

Es el sistema de asistencia clínica que se ocupa de los pacientes con una patología que haya alcanzado un nivel de severidad, tal que suponga un peligro vital, actual o potencial, susceptible de recuperabilidad.¹

UCI es una área de hospitalización, altamente especializada, destinada a la atención y tratamiento de pacientes en situación grave o crítica, pero con posibilidad de recuperación. Para lo cual debe contar con el material y equipo especializado e integrado por personal profesional médico; enfermera y técnico altamente especializado.

La unidad de cuidados intensivos, es un servicio sumamente especializado ya que los pacientes que allí se atienden padecen enfermedades graves que deben atenderse con capacidad y prontitud, así como con todo lo necesario para atender toda clase de parecimientos. La importancia de la terapia intensiva es central si tenemos en cuenta, que este es el espacio en el cual los enfermos o pacientes más delicados deben ser atendidos por profesionales de la salud, de manera constante a fin de evitar cualquier tipo de sobresalto o cambio abrupto en el estado de salud. En ella, enfermeros están al permanente cuidado de los pacientes y son constantes también las visitas de médicos y otros profesionales.²⁻⁹

Para los médicos que ejercen en la unidad de cuidados intensivos (UCI), es de suma importancia identificar los pacientes más graves y predecir cuáles de ellos tienen mayor probabilidad de fallecer, por lo que internacionalmente se han propuesto diversos modelos pronósticos⁷⁻¹¹. El Acute Physiology And Chronic Health Evaluation (APACHE-II) introducido por Knaus y cols en 1985⁸, es el más

universalmente utilizado, este sistema identifica variables clínicas y fisiológicas del primer día de ingreso y los antecedentes del paciente, y de acuerdo al puntaje asignado predice una probabilidad de muerte.

Un servicio de UCI debe contar con:³⁸

- Infraestructura física
- Infraestructura tecnológica
- Personal altamente capacitado
- Inventario de insumos completo
- Servicio de banco de sangre, laboratorio y radiología completa en el área física y disponible 24 horas.

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 atienda 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.²⁶

El soporte fisiológico de los pacientes y el carácter multidisciplinario de la medicina intensiva hace que los médicos intensivistas necesiten conocimientos amplios de fisiología y de medicina interna, sepan jerarquizar las medidas terapéuticas a aplicar, tengan adaptabilidad para trabajar en equipo y criterio para seleccionar los enfermos tributarios al tratamiento. Las enfermeras de cuidados

intensivos tienen una importancia primordial en la atención de los pacientes. Su labor precisa amplios conocimientos y se desarrolla en un medio que requiere un esfuerzo psicológico y físico notables.²⁸

La expansión de las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) en los últimos años ha contribuido al mejor manejo de las enfermedades más graves y más complejas. Por otro lado, el desarrollo tecnológico de las últimas décadas, así como el mayor conocimiento de la fisiología y de la historia natural de las enfermedades que sufre el paciente crítico, han posibilitado un mejor soporte de la función de los órganos que fracasan a lo largo de la evolución de estos pacientes en las unidades de cuidados intensivos (UCI).¹⁵

La terapia intensiva en sus distintas formas desempeña un papel central en el acceso a la asistencia médica de los millones de seres humanos que han experimentado así como de los millones que en el futuro pueden llegar a depender de ellas para el manejo de una lesión o una enfermedad potencialmente fatal.³⁷

En la década de 1950 comenzaron a aparecer técnicas de sostén vital como los sistemas de monitoreo cardíaco que señalan una anomalía del latido cardíaco, los desfibriladores eléctricos que restablecen el latido cardíaco normal, los respiradores que respiran por los pacientes que ya no pueden respirar y la ayuda de los dispositivos de diálisis que sustituyen a los riñones lesionados. Estos trastornos exigen un tratamiento prolongado minuto a minuto o la observación en una unidad de terapia intensiva (UTI), que sea capaz de administrar una terapia intensiva de alto nivel en términos de calidad e inmediatez. En su significado más amplio la medicina de cuidados intensivos incluye el manejo de la enfermedad crítica o de la lesión en el lugar en el que se produce, durante el traslado, en el departamento de urgencias, durante la intervención quirúrgica en el quirófano y, por último en la unidad de terapia intensiva (UTI).³⁷

a. Tipos de unidades de cuidados intensivos

Con el paso del tiempo, han ido surgiendo distintos tipos de unidades de cuidados intensivos (UCI) dependiendo, en otros factores, del tipo de hospital (terciario, secundario o primario), de sus necesidades, del grado de asistencia que ofrezca, de su compromiso docente, de la población a la que atiende y de los recursos económicos disponibles. El tipo de unidad más frecuente es la unidad general polivalente o multidisciplinar; las de tipo monográfico o especializado son menos frecuentes. Entre estas últimas están las unidades coronarias que atienden a pacientes con infarto agudo del miocardio y angina de pecho inestable, las de trasplantes para los pacientes con trasplantes de órganos sólidos, las de cuidados respiratorios, neurológicos, cuidados posquirúrgicos, neonatales o pediátricas entre otras.⁵

Dentro de un sistema de cuidados progresivos, la atención que se proporciona en la UCI es de máximo nivel asistencial al paciente crítico. No obstante, ante el constante incremento de la demanda de camas de UCI, el alto coste que estas representan, y con el fin de garantizar la continuidad de los cuidados, se han ido creando unidades de cuidados intermedios o semicríticos, denominadas también “de alta dependencia”. En las unidades de cuidados intermedios, se atienden a pacientes con mayor estabilidad y menor gravedad que en las UCI, de manera que son un paso intermedio entre la atención que se proporciona en las UCI y las de las plantas de hospitalización, y viceversa. Aunque estos pacientes requieren cuidados intensivos de enfermería, necesitan menos tecnología para su vigilancia y tratamiento y no requieren la presencia continuada del médico.⁵

b. Pacientes en la unidad de cuidados intensivos

Existen dos aspectos que definen a un paciente crítico. El primero es el que establece la necesidad de ejercer sobre él una serie de controles estrictos, lo que se conoce como monitoreo. El segundo es el que reconoce la necesidad del empleo de tratamientos especiales y/o inmediatos.²⁸

