

UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS-EPIDEMIOLÓGICAS DE LOS
PACIENTES DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL
HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE – 2018**

TESIS

PRESENTADA POR BACHILLER

ALFARO TOLENTINO LESLY SUSANA

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE

MÉDICO CIRUJANO

LIMA - PERÚ

2020

ASESOR:

DRA JENNY ZAVALA OLIVER

AGRADECIMIENTO

Mi total y pleno agradecimiento al Dra. Jenny Zavaleta Oliver por su guía, orientación y paciencia para la elaboración y culminó satisfactorio del presente proyecto.

DEDICATORIA

Este trabajo lo dedico con amor y completa gratitud a mis padres: Luis Alfaro y Rosalina Tolentino, por su apoyo constante e incondicional.

RESUMEN

Objetivo: Describir las características clínico-epidemiológicas de los pacientes de la unidad de cuidados intensivos del hospital nacional Hipólito Unanue durante el año 2018.

Materiales y Métodos: El presente trabajo es de nivel descriptivo; de tipo observacional, retrospectivo, transversal. Se trabajó con una población total de 245 pacientes, para lo que se utilizó la técnica de análisis documental, y como instrumento la ficha de recolección de datos, donde se plasmaron los datos obtenidos de las historias clínicas. Posteriormente los datos fueron vertidos al programa Excel versión 19 y al programa SPSS versión 25, para obtener frecuencias y porcentajes, que se representarán en tablas y gráficos.

Resultados: El rango de edad más frecuente fueron los mayores de 61 años (33.5%); y el género más prevalente fue el masculino (51.8%). El servicio que más generó ingresos fue la Unidad de Recuperación Post Anestésico en un 41.6%. El diagnóstico de ingreso más predominante fue la insuficiencia respiratoria en un 22.4%. Gran parte de los pacientes requirieron ventilación mecánica (79.6%). El 56.7% tuvieron una estancia significativa de 8 a 14 días. El servicio de destino al cual la mayoría de los pacientes fueron trasladados, fue al pabellón de cirugía general (26.5%). Fallecieron el 23.7% del total, durante su estancia en el servicio.

Conclusiones: Los pacientes de UCI son prioritariamente mayores de 61 años y de género masculino. En el aspecto clínico los servicios que más requieren la unidad son los post operados, el diagnóstico más frecuente es la insuficiencia respiratoria, la gran mayoría ha requerido ventilación mecánica, y permanecieron internados entre 8 a 14 días. Se derivaron más pacientes al pabellón de cirugía. Y sólo fallecieron el 23.7% del total de pacientes.

Palabras clave: *Características clínicas, características epidemiológicas, unidad de cuidados intensivos.*

ABSTRACT

Objective: To describe the clinical-epidemiological characteristics of the patients of the intensive care unit of the national hospital Hipólito Unanue during the year 2018.

Materials and Methods: This work is descriptive; observational, retrospective, transversal. We worked with a total population of 245 patients, for which the document analysis technique was used, and as an instrument the data collection sheet, where the data obtained from the medical records were captured. Subsequently, the data were poured into the Excel version 19 program and the SPSS version 25 program, to obtain frequencies and percentages, which will be represented in tables and graphs.

Results: The most frequent age range were those older than 61 years (33.5%); and the most prevalent gender was male (51.8%). The service that generated the most revenue was the Post Anesthetic Recovery Unit at 41.6%. The most predominant admission diagnosis was respiratory failure in 22.4%. A large part of the patients required mechanical ventilation (79.6%). 56.7% had a significant stay of 8 to 14 days. The destination service to which most of the patients were transferred, went to the general surgery ward (26.5%). 23.7% of the total died during their stay in the service.

Conclusions: ICU patients are primarily older than 61 years and male. In the clinical aspect the services that most require the unit are the post-operated ones, the most frequent diagnosis is respiratory failure, the vast majority has required mechanical ventilation, and they remained hospitalized for 8 to 14 days. More patients were referred to the surgery pavilion. And only 23.7% of the total patients died.

Keywords: *Clinical characteristics, epidemiological characteristics, intensive care unit.*

INTRODUCCIÓN

En el ámbito hospitalario existe una especialidad y una unidad que son considerados como la última esfera simbólicamente que poseen la más alta tecnología de la que puede disponer un médico entrenado y que puede poner en práctica diariamente a toda hora y a la vez utilizar todos los recursos farmacológicos, el personal de enfermería auxiliar mas especializado, para poder asistir a los dolientes que estén atravesando un estado crítico que comprometa su vida y/o se encuentren en estado de agonía. Son considerados tanto como por los otros médicos de otras especialidades como también por pacientes y familiares, como la ultima oportunidad que tiene todo enfermo grave, para poder superar su problema de salud, ya sea producido por un problema medico o que sea como consecuencia de un procedimiento quirúrgico, ya sea que se haya producido de forma aguda o sea producto de una descompensación de una enfermedad crónica.

La población que requiere la utilización de estos servicios debe de tener ciertas características epidemiológicas y reunir criterios clínicos específicos ya que no todo los pacientes van a necesitar de la alta tecnología de la UCI, y no todos ellos van a poder ser recuperados por lo que el médico intensivista debe estar capacitado y tener los conocimientos necesarios y actualizados en reconocer y poner siempre en el tapete dentro del plano cuál de estos pacientes deberían de ser ingresados a la unidad de cuidados intensivos para su establecimiento total.

En el Hospital Hipólito Unanue del ministerio de salud, que no cuenta con todos los recursos de otras instituciones, es cuando mejor se debe afinar y apuntalar estos criterios, y por este motivo intentaremos en esta tesis dar a conocer las diversas características clínico-epidemiológicas que presenta nuestra población en estudio.

ÍNDICE

CARÁTULA	i
ASESOR	ii
AGRADECIMIENTO	iii
DEDICATORIA	iv
RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
INTRODUCCIÓN	vii
ÍNDICE	viii
LISTA DE TABLAS	x
LISTA DE GRÁFICOS	xi
LISTA DE ANEXOS	xii
CAPITULO I: EL PROBLEMA	
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	2
1.2.1 GENERAL	2
1.2.2 ESPECÍFICOS	2
1.3 JUSTIFICACIÓN	2
1.4 DELIMITACIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO	3
1.5 LIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	3
1.6 OBJETIVOS	4
1.6.1 GENERAL	4
1.6.2 ESPECÍFICOS	4
1.7 PROPÓSITO	4
CAPITULO III: MARCO TEORICO	
2.1 ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS	6
2.2 BASES TEÓRICAS	11
2.3 MARCO CONCEPTUAL	21
2.4 HIPÓTESIS	22

2.4.1 GENERAL	22
2.4.2 ESPECIFICAS	22
2.5 VARIABLES	22
2.6 DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS	23
CAPITULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	
3.1 DISEÑO METODOLÓGICO	24
3.1.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN	24
3.1.2 NIVEL DE INVESTIGACIÓN	24
3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA	24
3.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	25
3.4 DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	25
3.5 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	25
3.6 ASPECTOS ÉTICOS	26
CAPITULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	
4.1 RESULTADOS	27
4.2 DISCUSIÓN	37
CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
5.1 CONCLUSIONES	40
5.2 RECOMENDACIONES	41
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	42
ANEXOS	49

LISTA DE TABLAS

TABLA N° 1 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS EPIDEMIOLOGICAS DE LOS PACIENTES EN EL SERVICIO DE UCI DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE – 2018	27
TABLA N° 2 RANGO DE EDAD DE LOS PACIENTES EN EL SERVICIO DE UCI DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE – 2018	29
TABLA N° 3 GÉNERO DE LOS PACIENTES EN EL SERVICIO DE UCI DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE – 2018	30
TABLA N° 4 SERVICIO DE PROCEDENCIA DE LOS PACIENTES EN EL SERVICIO DE UCI DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE – 2018	31
TABLA N° 5 DIAGNÓSTICO DE INGRESO DE LOS PACIENTES EN EL SERVICIO DE UCI DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE – 2018	32
TABLA N° 6 REQUERIMIENTO DE VENTILACIÓN MECÁNICA DE LOS PACIENTES EN EL SERVICIO DE UCI DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE – 2018	33
TABLA N° 7 DÍAS DE ESTANCIA DE LOS PACIENTES EN EL SERVICIO DE UCI DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE – 2018	34
TABLA N° 8 SERVICIO DE DESTINO DE LOS PACIENTES EN EL SERVICIO DE UCI DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE – 2018	35
TABLA N° 9 MORTALIDAD DE LOS PACIENTES EN EL SERVICIO DE UCI DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE – 2018	36

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO N° 1 RANGO DE EDAD DE LOS PACIENTES EN EL SERVICIO DE UCI DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE - 2018	29
GRÁFICO N° 2 GÉNERO DE LOS PACIENTES EN EL SERVICIO DE UCI DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE - 2018	30
GRÁFICO N° 3 SERVICIO DEL PROCEDENCIA DE LOS PACIENTES EN EL SERVICIO DE UCI DEL HOSPITAL UNANUE - 2018	31
GRÁFICO N° 4 DIAGNÓSTICO DE INGRESO DE LOS PACIENTES EN EL SERVICIO DE UCI DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE – 2018	32
GRÁFICO N° 5 REQUERIMIENTO DE VENTILACIÓN MECÁNICA DE LOS PACIENTES EN EL SERVICIO DE UCI DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE – 2018	33
GRÁFICO N° 6 DIAS DE ESTANCIA DE LOS PACIENTES EN EL SERVICIO DE UCI DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE – 2018	34
GRÁFICO N° 7 SERVICIO DE DESTINO DE LOS PACIENTES EN EL SERVICIO DE UCI DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE – 2018	35
GRÁFICO N° 8 MORTALIDAD DE LOS PACIENTES EN EL SERVICIO DE UCI DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE – 2018	36

LISTA DE ANEXOS

ANEXO N°1 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	50
ANEXO N°2 INSTRUMENTO	52
ANEXO N°3 VALIDEZ DE INSTRUMENTO – CONSULTA EXPERTOS	53
ANEXO N°4 MATRIZ DE CONSISTENCIA	56

CAPITULO I: EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las unidades de cuidados críticos (UCI) son las que están dedicadas a la recuperación, cuidado y tratamiento de pacientes en estado crítico y/o que se encuentran en riesgo de muerte.⁽¹⁾

Desde su creación han podido salvarse muchas vidas, pero pese a ello y a la alta tecnología de su equipamiento, además de la alta capacidad de su personal debidamente entrenado, aún persiste un rango sobreestimado de mortalidad en límites muy diversos.⁽¹⁾

Los pacientes que requieren ser ingresados a este servicio poseen ciertas características especiales, una de las más críticas es tener alguna disfunción de órganos que comprometan su vida.⁽¹⁾

Los factores socio epidemiológicos como la edad, podrían ser un factor importante en la recuperación de estos pacientes, así como las comorbilidades que conlleva, además de ser un factor relevante para una probable descompensación durante su internamiento, así como adquirir complicaciones favorecidas por esta misma, sumada a la patología de fondo.⁽²⁾

Principalmente el aparato respiratorio, es el sistema más afectado, por ende, los equipos de ventilación mecánica son los más requeridos en el hospital, por lo que, al tener una UCI, este asciende a nivel III.⁽²⁾

De igual manera, los servicios que son más requeridos por los pacientes durante su atención y estancia, son necesarios establecerlos, ya que después van a requerir de un continuo monitoreo en una unidad de intermedios, debido a que en muchas oportunidades se ha visto que la calidad y los requerimientos con los cuales necesita continuar cada paciente, no son ofertados de la misma manera en las diferentes salas de hospitalización, por lo que este último es el mayor motivo de reingresos, sumado a otros tipos de complicaciones no esperadas.⁽²⁾

También es fundamental tener en cuenta los scores en UCI, ya que nos establecen un panorama de la gravedad de estos pacientes y es por ello que nos planteamos la siguiente pregunta de investigación. ⁽³⁾

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1 GENERAL

¿Cuáles son las características clínicas-epidemiológicas de los pacientes de la unidad de cuidados intensivos del hospital nacional Hipólito Unanue – 2018?

1.2.2 ESPECÍFICO

¿Cuáles son las características epidemiológicas de los pacientes de la unidad de cuidados intensivos del hospital nacional Hipólito Unanue – 2018?

¿Cuáles son las características clínicas de los pacientes de la unidad de cuidados intensivos del hospital nacional Hipólito Unanue – 2018?

¿Cuáles es la condición de egreso de los pacientes de la unidad de cuidados intensivos del hospital nacional Hipólito Unanue – 2018?

1.3 JUSTIFICACIÓN

Desde el punto de vista metodológico y teórico es importante y a su vez necesario conocer las características de una población de estudio. En este caso a los pacientes que ingresan a la unidad de cuidados intensivos, para quienes debemos prescindir estandarizar los criterios de ingreso, y para ello es prescindible tener en cuenta algunos factores socio epidemiológico, tales como la edad y el género de nuestros sujetos de estudio. Asimismo, conocer que comorbilidades traen a cuentas que puedan desfavorecer su evolución, y para ello se le aplica unos scores de gravedad que nos permitirán saber su porcentaje de mortalidad y sobre todo aplicar las medidas de intervención terapéutica que ellos requieran, de acuerdo a la patología de ingreso al servicio de UCI.

En la práctica clínica diaria se puede observar al intensivista, muchas veces en la disyuntiva sobre qué tipo de paciente debe priorizar para conceder el acceso de ingreso a la unidad, por lo que conocer estas características le servirá como herramienta fundamental para establecer su internamiento, su pronóstico y futura evolución.

Muchos de estos pacientes, si bien requieren de cuidados críticos, no todos se pueden beneficiar de ellos, acarreando ingentes gastos a la familia, a la sociedad y a la institución de salud; es entonces que el conocimiento sobre algunas características resaltantes nos permitirá la toma de medidas pertinente para cada paciente.

1.4 DELIMITACIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO

ESPACIAL: El presente estudio pudo desarrollarse en la unidad de cuidados intensivos polivalente, que está situado en el pabellón B, frente a la unidad de recuperación del segundo piso del pabellón B del hospital nacional Hipólito Unanue situado en la av. Cesar Vallejo 1390-El Agustino.

