UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de Loja

ÁREA BIOLÓGICA

TITULACIÓN DE MÉDICO

"Principales causas de morbimortalidad en pacientes adultos mayores de 15 años hospitalizados para tratamiento quirúrgico en el Hospital de la Universidad Técnica Particular de Loja durante mayo 2007- abril 2012".

TRABAJO DE FIN DE TITULACIÓN.

AUTOR: Piedra Alvarez, Nathalie Alejandra

DIRECTOR: Gordillo Gordillo, Ángel Alfonso, Dr.

LOJA – ECUADOR

2014

APROBACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE FIN DE TITULACIÓN

Doctor.

Ángel Alfonso Gordillo Gordillo

DOCENTE DE LA TITULACIÓN

De mi consideración:

El presente trabajo de fin de titulación: Principales causas de morbimortalidad en pacientes adultos mayores de 15 años hospitalizados para tratamiento quirúrgico en el Hospital de la Universidad Técnica Particular de Loja durante mayo 2007- abril 2012 realizado por Piedra Álvarez Nathalie Alejandra, ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por cuanto se aprueba la presentación del mismo.

Loja, octubre de 2014

f)……..

DECLARACION DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

“Yo Piedra Álvarez Nathalie Alejandra declaro ser autor (a) del presente trabajo de fin de titulación: Principales causas de morbimortalidad en pacientes adultos mayores de 15 años hospitalizados para tratamiento quirúrgico en el Hospital de la Universidad Técnica Particular de Loja durante mayo 2007- abril 2012, de la Titulación de Médico, siendo Ángel Alfonso Gordillo Gordillo director del presente trabajo; eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales. Además certifico que las ideas, conceptos, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo investigativo, son de mi exclusiva responsabilidad.

Adicionalmente declaro conocer y aceptar la disposición del Art. 67 del Estatuto Orgánico de la Universidad Técnica Particular de Loja que en su parte pertinente textualmente dice: “Forman parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos y tesis de grado que se realicen a través, o con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad.”

f…….

Autora Piedra Alvarez Nathalie Alejandra

Cédula 1103955975

DEDICATORIA

En la realización de este proyecto ha intervenido Dios quien sabiamente me ha guiado y permitido llegar a la culminación de una de mis metas.

A mis padres quienes han sido mi gran impulso y por quienes hoy estoy aquí, con su ejemplo me han enseñado a ser la persona que soy y constantemente me han aconsejado y han sabido orientarme y guiarme por este camino.

A mi esposo Francisco por ser mi amigo, mi compañero, y mi amor, por estar pendiente de mí siempre, por darme su amor y apoyo incondicional y alentarme a salir a delante.

A mi princesa Sofia Valentina, hija de mi vida, mi razón de ser y mi inspiración para cada día superarme

Los amo.

Nathalie Piedra Alvarez

AGRADECIMIENTO

El esfuerzo y sacrificio continuo me han permitido escalar un peldaño más de mi vida, alcanzar este logro me llena de satisfacción y sano orgullo, agradecida con Dios por ser el motor generador de mi vida y por haber extendido mis alas y permitirme llegar muy alto.

A mis amados padres, por ser el pilar fundamental de mi formación, basada en el respeto, amor y consideración por el prójimo a ellos que siempre han estado presentes en cada paso que he dado, por alentarme cuando me he sentido caer.

A mi esposo e hija, porque con su sola presencia me han alentado a seguir cuando pensaba ya no poder, ustedes llenan de felicidad cada día de mi vida, y es por eso que he luchado constantemente por alcanzar este sueño y lo seguiré haciendo con el mismo ahínco hasta alcanzar mis más grandes anhelos.

A las autoridades de la Universidad Técnica Particular de Loja, de la titulación de médico, a mis maestros quienes con sabiduría y paciencia han sabido enseñarme lo valioso que es el aprendizaje siempre que vaya de la mano con el buen trato a las personas para quienes nos estamos formando, de manera especial al Dr. Ángel Gordillo por su valiosa ayuda, paciencia y orientación sabia, porque con sus conocimientos ha ido hilando y fortaleciendo espacios que me han llenado de mucha duda, y de esa manera permitir que el término de este trabajo de investigación sea fructífero, tanto para mí formación como para las futuras generaciones.

Nathalie Piedra Alvarez

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CARÁTULA……..i

APROBACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE FIN DE TITULACIÓN.....ii

DECLARACIÓN DE AUTORÍA DE CESIÓN DE DERECHOS…….iii

DEDICATORIA……..iv

AGRADECIMIENTO……..v

INDICE DE CONTENIDOS……vi-vii

ÍNDICE DE TABLAS……...viii

ÍNDICE DE GRAFICOS……...ix

RESUMEN……..1

ABSTRACT…….2

INTRODUCCIÓN…….....3-4

OBJETIVOS……...5

MARCO INSTITUCIONAL…….....6-10

MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL……11

CAPÍTULO 1……...12-16

CAPITULO 2……...17-24

METODOLOGÍA……25-28

RESULTADOS E INTERPRETACIÓN…….29

RESULTADO N °1……....30-40

DISCUSIÓN…….....41-45

CONCLUSIONES……..46

RECOMENDACIONES……..47

BIBLIOGRAFÍA……..48-49

ANEXOS……...50

ANEXO 1 OFICIO DE AUTORIZACIÓN PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS……..51

ANEXO 2 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS……..……52

ANEXO 3 ORGANIGRAMA DEL HOSPITAL UTPL……..……53

ANEXO 4 LISTA DE VERIFICACIÓN PARA LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA……..…..54

ANEXO 5 FOTOGRAFÍAS……..……55

ANEXO 6 OFICIO DE ASIGNACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE FIN DE TITULACIÓN……56

ÍNDICE DE TABLAS

Tablas **Páginas**

Tabla N°1. Distribución por edad de pacientes hospitalizados para cirugía…….30

Tabla N°2. Principales causas de Morbilidad de pacientes hospitalizados para intervención quirúrgica……..31

Tabla N°3. Procedimientos realizados en quirófano en pacientes hospitalizado……..32

Tabla N°4. Principales causas de Morbilidad del género masculino hospitalizados para intervención quirúrgica……33

Tabla N°5. Principales causas de morbilidad del género femenino hospitalizadas para intervención quirúrgica……34

Tabla N°6. Principales causas de Morbilidad en pacientes de 15 a 19 años hospitalizados para cirugía……...35

Tabla N°7. Principales causas de Morbilidad en pacientes de 20 a 35 años hospitalizados para cirugía……..36

Tabla N°8. Principales causas de Morbilidad en pacientes de 36 a 49 años hospitalizados para cirugía……..37

Tabla N°9. Principales causas de Morbilidad en pacientes de 50 a 64 años hospitalizados para cirugía……...38

Tabla N°10. Principales causas de Morbilidad en pacientes de más de 65 años hospitalizados para cirugía……39

Tabla N°11. Distribución por Género de pacientes hospitalizados para cirugía…….40

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICOS **Páginas**

Gráfico N°1. Distribución por edad de pacientes hospitalizados para cirugía…….....30

Gráfico N°2. Principales causas de Morbilidad de pacientes hospitalizados para intervención quirúrgica……..31

Gráfico N°3. Procedimientos realizados en quirófano en pacientes hospitalizado……..32

Gráfico N°4. Principales causas de Morbilidad del género masculino hospitalizados para intervención quirúrgica……33

Gráfico N°5. Principales causas de morbilidad del género femenino hospitalizadas para intervención quirúrgica……34

Gráfico N°6. Principales causas de Morbilidad en pacientes de 15 a 19 años hospitalizados para cirugía……...35

Gráfico N°7. Principales causas de Morbilidad en pacientes de 20 a 35 años hospitalizados para cirugía……...36

Gráfico N°8. Principales causas de Morbilidad en pacientes de 36 a 49 años hospitalizados para cirugía……...37

Gráfico N°9. Principales causas de Morbilidad en pacientes de 50 a 64 años hospitalizados para cirugía……...38

Gráfico N°10. Principales causas de Morbilidad en pacientes de más de 65 años hospitalizados para cirugía……39

Gráfico N°11. Distribución por Género de pacientes hospitalizados para cirugía…….....40

RESUMEN

El objetivo es establecer las principales causas de morbimortalidad en pacientes adultos mayores de 15 años hospitalizados para tratamiento quirúrgico en el hospital UTPL mediante la revisión de historias clínicas con la finalidad de contribuir a la construcción de su perfil epidemiológico.