Los pacientes críticos son aquellos que se encuentran en una situación de inestabilidad fisiológica en la cual pequeños cambios funcionales pueden llevar a un serio deterioro global, con daño orgánico irreversible o muerte. El monitoreo, intermitente o continuo, está destinado a detectar estos cambios precozmente, a fin de proveer un tratamiento adecuado y restablecer una situación fisiológica más estable, previniendo de tal modo el daño orgánico o la muerte.²⁴

El segundo aspecto que define a los pacientes críticos es la necesidad de recibir tratamientos especiales. Estos tratamientos pueden ser urgentes, como el empleo de drogas vasoactivas en pacientes en shock; intermitentes, como la diálisis; o continuos, como la ventilación mecánica. A su vez pueden estar dirigidos a curar al paciente, como el empleo de antibióticos; o a sostener las funciones orgánicas hasta que el organismo pueda retomar una función adecuada, tal el caso de la contrapulsación aórtica durante el postoperatorio de cirugía cardíaca, o la asistencia respiratoria en el síndrome de dificultad respiratoria aguda.²⁴

La atención de los pacientes en estado crítico exige el conocimiento profundo de los mecanismos fisiopatológicos y se orienta primero en la reanimación de personas con deterioro funcional extremo. Dicha reanimación suele ser rápida y quizá se haya iniciado sin un conocimiento detallado de los problemas médicos que desde tiempo atrás tiene el enfermo. Mientras se

estabiliza el estado de la persona, los intensivistas intentan obtener información médica para complementar la evaluación en tiempo real del estado fisiológico y los trastornos presentes, que ellos realizan. Los intensivistas cuentan con innumerables medios para la evaluación precisa de los aspectos fisiopatológicos y para el apoyo de la insuficiencia incipiente de diversos órganos y así, aprovechan la oportunidad para diagnosticar y tratar los cuadros primarios en un paciente ya estabilizado. Por todo lo expresado, en la unidad de cuidados intensivos se utilizan muy a menudo intervenciones penetrantes como la ventilación mecánica y el tratamiento de reemplazo renal, así como medios para diagnóstico, como las vías venosas centrales y los catéteres en la arteria pulmonar.²⁴

El ingreso del enfermo en la unidad de cuidados intensivos (UCI) no carece de riesgos. Los pacientes son más sensibles a las infecciones, existe posibilidad de yatrogenia y se producen trastornos psicológicos. Los adelantos de la tecnología hacen que se puedan mantener las funciones vitales durante períodos de tiempo prolongados en enfermos con muerte cerebral, estado vegetativo o enfermedades terminales.²⁸

c. Causas de ingreso en la UCI

Se clasifican en diferentes categorías que incluyen multitud de diagnósticos específicos que justifican la adecuación del ingreso en UCI y entre las que destaca el listado siguiente de la Task Force of the American College of Critical Care Medicine (1999):

c.1. Sistema Respiratorio³¹

- Insuficiencia respiratoria aguda que requiera soporte ventilatorio
- Embolia pulmonar con inestabilidad hemodinámica

- Pacientes en unidades de intermedios que inicien deterioro respiratorio
- Necesidad de cuidados respiratorios de enfermería que no pueda brindarse en unidades de menor complejidad
- Hemoptisis masiva
- Fallo respiratorio con intubación inminente
- Obstrucción de la vía aérea postoperatoria

c.2. Sistema Circulatorio³¹

- Infarto agudo del miocardio complicado
- Shock cardiogénico
- Arritmias complejas que requieren monitorización continua e intervención terapéutica
- Insuficiencia cardíaca congestiva con falla respiratoria y/o que requieran soporte hemodinámico
- Emergencias hipertensivas
- Angina inestable con inestabilidad hemodinámica, disritmias o dolor torácico persistente
- Paro cardíaco reanimado
- Taponamiento cardíaco o constricción con inestabilidad hemodinámica
- Aneurisma disecante de la aorta
- Bloqueo AV completo u otro que requiera marcapaso.

c.3. Sistema digestivo³¹

- Hemorragia digestiva masiva incluyendo hipotensión, angina, sangrado incoercible o la presencia de condiciones comórbidas
- Fallo hepático fulminante o subfulminante
- Pancreatitis aguda severa
- Perforación esofágica con o sin mediastinitis.

c.4. Sistema Nervioso Central³¹

- Accidente vascular cerebral con deterioro del estado de conciencia
- Coma: metabólico, tóxico o anóxico
- Hemorragia intracraneal con riesgo potencial de herniación
- Hemorragia subaracnoídea aguda
- Meningitis con alteración del estado de conciencia o compromiso respiratorio
- Afecciones del SNC o neuromusculares con deterioro del estado neurológico o de la función pulmonar
- Estatus epileptico
- Muerte cerebral o muerte cerebral potencial quienes estén siendo agresivamente manejados mientras se determina su condición de donante
- Vasoespasmo cerebral
- Injuria cerebral aguda severa

c.5. Sistema Endocrino³¹

- Cetoacidosis diabética con inestabilidad hemodinámica, alteración de conciencia
- Insuficiencia respiratoria, acidosis severa y alteraciones hidroelectrolíticas graves
- Tormenta tiroidea o coma mixedematoso con inestabilidad hemodinámica
- Estado hiperosmolar con coma o inestabilidad hemodinámica
- Otras condiciones endocrinas como crisis adrenales con inestabilidad circulatoria
- Hipercalcemia severa con alteración de conciencia y necesidad de monitoreo hemodinámico
- Hipo- o hipernatremia con convulsiones y alteración de la conciencia
- Hipo- o hipermagnesemia con compromiso hemodinámico, de conciencia, convulsiones y/o arritmias
- Hipo- o hiperkaliemia con disrritmias o debilidad muscular severa
- Hipofosfatemia con debilidad muscular

c.6. Miscelánea³¹

- Ingestión de drogas con inestabilidad hemodinámica
- Ingestión de drogas con alteración significativa del estado de conciencia
- Ingestión de drogas con riesgo de aspiración pulmonar