TEMPORAL: El levantamiento de la información de la características clínico-epidemiológicas de los pacientes que estuvieron internados en el servicio de UCI durante el año 2018.

SOCIAL: Pacientes que fueron ingresados a la unidad de cuidados intensivos desde los distintos servicios de hospitalización y unidades críticas, como emergencia.

CONCEPTUAL: Características clínicas y epidemiológicas de los pacientes que fueron internados en el servicio de UCI, perteneciente al hospital nacional Hipólito Unánue.

1.5 LIMITACIONES EN LA INVESTIGACIÓN

ECONÓMICAS: El investigador no contó con auspicios de laboratorios farmacéuticos ni de la empresa privada para llevar a cabo este proyecto, por lo que tuvo que recurrir a su propio peculio y ayuda de familiares.

DE TIEMPO: El limitado tiempo para la representación y desarrollo del presente trabajo fueron muy corto, y dificultaron la aplicación del presente estudio

PERSONALES: Solo el investigador fue el encargado de realizar los trámites pertinentes y el recojo de la información

ADMINISTRATIVAS: Las trabas burocráticas en la recolección y obtención de los permisos dificultaron el desarrollo de esta investigación. Asimismo por ser una unidad de cuidados críticos, el ingreso estuvo limitado.

1.6 OBJETIVOS

1.6.1 GENERAL

Describir las características clínico-epidemiológicas de los pacientes de la unidad de cuidados intensivos del hospital nacional Hipólito Unanue – 2018.

1.6.2 ESPECÍFICO

Reconocer las características epidemiológicas de los pacientes de la unidad de cuidados intensivos del hospital nacional Hipólito Unanue – 2018.

Identificar las características clínicas de los pacientes de la unidad de cuidados intensivos del hospital nacional Hipólito Unanue – 2018.

Establecer la condición de egreso de los pacientes de la unidad de cuidados intensivos del hospital nacional Hipólito Unanue – 2018.

1.7 PROPÓSITO

El presente estudio en cuestión, tiene como propósito tener un panorama mucho más claro sobre los pacientes que ingresaron a la unidad de cuidados intensivos del hospital Nacional Hipólito Unanue, ya que es un hospital de nivel III, por ende cuyos recursos deben ser bien utilizados y racionalizados. Por las razones ya expuestas es que esta población, de pacientes críticos, debe ser bien estandarizada para que los aspectos clínicos y epidemiológicos sean inherentes a cada uno y posteriormente se

pueda determinar una futura evolución, orientada hacia una condición de egreso favorable o desfavorable, en el peor de los casos, incidiendo en la mortalidad de estas unidades.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS

NACIONALES

BUENO MAMANI, Ana Karen “Características clínicas y resistencia bacteriana en hemocultivos de pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos del hospital regional Honorio Delgado Requifo”, el trabajo presentado por la autora planteó como objetivo determinar las características clínicas y la resistencia bacteriana en una UCI arequipeña, los resultados fueron que el género masculino estuvo presente en 56%, mientras que el género femenino completó con 44%. La edad promedio fue de 58 con una media de 51.5. Los principales diagnósticos fueron los neurológicos con 26% empatado con los infecciosos con también 26%. Pacientes que tuvieron catéter venoso central llegaron a 94% y 60% se colocaron antes de la toma de muestras. La bacteria multidrogo resistentes se aislaron en 68%. Los servicios que más requirieron el ingreso fueron medicina interna con 34%. Los días de estancia hospitalaria menor a 14 días ocupó un 62%. La antibióticoterapia previo a su ingreso fue utilizada por el 56% ocupando las cefalosporinas con 36%, generalmente en combinación con florquinolonas. El 58% de los pacientes fueron dados de altas a otros servicios. Asimismo, la mortalidad incremento al 69%. Los gérmenes más frecuentemente encontrados fueron acynetobacter con 22% E. coli con 20% y Klebsiella con 18%, los antibióticos con mayor sensibilidad fueron la vancomicina con 94%, la polinepcina con 26% y linesolid con 100%, siendo la combinación meropenem mas vancomicina la más usada con 26%.⁽⁶⁾

LAZARO ORDONIO, Eddy. “Características clínicas y epidemiológicas de pacientes obstétricas admitidas en las unidades de cuidados intensivos y cuidados especiales del Hospital Regional Docente Trujillo”. Estudio que tuvo como objetivo determinar la frecuencia, causa de ingreso, estancia, complicaciones, mortalidad y resultados perinatales en las pacientes

pertenecientes al servicio de gineco-obstétrica. El trabajo fue de nivel descriptivo, observacional y retrospectivo. La población en estudio consto de 174 pacientes, de las cuales 144 fueron ingresadas al servicio de UCI y a la unidad de cuidados especiales (UCEM), la mayoría de pacientes oscilaron entre la edad de 18 y 35 años, como causa de ingreso preponderante estadísticamente al servicio de UCI fue sepsis/Shock séptico, con predominio de causa por foco urinario, por otro lado en la UCEM la causa que fue más concurrente en relación al ingreso a dicha unidad fue la preeclampsia severa/ HELLP. También se registró que los pacientes pertenecientes a ambas unidades presentaron anemia en más del 50%. Y el 16.6% fue la tasa de mortalidad de las pacientes ingresadas a UCI.⁽⁷⁾

ANCULLE HUAYNA, Leydi. “Características epidemiológicas y clínicas de los pacientes con ventilación mecánica del hospital Goyeneche”, este estudio tuvo como objetivo describir las características epidemiológicas clínicas de los pacientes con ventilación mecánica durante el año 2017. Los resultados fueron una población de 133 pacientes, de los cuales el 85% requirió de asistencia ventilatoria mecánica, de estos el 57.5% fueron mujeres, siendo la edad promedio de 50.8, el lugar de procedencia de mayor población fue el distrito de Alto Selva Alegre con 13.2%, mientras que el 35.4% solo desempeño ocupaciones elementales, el servicio que más tuvo ingresos a la unidad fueron los pacientes operados de emergencia. Los días de estancia en UCI fueron de 5.21. Tuvieron sobrepeso el 21.5% y la tasa de mortalidad fluctuó entre el 25% al 40%. Los pacientes que requirieron ventilación mecánica fueron aquellos pos operados que salieron con insuficiencia respiratoria aguda con 35.14% estuvieron sometidos a ventilación mecánica, con un promedio de 14.6 días y la comorbilidad de ingreso de mayor presentación fue la diabetes con un 15%.⁽⁸⁾

CASTRO, Karen Ejecutó un trabajo de nivel descriptivo, observacional transversal y retrospectivo; este trabajo lo realizó para de alguna manera poder determinar las características clínico-epidemiológicas de los pacientes

de una unidad de cuidados intensivos en la ciudad de Piura. Los resultados que se hallaron fueron que los días de estancia más predominantes en el servicio, oscilaron entre 8 a 15 días, fue de 49.2%. De igual manera el estado nutricional más preponderante fue de eutrófico con un 88%. La mortalidad fue de 15.3%. Los diagnósticos de ingreso más frecuentes fueron lesiones neurológicas, e insuficiencia respiratoria y sepsis. La comorbilidad más recuente fueron los trastornos del medio interno con 27.1%, el 28.8% necesitó el uso de vaso activos, 17% requirió de un equipo de ventilación mecánica.⁽⁹⁾

INTERNACIONALES

POPAYÁN Diego Illera, et al Realizaron una investigación en el Hospital de Popayán, Cuenca, Ecuador (2015), sobre el perfil epidemiológico y factores de riesgo en pacientes pertenecientes al servicio de UCI, Hospital san José, Popayán, donde describe a la unidad de Cuidados Intensivos (UCI) como la principal área de especialización con respecto a la atención de pacientes que se encuentran en estado de gravedad, por lo que decidió revisar el perfil epidemiológico de los pacientes que son internados en la UCI y a su vez establecer la mortalidad y los factores de riesgo a esta, así como verificar las patologías más prevalentes. Metodología usada: observacional descriptivo del perfil epidemiológico de los pacientes admitidos en U.C.I, La población se estimó en 949 pacientes. Se codificaron las variables según criterio de los investigadores; se establecieron asociaciones entre las variables descritas y las variables mortalidad y diagnóstico con χ^2 para determinar significancia estadística ($p < 0, 05$). Los resultados que obtuvo que el género masculino era el más frecuente, teniendo los pacientes una edad promedio de 52.9 ± 21.9 años, el promedio de estancia fue de 04 días la mortalidad global oscilo en 15% Son factores asociados a mortalidad en U.C.I.: el género masculino y recibir soporte ventilatorio. Las variables género, edad y procedencia son factores asociados a los diagnósticos más prevalentes. Conclusión: En la U.C.I. prevalece el género masculino en edad activa de la vida. Las

tendencias de mortalidad muestran índices inferiores a los reportados en la literatura. La cual está asociada a factores de riesgo tanto epidemiológicos como clínicos, siendo la presencia de soporte ventilatorio la de mayor asociación.⁽¹⁰⁾

YOLIMA PERTUZ et al. Revisaron los aspectos epidemiológicos de la sepsis, en el servicio de UCI de Santa Marta, Colombia, (2014) cuyo objetivo fue determinar los aspectos epidemiológicos relacionados con sepsis en los pacientes que recibieron atención en el servicio de UCI, pabellón de adultos de Santa Marta. Metodología: estudio descriptivo transversal; La población estuvo conformada por 100 pacientes, que tenían como diagnóstico de ingreso sepsis. Resultados: la edad promedio fue 63 años. En cuanto a los más frecuentes agentes causales fueron E coli, Klebsiella, Pseudomona, Serratia, Stafilococo aureus y la Candida. Los focos de sepsis fueron: intraabdominal, las vías urinarias, y la piel y TCSC.⁽¹¹⁾

CARVAJAL ESTUPIÑÁN Juan Fernando et al. Hicieron una revisión acerca de las características de pacientes fueron diagnosticados con sepsis en el servicio de UCI de Bucaramanga, Colombia (2016)-2011: que tuvo como objetivo: describir las características clínico-epidemiológicas de los pacientes que presentaban infección y cuadros de sepsis, sepsis severa o shock séptico en la Unidad de Cuidados Intensivos del hospital de Bucaramanga. Reconoce que la sepsis son cuadros que tienen una alta demanda en el servicio de UCI con característica de críticos, por lo cual se considera fundamental establecer las características de estos pacientes para buscar alternativas relacionadas al costo-eficientes para con estos pacientes y tratarlos de forma adecuada y oportuna. Metodología. Observacional, descriptivo, retrospectivo. La población estuvo conformada por 97 pacientes en quienes se revisaron los factores epidemiológicos, comorbilidades, estancia hospitalaria, complicaciones y estado al egreso. Resultados: el género masculino llego a 64.9%, el promedio de edad fue de 49 años, el promedio de estancia llego a 19 días, siendo la tasa de mortalidad global de

39.6%(IC95%: 29,7-50,0%); 68,0% (n=66; IC95%: 58,2-77,8%), 14.4% fue el porcentaje que represento a los pacientes con ingreso de sepsis, y los ya ingresados que hicieron sepsis fue 67%, La sepsis intrabdominal fue la de mayor incidencia seguida de la neumonía. Sumado a ello las complicaciones que se encontraron fue la insuficiencia renal, la disfunción orgánica múltiple, la insuficiencia respiratoria. Conclusiones: se requiere que estos estudios se profundicen para un diagnóstico precoz y estrategias para su tratamiento oportuno. ⁽¹²⁾

TORRES MACEO, José Manuel Realizo un estudio sobre las características clínico-epidemiológicas de pacientes ingresados por enfermedad cerebro vascular en una unidad de cuidados intensivos del Hospital Provincial Docente “Dr. Ambrosio Grillo Portuondo”, Cuba. Este estudio fue de tipo descriptivo, observacional retrospectivo y transversal. La población estuvo conformada por 72 pacientes que habían sufrido un accidente cerebrovascular a los cuales se les determino las variables clínico-epidemiológicas. Con respecto al grupo etario predominaron aquellos que cursaban de 45 a 64 años de edad, mayormente pertenecieron al género masculino, con antecedente de hipertensión arterial, provenientes del servicio de emergencia y al ingreso presentaron (según la escala de Glasgow, sobre coma) menor de 8 lo que favoreció la mortalidad... La lesión predominante fue la de tipo hemorrágico. ⁽¹³⁾

RUIZ, Carolina (Cuba 2018) en su estudio sobre características y evolución de pacientes ingresados en la unidad de Cuidados Intensivos de un hospital público, refiere como un antecedente importante que la epidemiología de cada país difiere en cuanto la patología y los motivos de ingreso de los pacientes que requieren ser ingresados en una unidad de cuidados críticos, por lo que se trató como objetivo describir cuales fueron aquellas causas de admisión y la evolución que manifestaron los pacientes. Metodología: descriptivo, observacional, retrospectivo y transversal. Las variables estudiadas fueron el motivo de ingreso, el score APACHE II, las

comorbilidades, la necesidad de ventilación mecánica, los días que lo requirió, los días de estancia y la mortalidad. La población estuvo conformada por 1075 pacientes en dos años. Los resultados fueron que la edad promedio de 54 +-18, el género masculino llego a 55% sobre el género femenino, los días de ventilación mecánica oscilo entre 3 a 5 días, el 93% necesito de la ventilación mecánica. El puntaje de APACHE II fue de 20+-8.2. La mortalidad llego a 19.4%. Entre la patología más frecuente fueron los neurocríticos con un 26.8% de los ingresantes.⁽¹⁴⁾

2.2. BASES TEÓRICAS

Unidad de cuidados intensivos

Los pacientes que acuden a las diferentes instituciones de salud en diferentes situaciones de emergencia o de lesiones que ponen en peligro su vida y/o aquellos pacientes hospitalizados que sufren alguna descompensación y alteran la funcionalidad de algunos de sus sistemas, ya sea uno a varios a su vez, demandan un monitoreo constante y de una serie de intervenciones terapéuticas que no pueden ser administradas en una sala de hospitalización común.⁽¹⁵⁾

Los primeros intentos de juntar a los pacientes graves se dieron en la guerra de Corea donde una enfermera, Florence Nightingale, colocó a los pacientes más delicados cerca a la estación de enfermería para poder vigilarlos mejor.⁽¹⁶⁾

La epidemia de polio de los años cincuenta acrecentó el desarrollo de los ventiladores de asistencia mecánica artificial, ya que muchos de esos pacientes fallecían a causa de insuficiencia respiratoria.⁽¹⁶⁾

El desarrollo vertiginoso de la tecnología médica ha permitido que los equipos de monitoreo no invasivo se tornen a invasivos, con lo cual nos dan una información más precisa y detallada, sobre los procesos internos y evolución del paciente, asimismo los que mejor han desarrollado, tecnológicamente hablando, han sido los ventiladores mecánicos, que

pasaron de ser grandes armatostes que ocupaban todo un cuarto, a pequeños portátiles y de alta frecuencia.