La metodología utilizada es análisis descriptivo retrospectivo, transversal y enfoque cuantitativo sobre la morbimortalidad en pacientes hospitalizados para cirugías del hospital UTPL durante mayo 2007-abril 2012.

En los resultados las principales causas de morbimortalidad quirúrgica son: cesárea y colelitiasis 15,63%, fracturas de múltiples regiones del cuerpo 10,19%, seguido de apendicitis con 7,77%, parto único espontáneo 6,31% y las hernias inguinal y umbilical 5,83%, aborto espontáneo y luxación 4,85% y desviación septal 4,37%, con predominio del género femenino 62%.

En conclusión el grupo etario predominante es de 20 a 35 años (50%), el femenino sobre el masculino (62%y38 %); la patología de mayor incidencia cesárea y la colelitiasis con 15,63%, y la de menor incidencia la desviación septal con 4,37%, cabe recalcar que no se ha encontrado complicación alguna con respecto a ninguna intervención quirúrgica ni en ninguna especialidad.

PALABRAS CLAVES: morbilidad, mortalidad, cirugía.

ABSTRACT

The aim is to establish the main causes of morbidity and mortality in elderly patients 15 years hospitalized for surgical treatment in the hospital UTPL by reviewing medical records in order to help build their epidemiological profile.

The methodology is retrospective, cross-sectional descriptive analysis, quantitative approach to morbidity and mortality in hospitalized patients UTPL hospital surgeries during May 2007-April 2012.

In the results the main causes of surgical morbidity and mortality are: 15.63% cesarean and cholelithiasis, fractures of multiple body regions 10,19%, followed by appendicitis with 7.77%, 6.31% single spontaneous delivery and inguinal hernias and umbilical 5.83%, spontaneous abortion and dislocated septal deviation 4.85% and 4.37%, with a predominance of the female gender 62%.

In conclusion, the predominant age group is 20 to 35 years (50%), female on male (62% and 38%); higher cesarean pathology incidence and cholelithiasis with 15.63%, and lower incidence of septal deviation 4.37%, it should be emphasized that it has not found any connection with any surgical intervention or any specialty complication.

KEYWORDS: morbidity, mortality, surgery.

INTRODUCCIÓN

La cirugía actualmente se ha constituido en uno de los principales medios de tratamiento y como medio diagnóstico de un sinnúmero de patologías, siendo esta muchas de las veces la única razón de ingreso de un paciente a un centro de atención hospitalaria, en busca de resolución de su padecimiento.

"Los avances científicos y tecnológicos en cirugía cada vez son mayores, pero a nivel mundial sobre todo en países con un nivel socioeconómico bajo como por ejemplo África, y otros países carecen de la capacidad quirúrgica necesaria para curar a sus heridos, y esta incapacidad de proporcionar cuidados quirúrgicos está contribuyendo a un aumento sustancial del número de víctimas mortales, sorprendentemente si tenemos en cuenta que al tercio más pobre de la población mundial tan sólo le corresponde el 3,5% de las operaciones quirúrgicas practicadas en todo el mundo. Muchos hospitales de esos países no tienen abastecimiento seguro de agua potable, oxígeno, electricidad o anestesias, lo que hace sumamente difícil que se puedan practicar en ellos hasta las operaciones quirúrgicas más básicas, de allí que la cirugía se considera un elemento clave en atención primaria, siendo también una intervención esencial para limitar la mortalidad. (Bae, 2011). "

Es importante establecer la igualdad o diferencia de presentación de las patologías quirúrgicas que son causa de la morbimortalidad de la población, ya que muchas de las veces son situaciones de emergencia que ameritan un tratamiento quirúrgico, en donde si no se actúa con rapidez y seguridad de cada caso, el paciente puede tener serios problemas de salud y secuelas importantes, teniendo en cuenta que cada grupo etario lleva consigo patologías asociadas que pueden precipitar aún más los cuadros y agudizar la enfermedad.

En América tenemos a Colombia cuyo sistema de salud es similar al nuestro al revisar el comportamiento de las principales causas de intervención quirúrgica se evidencia: "apendicitis con 12,25%, intervenciones quirúrgicas por trauma 20.8%, colelitiasis con 4%, hemorragia gastrointestinal no especificada con 3,705 y en décimo lugar la hernia inguinal unilateral no especificada con 1,83% entre otros. (Cantor, 2011). "

En nuestro país Ecuador, según el Anuario del Instituto Nacional de Estadísticas y censos, dentro de las Diez principales causas de morbilidad general dentro de las patologías que requirieron cirugía tenemos: colelitiasis 2,8%, apendicitis aguda 2,4%, hernia inguinal 1,3%, traumatismo intracraneal 1,1%, parto único espontáneo, seguido de parto por cesárea entre otros. (INEC, 2011).

Otro aspecto importante de nuestro estudio de investigación son las complicaciones quirúrgicas, "las cuales se definen en cirugía como aquellos procesos inesperados en la

evolución de un paciente operado, que alteran el tratamiento programado. Se describe que en el 0,5-15% de las intervenciones quirúrgicas se produce una re intervención; el 90% corresponde a cirugía de emergencia con un riesgo de re intervención de 6 veces en comparación de la electiva. (Mendiola, 2012). "

Siendo así el objetivo fundamental de este trabajo de investigación determinar cuáles son las principales patologías que han necesitado resolución quirúrgica, así como las complicaciones postquirúrgicas dependientes del proceso realizado en el Hospital UTPL, puesto que es necesario elaborar un perfil epidemiológico de este centro hospitalario en el cual no se cuenta con el mismo desde su creación, haciéndose esta herramienta estadística muy importante por la gran afluencia de pacientes, tanto por sus servicios como por sus instrumentos terapéuticos y diagnósticos actuales; por ello el cuerpo médico del Hospital UTPL, debe conocer dichas estadísticas, con el afán de que su capacitación permanente sea en torno a estas, y así tener las herramientas necesarias para brindar una atención de calidad a sus usuarios.

Para realizar este trabajo previamente se hizo una extensa revisión bibliográfica, a nivel internacional, nacional y local de las principales patologías de orden quirúrgico, con lo cual se puede justificar la necesidad y la realización de un perfil epidemiológico del Hospital UTPL desde el año 2007; luego se realizó la recolección de información de las historias clínicas del Área de estadística de dicho Hospital, utilizando una hoja de recolección de datos previamente elaborada; posteriormente se cuantificó el número de pacientes mayores de 15 años que se hospitalizaron para una intervención quirúrgica, luego se identificó a estos pacientes de acuerdo al grupo de edad y sexo, así como se determinó las principales complicaciones postquirúrgicas dependientes del proceso realizado con su correspondiente especialidad y con la respectiva descripción de los hallazgos encontrados.

OBJETIVOS

Objetivo general.

Establecer las principales causas de morbi-mortalidad en pacientes adultos mayores de 15 años hospitalizados para tratamiento quirúrgico en el Hospital de la Universidad Técnica Particular de Loja mediante la revisión de historias clínicas con la finalidad de contribuir a la construcción de su perfil epidemiológico.

Objetivos específicos.