- Convulsiones post-ingesta de drogas
- Pacientes postoperatorios con necesidad de monitorización hemodinámica, soporte ventilatorio y cuidado de enfermería intensivo (drenajes, ostomías, etc)
- Shock séptico
- Monitorización hemodinámica
- Condiciones clínicas con altos requerimientos de cuidados de enfermería (por ejemplo uso de ventilación mecánica no invasiva, etc.)
- Injurias ambientales (radiación, ahogamiento, hipo- o hipertermia)
- Terapias nuevas o experimentales con potenciales complicaciones (trombolisis de infartos cerebrales, tromboembolismo pulmonar, etc.)
- Postoperatorio de trasplantes (renal, hepático y pulmonar)
- Cirugía en enfermedad pulmonar obstructiva crónica

d. Principales complicaciones de los pacientes en la Unidad de Cuidados Intensivos

Se reconoce que el paciente grave sufre siempre considerables cambios en sus mecanismos homeostáticos, provocado por la respuesta al stress, consecuencia directa de sus procesos morbosos e influencias del dolor, náuseas, hipoxemias y algunas drogas necesarias para su tratamiento. Todo paciente crítico por diferentes razones está recibiendo soluciones parenterales y enterales cuya composición y características, puede ser muy variable e influyen en “ayudar” o “perjudicar”, los mecanismos

homeostáticos, desencadenados por la situación clínica del paciente, sobre todo en lo referente al metabolismo y circulación intracorporal del agua, los electrolitos y los elementos ácido-básicos. Es por tanto, de vital importancia en el tratamiento exitoso de un paciente grave, evitar o tratar precozmente, los cambios perjudiciales en el balance acuoso, electrolítico o ácido-básico, pues las alteraciones de estos sistemas, íntimamente relacionados, pueden empeorar y complicar el proceso morboso de base y provocar desastrosas consecuencias; sin embargo la solución de este reto terapéutico en el paciente crítico, incapaz en muchas ocasiones de mantener una adecuada homeostasis de estos 3 sistemas (agua, electrolitos y ácido-básico), presenta una complejidad frecuentemente subordinada, en cuando a su influencia en la morbilidad y mortalidad y exige del intensivista un perfecto conocimiento de la fisiología, fisiopatología y terapéutica de los trastornos del agua, los electrolitos y el equilibrio ácido-básico, que lo lleve mediante el uso de la tecnología disponible, a un constante juicio clínico razonado, que le permita mantener en rangos aceptables, la homeostasis hidromineral y ácido-básicos del paciente crítico.¹⁰

Otra de los riesgos que entraña la hospitalización en UCI son la posibilidad de adquirir infecciones intrahospitalarias y debidas a microorganismos resistentes al tratamiento, es así que en el estudio “ Perfil Epidemiológico y control de infecciones nosocomiales en UCI” en el año 2012 mostró que la tasa de infección fue de 3 a 5 % y la neumonía estuvo presente en 34.6%. Además demostraron que al cabo de una semana se producía un cambio significativo en la flora patógena de estos pacientes, antes de los 7 días de hospitalización en UCI predominaban patógenos comunitarios o propios de unidades no intensivas tales como stafilococos o estreptococos sp,; mientras que después de los 7 días de hospitalización en UCI predominaban

especies de Acinetobacter, Pseudomonas entre otras con perfiles de resistencia muy elevados.³⁹

2.2. Morbilidad

2.2.1. Definición¹³

Según la Organización Mundial de la Salud, la morbilidad está definida como un componente de las estadísticas de salud, que se refiere al registro, colección, presentación y evaluación de enfermedades en seres humanos, que se originan en un territorio específico, consiguiendo indicadores significativos que puedan dar origen a la creación de planes, cuyo fin sería el optimizar el estado de salud de la comunidad. Las estadísticas de morbilidad se refieren al conocimiento en números de las patologías que presenta cada comunidad, estudia sus características, permitiendo a través de los indicadores calculados, su completo conocimiento.

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, incluyendo 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.

Los datos de morbilidad se obtienen, en primera instancia, por intermedio de la demanda satisfecha, es decir, a través de los egresos de los pacientes que fueron hospitalizados y atendidos en las consultas externas, constituyendo los centros de atención hospitalaria, las principales fuentes de acopio de esta información. Si bien los centros de atención de salud se consideran los principales informantes sobre datos de morbilidad, se tienen evidencias de que

estos no siempre pueden representar el total de casos presentados y registrados, pero sí se consideran una gran parte de ellos. Para perfeccionar su conocimiento se han ideado estrategias, como el uso de las encuestas, censos sanitarios y resultados de censos generales de población, de donde se extrae información referente a las enfermedades y sus respectivas variables.

En la mayoría de los Países, las estadísticas de morbilidad general son muy incompletas cuando las hay. La validez de las obtenidas en los hospitales es variable; son bastantes fidedignas si el diagnóstico se efectúa cuando se da el alta al paciente, y lo son menos cuando se procede al diagnóstico en el momento de la hospitalización; además, en esas estadísticas, no se incluye al sector privado y sólo se tiene en cuenta la morbilidad causante de hospitalizaciones y no la morbilidad general. Por último las cifras registradas dependen mucho del número de camas de hospital disponibles. En los Países donde se atiende prácticamente todas las peticiones de hospitalización, las estadísticas tienen indudable validez y pueden utilizarse para orientar la planificación; en cambio cuando las camas de hospital son insuficientes el factor determinante de las hospitalizaciones suele ser la gravedad del caso y no la naturaleza de la enfermedad o la posibilidad de curación²³.

2.2.2. Aplicaciones¹³

La morbilidad tiene uso e importancia en todos los campos imaginables. En el área de salud tiene, sin embargo, especial importancia y su utilización se considera de primer orden. Es un factor fundamental en la planificación, al confeccionar informes de la Situación de una población determinada, permitiendo reconocer las enfermedades que aquejan con mayor o menor intensidad a cada lugar. Medir la morbimortalidad, determina la aparición de epidemias, las controla y toma otras medidas de tipo sanitarias. Es, también, de vital importancia en las compañías de seguros para

verificar el estado de salud de sus clientes. En otras áreas fuera de la medicina como economía, industrias, fábricas, compañías de trabajo, etc. es empleada para conocer la clase de enfermedades que padecen los trabajadores y su entorno familiar, clasificándolas como de tipo profesional, accidentes de trabajo, tuberculosis y cáncer, para determinar las incapacidades laborales, y optimizar el rendimiento del personal en las industrias. Otra área donde se utilizan datos de morbilidad es en la parte de Educación. En este caso la morbilidad es necesaria conocer incluyendo variables importantes como la edad, con el propósito de medir el rendimiento escolar de acuerdo al estado de desarrollo psicomotriz de los estudiantes. Igualmente para acortar o alargar los tiempo de estudios según periodos por la aparición de ciertas enfermedades en determinadas temporadas del año. Finalmente, la morbilidad es parte integrante para cualquier tipo de investigación y actividad.