El personal a cargo de la UCI también ha ido evolucionando con el transcurso de los años, inicialmente era comandada por los cirujanos, y posteriormente paso a ser manejada por los anestesiólogos debido a la incidencia de los problemas de la vía aérea y luego la calidad del médico internista, a abordar diversas patologías, hasta que recién a partir de los ochenta aparecieron los primeros especialistas en cuidados intensivos.

Actualmente las unidades de cuidados intensivos (UCI), es una organización conformado por los profesionales de la salud, el famoso binomio médico de enfermeras, apoyado con personal técnico de enfermería ofrecen una calidad asistencialmente disciplinaria, en las unidades especialmente acondicionadas para tal fin, ya que deben cumplir normas internacionales de estructura, de organización y de función, para que de esta manera se cuente con todas las condiciones de seguridad y de esta manera poder ofrecer un servicio de calidad y de eficiencia a todos aquellos pacientes críticos, cuya prioridad fundamental de ingreso debe ser que sean preponderantemente recuperables, sobre todo aquellos que requieren el apoyo de ventilación mecánica, de administración de vasoactivos o de terapias de reemplazo dialítica, que en forma general, corresponde a todos aquellos pacientes que presenten una disfunción orgánica que pone en peligro su vida. Sin embargo, hay un grupo de pacientes que requieren monitoreo estricto, sin que eso se entienda que tengan un menor nivel, sino que están en una situación potencialmente ambigua, donde sus estándares biológicos pueden modificarse en cualquier momento.⁽¹⁷⁾

El profesional que atiende UCI requiere de unos años de preparación muy especial, ya que debe manejar patologías de los diferentes aparatos y sistemas, y es por ello que los médicos internistas dieron la base primordial en el desarrollo de estas unidades, pero que luego ante el progresivo desarrollo de las Ucis en los diferentes hospitales del mundo, se creó la

necesidad de establecer la especialidad de medicina intensiva, que ocupa nuevamente un alto nivel por sobre todas las especialidades médicas, ya que debe dominar aspectos cardiológicos, por las alteraciones hemodinámicas cardiovasculares, además la fisiología respiratoria para una promoción adecuada del respirador mecánico, la neurología debe ser tratada adecuadamente ya que existen muchos pacientes neuro-críticos, y los nefrólogos saben que una buena estabilización previa a una hemodiálisis es fundamental, por lo que debe ser manejada primariamente por el médico intensivista.⁽¹⁸⁾

La estructura de una UCI debe guardar ciertos estándares en cuanto al metraje a la distancia entre las camas, por lo que cada una de ellas debe ser una unidad de hospitalización, además de contar con un aforo adecuado que represente el 5% de las camas de hospitalización, pero que lamentablemente por problemas de infraestructura y de equipamiento solo se llega a cubrir entre el 1% y el 2% de la capacidad hospitalaria total. asimismo no hay que olvidar que en muchos hospitales las diferentes especialidades han querido contar también con unidades de hospitalización, como por ejemplo cardiología, ha desarrollado su unidad de cuidados coronarios, los pediatras han fomentado la creación de cuidados intensivos neonatales; igualmente ante la emergencia de los accidentes de tránsito y los pacientes con traumatismos múltiples, y sobre todo los traumas craneocefálicos, han permitido que los neurólogos y neurocirujanos confluyan en una unidad neuro crítica.⁽¹⁸⁾

Las unidades de cuidados intensivos siempre han estado en constante evolución y revisión, sobre todo de sus procesos, tanto de ingreso como de transferencia de paciente, ya que uno de sus grandes problemas es la estancia prolongada, ante la ausencia de servicios intermedios donde el paciente luego de haber pasado su estado crítico requiere continuar su tratamiento con un monitoreo aún intenso y con estándares de proseguir el tratamiento iniciado en el servicio de UCI, ya que muchas veces se ha

podido observar que cuando el paciente crítico sale de su estado grave a un estado intermedio y luego de ello pasa a los pabellones de sala comunes, sufren deterioro de sus funciones en muchas ocasiones tienen que ser reingresados a la UCI y en otras veces lamentablemente fallecen.

El paciente crítico

Todas las personas deben ser conscientes de que deben ser los primeros en cuidar su estado de salud, como primera estrategia en los diferentes niveles de atención, por lo que el médico debe proporcionar información clara, precisa y suficiente sobre el estado de salud del paciente en UCI. La última política de humanización de las unidades de cuidados intensivos establecen que la información a los familiares debe ser continua sobre el estado de salud del paciente, sobre las condiciones de su ingreso, sobre los problemas de ingreso y actuales, y sobre la realización de los procedimientos tanto diagnósticos como terapéuticos, sobre todo los invasivos, como por ejemplo los catéter venoso centrales, el cateterismo arterial, que deben ser ejecutados previa firma de consentimiento informado de los familiares, ya que muchos de ellos implican riesgos que pueden tener una repercusión negativa sobre el estado de salud del paciente, pero que deben ser solucionados en forma inmediata por el médico intensivista, él debe ser consciente de que todo procedimiento invasivo pudiera connotar en un evento no deseado en relación a los accesos vasculares, la colocación de sondas y drenes, así como en el proceso de intubación y ventilación mecánica. Igualmente, con respecto a los fármacos, ya que la mayoría de ellos requieren una administración precisa y milimétrica, de acuerdo al kilo de peso, por lo que debe contarse con el auxilio de una bomba de infusión. Es por ello que los médicos intensivistas deben guiarse siempre por protocolos de atención y de procedimiento, ya que el 60% de los eventos adversos pueden ser prevenibles y evitables, el médico intensivista debe ser el abanderado de una cultura de seguridad, por lo que deberá inculcar en su equipo análisis sistémicos de los eventos adversos en la UCI, para que de

esta manera establecer medidas auténticas de corrección y sirvan para prevenir nuevos incidentes, sobre todo en aquellos procedimientos que se suponen representan un mayor riesgo de complicaciones, por lo que su entrenamiento en los procesos invasivos debe ser inicialmente guiado, luego supervisado para finalmente ejecutarlos independientemente y eficientemente, sin tratar de descuidar e identificar pequeñas fallas que puedan existir para poder implementar medidas inmediatas para subsanar. No hay que olvidar que, así como la tecnología de punta se ha desarrollado en el campo médico clínico, los procedimientos invasivos también han mejorado e innovado su técnica, para minimizar los riesgos. Es por ello que la unidad de cuidados intensivos se debe mantener permanentemente informada sobre los nuevos aparatos tecnológicos, sobre las prácticas basadas en evidencia, cuya eficacia se basa en la tarea de reducir, minimizar y evitar los errores, todo esto en un plan de mejora continuo para poder brindar un mejor beneficio y seguridad a los pacientes internados en el servicio de UCI.⁽¹⁹⁾

Uno de los estándares de calidad de las UCI es la continuidad de monitoreo y tratamiento, por lo que la comunicación que existe entre los cambios de turno entre otras unidades de atención debe ser permanente sobre todo cuando existe un ingreso reciente y a su vez cuando el paciente es transferido hacia otra unidad de hospitalización.

Uno de los elementos fundamentales es la confección de la terapeuta del día, la cual no es estática sino más bien dinámica, ya que puede rotarse o cambiarse durante el día de acuerdo a la evolución del paciente, todo esto basado en protocolos actualizados de tratamiento y/o guías médicas sobre las patologías más frecuentes en UCI.

También debe tenerse en cuenta ante el estado de postración de los pacientes, sobre todo aquellos que caen en ventilación mecánica, es que requieren altas dosis de analgésicos y sedantes, para poder tolerar la ventilación, sufriendo una intensa relajación que no le permite movilizarse,

pudiendo llegar a desarrollar úlceras por presión, la cual para limitarla e impedir su aparición, a parte de la movilización constante, también nos puede servir el uso de colchón neumático.

Si bien la UCI es un servicio que salva muchas vidas y recupera la función de los diferentes aparatos y sistemas, por su carácter poligónico, no está excepto de ser el centro donde se producen más infecciones nosocomiales, por lo que sus administradores deberán contar con el programa de vigilancia epidemiológica y preventiva de las infecciones intrahospitalarias, que permitan detectar debido a sus características a todos aquellos pacientes en riesgo de adquirir una infección nosocomial.

El paciente que ingresa a la unidad de cuidados intensivos también ingresa "con su familia", y esta debe ser integrada muchas veces como parte de la terapia con un plan de acogida donde deberá informarse sobre las estrategias de seguridad y de recuperación y su pronta reintegración a su centro de labores.⁽²⁰⁾

El paciente terminal

Si bien es cierto que las unidades de cuidado intensivo han permitido salvar muchas vidas, también es cierto que pese a toda la alta tecnología y al entrenamiento sofisticado, un gran porcentaje de pacientes fallecen, debido probablemente a la severidad de sus lesiones o la evolución tórpida de los procesos iniciales. Al ser sometidos a intervenciones terapéuticas múltiples, inicialmente puede llegar a haber un ligero proceso de estabilización, pero con el transcurso de los días la irreversibilidad de las lesiones y la no recuperación del estado fisiológico de algunos órganos, el paciente permanece en un estado al que se denomina terminal, en el cual el soporte vital, llámese ventilación mecánica u otras drogas, no repercuten, en forma positiva para el paciente, por lo que la limitación del esfuerzo terapéutico deberá ser en forma progresiva, para que minimice los síntomas del paciente y maximice el soporte a los familiares.⁽²¹⁾

Las unidades de cuidados intensivos no son servicios finales, ya que no poseen pacientes propiamente dichos o sea que no los atienden de forma primaria, sino que son derivados de los diferentes servicios de hospitalización de otras unidades de emergencia y de las salas de operaciones o unidades de operación post anestesia, por lo que son considerados servicios intermedios; por lo consiguiente los pacientes no son dados de alta sino que son nuevamente referidos a su servicio de origen o al servicio en el cual se haya tomado una decisión quirúrgica o recibir el tratamiento final. Para esto es preciso un correcto funcionamiento en cuanto a la integración y la coordinación con las diferentes unidades de hospitalización y de esta manera tener una adecuada distribución de las camas disponibles tanto en el área crítica como en los distintos pabellones.⁽²²⁾

El paciente cuando es traslado tanto de su pabellón de origen como a su retorno, debe contar con todo el equipamiento de seguridad, es decir una adecuada camilla de transporte, un monitor de transporte, un ventilador de transporte de ser necesario y por supuesto de un médico intensivista y una enfermera asistencial, para que el monitoreo continuo no se vea interrumpido en el transporte del paciente crítico. Es recomendable desde todo punto de vista y en la medida lo posible, que tanto el ingreso como el egreso de los pacientes críticos a la unidad, debe ser realizado durante el día y evitar en toda la forma posible el traslado nocturno, salvo aquellos pacientes que salen de sala de operaciones, y otros con prioridad uno (que requieren asistencia ventilatoria mecánica).⁽²²⁾

En cumplimiento a todo esto, las unidades de cuidados intensivos deben poseer un manual de organización y funciones, un reglamento que garantice el cumplimiento de ese manual, entre los cuales tenemos:

- Un ambiente cerrado especialmente acondicionado cuya unidad funcional debe contar con el aforo internacional correspondiente, el cual consta de lo siguiente: una cama clínica, un monitor

multiparámetro, un ventilador mecánico, diversas bombas de infusión y de perfusión, aspirador de circuito cerrado y otros aditamentos que requiera el paciente de acuerdo a la patología que motive su ingreso.

- El personal debe estar conformado por un médico jefe de la especialidad de medicina intensiva, quien será responsable del buen funcionamiento de esta unidad y que tenga conocimiento también de administración hospitalaria y de coaching entre su personal.

Los hospitales de nivel III-1 son los que cuentan necesariamente con unidad de terapia intensiva, la cual debe funcionar y estar siempre disponible las 24 horas del día y los 365 días del año, para de esta manera asegurar los servicios asistenciales y de soporte que requiere todo paciente que ve alterada su hemodinámica y que requiera recibir en forma continua una atención de calidad con un nivel de exigencia que puede variar de acuerdo a la complejidad de cada unidad de cuidados intensivos. Para esto debe estar siempre un médico intensivista presente las 24 horas del día, este médico especialista debe contar con todos los adiestramientos y experticia necesaria para proceder a la atención inmediata y permanente del paciente crítico.