- Determinar las principales causas de morbi-mortalidad en pacientes adultos mayores de 15 años hospitalizados para tratamiento quirúrgico en el Hospital UTPL según edad, sexo.
- Identificar las principales complicaciones quirúrgicas, que se presentaron en relación al procedimiento realizado y a la especialidad, en los pacientes mayores de 15 años hospitalizados para tratamiento quirúrgico en el Hospital UTPL.

1. MARCO INSTITUCIONAL

1.1. Historia.

El Hospital UTPL es una institución prestadora de servicios de salud que inicia la atención al público en el 2007. Se encuentra ubicado al norte de la Ciudad, en la Avenida Salvador Bustamante Celi, frente al parque recreacional Jipiro, en la cuarta y quinta planta del edificio de SOLCA, zona urbana de la Ciudad de Loja, Provincia de Loja, al sur del Ecuador.

El HUTPL está concebido para ofrecer a la comunidad calidad en el servicio, amabilidad de parte de sus profesionales y equipos de última generación puestos al servicio de los usuarios del Hospital. Es una entidad privada por pertenecer a personas jurídicas de derecho privado y ser responsables de la prestación de atención médica, ambulatoria y de hospitalización.

Misión:

Ser modelo de educación con el auspicio universitario de la UTPL, orientado a brindar un servicio médico integral, seguro y eficiente a sus pacientes.

Visión:

Ser un Hospital católico de referencia en el sur del país, al servicio del paciente y de la comunidad para asegurarle una asistencia médica de calidad y profundo respeto a su dignidad de persona.

Servicios que ofrece:

En el Cuarto piso:

- Servicio de urgencias
- Consulta externa: pediatría, medicina interna, cirugía, traumatología, medicina familiar, dermatología, urología, ginecología, entre otros.
- Farmacia interna
- Área de diagnóstico: Imagen: radiología, ecografía, tomografía axial computarizada; audiometría, electrocardiografía, espirometría y laboratorio clínico.
- Salud ocupacional
- Sala de video-conferencias

En el Quinto Piso:

- Hospitalización (con 14 camas, distribuidas en 8 habitaciones).
- Sala de quirófano (con torre de laparoscopía).
- Unidad de cuidados intensivos neonatales con una termocuna.

- Unidad de cuidados intensivos para adultos con dos ventiladores.
- Sala de recuperación postoperatoria.
- Capilla
- Sal de reuniones
- Oficina de seguros

"Dentro de las fortalezas que tiene el del Hospital UTPL está:

- Atención médica de calidad y con sentido humano.
- Alta tecnología
- Personal capacitado.
- Atención oportuna.
- Precios y tarifas accesibles.

Es importante mencionar que dentro de sus metas el Hospital UTPL dirige sus esfuerzos a impulsar la docencia y la investigación en un estrecho vínculo con la UTPL con el fin de contribuir al desarrollo de la salud en el Ecuador, buscando apoyar cambios sociales, económicos, de educación que mitiguen el sufrimiento y contribuyan al bienestar de la humanidad. " (Universidad Técnica Particular de Loja).

Personal que trabaja en el Hospital UTPL

ESPECIALIDADES	
Cirugía General	1 Profesional
Medicina Interna	2 Profesionales
Anestesiología	2 Profesionales
Neurología	1 Profesional
Medicina Familiar	3 Profesionales
Traumatología	3 Profesional
Otorrinolaringología	2 profesionales
Cuidados Intensivos	1 Profesional
Gastroenterología	1 profesional
Dermatología	1 Profesional
Pediatría	3 Profesionales
Ginecología	3 Profesionales
Patología Clínica	3 Profesionales
Radiología	3 Profesionales
Urología	2 Profesionales

MEDICINA GENERAL	
Médicos Generales	

RESTO DEL PERSONAL	
Enfermeras	10 Personas
Auxiliares de Enfermería	7 Personas
Laboratorio Clínico	2 Personas
Bioquímica y Farmacia	4 Personas
Radiología	3 Personas
Directivos Administrativos	3 Personas
Estadística	1 Persona
Recepcionistas	6 Personas
Servicios Institucionales	1Personas

Esta institución fue creada con el afán de ofrecer atención primaria, de buena calidad y con el mejor servicio humano a la comunidad en general, a través de las diferentes ramas de la medicina humana con las que actualmente cuenta la institución.

Hoy en día el hospital cuenta con un gran equipo humano que está presto a colaborar las 24 horas del día, tanto el personal de enfermería y médico están totalmente capacitados para dar soporte vital, y la ayuda necesaria ante cualquier necesidad médica para la población en general.

Es importante destacar que el Hospital continuamente ofrece atención gratuita en determinadas Jornadas Médicas a la población menos favorecida económicamente, con lo cual se corrobora la gran calidad humana del equipo de trabajo que está continuamente brindando su atención y con altos estándares de calidad.

Se recalca además la preparación continua por parte del personal médico, ya que constantemente asisten a congresos para actualizar sus conocimientos, mejorar técnicas, conocer nuevos aportes en avances médicos acerca de tratamientos nuevos en las diferentes patologías, y así poder mejorar la calidad de servicios.

El objetivo de este proyecto además de destacar las innumerables cualidades con las que el Hospital cuenta, sea con excelentes instrumentos de diagnóstico, con los mejores estándares en tecnología, así como un gran equipo humano, se ha visto la necesidad y la

importancia de elaborar un perfil epidemiológico de las patologías que han sido atendidas desde su creación, ya que de esta manera se contará con un registro estadístico que ayudará a reconocer cuales son las falencias que hay que reconstruir para brindar una mejor atención, así como cuáles son sus fortalezas para mantenerlas y de ser posible mejorarlas, y ofrecer así una atención óptima, un servicio integral que abarque todas las necesidades de la población que requiera de los servicios de esta institución.

Además al contar con estos datos estadísticos permitirá al equipo médico, prepararse aún más y estar alerta para cualquier emergencia, para saber cómo actuar y ofrecer a la ciudadanía la mejor atención, brindando seguridad y confianza que es una parte fundamental de la relación médico paciente y es lo que necesita cada persona al acceder a cualquier servicio de salud.

2. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

2.1. Capítulo 1.

"La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades; el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social. La salud de todos los pueblos es una condición fundamental para lograr la paz y la seguridad, y depende de la más amplia cooperación de las personas y de los estados. (OMS, 1948)."

El quebrantamiento de la salud, tiene múltiples causas como por ejemplo los determinados grupos de edad siendo más susceptibles las edades extremas de la vida, teniendo en cuenta que además hay factores asociados como enfermedades de larga cronicidad, o determinadas condiciones socioeconómicas que se convierten en limitantes para que mucha población no tenga acceso al servicio quirúrgico que en muchas ocasiones es el único medio para salvar la vida de un paciente.

"La enfermedad es un proceso y el estatus consecuente de afección de un ser vivo, caracterizado por una alteración perjudicial de su estado de salud. El estado o proceso de enfermedad puede ser provocado por diversos factores, tanto intrínsecos como extrínsecos al organismo enfermo: estos factores se denominan noxas. (Panamericana, 2012)."

Siendo los perfiles epidemiológicos una herramienta que nos permite evaluar el grado de morbimortalidad de las principales patologías que afectan a la población general, hay que tener en cuenta que "epidemiología es el estudio de la distribución y los determinantes del estado de salud-enfermedad o eventos en poblaciones específicas, estudia las causas de la aparición, propagación, mantenimiento y descenso de los problemas de salud en poblaciones, con la finalidad de prevenirlos o controlarlos; en epidemiología, no basta solo el mostrar el agente causal para que se produzca una enfermedad, sino que es necesaria la confluencia de una serie de condiciones y el reconocimiento de estas condiciones es el mayor desafío que la epidemiología debe enfrentar, sea en situaciones de emergencia como las de un brote o ante el surgimiento de una nueva enfermedad.