2.3. Mortalidad

2.3.1. Definición¹³

El concepto de mortalidad, según la Organización Mundial de la Salud, expresa la magnitud con la que se presenta casos de fallecimiento en una población y en un momento determinado. Es diferente a los conceptos de muerte y defunción que reflejan la pérdida de la vida biológica individual, la mortalidad es una categoría de naturaleza estrictamente grupal que se mide en áreas determinadas. En consecuencia, la mortalidad expresa la dinámica de las muertes acaecidas en las poblaciones a través del tiempo y el espacio, y sólo permite comparaciones a este nivel. La mortalidad puede estimarse para todos o solo para algunos grupos de edad, para uno o ambos sexos y para una, varias o todas las enfermedades, dependiendo del objetivo de la investigación.

A pesar que la mortalidad es un hecho inevitable, su comportamiento presenta diferencias muy importantes entre países, regiones, clases sociales y grupos culturales. Esto evidencia la importancia de analizar, no solamente su patrón general, sino también el comportamiento de grupos particulares y las principales causas de defunción¹⁹⁻³³.

Las estadísticas de causa de muerte constituyen una de las herramientas más útiles para el conocimiento de los problemas de salud de una población. Desde el punto de vista de la prevención de la mortalidad, es importante cortar la cadena de acontecimientos o instituir la curación en un cierto punto, que la evite. El objetivo más efectivo es prevenir que opere la causa precipitante.⁸

La mortalidad se clasifica de la siguiente manera: a) general y b) específica²¹.

2.3.2. Mortalidad general⁷

La mortalidad general es el total de muertes ocurridas por todas las causas de enfermedad, en todos los grupos de edad y para ambos sexos. La mortalidad general, que comúnmente se expresa en forma de tasa, puede ser cruda o ajustada, de acuerdo con el tratamiento estadístico que reciba.

La mortalidad cruda es la relación existente entre el volumen de muertes ocurridas en un periodo dado y el tamaño de la población en la que éstas se presentaron. Mientras que la mortalidad ajustada, o estandarizada, expresa esta relación pero considera las posibles diferencias en la estructura por edad y sexo de las poblaciones en estudio, lo que permite hacer comparaciones entre éstas.

2.3.3. Mortalidad específica⁷

Cuando se piensa que la mortalidad puede variar entre los distintos subgrupos de la población ésta se divide antes del estudio. Cada una de las medidas obtenidas de esta manera adopta su nombre según la fracción poblacional de la que se esté hablando. Por ejemplo, si las tasas de mortalidad se calculan para los diferentes grupos de edad, serán denominadas tasas de mortalidad por edad. De la misma manera pueden calcularse la mortalidad por sexo o por cualquier otra causa específica.

En algunos casos es posible calcular combinaciones de varias fracciones poblacionales, y cuando es así, se especifican los grupos considerados. Por ejemplo, mortalidad femenina en edad reproductiva.

2.3.4. Causas de mortalidad

Entre los posibles factores identificados que al parecer aumentaban la probabilidad de muerte estaban: la edad, el motivo de ingreso, el estado de conciencia, el tiempo de ventilación mecánica y la estadía en UC²¹⁻²³.

Comportamiento de la mortalidad hospitalaria por años demostró que en las unidades de cuidados intensivos ocurrió en mayor porcentaje de muertes hospitalarias, y entre las áreas de unidades de cuidados intensivos y la unidad de cuidados intermedio murió más del 90%.

- Shock cardiogénico
- Disfunción multiorgánica
- Arritmias cardiacas agudas

2.4. Morbi-mortalidad en la Unidad de Cuidados Intensivos

Autores españoles reportan en su estudio predominio del trauma craneoencefálico, seguido de politraumatismo y enfermedades respiratorias como diagnóstico al ingreso.⁶

En relación al lugar que ocupan las enfermedades cerebrovasculares pensamos que es el reflejo de lo comunicado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), cuando plantea que las enfermedades cerebrovasculares agudas o ictus representan la tercera causa de muerte en el mundo occidental, la primera causa de discapacidad física en las personas adultas.⁴

Estudios epidemiológicos realizados en diversos países señalan las lesiones de la cabeza como una de las causas más comunes de muerte, morbilidad e invalidez en adultos y jóvenes. Dichos estudios permiten una estimación cuantitativa en lo referido a la incidencia, y una estimación cualitativa a la identificación de factores de riesgo en poblaciones específicas. Estas estimaciones pueden habilitar Programas de Prevención adecuados. 35 En relación a la incidencia se estima alrededor de 25 por cada 100,000 habitantes para el trauma cráneo encefálico, de ellos 9 por cada 100,000 habitantes se encuentran los severos. En relación al sexo la proporción de masculino- femenino, aumenta con el grado de severidad. 32

Otros Investigadores plantean que la mortalidad hospitalaria por ictus oscila, como media, entre el 8 y el 14%. Algunos de los factores asociados con un mayor riesgo de mortalidad después de un ictus, tales como la edad, la gravedad inicial del ictus, el sexo, la raza, la situación funcional previa, la hipertermia, la hiperglucemia, las cifras altas o bajas de presión arterial, la fibrilación auricular, la insuficiencia cardíaca, la coronariopatía y la estenosis u oclusión arterial hallada en el estudio arterial precoz tras el ictus. 18, 35, 30 Se reconoce que los traumatismos craneoencefálicos ocupan el primer lugar en cuanto a frecuencia y gravedad entre la gran variedad de enfermedades neurológicas, se ha comunicado que en Estados

Unidos son en general la causa principal de muerte en personas menores de 45 años de edad y más de la mitad de estas defunciones se debe a lesiones craneoencefálicas.³⁴ En otra publicación se refiere que cada año en los Estados Unidos se hospitalizan alrededor de 600000 individuos por un traumatismo de cráneo. Que representa cerca del 60% de todas las muertes relacionadas con trauma, y las heridas por armas de fuego en la cabeza acarrearán la máxima tasa de mortalidad (75% al 80%) de todos los mecanismos de traumatismo de cráneo. Los accidentes de tránsito contribuyen con alrededor de dos tercios de todas las lesiones encefálicas (66%), seguidos por las caídas y las heridas por armas de fuego.²⁷