Igualmente, la existencia de una enfermera especialista en cuidados intensivos responsable de la atención directa del paciente y cuya relación paciente/enfermera, debería ser 1:1, 1:2, 1:3 de acuerdo a la intensidad de la terapia y a la diversidad de la patología que trae el paciente a la unidad.⁽²³⁾

Las actividades del médico intensivista y de la enfermera de la especialidad deberían ser guiados por guías de atención y protocolos estandarizados sobretodo sobre las patologías más frecuentes que se atienden en el hospital, el planteamiento de problemas diarios que presenta el paciente y los objetivos a alcanzar deben ser evaluados en forma continua, sobre todo cuando los pacientes ingresan recientemente y en aquellos en que se cumplan los criterios para el alta de la unidad. Los recientes conceptos de la bioética y los estándares de bioseguridad hacen imprescindible el

cumplimiento de estos protocolos para asegurar de esta manera que los estándares se mantengan dentro de los planes y programas establecidos. Junto con la visita del equipo médico y enfermería también se cuenta con otras profesionales que contribuyen a la recuperación del paciente, como es el caso primordial de los nutricionistas porque ya se ha establecido que una nutrición precoz minimiza la desnutrición aguda del paciente crítico hipercatabólico y que permite conservar el trofismo de las vellosidades intestinales; igualmente el personal de farmacia establece un programa para que el abastecimiento de las medicinas del paciente crítico no se vea interrumpido en forma abrupta ya que muchas veces eso empeora su situación clínica. De la misma manera, ocurre con los pacientes que requieren de un apoyo de oxígeno (ventilación mecánica) y pues la mayoría de ellos, son pacientes postrados, los fisioterapeutas tienen una gran labor ya que van a permitir acelerar, a recuperar la actividad fisiológica de los sistemas dañados. Un dato a parte sin ser menos importante, lo conforman las asistentes sociales quienes coordinarán la parte administrativa cuando se trate de los seguros tanto privados como del estado.⁽²⁴⁾

Paralelamente las unidades de cuidados intensivos deben recibir prioridad en la atención en los servicios médicos de apoyo, es decir el laboratorio clínico quienes acelerarán los resultados de los diferentes análisis que sean solicitados y algunos inmediatos como el análisis de gases arteriales. El servicio de radiodiagnóstico deberá apoyar con un sistema portátil y tomará preferencia en lo que respecta a los exámenes más complejos como tomografía y resonancia magnética.⁽²⁵⁾

En el aspecto administrativo, la secretaria ejecutiva deberá mantener un archivo adecuado donde figuren siempre las notas de ingreso del informe del alta. Así mismo en el sistema informático mantendrá los cuadros de ingresos y egresos, las patologías más frecuentes y las bases de datos clínicos epidemiológicos que deben contener los ítems específicos que requieren las unidades de cuidados intensivos.

Informes a los familiares

El paciente crítico por sí mismo, normalmente está bajo un sistema de sedación y anestesia y no puede responder por sí mismo, ni tomar decisiones en forma consciente, porque el informe a los familiares deberá ser una estrategia de atención de los médicos intensivistas, quienes de acuerdo a las normas de bioética actuales, deberán respetar los derechos de las personas plasmados en la constitución política del estado, por lo tanto los sistemas de información y de comunicación hacia los familiares directos debe ser muy clara, precisa y lo suficientemente sencilla sin tecnicismos para que pueda ser comprendida por la gente común. Esta información tendrá prioritariamente la explicación sobre las características de una unidad de cuidados intensivos relacionados a qué tipo de pacientes son trasladados o internados en este servicio tras diversos procedimientos y terapéuticos que se aplica, por lo que resulta muy necesario e importante, la firma del consentimiento informado, documento que se basará en los cuatro principios de la bioética actual, igualmente los familiares recibirán diferentes recomendaciones en el momento de su ingreso, el cual debe ser totalmente restringido a solamente dos familiares directos, quienes mantendrán y se informarán sobre las medidas de bioseguridad al momento de su ingreso donde deberán estar acompañados en todo momento por un personal técnico de enfermería para evitar accidentes e incidentes dentro del horario de la visita, asimismo los familiares deberán aportar información relacionada al paciente como las comorbilidades, el tipo de tratamiento que pudiera haber estado recibiendo, contactos epidemiológicos, últimos viajes, etc.; y/o ocupaciones de riesgo en donde el paciente pudiera haber intervenido y que puedan tener una repercusión negativa sobre la salud del paciente. Dependiendo de la legislación vigente se mantendrán las medidas sobre la eutanasia, la distancia y la orthotanasia, las cuales debido a la trascendencia de las decisiones a tomar sobre el futuro del paciente toda la familia deberá participar.⁽²⁶⁾

Consentimiento informado

Los intentos de legislación para un seguro médico, el cual es obligatorio en otros países, ha favorecido el desarrollo de un documento legal muy importante que es el consentimiento informado, el cual deberá contener en forma pormenorizada las intervenciones terapéuticas que se realizaran en el paciente, los beneficios de dichos procedimientos traerán así como la administración de medicamentos que implique algunos factores de riesgo como efectos colaterales que pudieran tener una repercusión negativa sobre la salud del paciente, pero con la anuencia de que el médico tratante tomara todas las medidas necesarias para evitar que esto suceda. Aquí el paciente o los familiares deberán establecer en forma libre voluntaria y consciente de que han sido informados adecuadamente, por un personal calificado de salud, sobre todas las situaciones que pudieran presentarse durante su establecimiento en el servicio y que están conscientes de que dicha intervención terapéutica será con el único propósito de mejorar el estado de salud, pero que no está exenta de algunas complicaciones que pudieran presentarse. Existe además un acápite al final en la que el familiar o el paciente puedan retractarse de la decisión tomada, la cual se plasmara en el documento de desistimiento informado. Ambos documentos guardaran estrictamente la confidencialidad de los datos tanto de los familiares, de los pacientes y de los médicos tratantes. De la misma manera, se debe que tener en cuenta el aspecto religioso, el cual en nuestro país es muy diverso, debido a la libertad de culto, donde muchas personas arriesgadas profundamente en su religión rechazan un determinado tipo de tratamiento, como el de la donación de sangre en los testigos de Jehová.⁽²⁶⁾

2.3 MARCO CONCEPTUAL

Los pacientes que sufren alguna alteración de su estado de salud y que presenten alguna alteración de órganos tanto anatómico-fisiológicas y patológicamente, están en riesgo inminente de perder la vida. Antes de la creación de los servicios de UCI, muchos de estos pacientes fallecían en las

diferentes salas de hospitalización, en las cuales no se brindan los suplementos especiales en forma inmediata, tales como la oxigenoterapia de alto flujo, el fluido terapia agresiva, el uso de medicamentos vasoactivos, la antibiótico terapia de amplio espectro que son requeridos para restablecer la funcionalidad de los órganos. Con el advenimiento y el desarrollo de las unidades de cuidados intensivos, muchos de estos pacientes se han visto favorecidos y han podido salvarse. Sin embargo, la funcionalidad y eficiencia de estas unidades altamente especializadas se ve muchas veces empañadas debido a que no son claramente establecidos los criterios de inclusión, y algunos pacientes que no requieren o no se verán beneficiados con las intervenciones terapéuticas de este servicio, llegan a ser admitidos. Es por ello que tenemos que quedar bien claro en conocimientos sobre los aspectos de estos pacientes, fundamentalmente clínicos y epidemiológicos, para tener un panorama especial sobre nuestra población que vaya a requerir un soporte vital avanzado que le sea totalmente favorable.

2.4 HIPÓTESIS

El presente trabajo de investigación, al ser de nivel Descriptivo NO requiere de un planteamiento de Hipótesis general ni específica.

2.5 VARIABLES

Variable de estudio:

Características clínico-epidemiológicas

-Epidemiológicos:

- Edad
- Genero

-Clínicas:

- Servicio de procedencia
- Diagnostico principal de ingreso

- Requerimiento de ventilación mecánica
- Días de estancia en UCI

-Condición de egreso:

- Servicio de destino
- Fallecimiento

2.6 DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS

Características epidemiológicas: Abarca la agrupación de rasgos, cualidades y propiedades de la persona, que definen a una determinada población sujeta a estudio, y las caracteriza por tener mayor o menor probabilidad de padecer una enfermedad determinada.

Características clínicas: Son el conjunto de manifestaciones clínicas objetivas, que se ven definidos por la relación existente de signos y síntomas presentados en un paciente que padece una enfermedad determinada, las cuales son de importancia significativa para un acertado diagnóstico, una adecuada terapéutica y seguimiento correspondiente.

Condición de egreso: Es el retiro de un paciente, que implica el culmino del estadio de su hospitalización, bien sea por alta, por derivación a otro servicio o en su defecto por fallecimiento.

CAPITULO III: METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN

3.1 DISEÑO METODOLÓGICO

3.1.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

- Observacional: Ya que no se experimentaron o manipularon las variables estudiadas, solo fueron observadas.
- Transversal: La información fue recopilada solamente una vez.
- Retrospectivo: Porque los datos fueron recopilados de las historias clínicas de los pacientes de la unidad de cuidados intensivos hospitalizados en el año 2018.

3.1.2 NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Es de nivel Descriptivo, porque se observaron, recopilaron y describieron los datos obtenidos de los pacientes de la unidad de cuidados intensivos del Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el año 2018, sin influir en ello de ninguna manera, ni se buscó explicaciones o se formuló alguna hipótesis o predicción.

3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

POBLACIÓN

Este estudio contó con todos aquellos pacientes que fueron ingresados al servicio de UCI del Hospital Nacional Hipólito Unanue, durante el año 2018. (N=245)

Criterios de inclusión:

- Pacientes hospitalizados en el servicio de UCI durante el 2018.
- Pacientes en estado crítico, que pertenezcan al servicio de UCI.
- Pacientes mayores de 18 años en el servicio de UCI en el 2018.
- Pacientes derivados de cualquier servicio.

Criterios de exclusión:

- Pacientes críticos que no pertenezcan al servicio de UCI.
- Pacientes menores de 18 años.
- Historias clínicas que no cuenten con los exámenes o datos referidos.
- Historias clínicas incompletas.

MUESTRA

Para la ejecución de este estudio se trabajó e incluyó al número total de nuestra población (245 pacientes), debido a que es pequeña.

3.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se empleó la técnica: Análisis Documental. Para lo cual se usó como instrumento la ficha de recolección de datos, confeccionada para tal fin, y posteriormente se vertieron los datos que fueron obtenidos de las historias clínicas correspondientes a los pacientes ingresados al servicio de UCI durante el año 2018.

3.4 DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se solicitaron los permisos formales a la autoridad del nosocomio, para acceder y disponer a la ejecución de este estudio, además de ello también se obtuvieron los permisos del comité de ética para recolectar los datos de las historias clínicas de los pacientes que estuvieron internados en las unidades de cuidados intensivos durante el año 2018. Y se prosigió a realizar el análisis documental de estas.

3.5 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Como el análisis es descriptivo según:

Variables cuantitativas, procederemos a la obtención de las medidas que caracterizan la tendencia central (media, mediana, moda) y aquellas medidas que reflejan dispersión (desviación estándar).

Variables cualitativas, conseguiremos las frecuencias y porcentajes, las cuales posteriormente se representarán en tablas y gráficos. Utilizando el programa Excel versión 19 y en el programa SPSS versión 25.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudio de investigación tuvo en cuenta todos los aspectos éticos sobre la investigación en seres humanos. Se guardará la confidencialidad de los datos y solo serán utilizados para fines de este proyecto. No fue necesario el consentimiento informado, ya que no se entrevistó ningún paciente, directa ni indirectamente, y solo se tomaron los datos concernientes en la historia clínica.⁽²⁷⁾

Los datos se guardaron en base a los principios modernos de la bioética pensando en el beneficio de los pacientes, ya que tan solo se hizo uso de ellos para fines concretos, descrito en los objetivos de nuestra investigación.

CAPITULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

4.1 RESULTADOS

TABLA N° 1 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE LOS PACIENTES EN EL SERVICIO DE UCI DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE – 2018

		VARIABLES	fi	%
CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS	EDAD	20-30	69	28.2%
		31-40	30	12.2%
		41-50	45	18.4%
		51-60	19	7.8%
		61 >	82	33.5%
	GÉNERO	MASCULINO	127	51.8%
FEMENINO		118	48.2%	
CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS	SERVICIO DE PROCEDENCIA	CIRUGÍA	18	7.3%
		GINECOBSTETRICIA	7	2.9%
		UNIDAD DE RECUPERACIÓN PO ANESTESIA	102	41.6%
		EMERGENCIA (T.SHOCK)	88	35.9%
		NEUROCIRUGIA	2	0.8%
		CIRUGIA DE TORAX	10	4.1%
		MEDICINA	18	7.3%
	DIAGNOSTICO DE INGRESO	SHOCK	33	13.5%
		SEPSIS	36	14.7%
		PO CESAREA	17	6.9%
		PO RECUPERACION ANESTESICA	25	10.2%
		INFARTO DE MIOCARDIO AGUDO	1	0.4%
		PO CRANEOTOMIA	25	10.2%
		PO Cx CARDIACA	16	6.5%
		TRAUMATISMO ENCEFALOCRANEANO	27	11.0%
		FALLA CARDIACA	5	2.0%
		ASMA	3	1.2%
		INSUFICIENCIA RESPIRATORIA	55	22.4%
	VENTILACION MECANICA	SI	195	79.6%
		NO	50	20.4%
	DIAS DE ESTANCIA	1 a 7	83	33.9%
		8 a 14	139	56.7%
		> 14	23	9.4%
CONDICION DE EGRESO	SERVICIO DE DESTINO	EXTRAHOSP	12	6.5%
		MEDICINA (E-1)	36	19.5%
		CIRUGIA GENERAL (E-2)	49	26.5%
		GINECOLOGIA (B-2)	32	17.3%
		NEUROCIRUGIA (C-2)	26	14.1%
		CIRUGIA DE TORAX (D-2)	30	16.2%
	FALLECIO	SI	58	23.7%
NO		187	76.3%	

FUENTE: Ficha de recolección de datos. Hospital Hipólito Unanue, 2018.

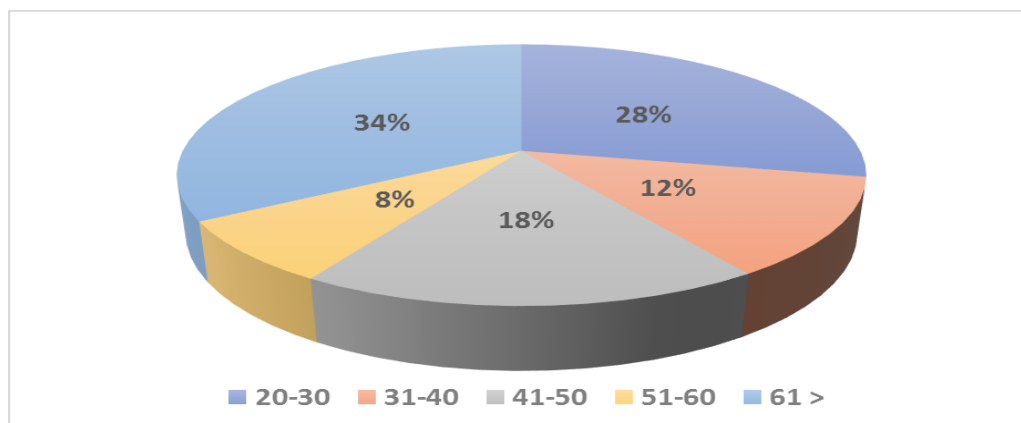
INTERPRETACION: En la Tabla N°1 podemos observar que los pacientes del servicio de UCI mayores de 61 años fueron el rango de edad más prevalente durante el año 2018, representado con un 33.5%; de la misma manera el género masculino fue quien domino la estancia en el servicio, determinado en un 51.8%. De igual manera el servicio del que más procedieron al servicio de UCI, fueron aquellos pertenecientes a la Unidad de Recuperación Post Anestésico (URPA), definido en un porcentaje de 41.6%. También se puede describir que los pacientes con Insuficiencia respiratoria por enfermedad pulmonar (IRA) fue el diagnóstico de ingreso más predominante en un 22.4%, además los pacientes de UCI que si requirieron de ventilación mecánica fueron definidos en su mayoría con un 79.6%. Por otro lado, el 56.7% tuvieron una estancia significativa de 8 a 14 días en el servicio de UCI. El servicio de destino más predominante al que posteriormente fueron trasladados los pacientes de UCI, fue al E-2 (pabellón de cirugía general) descrito en un 26.5% del total. Por último, con respecto a la mortalidad, la mayor parte de los pacientes ingresados en el año 2018, descrito en un 76.3%, no fallecieron.