En el enfoque biomédico, se sostiene que los problemas de salud se propagan debido a ciertas características de quienes padecen el problema y que no se encuentran entre los que no lo padecen. Estas características son esencialmente individuales, aunque también pueden ser grupales o ambientales. La tarea de la epidemiología, según este enfoque, es encontrar factores específicos, pues de ello va depender la eficacia del control y la prevención. Esta ha sido la forma clásica de aproximación que ha usado la epidemiología, y

la que más se usa en la actualidad, por su concreción, objetividad y abundancia de procedimientos técnicos". (Alarcón, 2009).

Los instrumentos básicos que nos orientan a conocer cuál es la incidencia de las principales patologías que son causa de intervención quirúrgica, así como las principales enfermedades de tipo quirúrgico que por diferentes complicaciones han causado la muerte de muchos pacientes es sin duda la morbi-mortalidad; teniendo que ser necesario conocer su correcta interpretación.

"La morbilidad hospitalaria proporciona información para la planeación estratégica e implementación de acciones y programas de salud". (Velásquez, 2009).

"Los datos de mortalidad indican el número de defunciones por lugar, intervalo de tiempo y causa. " (Oms, 2013).

Es además importante conocer que dentro de la morbimortalidad, las cirugías siendo programadas o de urgencia son un factor importante que modifica el índice de la morbimortalidad, siendo cada vez más un predictor de salud o enfermedad.

"La cirugía viene siendo un componente esencial de la asistencia sanitaria en todo el mundo desde hace más de un siglo. Dada la creciente incidencia de los traumatismos, los cánceres y las enfermedades cardiovasculares, el peso de la cirugía en los sistemas de salud públicos irá en aumento. Se calcula que en todo el mundo se realizan cada año 234 millones de operaciones de cirugía mayor, lo que equivale a una operación por cada 25 personas.

Sin embargo, los servicios quirúrgicos están repartidos de manera desigual, pues el 75% de las operaciones de cirugía mayor se concentran en un 30% de la población mundial. A pesar del costo beneficio que puede tener la cirugía en cuanto a vidas salvadas y discapacidades evitadas, la falta de acceso a una atención quirúrgica de calidad sigue constituyendo un grave problema en gran parte del mundo. A menudo el tratamiento quirúrgico es el único que puede mitigar discapacidades y reducir el riesgo de muerte por afecciones comunes.

Se calcula que cada año 63 millones de personas se someten a intervenciones quirúrgicas por lesiones traumáticas, otros 10 millones por complicaciones relacionadas con el embarazo y 31 millones más por problemas oncológicos; siendo la tasa bruta de mortalidad registrada tras cirugía mayor del 0,5 al 5%". (OMs, 2008).

"La cirugía mayor es aquella que hace referencia a los procedimientos quirúrgicos más complejos, con más riesgo, frecuentemente realizados bajo anestesia general o regional (anestesia epidural, lumbar o espinal) y asistencia respiratoria, comportando habitualmente

cierto grado de riesgo para la vida del paciente o de grave discapacidad y en la que tanto la preparación para la misma, excepto en la cirugía de emergencia, como su recuperación puede tomar varios días o semanas. Cualquier penetración de la cavidad corporal (cráneo, tórax, abdomen o extensas cirugías de extremidades.) es considerada una cirugía mayor.

Una gran cantidad de intervenciones de cirugía mayor no conllevan de forma ineludible la hospitalización más allá de unas horas, realizándose a través de procedimientos llamados de cirugía ambulatoria, cirugía mayor ambulatoria, cirugía sin ingreso, cirugía de un día, cirugía en el mismo día, cirugía de pacientes externos o cirugía de alta precoz, iguales de seguros y con un mejor rendimiento económico, en las que las técnicas quirúrgicas y anestésicas son similares a las empleadas convencionalmente, con la salvedad de que se procura reducir al máximo el traumatismo ocasionado de forma que el paciente pueda regresar a su casa pocas horas después de la intervención.

La cirugía menor es la práctica de procedimientos quirúrgicos terapéuticos y/o diagnósticos de baja complejidad, que habitualmente no requieren reanimación postoperatoria, que se practican en régimen ambulatorio en pacientes sin problemas médicos coexistentes de riesgo, habitualmente con anestesia local o troncular, con un período mínimo de observación postoperatoria.

La cirugía menor incluye una serie de procedimientos quirúrgicos sencillos y generalmente de corta duración, realizados en centros de atención primaria o unidades hospitalarias, que tienen bajo riesgo y tras los que no son esperables complicaciones postquirúrgicas significativas, realizados sobre tejidos superficiales y/o estructuras fácilmente accesibles, bajo anestesia loco regional.

La diferencia entre la cirugía menor ambulatoria realizados en centros de atención primaria y la cirugía menor realizada en unidades hospitalarias es que si bien en ambos sitios pueden llevarse a cabo procedimientos quirúrgicos similares, los que se realizan en unidades hospitalarias pueden admitir pacientes con un ASA (Clasificación del Estado Físico de la Sociedad Americana de Anestesiología) superior o médicamente más complejos, porque ante cualquier complicación siempre se puede contar con el apoyo del resto de la dotación del hospital ". (Saínz, 2011).

Hay que tener en cuenta que actualmente los avances tecnológicos, están teniendo un auge muy importante en lo que ha cirugía se refiere, pues hay equipos quirúrgicos que han revolucionado en esta nueva era, facilitando así las intervenciones por medio de las cirugías, con nuevas técnicas, favoreciendo al paciente, disminuyendo su estancia hospitalaria, menor tiempo en la sala de cirugía, mejores resultados estéticos y una recuperación

postoperatoria menos prolongada lo que a su vez ha permitido que los pacientes retornen casi de inmediato a sus ocupaciones laborales, siendo esta última muchas de las veces el factor determinante para que un paciente decida operarse en el caso de una cirugía programada, pues la acelerada vida que se lleva obliga a los usuarios a una pronta re-inserción a sus trabajos.

Se hace indispensable conocer cuáles son las principales patologías de naturaleza quirúrgica que han sido la causa para su intervención.

"Se cita como ejemplo de América a Perú en el cual las principales causas de morbilidad de naturaleza quirúrgica son: colelitiasis que representan el 7,65%, seguidas de apendicitis aguda, leiomioma, y en séptimo lugar las hernias inguinales, seguido de otros procesos de morbilidad de tipo no quirúrgico. (Solis, 2011). "

También tenemos a México específicamente el Instituto mexicano del seguro social, en el cual la intervención más frecuente fue la operación por cesárea, que junto con las histerectomías, los legrados, la oclusión tubárica y las episiotomías concentran el 37,6%. Del porcentaje de las cesáreas el 8, 3% fue realizado en mujeres adolescentes, la segunda intervención de importancia fue la reducción de fracturas siendo más frecuente en hombres adultos (33,5%), destacan además las colecistectomías casi 6 veces más frecuente en las mujeres de 20 a 59 años. En cuanto al sexo 71% de las cirugías se realizó en mujeres y esta participación se redujo al 53% cuando se excluyen las intervenciones obstétricas; las intervenciones que destacan en el grupo de mujeres son las colecistectomías (80.4 %), laparotomías (69.3 %), ligadura y extirpación de venas varicosas (76.1 %) y las operaciones sobre médula espinal (89.1 %); en los hombres predominan la reducción de fracturas (61 %), las hernioplastias (56.7 %) y las operaciones en la región abdominal (58.2 %).En cuanto a los grupos de edad que más demandan servicios quirúrgicos, encontramos a las mujeres de 20 a 59 años, que aparecen con mayor frecuencia (55.8 %) cuando se analizan las principales intervenciones. (IMSS, 2009).

Haciendo una comparación de lo expuesto anteriormente es evidente que hay una estrecha relación sobre todo en lo que respecta a las intervenciones ginecológicas, siendo además el sexo femenino el que con mayor afluencia acude a los distintos centros hospitalarios, sin embargo no debemos dejar de lado el resto de patologías de tipo quirúrgico, sabiendo así que hay también una correlación importante en el orden de manifestación de estas, por lo que es manifiesto que tanto a nivel internacional como nacional se manejan similares patrones de presentación.