Queremos referirnos a la insuficiencia respiratoria como causa de ingreso en la unidad de cuidados intensivos, haciendo énfasis en la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, ya que es una enfermedad que aporta un número importante de ingresos en las unidades de cuidados críticos, publicaciones como la del Dr. Frutos, así lo corroboran, donde se plantea que la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en el mundo y contribuye a un importante porcentaje del gasto sanitario.¹⁶

Una encuesta internacional realizada en el año 2000 en Estados Unidos, Canadá, Francia, Italia, Alemania, Países Bajos, España y Reino Unido registró una incidencia de enfermos con EPOC de 1.616 casos por 100.000 habitantes, de los cuales un 13,8% había requerido tratamiento hospitalario en el último año. De estos pacientes, entre un 26 y un 74% requerirán ingreso en la unidad de cuidados intensivos (UCI) y ventilación mecánica. Así, entre un 10 y un 14% de los pacientes que precisan ventilación mecánica son enfermos con exacerbaciones de la EPOC.¹⁶

Les llamó la atención que durante el periodo analizado no se ingresó ningún paciente con diagnóstico de intoxicación aguda, ya que es

conocido que las intoxicaciones agudas tienen una alta incidencia tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo. En este sentido queremos hacer referencia a un estudio publicado por autores españoles donde refieren que un grupo particular de intoxicados, es el de los adultos intoxicados graves que requieren ingreso en UCI, y que representan un 3% de las admisiones en estas unidades. Datos en 15 de Unidades de Cuidados Intensivos mostraron que la intoxicación medicamentosa (psicofármacos y otros) es la más frecuente (57%), seguida de las intoxicaciones por productos domésticos (12%) y agrícolas (10%). La intencionalidad suicida es muy alta en estos enfermos (70%), con una mortalidad global del 9%.²⁹

2.5. Relación entre tiempo de hospitalización en UCI y factores de morbi mortalidad

Entre los diferentes estudios analizados se encuentra que no existe una relación entre éstas 2 variables como se demuestra en los siguientes hallazgos: en el año 2005 – 2006 se realizó un estudio en Sucre Venezuela donde se encontró que la mortalidad se produjo dentro de los primeros días de hospitalización con el 40.62% antes de las 12 horas, 44.79% entre las 12 y 24 horas y 14.59% después de las 24 horas; así mismo las principales causas de fallecimiento fueron las cardíacas y respiratorias además que la edad media de su población fue de 71 años. Hallazgo similar al encontrado entre los años 2000 a 2003 en un estudio en la ciudad de La Habana Cuba donde la mayor mortalidad también se produjo en los primeros días de hospitalización en donde hasta el 7mo días ya se habían producido más del 54% de lo fallecimientos. Finalmente en un estudio en la ciudad de Yucatán se evidenció que la mayor mortalidad fue antes de las 72 horas.

3. REVISIÓN DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

3.1 A nivel internacional

Título: Morbilidad, Mortalidad y Letalidad en una Unidad de Cuidados Intensivos Polivalente Unidad de Cuidados Intensivos Polivalente Hospital Militar "Dr. Mario Muñoz"

Autor: Jiménez Guerra Saúl David

RESUMEN

Los resultados de la asistencia ofrecida en las Unidades de Cuidados Intensivos han sido frecuentemente evaluados por estudios de morbilidad y mortalidad. Motivados por esto se realizó un estudio longitudinal, retrospectivo, y descriptivo con el objetivo de caracterizar el comportamiento de la morbilidad, mortalidad y letalidad en una muestra de 857 pacientes admitidos en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Militar Docente de Matanzas en el trienio 1998-2000. Las variables utilizadas en la investigación fueron la edad, sexo, causas de ingreso, letalidad y mortalidad. Se determinó una mayor frecuencia de casos admitidos del sexo masculino, entre los 60 a 79 años (60.44%). Las principales causas de ingreso fueron las cardiovasculares y por cada 28 casos clínicos admitidos se ingresó uno de perfil quirúrgico. La letalidad en el trienio se comportó para el Infarto Miocárdico Agudo, el suicidio y en los pacientes ventilados con una tendencia a la disminución. La letalidad de la Enfermedad Cerebrovascular se mantuvo estacionaria, en el 25% en los dos últimos años evaluados. Para la Diabetes Mellitus y el Asma Bronquial no hubo significación. Las causas directas de muerte más frecuentes fueron el shock cardiogénico, la disfunción multiorgánica y las arritmias cardíacas agudas. Se halló una mortalidad bruta del 23.6%. El comportamiento de la mortalidad hospitalaria por años nos demostró que en la Unidades de

Cuidados Intensivos falleció el 56.51% de los pacientes fallecidos en el hospital y entre las áreas de Unidades de Cuidados Intensivos y la Unidad de Cuidados Intermedios murió más del 90% de los fallecidos institucionales. En el período analizado la mortalidad bruta en la Unidades de Cuidados Intensivos fue del 23.6%.

Título: Morbimortalidad en el servicio de cuidados intensivos

Autores: Agüero Rodríguez Manuel Antonio; González Martínez Francisco Giogni; Luciano Pérez Misleydis María; Marrero Molina Léster

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo transversal para conocer la morbimortalidad de los pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Provincial Docente Clínico Quirúrgico "Amalia Simoni" de la provincia de Camagüey. El universo estuvo constituido por los pacientes ingresados en esta unidad desde enero de 2001 a diciembre de 2003. Las variables estudiadas fueron la edad, el sexo, las causas de ingreso, causas directas de muertes más frecuentes por necropsia, mortalidad y letalidad. La principal causa de ingreso fue la cardiopatía isquémica con 48.8 % y la de muerte por necropsia la hernia de amígdalas cerebrales con 20.6 %. La mortalidad en el trienio se comportó para el accidente vascular encefálico y el infarto agudo del miocardio con tendencia a la disminución, se redujo la letalidad del paciente ventilado de forma decreciente en un 28.5 %. La mortalidad bruta del servicio fue de 17.1 %.

Título: Análisis de la mortalidad en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Central de Mendoza, Argentina.

Autor: Savastano L., Benito O., Cremaschi F.