TABLA N° 2 RANGO DE EDAD DE LOS PACIENTES EN EL SERVICIO DE UCI DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE – 2018

RANGO DE EDAD	fi	Fi	fr	Fr	%	MEDIA	49
20-30	69	69	0.28	0.28	28.2%	MEDIANA	45
31-40	30	99	0.12	0.40	12.2%	MODA	82
41-50	45	144	0.18	0.59	18.4%	Valor MAX	82
51-60	19	163	0.08	0.67	7.8%	Valor MIN	19
61 >	82	245	0.33	1	33.5%		
TOTAL	245		1		100.0%		

FUENTE: Ficha de recolección de datos. Hospital Hipólito Unanue, 2018.

GRÁFICO N° 1 RANGO DE EDAD DE LOS PACIENTES EN EL SERVICIO DE UCI DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE - 2018



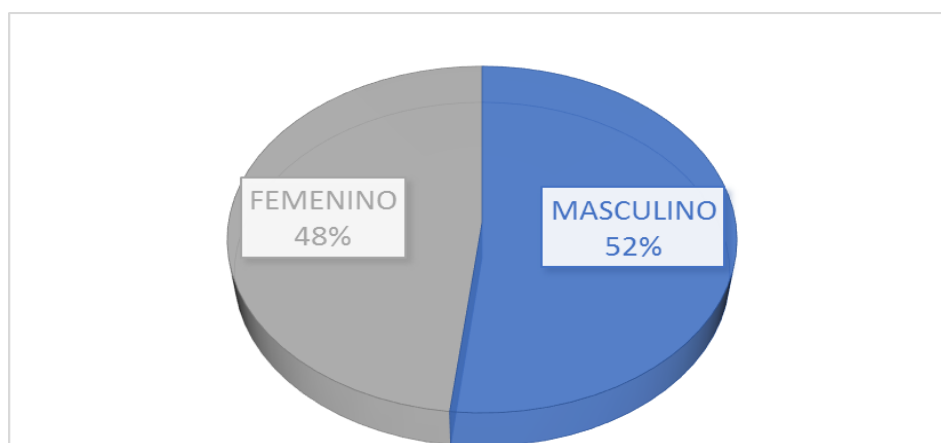
INTERPRETACIÓN: En la Tabla N°2 y el Gráfico N°1 podemos determinar con respecto al rango de edad más frecuente de los pacientes que estuvieron en el servicio de UCI durante en el año 2018, fueron aquellos que tenían más de 61 años ocupando un 33.5% del total, seguido por el 28.2% perteneciente al rango de edad entre 20-30 años, sucesivo del 18.4% ocupado por los pacientes en el rango de edad entre 41-40 años, posteriormente entre los 31-40 años se posiciona el 12.2% y finalmente el 7.8% restante corresponde a los que oscilan entre los 51-60 años.

TABLA N° 3 GÉNERO DE LOS PACIENTES EN EL SERVICIO DE UCI DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE – 2018

GENERO	Fi	Fi	fr	Fr	%	MEDIA	123
MASCULINO	127	127	0.52	0.52	51.8%	MEDIANA	123
FEMENINO	118	245	0.48	1.00	48.2%	MODA	127
TOTAL	245		1.00		100.0%	Valor MAX	127
						Valor MIN	118

FUENTE: Ficha de recolección de datos. Hospital Hipólito Unanue, 2018.

GRÁFICO N° 2 GÉNERO DE LOS PACIENTES EN EL SERVICIO DE UCI DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE - 2018



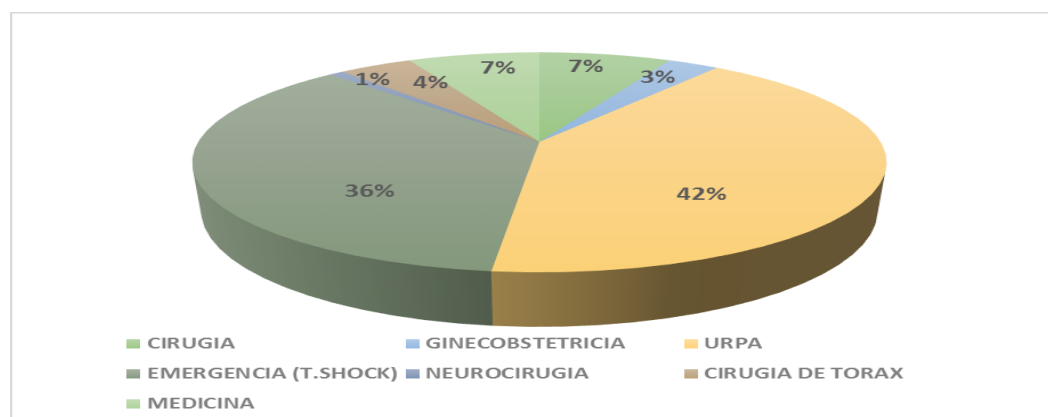
INTERPRETACION: De la Tabla N°3 y el Gráfico N°2 interpretamos que el género más reiterado, con respecto a su ingreso al servicio de unidad de cuidados intensivos durante en el año 2018, fue el masculino, el cual corresponde al 52% del total de los pacientes, y el 48% restante pertenece al género femenino.

TABLA N° 4 SERVICIO DE PROCEDENCIA DE LOS PACIENTES EN EL SERVICIO DE UCI DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE – 2018

SERVICIO DE PROCEDENCIA	Fi	Fi	fr	Fr	%	MEDIA	35
CIRUGIA	18	18	0.07	0.07	7.3%	MEDIANA	18
GINECOBSTETRICIA	7	25	0.03	0.10	2.9%	MODA	18
UNIDAD DE RECUPERACIÓN PO ANESTESICA	102	127	0.42	0.52	41.6%	Valor MAX	102
EMERGENCIA (T.SHOCK)	88	215	0.36	0.88	35.9%	Valor MIN	2
NEUROCIRUGIA	2	217	0.01	0.89	0.8%		
CIRUGIA DE TORAX	10	227	0.04	0.93	4.1%		
MEDICINA	18	245	0.07	1.00	7.3%		
TOTAL	245		1.00		100%		

FUENTE: Ficha de recolección de datos. Hospital Hipólito Unanue, 2018.

GRÁFICO N° 3 SERVICIO DEL PROCEDENCIA DE LOS PACIENTES EN EL SERVICIO DE UCI DEL HOSPITAL UNANUE - 2018



INTERPRETACIÓN: En la Tabla N°4 y el Gráfico N°3 determinamos acerca del servicio de procedencia por el cual ingresan más al servicio de UCI durante el año 2018, es del servicio de Unidad de Recuperación PO anestésica (URPA), representado en un 41.6% del total de los pacientes ingresados. El segundo servicio más frecuente que realiza ingresos, con un 35.9%, es de Emergencia (Trauma Shock). Seguidamente de los servicios de Cirugía y Medicina, ocupando cada uno un 7.3% respectivamente. Con menor frecuencia también se registran pacientes referidos del servicio de Cirugía de Tórax, definidos en un 4.1%. De la misma manera se produjo ingresos del servicio de Ginecobstetricia, descrito por el 2.9% y por último el

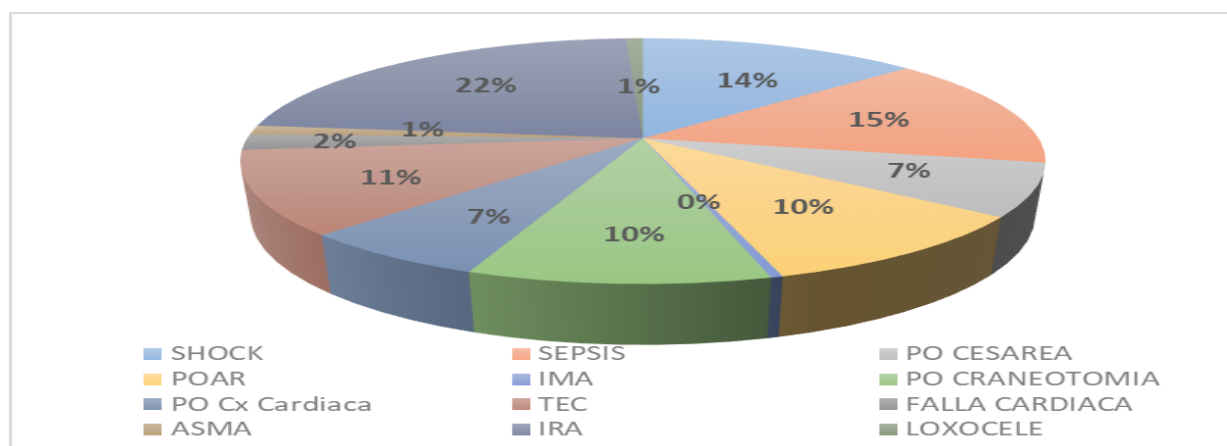
servicio que menos realizó ingresos a la UCI durante ese año, fue el de Neurocirugía, simbolizado en un 0.8% del total.

TABLA N° 5 DIAGNÓSTICO DE INGRESO DE LOS PACIENTES EN EL SERVICIO DE UCI DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE – 2018

DIAGNOSTICO DE INGRESO	fi	Fi	fr	Fr	%	MEDIA	20
SHOCK	33	33	0.13	0.13	13.5%	MEDIANA	21
SEPSIS	36	69	0.15	0.28	14.7%	MODA	25
PO CESAREA	17	86	0.07	0.35	6.9%	Valor MAX	55
PO RECUPERACION ANESTESICA	25	111	0.10	0.45	10.2%	Valor MIN	1
INFARTO DE MIOCARDIO AGUDO	1	112	0.00	0.46	0.4%		
PO CRANEOTOMIA	25	137	0.10	0.56	10.2%		
PO Cx CARDIACA	16	153	0.07	0.62	6.5%		
TRAUMATISMO ENCEFALOCRANEANO	27	180	0.11	0.73	11.0%		
FALLA CARDIACA	5	185	0.02	0.76	2.0%		
ASMA	3	188	0.01	0.77	1.2%		
INSUFICIENCIA RESPIRATORIA	55	243	0.22	0.99	22.4%		
LOXOCELE	2	245	0.01	1.00	0.8%		
TOTAL	245		1		100.0%		

FUENTE: Ficha de recolección de datos. Hospital Hipólito Unanue, 2018.

GRÁFICO N° 4 DIAGNÓSTICO DE INGRESO DE LOS PACIENTES EN EL SERVICIO DE UCI DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE – 2018



INTERPRETACION: En la Tabla N°5 y Gráfico N°4 observamos que el diagnóstico que registra más ingresos al servicio de unidad de cuidados intensivos en el 2018, definido en un 22.4%, es por Insuficiencia respiratoria (IRA); seguido de sepsis, el cual ocupa un 14.7% del total de ingresos. Por otro lado, también se identificaron ingresos por shock y traumatismo

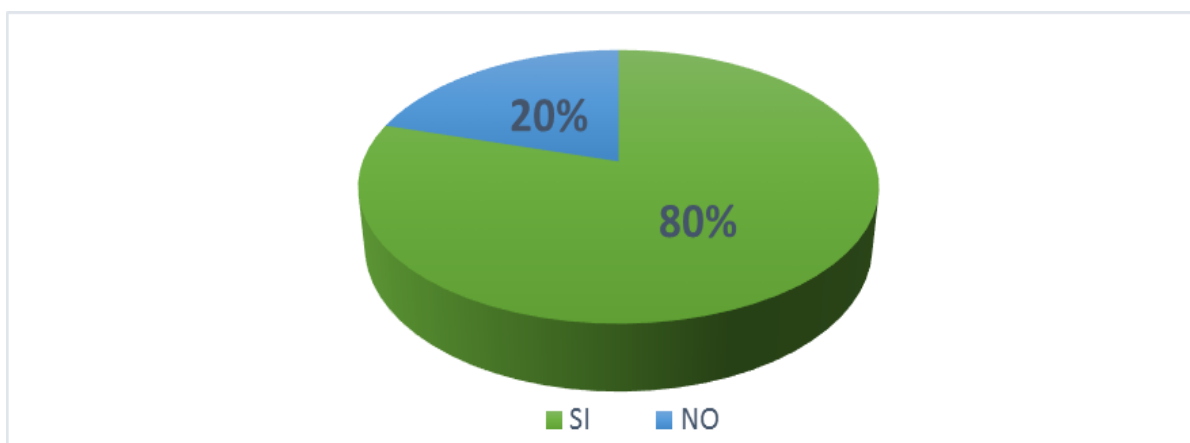
encefalocraneano (TEC) los cuales estuvieron determinados en un porcentaje de 13.5% y 11% respectivamente. De igual manera, se señalan los diagnósticos de PO recuperación anestésica (POAR) y PO craneotomía, descritos por un 10.2% cada uno de ellos. También hubo ingresos a causa de PO Cesárea (6.9%), Po Cx Cardíaca (6.5%), Falla cardíaca (2.0%), Asma (1.2%). Mientras que en los diagnósticos menos frecuentes se encuentran por Loxocelismo, determinado en un 0.8% y por IMA ocupando el 0.4% restante.