Siendo hoy en día la cirugía un medio muy importante para salvar la vida del paciente surge la necesidad de conocer cuáles son las principales patologías que llevan al paciente a someterse a una cirugía en resolución de su estado de salud, por lo que es de mucha importancia conocer las estadísticas de presentación de estas enfermedades, por grupos de edad y su prevalencia mayor tanto en el sexo femenino como masculino, para elaborar un perfil epidemiológico que permita al equipo de salud del Hospital de la Universidad Técnica Particular de Loja, estar preparados para ayudar ante cualquier situación, con las mejores herramientas tecnológicas , de diagnóstico así como con los mejores conocimientos médicos actuales para poder brindar una atención integral al paciente.

4.2. Capítulo 2.

"Complicación post-quirúrgica, es un resultado inesperado o no deseado en el proceso del tratamiento médico-quirúrgico, que provoca alargamiento de la estancia o algún tipo de discapacidad.

La evidencia de variaciones en la práctica clínica, junto con los crecientes costes asociados a los recursos limitados en la mayoría de los sistemas sanitarios en la última década, ha provocado un creciente interés en la evaluación de la calidad del trabajo quirúrgico; en la actualidad, los principales métodos de evaluación de resultados quirúrgicos de auditoría y seguridad de la calidad siguen siendo la mortalidad y la morbilidad.

Por lo tanto la medición de la morbilidad requiere una definición precisa de una complicación quirúrgica. Aunque la incidencia de complicaciones postoperatorias sigue siendo el marcador más frecuente de sustitución de la calidad en la cirugía, la relación directa de causa y efecto entre la cirugía y las complicaciones a menudo es difícil de evaluar. (Mitropoulos, 2012)."

"Aunque el propósito de la cirugía es salvar vidas, la falta de seguridad de la atención quirúrgica puede provocar daños considerables, lo cual tiene repercusiones importantes en la salud pública, dada la ubicuidad de la cirugía. En países industrializados se han registrado complicaciones importantes en el 3-16% de los procedimientos quirúrgicos que requieren ingreso, con tasas de mortalidad o discapacidad permanente del 0,4-0,8% aproximadamente. Los estudios realizados en países en desarrollo señalan una mortalidad del 5-10% en operaciones de cirugía mayor. La mortalidad debida solamente a la anestesia general llega a alcanzar en algunas partes del África subsahariana la cota de una muerte por cada 150 operaciones.

Las infecciones y otras causas de morbilidad postoperatoria también constituyen un grave problema en todo el mundo. Al menos siete millones de pacientes se ven afectados por complicaciones quirúrgicas cada año, de los que como mínimo un millón fallecen durante la operación o inmediatamente después.

El problema de la seguridad de la cirugía está ampliamente reconocido en todo el mundo. Estudios realizados en países desarrollados confirman la magnitud y omnipresencia del problema. En el mundo en desarrollo, el mal estado de las infraestructuras y del equipo, la irregularidad del suministro y de la calidad de los medicamentos, las deficiencias en la gestión organizativa y en la lucha contra las infecciones, la deficiente capacidad y formación del personal y la grave escasez de recursos financieros son factores que contribuyen a aumentar las dificultades" (OMs, 2008).

"Es necesario comparar las complicaciones de cada enfoque específico de forma sistemática, objetiva y reproducible. Hasta el momento no hay definiciones universalmente aceptadas para las complicaciones o directrices para notificar los resultados quirúrgicos. La notificación y clasificación de las complicaciones de una manera estructurada es solo un aspecto de la calidad de la notificación de resultado.

Las complicaciones luego de una cirugía se ven influenciadas por los factores de riesgos que son todos aquellos elementos (edad, enfermedades asociadas, tipo cirugía, etc.) que acentúan la agresión quirúrgica o que limitan la respuesta del organismo a la agresión (peritonitis, traumas, etc.). Todos son importantes, pero también son variables en cada uno de los casos.

Los factores de riesgos sean estos dependiente del enfermo, de la enfermedad de base o de la cirugía, están estrechamente relacionados, de tal forma que la acción de uno modifica los efectos o la importancia del otro.

Los factores pronósticos de gravedad y mortalidad, están reflejados actualmente en las denominadas escala de puntuación o índice de gravedad entre ellos Mannhein, Índice de la Sociedad Americana de Anestesiólogos (ASA), Escore SOFA (Sequential Organ Failure Assessment) Escore APACHE (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation) (tres versiones) Índice REISS9, SIDOM8 de Brúcelas, entre otros, pero cumplir las exigencias que ellos requieren para su aplicación al momento del ingreso del paciente de emergencia es casi imposible.

Todos los riesgos son importantes para el paciente y el médico que lo atiende y todos deben de ser estudiados con detenimiento, pero es indudable que el riesgo vital (signos vitales) es el que tiene mayor valor clínico y estadístico.

Los factores pueden clasificarse en tres grupos:

- Riesgos quirúrgico dependiente del paciente
    - Edad: La edad cronológica por sí sola, tiene poca influencia sobre el resultado, parece que influye más el deterioro de las reservas fisiológicas relacionadas con la edad y el aumento de la comorbilidad (diabetes, Insuficiencia renal crónica, ateroesclerosis, etc.). “Cuando la reserva fisiológica deben satisfacer la demanda adicional de la cirugía o una enfermedad aguda su rendimiento global puede deteriorarse”.

      Hay que tomar en cuenta que a mayor edad menor será el riego sanguíneo a los tejidos y órganos, la capacidad de los fibroblastos puede estar disminuida

por lo que habrá una mala cicatrización y mayor riesgo de dehiscencia de suturas "cuyo porcentaje es de 2,7". (Váldes, 2011).

- Obesidad: El tejido adiposo es poco vascularizado, haciéndose susceptible a procesos infecciosos, la acumulación de linfa o seromas, dehiscencia de suturas.
- Edema de tejidos u órganos: El edema provoca que no se aproximen adecuadamente los bordes de la anastomosis o suturas.

  Mal nutrición: La hepatopatología crónica acentúa el riesgo anestésico, se asocia a desnutrición, hipoalbuminemia, hipoproteinemia y trastorno de la coagulación.
- El déficit de vitaminas (la vitamina C actúa en la síntesis de colágeno, la vitamina A estimula la epitelización, la vitamina E estabiliza la cicatriz) retrasan el proceso de reparación de la cicatriz quirúrgica o de la anastomosis
- Enfermedades asociadas: Los pacientes diabéticos experimentan un significativo estrés preoperatorio y trans-operatorio y se estima que tienen un 50% más de morbimortalidad que los pacientes no diabéticos, además en el postoperatorio inmediato puede haber disfunción autonómica con periodos de hipotensión, en el post-operatorio mediato la función de los leucocitos va a estar alterada con una pobre cicatrización y mayor riesgo de procesos infecciosos.

  Los pacientes con ictericia (aumento de bilirrubina en tejidos) poseen efecto inhibitorio de la migración de los fibroblastos y la formación endotelial por el depósito de sales de bilirrubinas en los tejidos.

  Anemias pre y transquirúrgicas provocan déficit de la oxigenación a los tejidos lesionados y por lo tanto retardan la cicatrización.

  La patología renal produce desequilibrio hidro-electrolítico.
- Grado de contaminación de la cirugía:
  - Cirugía limpia: No se penetra a ningún órgano o sistema (respiratorio, digestivo, genitourinario, etc.), por lo común son cirugías electivas (mastectomía, tiroidectomía, hernias, etc.). Son heridas quirúrgicas no infectadas.
  - Cirugía limpia – Contaminada: Se penetra a un órgano o sistema, con contaminación mínima. Ejemplo de ellos: cirugía biliar, apendicitis no purulentas, cesáreas, cirugías vaginales, etc.
  - Cirugía contaminada: Cirugías en la cuales se ha abierto órganos o sistemas de forma traumática (arma de fuego, punzocortantes) o por

accidente sin técnica estériles, por lo común de menos de 4 horas de evolución.