Resumen:

Objetivo: Analizar la mortalidad en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital Central de Mendoza y evaluar el valor predictivo de la escala APACHE II (Evaluación Fisiológica Aguda y de Salud Crónica). **Material y Método:** Se realizó un estudio retrospectivo y observacional de los pacientes ingresados a la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Central de Mendoza, desde el 01/11/06 hasta el 31/03/08. Se calculó la distribución de sexos y de edades de la muestra, la estadía promedio, principales motivos de ingreso a la UCI y la puntuación APACHE II en las primeras 24 horas de internación. Se calculó la mortalidad esperada y la mortalidad obtenida global y se analizó el coeficiente entre ambas mortalidades. **Resultados:** Se incluyeron 904 pacientes, 61,82% masculinos y 38,18% femeninos, con una edad media 46 años ($\pm 19,36$). Estadía promedio en la UCI 8,5 días promedio. El principal motivo de internación fueron los Traumatismos Encéfalo craneales (TEC) con un 27,7% del total (86% asociados a politraumatismo grave). La mortalidad global obtenida fue del 41,48% vs. 24,08% esperable, con un coeficiente de mortalidad de 1,72 ($p < 0,0001$). **Conclusiones:** La UCI estudiada presenta por las características de la población asistida un elevado índice de mortalidad global. La mortalidad obtenida fue 72% mayor a la mortalidad esperable según la puntuación APACHE II, demostrando esta Escala un bajo valor predictivo en nuestra UCI. La diferencia entre mortalidades podría parcialmente explicarse por la alta prevalencia de entidades con mortalidades subvaloradas por este modelo pronóstico, como pacientes politraumatizados y neurocríticos. En nuestro estudio, la Escala APACHE II presentó una franca subestimación de la mortalidad en ambas patologías. Sugerimos la realización de un estudio de regresión logística local para determinar un factor de corrección y/o adicionar puntos

al valor APACHE II según el diagnóstico de ingreso del paciente. Asimismo, proponemos evaluar el empleo de medidas alternativas para predecir mortalidad, como sistemas de tercera generación (por ejemplo: APACHE III, MPM II y SAPS II).

Título: Morbilidad y mortalidad en la Unidad de Cuidados Intensivos Emergentes. Hospital Universitario Arnaldo Milián Castro.

Autores: Yolanda Bertha Álvarez Flores. Especialista de primer grado en Medicina General Integral, Instructor, Máster en Urgencias Médicas en Atención Primaria de Salud. Policlínico Capitán Roberto Fleites. Santa Clara. Villa Clara.

Dra. Rosa Caridad Truffín Hernández. Especialista de primer grado en Medicina General Integral, Instructor. Policlínico Capitán Roberto Fleites. Santa Clara. Villa Clara.

Dra. Yadira Seijo Sequeda. Especialista de primer grado en Medicina General Integral, Instructor. Policlínico Capitán Roberto Fleites. Santa Clara. Villa Clara.

Dra. Iraida González Gómez. Especialista de primer grado en Medicina General Integral, Instructor. Policlínico Capitán Roberto Fleites. Santa Clara. Villa Clara.

Dra. Idalmis Vázquez López. Especialista de primer grado en Medicina General Integral, Instructor. Policlínico Capitán Roberto Fleites. Santa Clara. Villa Clara.

Dr. José Miguel Rojas Alvelo. Especialista de primer grado en Medicina General Integral, Instructor. Policlínico Capitán Roberto Fleites. Santa Clara. Villa Clara.

Lic. Dania González Benítez. Licenciada en Enfermería.
Policlínico Capitán Roberto Fleites. Santa Clara. Villa Clara.

Resumen:

Material y Método. Estudio descriptivo transversal retrospectivo en la Unidad de Cuidados Intensivos Emergentes del Hospital Universitario Arnaldo Milián Castro, Villa Clara. Se estudiaron 2658 pacientes atendidos.

Resultados. Prevalció la tercera edad, predominó el sexo masculino. Principales enfermedades atendidas: cardiopatía isquémica dolorosa, arritmias, enfermedad cerebro vascular grave y politraumas. Fallecieron más por insuficiencia respiratoria aguda, paro cardiorrespiratorio, shock y politraumatismos. Asistieron en mayoría los que se trasladaron por el sistema integrado de urgencias médicas, los que menos fallecieron. La población envejecida se enfermó más y murió; en la estadía 2 horas expiraron más.

Conclusiones. Prevalció la tercera edad predominando el sexo masculino. Principales enfermedades atendidas: cardiopatía isquémica dolorosa, arritmias, enfermedad cerebrovascular grave y politraumatismos. Perecieron más por insuficiencia respiratoria aguda, paro cardiorrespiratorio, estado de shock y politraumatismos. Asistieron en mayoría los que se trasladaron por el sistema integrado de urgencias médicas, que menos fallecieron. La población de la tercera edad fue la que más se enfermó y murió. La estadía en que más fenecieron: dos primeras horas.

Título: Morbimortalidad en 10 años de atención en la unidad de cuidados intensivos del Hospital General Agustín O'Horan de Mérida, Yucatán

Autores: Dr. Lucio Soberanes Ramírez, Dra. Doris del Carmen Salazar Escalante, Dr. Marco Antonio Cetina Cámara

RESUMEN

Objetivo: Conocer la mortalidad y morbilidad en una UCI de un hospital general de Mérida, México.

Mediciones y resultados: Se incluyeron 3,046 pacientes (1,521 hombres y 1,378 mujeres), edad media 39.4 ± 19.2 años (rango 11-98 años) que ingresaron a la UCI de enero de 1994 a diciembre de 2004. El diagnóstico de ingreso más frecuente fue el traumatismo craneoencefálico severo (313 casos, 10.7%), seguido de la eclampsia (254 casos, 8.76%). La estancia en la UCI fue 5.1 ± 4.64 días (rango 1-60 días) y la mortalidad en los 10 años de estudio fue de 22.1%, causada por choque séptico (178 pacientes, 28.2%), síndrome de disfunción orgánica múltiple (142 pacientes, 22.7%) y muerte cerebral (113 pacientes, 17.9%).

Conclusión: La causa principal de ingreso difiere de las reportadas en otros estudios en nuestro país, pero la mortalidad es semejante.