TABLA N° 6 REQUERIMIENTO DE VENTILACIÓN MECÁNICA DE LOS PACIENTES EN EL SERVICIO DE UCI DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE – 2018

VENTILACIÓN MECÁNICA	fi	Fi	fr	Fr	%	MEDIA	123
SI	195	195	0.80	0.80	79.6%	MEDIANA	123
NO	50	245	0.20	1.00	20.4%	MODA	195
TOTAL	245		1.00		100.0%	Valor MAX	195
						Valor MIN	50

FUENTE: Ficha de recolección de datos. Hospital Hipólito Unanue, 2018.

GRÁFICO N° 5 REQUERIMIENTO DE VENTILACIÓN MECÁNICA DE LOS PACIENTES EN EL SERVICIO DE UCI DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE – 2018



INTERPRETACION: De la Tabla N°6 y Gráfico N°5 logramos describir que la mayoría de los pacientes del servicio de UCI en el año 2018, representado

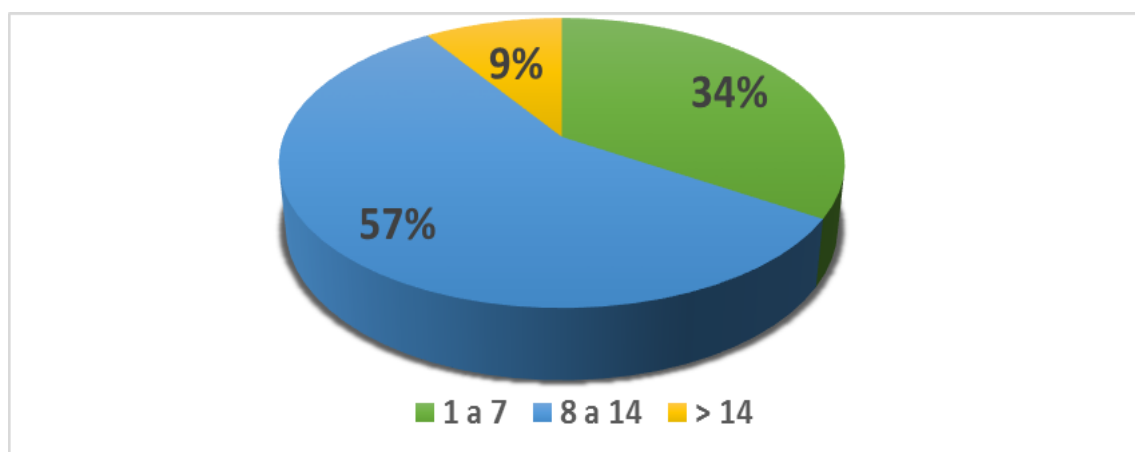
por un 79.6%, si requirieron ventilación mecánica. Mientras que el 20.4% restante no requirió del mismo.

TABLA N° 7 DÍAS DE ESTANCIA DE LOS PACIENTES EN EL SERVICIO DE UCI DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE – 2018

DIAS DE ESTANCIA	fi	Fi	fr	Fr	%	MEDIA	82
1 a 7	83	83	0.34	0.34	33.9%	MEDIANA	83
8 a 14	139	222	0.57	0.91	56.7%	MODA	139
> 14	23	245	0.09	1.00	9.4%	Valor MAX	139
TOTAL	245		1.00		100.0%	Valor MIN	23

FUENTE: Ficha de recolección de datos. Hospital Hipólito Unanue, 2018.

GRÁFICO N° 6 DIAS DE ESTANCIA DE LOS PACIENTES EN EL SERVICIO DE UCI DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE – 2018



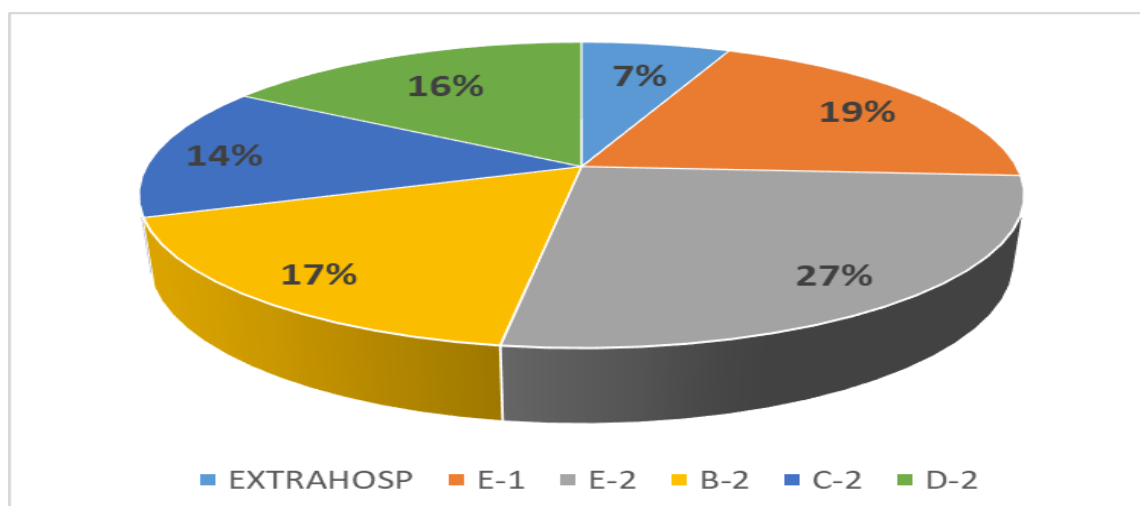
INTERPRETACION: En la Tabla N°7 y Gráfico N°6 Podemos observar que los días de estancia más frecuentes de los pacientes del servicio de UCI durante el año 2018 fueron aquellos que oscilan entre 8 a 14 días, representados por el 56.7%. Seguidamente, con un 33.9%, están los pacientes que tuvieron una estancia de 1 a 7 días. Y con menor frecuencia el 9.4% de los pacientes, tuvieron una estancia prolongada mayor a 14 días.

TABLA N° 8 SERVICIO DE DESTINO DE LOS PACIENTES EN EL SERVICIO DE UCI DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE – 2018

SERVICIO DE DESTINO	fi	Fi	fr	Fr	%	MEDIA	31
EXTRAHOSP	12	12	0.06	0.06	6.5%	MEDIANA	31
MEDICINA (E-1)	36	48	0.19	0.26	19.5%	MODA	49
CIRUGÍA GENERAL (E-2)	49	97	0.26	0.52	26.5%	Valor MAX	49
GINECOLOGIA (B-2)	32	129	0.17	0.70	17.3%	Valor MIN	12
NEUROCIRUGIA (C-2)	26	155	0.14	0.84	14.1%		
CIRUGIA DETORAX (D-2)	30	185	0.16	1.00	16.2%		
TOTAL	185		1.00		100.0%		

FUENTE: Ficha de recolección de datos. Hospital Hipólito Unanue, 2018.

GRÁFICO N° 7 SERVICIO DE DESTINO DE LOS PACIENTES EN EL SERVICIO DE UCI DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE – 2018



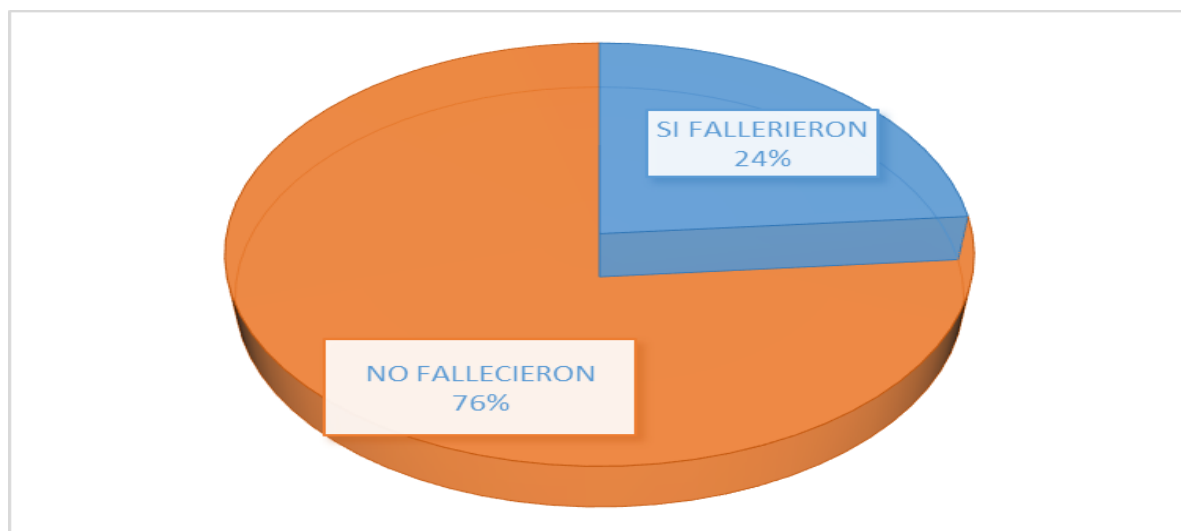
INTERPRETACION: Con respecto a la Tabla N°8 y Gráfico N°7 se puede describir que el 26.5% de los pacientes del servicio de UCI durante el año 2018, fueron referidos al servicio E-2 (cirugía general). De igual manera sucedió con el 19.5% de los pacientes, los cuales tuvieron como destino de servicio el E-1 (medicina). Mientras que los pacientes restantes fueron derivados a los servicios de B-2 (pabellón de ginecología) representado en un 17.3%, D-2 (cirugía de tórax) con un 16.2%, C-2 (neurocirugía) con un 14.1%. Y por último el 6.5% de los pacientes tuvieron como destino Extrahospitalario.

TABLA N° 9 MORTALIDAD DE LOS PACIENTES EN EL SERVICIO DE UCI DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE – 2018

FALLECIO	Fi	Fi	fr	Fr	%	MEDIA	123
SI	58	58	0.24	0.24	23.7%	MEDIANA	123
NO	187	245	0.76	1.00	76.3%	MODA	187
TOTAL	245		1.00		100.0%	Valor MAX	187
						Valor MIN	58

FUENTE: Ficha de recolección de datos. Hospital Hipólito Unanue, 2018.

GRÁFICO N° 8 MORTALIDAD DE LOS PACIENTES EN EL SERVICIO DE UCI DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE – 2018



INTERPRETACION: En relación a la Tabla N°9 y Gráfico N°8 logramos definir que el 76.3% de los pacientes del servicio de UCI durante el año 2018, no fallecieron. Por otro lado, el 23.7% del total, sucumbieron durante su estancia en el servicio.

4.2 DISCUSIÓN

Los resultados que encontramos coinciden plenamente con los trabajos de la Dra. Ana Karen Bueno en el hospital regional III Honorio Delgado de Arequipa donde su población es mayoritariamente masculina al igual que la nuestra y su población se asemeja ya que su edad promedio fue de 58 y la nuestra es muy cerca con 61. En cambio, la Dra. Leydi Anculle en el hospital Goyeneche del gobierno regional ubica a su población femenina mayoritariamente con un 57,5% y su edad mucho menor con 50 años.

Esta diferencia se deba probablemente a que al igual que en la ciudad de Lima que históricamente el hospital Loayza solo se atendía la género femenino esta sea la población predominante.

En cuenca Ecuador, el Dr. Popayán también encuentra a su población de paciente internados en UCI predominantemente masculina, aunque sus edades son menores (52 años promedio); El Dr. Yolima en Colombia si coincide con nuestras edades ya que su población tiene una edad promedio de 63 años; mientras que el Dr. Carbajal ubica mayoritariamente al genero masculino similar a nuestro estudio, pero su edad es de 49 años promedio.

Torres Macedo y Carolina Ruiz en Cuba en sus estudios respectivos también encuentra al género masculino en primer lugar, aunque sus edades son menores a los 60 años.

Podemos concluir que la población de las unidades de cuidados intensivos es mayoritariamente masculina, es decir, nuestra población guarda relación en este aspecto con la población perteneciente al servicio de UCI, de otras ciudades y países, pero en las edades estas son fluctuantes pero todas son por encima de los 50 años de edad.

La patología que mas requiere de una unidad de cuidados intensivos es la insuficiencia respiratoria, pero esta es muchas veces enmascarada por la enfermedad de fondo como lo establece Carolina Ruiz ya que su población de neuro críticos requieren la necesidad de ventilación mecánica; Torres

Macedo también refiere que sus pacientes neurológicos tienen una escala de Glasgow menor de 8 y esto causa insuficiencia respiratoria necesidad de intubación y ventilación mecánica; Carbajal encuentra a la neumonía como la segunda causa de ingreso con insuficiencia respiratoria y finalmente Karen Castro nos refiere como la causa principal de ingreso la insuficiencia respiratoria.

Es cierto que la gran epidemia de polio motivó el desarrollo tecnológico de los aparatos de soporte ventilatorio mecánico y que se convirtieron como el motor que impulso el desarrollo vertiginoso del servicio de UCI para conseguir un mejor cuidado de la vía aérea , principal aparato en rescatar ya que la oxigenación es fundamental en la recuperación cerebral y de los demás órganos; los modernos ventiladores mecánicos han permitido seguir rescatando vidas y en algunos casos se han creado ya unidades especiales de ventilo terapia.

En lo que respecta a los servicios que mas solicita ingresar a sus pacientes nuestros cirujanos se llevan la delantera sobre todas las demás unidades. En Arequipa La Dra. Ana Karen estima a los pacientes neurológicos; Leydi Anculle si coincide con nuestro estudio ya que sus pacientes fueron en su mayoría los pos-operados de emergencia; mientras que el Dr. Yolima estima a la sepsis como la primera patología de necesidad de ser internados en cuidados intensivos y Eddy Lázaro al shock séptico como la primera causa de ingreso, y al servicio de medicina interna, igualmente el Dr. Carbajal tiene como motivo de ingreso a su unidad a la sepsis intrabdominal provenientes de cirugía general.

En lo referente a la estancia promedio la mayoría coincide con nuestra estancia promedio de 8 a 14 días como Ruiz carolina, pro Carbajal tiene una estancia prolongada de 19 días debido probablemente a las complicaciones que se le presentaron. En Piura Ana Karen Castro tiene una estancia casi similar de 8 a 15 días que coinciden con los promedios similares de las estancias internacionales en UCI.