- Cirugía sucia: Cirugías en la cual se encuentran secreciones purulentas o tejidos desvitalizados. La formación de procesos infecciosos con secreción purulenta, provoca la producción de fístulas de las rafias o anastomosis por dehiscencia de los tejidos. La hiperosmolaridad de las bacterias y los tejidos inflamados provocan acumulación de líquido en la cavidad.

- Cuerpos extraños en la cavidad: Como gasas, compresas, drenes, o la acumulación de líquidos (colecciones intra abdominales de sangre, pus, bilis, etc.), que se interponen en el sitio de cicatrización, sutura o anastomosis, provoca una reacción inflamatoria granulomatosa que interfieren en el proceso de curación debido a que dificulta la infiltración fibrovascular.
- Quimioterapia e inmunosupresores: Retrasan y deterioran las fases de cicatrización.
- Radiaciones: Provocan vasculitis isquémica a nivel de la herida en el proceso de cicatrización.

- Riesgo quirúrgico dependiente de la enfermedad de base: Cada enfermedad tiene su riesgo y su importancia depende del tipo de patología del tiempo de su actuación y del estado general del paciente, entre ellos se puede mencionar:
  - Enfermedades neoplásicas que provocan repercusiones sistémicas como hiponutrición, pérdida de peso y afección del estado inmunológico.
  - Enfermedades infecciosas e inflamatorias que provocan hipermetabolismo, liberación de mediadores citoquímicos, secuestro de líquido – electrolitos y proteínas y con todos ello la proliferación de flora bacteriana.
  - Los traumatismos y las consecuencias o afecciones que ellos producen como las lesiones de vísceras, huecas, grandes vasos u órganos nobles
- Diferencia de riesgo anestésico y riesgo quirúrgico dependiente de la cirugía
  - Riesgo de Anestesia: Cualquier factor de riesgo dependiente del paciente o de la enfermedad de base puede alterar la farmacodinamia de la medicación anestésica. Los fármacos anestésicos alteran la acción normal del sistema nerviosos central provocando depresión del sistema circulatorio (disminución de la resistencia periférica) y respiratorio con repercusiones al paciente severamente injuriado. La insuficiencia renal o hepática que podría tener el paciente provocará enlentecimiento de la eliminación del fármaco anestésico.

- Riesgo en el acto quirúrgico: La cirugía de urgencia de mayor morbimortalidad que las programadas. La técnica quirúrgica, para remover pus, abscesos, tejidos desvitalizados, manipulación de órganos sin provocar más daño del ya hecho es importante en la cirugía. La experiencia del cirujano para tomar las decisiones más adecuadas en el acto quirúrgico o durante la emergencia que se pueda suscitar en el transcurso de ella es otro factor de importancia. La duración o tiempo de la intervención también influye en el riesgo quirúrgico. (Moncayo, 2012)."

Las complicaciones postquirúrgicas que ocurren en el caso de haber realizado una cirugía de urgencia dependen del estado del paciente y de las comorbilidades asociadas, además los riesgos de complicaciones posteriores son menos cuando la cirugía se ha planificado con anterioridad pues se puede evaluar la salud del paciente y preparase así para tratar de evitar en lo posible las temibles complicaciones que en algunos casos suelen ser incapacitantes para el paciente.

Hay que tener en cuenta que dentro de todo el abanico de patologías que abarca la medicina, hay un sinnúmero de patologías que muchas de las veces se convierten en emergencias como por ejemplo el "dolor abdominal agudo es una causa frecuente de consulta en los servicios de urgencias de todo el mundo; en los Estados Unidos, anualmente, de 100 millones de visitas al servicio de urgencias, 5% son originadas por dolor abdominal, y compete a todo médico conocer a fondo sus características para determinar rápidamente la conducta que se debe seguir, dado que de su oportuna decisión puede depender el desenlace del paciente.

Uno de cada 20 pacientes que acuden al servicio de urgencia sin antecedentes de trauma, presenta dolor abdominal agudo, por lo que éste es uno de los problemas más frecuentes en la práctica diaria de los médicos generales y especialistas en diferentes áreas, que puede convertirse en un asunto complejo y plantea al médico una variedad de posibilidades diagnósticas que involucran diferentes órganos y sistemas. En general, 10% a 25% de los pacientes con dolor abdominal presentan un cuadro que requiere tratamiento quirúrgico. Por esta razón, el diagnóstico oportuno y el tratamiento apropiado del dolor abdominal agudo están entre los aspectos más importantes de la atención médica en urgencias. (Bejarano, 2011)."

"Tanto el diagnóstico como el manejo quirúrgico de la apendicitis han sido influenciados en las últimas dos décadas por la introducción de técnicas modernas de imágenes y de la cirugía mínimamente invasiva. Existen dos técnicas, la apendicectomía abierta y la apendicectomía laparoscópica. La controversia hoy no es la disyuntiva entre qué técnica

elegir, sino cuáles pacientes, complicados o no complicados, se benefician realmente de la apendicectomía laparoscópica, con mejores resultados en tiempo operatorio, tiempo y tipo de analgesia y antibióticos, dolor posoperatorio, estancia hospitalaria, complicaciones, incapacidad y mortalidad, puesto que los costos directos hospitalarios se aumentan, y no así los indirectos de incapacidad y retorno a las actividades normales.

En un estudio realizado en un centro hospitalario de Colombia dentro de las complicaciones postquirúrgicas de apendicectomía que se presentaron esta la infección de la herida con 8.8%, sero-hematoma 4,8%, absceso residual 0,8%, obstrucción intestinal 2,4% y hernia de la incisión 0.8%, esto ocurrió con la cirugía abierta mientras que el porcentaje de estas mismas complicaciones con cirugía laparoscópica fueron mucho menores. (Mosquera, 2012)."

Mención especial se merece "El área ginecológica, el área de mayor incidencia quirúrgica, por los embarazos en el cual las complicaciones por laparoscopía son raras, con una incidencia de 3 a 6 por cada 1.000 casos y la tasa de mortalidad está estimada en 3,3 por cada 100.000 procedimientos, estas aumentan directamente con el nivel de complejidad de los procedimientos y disminuyen con la experiencia del cirujano; dentro de las complicaciones tenemos: lesiones vasculares que tienen una incidencia de 0,01% a 0,64% pero son severas con una tasa de mortalidad del 9% y 17%; lesiones intestinales con una incidencia de 0,06% a 0,65%; lesiones urológicas se reportan con una incidencia de 0,03% a 0,13%, donde las lesiones de la vejiga son de 2 a 3 veces más frecuentes que las lesiones ureterales, hernias incisionales con una incidencia aproximada de 1%, las infecciones son raras representan aproximadamente 0,1% de los casos, entre otras. (Sepúlveda, 2011)."

Otra patología que debe ser mencionada es la litiasis biliar " es la enfermedad quirúrgica abdominal más común en el paciente geriátrico. Se ha demostrado que los eventos fisiológicos que suceden en la vesícula biliar durante el envejecimiento (como la estasis vesicular, el descenso de la síntesis de ácidos biliares y el incremento de la secreción hepática de colesterol) conllevan a que el paciente geriátrico tenga mayor riesgo de desarrollar colelitiasis.

Dentro de las complicaciones más comunes del paciente geriátrico sometido a colecistectomía laparoscópica o abierta.; en las trans-operatorias (4,2%) se distinguen la hemorragia del lecho hepático y la lesión de la vía biliar, mientras que entre las posoperatorias (9,3%) sobresalen las infecciones de origen respiratorio y abdominal, siendo su proporción mayor en las cirugías urgentes (36.8 %) que en las programadas (11.8 %)." (Albores, 2013).