4. OBJETIVOS

- 4.1. Establecer el tiempo de hospitalización en cuidados intensivos de pacientes del hospital III de Yanahuara
- 4.2. Determinar las causas de morbilidad en dichos pacientes
- 4.3. Establecer las causas de mortalidad en estos pacientes
- 4.4. Relacionar el tiempo de hospitalización y las causas de morbi-mortalidad en pacientes del Hospital III de Yanahuara

5. HIPÓTESIS

Dado que, la unidad de cuidados intensivos presenta gérmenes resistentes intrahospitalarios y los pacientes de dicha unidad se exponen a ellos:

Es probable que, exista relación directa entre el tiempo de hospitalización y las causas de morbi-mortalidad en pacientes de la unidad de cuidados intensivos del hospital III de Yanahuara

III. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

1.1. Técnica

a. Precisión de la técnica

Se empleará la técnica de OBSERVACIÓN DOCUMENTAL, para recoger información de las variables: tiempo de hospitalización, causas de morbi y mortalidad. La relación entre técnica y variable se muestra en el siguiente esquema:

VARIABLES	TÉCNICA
Tiempo de hospitalización	Observación documental
Causas de morbilidad	
Causas de mortalidad	

b. Procedimiento

Previa estandarización de las historias clínicas, de acuerdo a los criterios de inclusión, la observación documental de las mismas implicará la revisión y registro de los hallazgos documentales respecto a las variables.

1.2. Instrumentos

a) Instrumento documental

a.1. Precisión del instrumento

Se empleará un instrumento de tipo estructurado, denominado FICHA DE OBSERVACIÓN DOCUMENTAL, cuya estructura será en base a las variables de estudio.

a.2. Estructura del instrumento

VARIABLES	EJES	INDICADORES	SUBEJES
Tiempo de hospitalización	1	Horas Días Semanas	1.1 1.2 1.3
Causas de morbilidad	2	Enfermedad Respiratoria Enfermedad Cardiovascular Enfermedad Endocrinológica Enfermedad Gastrointestinal Enfermedad Nefrológica Enfermedad Neurológica Enfermedad Infecciosa Posoperatoria Politraumatismos Complicaciones de Embarazo Otras	2.1 2.2 2.3 2.4 2.5 2.6 2.7 2.8 2.9 2.10
Causas de mortalidad	3	Enfermedad Respiratoria Enfermedad Cardiovascular Enfermedad Endocrinológica Enfermedad Gastrointestinal Enfermedad Nefrológica Enfermedad Neurológica Enfermedad Infecciosa Posoperatoria Politraumatismos Complicaciones de Embarazo Otras	2.1 2.2 2.3 2.4 2.5 2.6 2.7 2.8 2.9 2.10

a.3. Modelo del instrumento

Ver en anexos del proyecto.

b) Instrumentos mecánicos

b.1. Computadora

1.3. Materiales

- Útiles de escritorio en general

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. Ubicación Espacial

- **Ámbito General:**

Hospital III de Yanahuara, ubicado en el distrito del mismo nombre.

- **Ámbito específico:**

Departamento de Archivo y Diagnóstico de dicho hospital.

2.2. Ubicación Temporal

La investigación será realizada durante el año 2015.

2.3. Unidades de Estudio

a. **Alternativa de manejo u opción:** Casos.

b. **Unidades de análisis:** Historias clínicas.

c. **Población cualitativa**

c.1. **Criterios de inclusión**

- Historias clínicas de pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos del hospital III de Yanahuara.
- De ambos sexos.
- De cualquier edad

c.2. Criterios de exclusión

- Historias clínicas de pacientes de otros servicios.
- Historias clínicas con datos incompletos

d. Cuantificación de las unidades de estudio

n = 174 pacientes en un año

Fuente: Dpto. de Archivo de Historias clínicas, año 2015.

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.1. Organización

Se ejecutarán las siguientes acciones:

- Autorización del Director del Hospital III de Yanahuara.
- Coordinación con el Jefe de Archivo y Estadística.
- Formalización de las historias clínicas.
- Prueba piloto.

3.2. Recursos

a) Recursos Humanos

- a.1. Investigador : Rubén Jesús Rodríguez Vega
a.2. Asesor : Dr. Luis Fernando Linares Morante

b) Recursos Físicos

Estarán dados por los ambientes e infraestructurales del Departamento de Archivo y Estadística del Hospital III de Yanahuara.

c) Recursos Económicos

El presupuesto que requerirá la investigación será financiado por el investigador.

d) Recurso Institucional

Estarán dados por el Hospital III de Yanahuara y la Universidad Católica de Santa María.

3.3. Prueba piloto

a) Tipo de prueba:

Será de tipo incluyente.

b) Muestra piloto:

Corresponderá al 5% de las historias clínicas tomadas para la investigación.

c) Recolección piloto:

Implicará la aplicación de los instrumentos a la muestra piloto.

4. ESTRATEGIA PARA MANEJAR LOS RESULTADOS

4.1. Plan de Procesamiento de los Datos

a. Tipo de procesamiento

Se realizará un procesamiento manual y computarizado, mediante en el paquete informático IBM-SPSS, versión 22.

b. Operaciones de procesamiento

b.1. Clasificación:

Los datos obtenidos a través de la aplicación de los instrumentos se ordenarán en una matriz de sistematización.

b.2. Conteo:

Se requerirán de matrices de conteo.

b.3. Tabulación:

Se elaborarán tablas de doble entrada acorde a las variables de estudio.

b.4. Graficación:

Se elaborarán gráficas de barras e histograma acorde a su respectiva tabla.