La mortalidad de la uci llego a 23,7% mientras que en el estudio de Carolina Ruiz solo fue 19,4%; con Lázaro Edy fue menor con 16,6%, pero se mantiene en el rango internacional del 20 al 25% de mortalidad.

CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

Referente al rango de edad más incidente, fueron los mayores de 61 años, y el género que más predominó fue el masculino.

El servicio que generó más ingresos fue la Unidad de Recuperación Post Anestésica (URPA), las patologías que principalmente ameritan el ingreso son la insuficiencia respiratoria de patología pulmonar (IRA), seguida de la SEPSIS y el SHOCK. De todos los ingresantes, gran parte de ellos (80%), requirieron ventilación mecánica. La gran mayoría de pacientes tuvo una estancia entre 8 a 14 días.

La mayoría de los pacientes fueron dados de alta al pabellón de cirugía general, pabellón de medicina, ginecología y cirugía de tórax. De los 245 pacientes, fallecieron 58.

Las características epidemiológicas que mostraron los pacientes pertenecientes al servicio de UCI, son prioritariamente mayores de 61 años y género masculino. En el aspecto clínico los servicios que más requieren la unidad son los pacientes post operados, el diagnóstico más frecuente es la Insuficiencia respiratoria de patología pulmonar, la gran mayoría ha requerido ventilación mecánica, y permanecieron internados entre 8 y 4 días. Fueron derivados al pabellón de cirugía, medicina, ginecología y cirugía de tórax. Y sólo fallecieron el 23.7% de los pacientes.

5.2 RECOMENDACIONES

En cuanto a las características epidemiológicas en nuestra población hospitalaria hay que poner especial atención y monitoreo de sus afecciones, en los pacientes masculinos de la sexta década de la vida, porque son quienes más se complican y más lo requieren.

Los pacientes procedentes de los servicios quirúrgicos son los que más requieren ingresar a la unidad de cuidados intensivos, probablemente debido a la complejidad de la cirugía, por lo que se recomienda hacer una buena evaluación pre operatoria para prever que en el post operatorio inmediato requiera ser internado en UCI, y pueda ser manejado en un servicio intermedio monitoreado por su médico tratante. El alto porcentaje de pacientes con insuficiencia respiratoria que requiere ventilación mecánica amerita que se cree una unidad de ventiloterapia para el manejo de la mayoría de estos cuadros de insuficiencia respiratoria, tanto aguda como crónica. Además se requiere la formación de unidades de cuidados intermedios para que los pacientes sean transferidos una vez estabilizados y no se prolongue los días de estancia en UCI.

Las unidades de hospitalización quirúrgica y clínica deberían formar unidades de cuidados intermedios con personal entrenado y con equipamiento adecuado para que los pacientes transferidos de las unidades de cuidados intensivos, estabilizados de sus cuadros iniciales puedan continuar con su soporte y manejo en forma continua y continuar con su recuperación en forma satisfactoria.

Monitoreo a los pacientes varones mayores de 60 años, especialmente a los post operados, a los que presentan cuadros de insuficiencia respiratoria, para detección temprana y minimizar su requerimiento de ventilación mecánica, para disminuir sus días de estancia en UCI y pueda recuperar sus variables fisiológicas rápidamente y a su vez también disminuir su morbimortalidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Arroyo-Sánchez, A., Leiva-Goicochea, J., & Aguirre-Mejía, R. (2016). Características clínicas, epidemiológicas y evolución de la neumonía nosocomial severa en la unidad de cuidados intensivos. *Horizonte Médico (Lima)*, 16(1), 6-13.
2. Raboni, S. M., Carneiro, R. G., & da Glória, A. (2019). Avaliação das características clínicas e epidemiológicas de pacientes com e sem sepse nas unidades de terapia intensiva de um hospital terciário.
3. Morello, L. G., Dalla-Costa, L. M., Fontana, R. M., Netto, A. C. S. D. O., Petterle, R. R., Conte, D., ... & Raboni, S. M. (2019). Assessment of clinical and epidemiological characteristics of patients with and without sepsis in intensive care units of a tertiary hospital. *Einstein (São Paulo)*, 17(2).
4. Avalos-Cabrera, J. M., & Carranza-Quisp, F. (2012). Características clínico epidemiológicas de pacientes con síndrome coronario agudo de la unidad de cuidados intensivos del Hospital Félix Torrealva Gutiérrez. Ica, Perú. *Revista Médica Panacea*, 2(3).
5. Estupiñán, J. F. C., Junoy, F. N., & Díaz, J. M. O. (2016). Caracterización de pacientes diagnosticados con sepsis en una unidad de cuidados intensivos de Bucaramanga, Colombia 2010-2011: estudio descriptivo. *Archivos de Medicina (Col)*, 16(1), 53-60.
6. Bueno Mamani AbaK, Características clínicas y perfil de resistencia bacteriana en hemocultivos de pacientes en UCI de hospital Honorio Delgado Arequip 2017,
7. **LAZARO ORDONIO, Eddy**. “Características clínicas y epidemiológicas de pacientes obstétricas admitidas en las unidades de cuidados intensivos y cuidados especiales del Hospital Regional Docente Trujillo. Tesis de grado, 2017
8. **ANCULLE HUAYNA Leydi**. “Características epidemiológicas y clínicas de los pacientes con ventilación mecánica del hospital Goyeneche, Tesis de grado,2017
9. **CASTRO Karen** Características clínico-epidemiológicas de los pacientes de una UCI, en Piura, tesis de grado, 2017.
10. **POPAYÁN Diego Illera**, Perfil epidemiológico y factores de riesgo en pacientes pertenecientes al servicio de UCI Hospital de Popayán, Cuenca, Ecuador (2015),

11. **YOLIMA PERTUZ et al**, Aspectos epidemiológicos de la sepsis, en el servicio de UCI de Santa Marta, Colombia, (2014)
12. **CARVAJAL ESTUPIÑÁN Juan Fernando et al**, Características de pacientes con sepsis en el servicio de UCI de Bucaramanga, Colombia (2016)
13. **TORRES MACEO José Manuel** Características clinicoepidemiológicas de pacientes con enfermedad cerebro vascular en una unidad de cuidados intensivos del Hospital Provincial Docente “Dr. Ambrosio Grillo Portuondo”, Cuba, 2017.
14. **RUIZ Carolina (Cuba 2018)**, Características y evolución de pacientes ingresados en la unidad de Cuidados Intensivos de un hospital publico de Cuba, 2017.
15. Ordonio, L., & Mischell, E. (2018). Características clínicas y epidemiológicas de pacientes obstétricas admitidas en las unidades de cuidados intensivos (UCI) y cuidados especiales (UCE) del Hospital Regional Docente de Trujillo.
16. Acuña Román, A. (2015). Características epidemiológicas, desarrollo de disfunción orgánica y factores asociados a mortalidad en los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital San Rafael de Alajuela durante el año 2014.
17. Castro Quispe, K. (2015). Características clínicas epidemiológicas de la mortalidad en niños ingresados a la uci del hospital III José Cayetano Heredia, Piura 2013-2014.
18. Mauricio Cuba, J. (2014). Características clínicas y epidemiológicas de las pacientes obstétricas, atendidas en la UCIM del HBT. 2011-2013. Basada en variables.
19. Solano, M. F., Lerma, F. A., Grau, S., Segura, C., & Aguilar, A. (2015). Neumonía por *Pneumocystis jiroveci*: características clínicas y factores de riesgo asociados a mortalidad en una Unidad de Cuidados Intensivos. *Medicina Intensiva*, 39(1), 13-19.
20. Varón-Vega, F. A., Hernández, A. M. U., & Rojas, J. O. P. (2019). Epidemiología, diferencias clínicas y desenlaces de pacientes con SDRA en unidades de cuidado intensivo de Colombia. *Acta Colombiana de Cuidado Intensivo*, 19(2), 74-80.
21. Peña, C. B., Pinzón, Y. A., Forero, Y. J., Pantoja, J. A., Giraldo, L. F., Bastidas, A. R., & Agudelo, S. I. (2016). Características de pacientes ingresados a la unidad de cuidado intensivo neonatal en la Clínica

Universidad de La Sabana. *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud*, 48(4), 480-485.

22. Avellaneda Talledo, D. (2019). Reporte de caso de paciente portadora de Linfoma no Hodking de células grandes primario gástrico estadio clínico Ila Neumonía por *Klebsiella pneumoniae* BLEE (+) resistente a carbapenems en Unidad de Cuidados Intensivos.
23. Vargas Belizario, C. H. (2018). Incidencia y características clínicas epidemiológicas relacionados a mortalidad en sepsis y shock séptico en el Servicio de UCI del Hospital III Goyeneche en los años 2015 al 2017.
24. Illera, D., Rivera, G., Orozco, A. E., Montenegro, V. D., & Vidal, C. O. (2015). Perfil epidemiológico y factores de riesgo en pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital San José, Popayán. *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad del Cauca*, 17(1), 14-19.
25. Bethencourt Colmenares, E. Y. (2014). Evaluación de las características epidemiológicas, score pronóstico y riesgo de desnutrición en pacientes Críticos: unidad de cuidados intensivos "Dr. Oscar Lander" Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera. Enero-julio de 2012.
26. Fores-Novales, B., Díez-Fores, P., & Aguilera-Celorrio, L. (2014). Características clínicas y epidemiológico de las tentativas de suicidio admitidas en una unidad de Cuidados Críticos. *Gaceta Médica de Bilbao*, 111(4).
27. Flores Pazo, R. L. (2019). Perfil epidemiológico de pacientes pediátricos admitidos en la unidad de cuidados intensivos generales del hospital regional de Huacho, 2016-2018.
28. Lazo Quevedo, M. V. (2019). *Perfil epidemiológico clínico del paciente hospitalizado por neumonía grave adquirida en la comunidad en el servicio de cuidados intensivos pediátricos del Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca 2017* (Master's thesis).
29. Ochoa, J. E. S., Ortiz, O. H., Arosemena, A., & Velásquez, Á. E. (2015). Descripción de 38 pacientes con tromboembolismo pulmonar ingresados a la unidad de cuidados intensivos: serie de casos. *Acta Colombiana de Cuidado Intensivo*, 15(3), 227-233.
30. Esquivel Borjas, P. (2016). Prevalencia y características clínicas de Enterocolitis Necrosante en RN Pretermino menores de 1500g en la

unidad de cuidados intensivos neonatales del Hospital Sergio Bernal de noviembre 2013 a noviembre 2015.

31. Peláez, J. C. P., Lozano, D. M. Á., & Ochoa, O. A. V. (2018). Características clínicas y de estancia hospitalaria en pacientes de unidad de cuidados intensivos que reciben terapia física en un hospital de alta complejidad. *Revista Colombiana de Medicina Física y Rehabilitación*, 28(1), 50-60.
32. Bertullo, F. V., & Cancela, M. (2017). Epidemiología de la injuria renal aguda y enfermedad renal crónica en la unidad de cuidados intensivos. *Rev Bras Ter Intensiva*, 29(4), 444-452.
33. Vásquez Calero, H. L. (2019). Características obstétricas, pre natales y de los hábitos nocivos de las gestantes en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Nacional Hipólito Unanue del año 2017-2018.
34. FLEITAS COLMAN, L. V. (2019). *CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE LOS RECIÉN NACIDOS INTERNADOS CON ENTEROCOLITIS NECROTIZANTE EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE SANTÍSIMA TRINIDAD, DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO DE JUNIO DE 2016 A JUNIO 2018* (Doctoral dissertation, FCM-UNCA).
35. Salazar Cacho, I. E. (2019). Características clínicas y laboratoriales en pacientes con diagnóstico de enterocolitis necrotizante hospitalizados en el servicio de cuidados intensivos neonatales del Hospital Regional Docente de Cajamarca en el año 2018.
36. López Aguirre, W. J. (2019). " *CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y TOMOGRÁFICAS DEL TRAUMATISMO CRÁNEO ENCEFÁLICO GRAVE. UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS. HOSPITAL LUIS VERNAZA. OCTUBRE 2017-OCTUBRE 2018* (Master's thesis).
37. Ramírez Calderón, J. L. (2019). Perfil clínico y epidemiológico de los pacientes de la unidad de cuidados intermedios II del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, Essalud, Chiclayo-2019.
38. Carlos, J. N. L., & Enrique, A. C. D. *CARACTERIZACIÓN DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS ASOCIADAS A VENTILACIÓN MECÁNICA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.*
39. SILVA DOMINGUEZ, M. E. (2019). *EPIDEMIOLOGÍA DE RECIÉN NACIDOS QUE INGRESARON A LA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO NEONATAL DEL HOSPITAL REGIONAL DE CNEL.*

OVIEDO, DE ENERO A DICIEMBRE 2017 (Doctoral dissertation, FCM-UNCA).

40. Mosquera, M. P., Santos, J. E. O., Álvarez, L. Y. O., & Martínez, M. L. G. (2016). Caracterización de la resistencia antimicrobiana en las unidades de cuidados intensivos. *Revista Universidad Médica Pinareña*, 12(1), 14-24.
41. Rodríguez, M. M., Tacuba, J. L. A., Verdiguél, D. G., Valerio, R. H., & González, A. L. Comportamiento epidemiológico del traumatismo torácico en las unidades de cuidados intensivos de hospitales de trauma.
42. Jiménez, A. J. P., López, R. R., & Carrión, M. I. H. (2018). Pacientes con diagnóstico de quilotórax neonatal ingresados en nuestra Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal de tercer nivel. *Comps. M^a del Mar Molero José Jesús Gázquez M^a del Carmen Pérez-Fuentes*, 99.
43. Melquicedec, C. M. (2017). *Artritis Séptica en Pacientes Pediátricos Ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital de Niños Francisco de Ycaza Bustamante año 2016* (Master's thesis, Universidad de Guayaquil, Dirección de Posgrado, Maestría en Investigación Clínica y Epidemiológica).
44. Ortiz, G., Dueñas, C., Rodríguez, F., Barrera, L., de La Rosa, G., Dennis, R., ... & Jaimes, F. (2014). Epidemiology of sepsis in Colombian intensive care units. *Biomedica*, 34(1), 40-47.
45. Peña Santiago, M. (2016). Incidencia y perfil epidemiológico de sepsis en una Unidad de Cuidados Intensivos de un hospital de alta especialidad. *Evidencia Médica e Investigación en Salud*, 8(S1), 21.
46. Carbajal López, R. A. (2018). Características clínicas y epidemiológicas asociadas a infecciones del tracto urinario por uropatógenos blee, hospital regional de Loreto 2017-2018.
47. Fleitas Mendoza, E. E., Ortiz Ovelar, C., Ferreira Gaona, M. I., & Díaz Reissner, C. V. (2015). Caracterización epidemiológica del dengue en la Unidad de Terapia Intensiva Adultos. Hospital Central" Dr. Emilio Cubas" del Instituto de Previsión Social, Paraguay: Epidemiological characterization of dengue in the " Dr. Emilio Cubas" Adult Intensive Care Unit. Central Hospital of the Social Security Institute, Paraguay. *Memorias del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud*, 13(1), 31-40.
48. Peñafiel, G., Kelly, M., & Mera Chapi, G. D. (2017). Características clínicas del Lupus Eritematoso Sistémico en pacientes ingresados en

el Hospital Luis Vernaza de Guayaquil, con énfasis en Terapia Intensiva, durante el período 2015–2017.