Sin embargo hay que considerar que "estadísticas sobre las cirugías, tanto del número y tipo, no son muy difundidas a pesar de la enorme demanda del servicio dentro de los hospitales de segundo y tercer nivel.

La complejidad de las intervenciones quirúrgicas, lo innovador de mucho de sus instrumentos y aparatos tecnológicos, junto con la necesidad de especializarse en el manejo de las técnicas, hacen de la cirugía una especialidad médica en constante renovación.

El acto quirúrgico existe como una alternativa terapéutica indispensable en el quehacer médico, salva vidas e incrementa la sobrevivencia de pacientes con patologías degenerativas y crónicas.

El número de cirugías irá aumentando en la medida en que las nuevas técnicas de microcirugía vayan facilitando y mejorando los procedimientos. Sin embargo, es indispensable señalar que los riesgos siguen presentes ya que la contaminación de las heridas, las infecciones posquirúrgicas y las complicaciones inherentes a estas intervenciones no dejarán de existir. Hoy no se cuenta con datos fidedignos sobre este tipo de problemas y los sistemas de información se están adecuando para integrar cabalmente dicha información. Los esfuerzos institucionales en este campo se dirigen a mejorar la capacidad de respuesta en cuanto a la diversidad de procedimientos como a la oportunidad con la que se otorgan los servicios". (IMSS, Intervenciones Quirúrgicas, 2009).

"El riesgo de complicaciones está mal caracterizado en muchas partes del mundo, pero los estudios en los países industrializados han mostrado una tasa de mortalidad peri-operatoria de la cirugía con ingreso de 0,4 a 0,8% y una tasa de complicaciones mayores de 3 a 17%. Por lo tanto, la atención quirúrgica y sus complicaciones representan una carga sustancial de enfermedad que merece la atención de la salud pública a nivel mundial". (Haynes, 2012).

Por ello es conveniente además mencionar que actualmente y para mejorar la seguridad el paciente existe una lista de verificación de la seguridad de la cirugía elaborada por la Organización Mundial de la Salud.

"Las directrices de la Organización Mundial de la Salud para la seguridad de la cirugía aportan pruebas científicas sobre los elementos fundamentales para una atención quirúrgica segura que constituyen la base de la Lista de verificación. Mientras que las directrices aportan la base científica, la Lista de verificación es una herramienta sencilla y práctica que puede ser utilizada por cualquier equipo quirúrgico del mundo para garantizar de forma eficiente y rápida la observancia de medidas preoperatorias, intra-operatorias y posoperatorias que aportan al paciente beneficios demostrados.

Las directrices y la lista de verificación siguen un marco establecido para la seguridad de la atención intra-operatoria en los hospitales, el cual conlleva una secuencia sistemática de acontecimientos: evaluación preoperatoria del paciente, intervención quirúrgica y preparación para los cuidados postoperatorios adecuados, con sus respectivos riesgos, que deben ser mitigados.

En la fase preoperatoria puede intervenirse en: la obtención del consentimiento informado; la confirmación de la identidad del paciente, del lugar anatómico de la operación y del procedimiento que ha de realizarse; la comprobación de la seguridad del aparato de anestesia y la medicación, y la preparación adecuada de los acontecimientos intra-operatorios.

En la fase operatoria, para garantizar un resultado satisfactorio de la intervención quirúrgica, es necesario: un uso adecuado y prudente de los antibióticos; la disponibilidad de técnicas de imagen fundamentales; una monitorización adecuada del paciente; un trabajo en equipo eficiente; competencias anestésicas y quirúrgicas; una técnica quirúrgica meticulosa, y una comunicación eficiente entre los miembros del equipo (cirujanos, anestesistas, personal de enfermería). En el postoperatorio, un plan de cuidados claro, una buena comprensión de los sucesos intra-operatorios y el compromiso para mejorar la calidad pueden suponer un avance en la atención quirúrgica, favoreciendo así la seguridad del paciente y mejorando los resultados.

Así pues, todos los países pueden mejorar la seguridad de la atención quirúrgica si los hospitales:

- Utilizan la Lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía o instrumentos de seguridad similares para garantizar que las medidas destinadas a mejorar la seguridad de la cirugía se cumplen de forma sistemática y puntual
- Establecen una vigilancia sistemática de la capacidad, el volumen y los resultados quirúrgicos.

La Lista de verificación no es un instrumento normativo ni un elemento de política oficial; está pensado como herramienta práctica y fácil de usar para los clínicos interesados en mejorar la seguridad de sus operaciones y reducir el número de complicaciones y de muertes quirúrgicas evitables". (OMs, 2008).

Con esta nueva herramienta que la ciencia nos ofrece, se podrá reducir al mínimo las complicaciones de los pacientes que se intervienen quirúrgicamente, disminuyendo así el riesgo de morbimortalidad quirúrgica, para lo cual se pone en consideración esta lista de verificación para la seguridad de la cirugía. (Anexo4).

3. METODOLOGÍA

3.1. Tipo de estudio.

La presente investigación se realizó mediante un análisis de tipo descriptivo retrospectivo, transversal y enfoque cuantitativo sobre la morbi-mortalidad en pacientes hospitalizados para cirugías del Hospital UTPL durante mayo 2007-abril 2012

3.2. Universo.

En la presente investigación el universo estuvo constituido por el registro de las 24860 historias clínicas que se encuentran en el área de estadística del Hospital Docente UTPL.

3.3. Muestra.

3.3.1. Tamaño de la muestra.

La muestra del presente trabajo fueron las historias clínicas de pacientes adultos mayores de 15 años hospitalizados para tratamiento quirúrgico en el Hospital UTPL durante el período mayo 2007- abril 2012.

3.3.2. Tipo de muestreo.

En el presente proyecto de investigación el tipo de muestreo es no probabilístico por conveniencia.

3.3.2.1. Criterios de inclusión.

- Pacientes mayores de 15 años
- Pacientes con patología de resolución quirúrgica
- Pacientes hospitalizados en el servicio de cirugía
- Pacientes que fallecieron por una patología de resolución quirúrgica

3.3.2.2. Criterios de exclusión.

- Pacientes menores de 15 años con patología clínica
- Pacientes hospitalizados en otros servicios

3.3.3. Operacionalización de variables.

VARIABLE	DEFINICIÓN	INDICADOR	MEDICIÓN
Mortalidad	**Proporción de defunciones referido al total de habitantes en un tiempo y lugar determinado**	**Principales causas de mortalidad:** **Enfermedades hipertensivas** **Diabetes mellitus** **Influenza y neumonía** **Accidentes de transporte terrestre** **Enfermedades cerebrovasculares.**	**Frecuencia y Porcentaje de las principales causas de mortalidad.**
Morbilidad	**Proporción de pacientes con una enfermedad particular durante un año determinado por una determinada unidad poblacional**	**Principales causas de morbilidad según el INEC:** **Colelitiasis** **Apendicitis Aguda** **Hernias inguinales etc.**	**Frecuencia y Porcentaje de las principales causas de morbilidad.**
Características de los pacientes	**Cualidades de los pacientes, que definen sus rasgos y que los diferencia uno de otra persona.**	**Edad**	**Media y Desviación Estándar de la edad según el MSP:** **15- 19** **20-35** **36-49** **50 -64** **> 65**
		Sexo	**Frecuencia y Porcentaje de:** • **Sexo masculino** • **Sexo femenino**
Características de los servicios	**Condiciones que una institución brinda a los usuarios, para su uso y beneficio.**	**Especialidad**	**Frecuencia y porcentaje de especialidad:** **Cirugía Cardiovascular** **Cirugía General y del Aparato Digestivo** **Cirugía Oral y Maxilofacial** **Cirugía Ortopédica y Traumatología** **Cirugía Plástica, Estética y Reparadora** **Cirugía Torácica** **Neurocirugía**
		Procedimiento quirúrgico	**Frecuencia y porcentaje de tipo de cirugía:** **Planificada y Emergencia**
		Principales complicaciones quirúrgicas	**Frecuencia y Porcentaje de:** **Infección de la herida quirúrgica** **Seroma de la herida quirúrgica** **Íleo paralítico** **Fístula enterocutánea** **Choque séptico**

5.4.3 Métodos e instrumentos de recolección de datos.

5.4.3.1 Métodos.

El método que se utilizó en el presente proyecto de investigación es la observación no participante para establecer las principales causas de morbi-mortalidad en pacientes adultos

mayores de 15 años hospitalizados para tratamiento quirúrgico en el Hospital de la Universidad Técnica Particular de Loja.