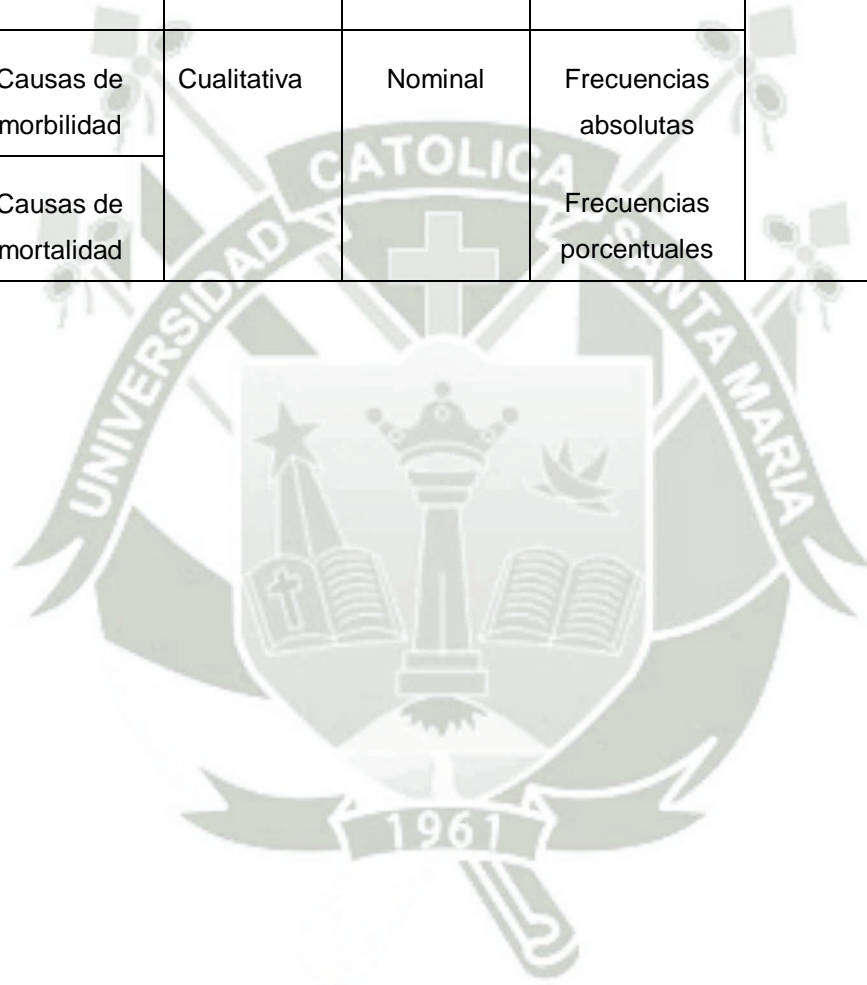
4.2. Plan de análisis de datos

a. Tipo de análisis

Cuantitativo, categórico, trivariado.

b. Tratamiento estadístico

Variable investigativa	Tipo	Escala de medición	Estadística descriptiva	Pruebas estadísticas
Tiempo de hospitalización	Cuantitativa	Proporcional o de razón	Medidas de tendencia central y de variabilidad	<ul style="list-style-type: none"> • Coeficiente ETA
Causas de morbilidad	Cualitativa	Nominal	Frecuencias absolutas	
Causas de mortalidad			Frecuencias porcentuales	



IV. CRONOGRAMA DE TRABAJO

Tiempo Actividades	2016												
	Enero				Febrero				Marzo				
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
Elaboración y Aprobación del proyecto	X	X											
Recolección de datos			X	X									
Procesamiento de resultados				X	X								
Análisis de resultados						X	X						
Informe final								X					
Dictaminación									X				
Sustentación										X			



ANEXO N° 2

**MODELO DE LA FICHA DE
REGISTRO**

FICHA DE REGISTRO

Ficha Nro:.....

Enunciado: RELACIÓN ENTRE EL TIEMPO DE HOSPITALIZACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS Y LAS CAUSAS DE MORBIMORTALIDAD EN PACIENTES DEL HOSPITAL III DE YANAHUARA. AREQUIPA. 2016.

EDAD:

SEXO: (F) (M)

1. TIEMPO DE HOSPITALIZACIÓN EN UCI

..... días

2. CAUSAS DE MORBILIDAD

2.1. Enfermedad Respiratoria

- a) Neumonía adquirida comunidad ()
- b) Neumonía intrahospitalaria ()
- c) Otros (precisar) ()

2.2. Enfermedad Cardiovascular

- a) Insuficiencia cardiaca ()
- b) Otros (precisar) ()

2.3. Enfermedad Endocrinológica

- a) Complicaciones de la DM ()
- b) Otros (precisar) ()

2.4. Enfermedad Gastrointestinal

- a) Pancreatitis ()
- b) Hemorragia digestiva ()
- c) Otros (precisar) ()

2.5. Enfermedad Nefrológica (precisar) ()

2.6. Enfermedad Neurológica (precisar) ()

2.7. Enfermedad de causa infecciosa ()

2.8. Postoperatoria (precisar) ()

2.9. Politraumatismos

- a) TEC ()
- b) Otros (precisar) ()

2.10. Complicaciones del embarazo (precisar) ()

2.11. Otros (precisar) ()

3. CAUSAS DE MORTALIDAD

3.1. Enfermedad Respiratoria

- a) Neumonía adquirida comunidad ()
- b) Neumonía intrahospitalaria ()
- c) Otros (precisar) ()

3.2. Enfermedad Cardiovascular

- a) Insuficiencia cardiaca ()
- b) Otros (precisar) ()

- 3.3. Enfermedad Endocrinológica
 - a) Complicaciones de la DM ()
 - b) Otros (precisar) ()
- 3.4. Enfermedad Gastrointestinal
 - a) Pancreatitis ()
 - b) Hemorragia digestiva ()
 - c) Otros (precisar) ()
- 3.5. Enfermedad Nefrológica (precisar) ()
- 3.6. Enfermedad Neurológica (precisar) ()
- 3.7. Enfermedad de causa infecciosa ()
- 3.8. Postoperatoria (precisar) ()
- 3.9. Politraumatismos
 - a) TEC ()
 - b) Otros (precisar) ()
- 3.10. Complicaciones del embarazo (precisar) ()
- 3.11. Otros (precisar) ()



ANEXO N° 3

MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN

ANEXO N° 4

CÁLCULOS ESTADÍSTICOS

CÁLCULOS ESTADÍSTICOS

PRUEBAS DE CHI-CUADRADO

TABLA N° 26

	Valor	gl	Sig. asintótica
Chi cuadrado de Pearson	37.287	45	0.786
Razón de verosimilitud	36.240	45	0.821
Asociación lineal por lineal	5.629	1	0.018
N° de casos validos	174		

TABLA N° 27

	Valor	gl	Sig. asintótica
Chi cuadrado de Pearson	8.589	24	0.998
Razón de verosimilitud	10.507	24	0.992
Asociación lineal por lineal	2.827	1	0.093
N° de casos validos	54		