49. Tobar Cárdenas, M. D. R., & Vásquez Bajaña, V. B. (2017). *Perfil epidemiológico, factores de riesgo y complicaciones de neumonía en neonatos ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos* (Doctoral dissertation, Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Medicina).
50. Dávalos Palomino, A. D., Gil Guevara, M. G., & Cabrera Altamirano, T. N. (2019). Relación de los factores clínicos y escalas predictoras con la mortalidad en pacientes con trauma en una Unidad de Cuidados Intensivos Generales en un hospital de tercer nivel de Lima-Perú.
51. Zonta, F. N. S., Velasquez, P. G. A., Velasquez, L. G., Demetrio, L. S., Miranda, D., & Silva, M. C. B. D. (2018). Características epidemiológicas e clínicas da sepse em um hospital público do Paraná. *Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção*, 8(3), 224-231.
52. Ribeiro, C. L., Barbosa, I. V., da Silva, R. S. M., Cestari, V. R. F., Penaforte, K. L., & Custódio, I. L. (2018). Caracterização clínica dos pacientes sob ventilação mecânica internados em unidade de terapia intensiva. *Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental online*, 10(2), 496-502.
53. Morón Rodríguez, M., Navarro Machado, V. R., & Vázquez Cedeño, J. L. (2016). Caracterización clínico-analítica de pacientes con lesión renal aguda en una unidad de cuidados intensivos de adulto, Cienfuegos, 2014. *Revista Cubana de Medicina Intensiva y Emergencias*, 15(3), 55-69.
54. Zapana, L. A. C. (2014). *Características clínico-laboratoriales de los pacientes con shock séptico en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Nacional Arzobispo Loayza* (Doctoral dissertation, UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS).
55. de Matos, I. P., da Costa, K. K. S., Matos, S. M., Elizabete, M., França, A. S., de Montalvão Serrão, A. C. F., ... & Guimarães, J. V. Perfil epidemiológico de pacientes obstétricas em uma unidade de terapia intensiva em um hospital de referência materno infantil. *Revista Eletrônica Acervo Saúde/Electronic Journal Collection Health ISSN*, 2178, 2091.

56. Flores, D. D. M. (2017). Características epidemiológicas de lactentes internados por bronquiolite viral aguda em unidade de terapia intensiva pediátrica.
57. Silva, P. B. D. (2016). Perfil epidemiológico da lesão renal aguda no cenário de terapia intensiva.
58. Huertas Vaquero, M. (2014). Epidemiología clínica y microbiológica de la infección/colonización por *Acinetobacter baumannii* en la unidad de cuidados intensivos del Hospital General La Mancha Centro durante los años 2007/2009.
59. dos Santos, A. M., de Souza, G. R. B., & de Oliveira Devezas, A. M. L. (2018). Sepsis em adultos na unidade de terapia intensiva: características clínicas/Sepsis in adult patients in the intensive care unit: clinical characteristics. *Arquivos Médicos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo*, 61(1), 3-7.
60. PASSOS, K. S., & SANTOS, M. R. (2019). CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL CLÍNICO E EPIDEMIOLOGICO DE PACIENTES ADMITIDOS EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA.
61. González Ulloa, J. A. (2015). Caracterización de la evolución clínica de los pacientes con diagnóstico de bronquiolitis que son admitidos en UCIP (Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos) del Hospital Nacional de Niños Dr. Carlos Saénz Herrera según su nivel de sodio de 1 de enero 2013 al 31 enero 2014.

ANEXOS

ANEXO 1: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE			
CARACTERISTICAS CLINICAS-EPIDEMIOLOGICAS			
Indicador	ITEMS	Nivel de medición	Instrumento
Epidemiológico: - Edad - Género	Años cumplidos Femenino/Masculino	Cuantitativa Nominal	Ficha de recolección de datos
Clínicas: -Servicio de procedencia -Diagnóstico de ingreso -Requerimiento de ventilación mecánica -Días de estancia	Medicina/Cirugía General/Emergencia/URPA/Ginecobstetricia/Neurocirugía/Cirugía de tórax Insuficiencia respiratoria/Shock/Sepsis/Falla Cardíaca/POAR/IMA/PO craneotomía/PO cirugía cardíaca/TEC/Loxocelismo/Asma Si/No Días	Nominal Nominal Nominal Cuantitativa	Ficha de recolección de datos

Condición de egreso:			
-Servicio de destino	Medicina/Neurocirugía/Cirugía general /Cirugía de tórax/Ginecología	Nominal	Ficha de recolección de datos
-Fallecimiento	Si/No	Nominal	

ANEXO 2: INSTRUMENTO



UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

TITULO: CARACTERÍSTICAS CLINICO-EPIDEMIOLOGICAS DE LOS PACIENTES DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE – 2018

AUTOR: Lesly Susana Alfaro Tolentino

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Ficha N° _____

Historia clínica N° _____

1.- Factores epidemiológicos

Edad: ____ Años

Género: () masculino () femenino

2.- Características clínicas:

Servicio procedente:

Medicina () Cirugía general () emergencia () URPA ()
Ginecobstetricia () Cirugía especialidades: neurocirugía () cirugía de tórax ()

Diagnóstico de ingreso:

Shock () Sepsis () Falla cardiaca () Po. Cesárea () POAR ()
IMA () Po. Craneotomía () Po Cirugía cardiaca () TEC ()
Loxocelismo () Insuficiencia respiratoria: Asma () IRA ()

Ventilación mecánica: (SI) (NO)

Días de estancia: _____

3.- Condición de egreso

Servicio de destino: E1-Medicina () E2-Cirugía general () B2-
Ginecología () C2-Neurocirugía () D2-Cirugía de Tórax ()

Falleció (SI) (NO)

ANEXO 3: VALIDEZ DE INSTRUMENTO – CONSULTA EXPERTOS

Informe de Opinión de Experto

I.- DATOS GENERALES:

II.- ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

1.1 Apellidos y Nombres del Experto: Bazán Rodríguez Elsi

1.2 Cargo e institución donde labora: *Docente VPSJB*

1.3 Tipo de Experto: Metodólogo Estadístico

1.4 Nombre del instrumento: Ficha de recolección de datos

1.5 Autor (a) del instrumento: Lesly Susana Alfaro Tolentino

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00 - 20%	Regular 21 - 40%	Buena 41 - 60%	Muy Buena 61 - 80%	Excelente 81 - 100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					85%
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					85%
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre las características clínicas-epidemiológicas de los pacientes en UCI (variables).					85%
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					85%
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					85%
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer las características clínicas-epidemiológicas de los pacientes de la unidad de cuidados intensivos					85%
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					85%
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					85%
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación descriptiva (tipo de investigación)					85%

III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

..... *Aplica* (Comentario del juez experto respecto al instrumento)

IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN

85%

Lugar y Fecha: Lima, 10 Enero de 2020

Elsi Bazán Rodríguez

 ELSI BAZÁN RODRÍGUEZ
 COESPÉ N° 444

Firma del Experto
 D.N.I N° 99209983
 Teléfono 977 014 879

Informe de Opinión de Experto

I.- DATOS GENERALES:

II.- ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto:
Dra. Jenny Zabaleta Oliver
- 1.2 Cargo e institución donde labora:
- 1.3 Tipo de Experto: Especialista Estadístico Metodólogo
- 1.4 Nombre del instrumento: Ficha de recolección de datos
- 1.5 Autor (a) del instrumento:
Lesly Susana Alfaro Tolentino

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente	Regular	Buena	Muy Buena	Excelente
		00 – 20%	21 – 40%	41 – 60%	61 – 80%	81 – 100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.				80	
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas				80	
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre las características clínicas-epidemiológicas de los pacientes en UCI (variables).				80	
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los items.				80	
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.				80	
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer las características clínicas-epidemiológicas de los pacientes de la unidad de cuidados intensivos				80	
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.				80	
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.				80	
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación descriptiva (tipo de investigación)				80	

III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

Aplicable (Comentario del juez experto respecto al instrumento)

IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN

Lugar y Fecha: Lima, 10 Enero de 2020

80/

Firma del Experto

D.N.I N° 8090153

Teléfono 998420430


 MINISTERIO DE SALUD
 HOSPITAL VITARTE

 Dra. JENNY ZAVALETA OLIVERI
 Médico Internista
 C.O.P. 42450 RNE. 034029

Informe de Opinión de Experto

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto:
Dr. Bryson Walter
- 1.2 Cargo e institución donde labora:
- 1.3 Tipo de Experto: Especialista Estadístico
Metodólogo
- 1.4 Nombre del instrumento: Ficha de recolección de datos
- 1.5 Autor (a) del instrumento:
Lesly Susana Alfaro Tolentino

I.- DATOS GENERALES:

II.- ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00 - 20%	Regular 21 - 40%	Buena 41 - 60%	Muy Buena 61 - 80%	Excelente 81 - 100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.				80	
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas				80	
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre las características clínicas-epidemiológicas de los pacientes en UCI (variables).				80	
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.				80	
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.				80	
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer las características clínicas-epidemiológicas de los pacientes de la unidad de cuidados intensivos				80	
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.				80	
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.				80	
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación descriptiva (tipo de investigación)				80	

III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

Apliable (Comentario del juez experto respecto al instrumento)

IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN

Lugar y Fecha: Lima, 10 Enero de 2020

80%

Firma del Experto

D.N.I. N° 08819190

Teléfono 996040

DR. WALTER BRYSON MALCA
Médico Asistente de la Unidad
de Terapia Intensiva
C.M.P. N° 14880 - R.N.E. N° 7009
Hospital Nacional "Hipólito Unzueta"

ANEXO 4: MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES E INDICADORES
<p>General:</p> <p>PG: ¿Cuáles son las características clínicas-epidemiológicas de los pacientes de la unidad de cuidados intensivos del hospital nacional Hipólito Unanue – 2018?</p> <p>Específicos:</p> <p>PE1: ¿Cuáles son las características epidemiológicas de los pacientes de la unidad de cuidados intensivos del hospital nacional Hipólito Unanue – 2018?</p> <p>PE2: ¿Cuáles son las características clínicas de los pacientes de la unidad de cuidados intensivos del hospital nacional Hipólito Unanue –</p>	<p>General:</p> <p>OG: Describir las características clínicas-epidemiológicas de los pacientes de la unidad de cuidados intensivos del hospital nacional Hipólito Unanue – 2018</p> <p>Específicos:</p> <p>OE1: Reconocer las características socio demográficas de los pacientes de la unidad de cuidados intensivos del hospital nacional Hipólito Unanue – 2018</p> <p>OE2: Identificar las características clínicas de los pacientes de la unidad de cuidados intensivos del hospital</p>	<p>General:</p> <p>Este estudio por de nivel Descriptivo NO requiere de Hipótesis general ni específica</p>	<p>Variable de estudio:</p> <p>CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS-EPIDEMIOLÓGICAS</p> <p>-Epidemiológico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Edad • Genero <p>-Clínicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicio de procedencia • Diagnostico principal de ingreso • Requerimiento de ventilación mecánica • Días de estancia en uci <p>-Condición de egreso:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicio de destino

<p>2018?</p> <p>PE3: ¿Cuáles es la condición de egreso de los pacientes de la unidad de cuidados intensivos del hospital nacional Hipólito Unanue – 2018?</p>	<p>nacional Hipólito Unanue – 2018</p> <p>OE3: Establecer la condición de egreso de los pacientes de la unidad de cuidados intensivos del hospital nacional Hipólito Unanue – 2018</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Fallecimiento
Diseño metodológico		Población y Muestra	Técnicas e Instrumentos
<p>- Nivel: Descriptivo</p> <p>- Tipo de Investigación: Observacional, Retrospectivo y Transversal</p>	<p>Población: Este estudio contará con todos aquellos pacientes que fueron ingresados al servicio de UCI del Hospital Nacional Hipólito Unanue, durante el año 2018. (N=245)</p> <p>Criterios de inclusión:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pacientes hospitalizados en el servicio de UCI durante el 2018. - Pacientes en estado crítico, que pertenezcan al servicio de UCI. - Pacientes mayores de 18 años en el servicio de UCI en el 2018. - Pacientes derivados de cualquier servicio. <p>Criterios de exclusión:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pacientes críticos que no 	<p>Técnica: Análisis documental</p> <p>Instrumentos: Ficha de recolección de datos</p>	

	<p>pertenezcan al servicio de UCI.</p> <ul style="list-style-type: none">- Pacientes menores de 18 años.- Historias clínicas que no cuenten con los exámenes o datos referidos.- Historias clínicas incompletas. <p>Criterios de exclusión:</p> <ul style="list-style-type: none">- Pacientes críticos que no pertenezcan al servicio de UCI.- Pacientes menores de 18 años.- Historias clínicas que no cuenten con los exámenes o datos referidos.- Historias clínicas incompletas. <p>Muestra:</p> <p>Para la ejecución de este estudio se trabajará e incluirá al número total de nuestra población, antes mencionada, debido a que es pequeña.</p>	
--	--	--