5.4.3.2 Instrumentos.

El instrumento que se utilizó de acuerdo al método escogido para este proyecto investigativo es a través de una ficha diseñada para la recolección de datos.

5.4.4 Procedimiento.

Para realizar la presente investigación y cumplir los objetivos planteados, después de la revisión bibliográfica se realizó lo siguiente:

Con la autorización de la Directora de la institución, se realizó la recopilación de los datos a través de las historias clínicas que se encuentran disponibles en el archivo electrónico del HUTPL, el proyecto de investigación está conformado por 15 estudiantes, los cuales nos dividimos el trabajo de manera equitativa, se designó un día específico para que cada uno recoja los datos, luego se unió toda la información obtenida, y cada quien la clasificó de acuerdo a los temas asignados, luego se cuantificó el número establecido de pacientes adultos mayores de 15 años que han sido hospitalizados para tratamiento quirúrgico de manera general y luego por edad y por género, así como las complicaciones por especialidad y procedimiento quirúrgico realizado y finalmente se compararon los resultados obtenidos con los indicadores de las estadísticas de los hospitales a nivel nacional.

5.4.5 Plan de tabulación y análisis.

Para la tabulación de los datos recolectados, se elaboró una base de datos en el programa Microsoft Excel 2010 en donde además se presentaron los resultados en tablas y gráficos, lo cual determinará las principales causas de morbi-mortalidad en pacientes adultos mayores de 15 años hospitalizados para tratamiento quirúrgico en el hospital UTPL durante mayo 2007 – abril 2012.

4. RESULTADOS E INTERPRETACIÓN

4.1. Resultado 1.

Principales causas de morbimortalidad de los pacientes hospitalizados para tratamiento quirúrgico en el Hospital UTPL mayores de 15 años según edad y sexo.

Tabla 1. Grupos etarios de pacientes hospitalizados para cirugía

Grupos de edad	Frecuencia	Porcentaje
15 a 19 años	20	4,38
20 a 35 años	234	51,31
36 a 49 años	112	24,56
50 a 64 años	50	10,96
mas de 65 años	40	8,77
Total	456	100

Fuente: Ficha de recolección de datos
Elaboración: La autora

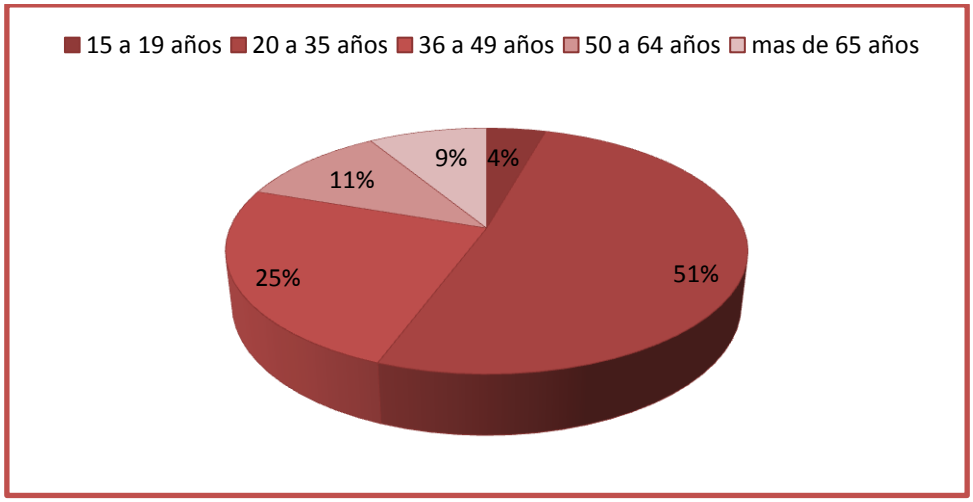


Figura 1. Grupos etarios de pacientes hospitalizados para cirugía

Fuente: Ficha de recolección de datos

Elaboración: La autora

El grupo de edad con mayor índice de hospitalización para tratamiento y procedimiento quirúrgico es de 20 a 35 años con 50%, y el grupo con menor afluencia es de 15 a 19 años con 4 % en el HUTPL.

Tabla 2. Principales causas de Morbilidad de pacientes hospitalizados para intervención quirúrgica

Código CIE 10	Indicador	Frecuencia	Porcentaje
O82	Parto único por cesárea	32	16,41
K81	Colelitiasis	32	16,41
T02	Fracturas	21	10,77
K35	Apendicitis	16	8,21
O80	Parto único espontáneo	13	6,67
K40-K42	Hernias	12	6,15
O03	Aborto espontáneo	10	5,13
T03	Luxación	10	5,13
J34	Desviación Septal	9	4,62
C20-50-56-52--61-73	Tumores	8	4,10
D25	Leiomioma	8	4,10
	Otras	24	12,3
	Total	195	100

Fuente: Ficha de recolección de datos

Elaboración: La autora

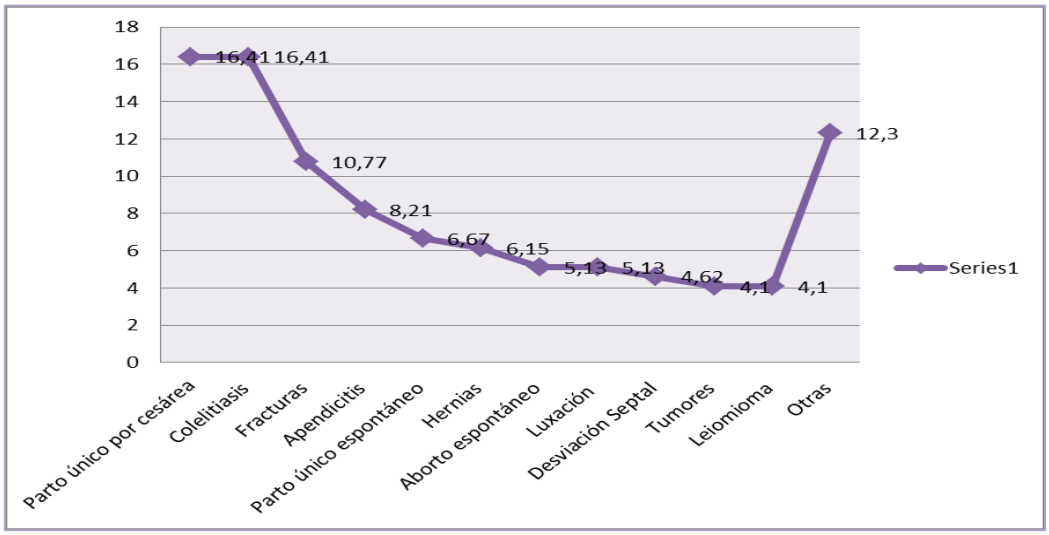


Figura 2. Principales causas de Morbilidad de pacientes hospitalizados para intervención quirúrgica

Fuente: Ficha de recolección de datos

Elaboración: La autora

La principal causa de morbilidad de pacientes hospitalizados para intervención quirúrgica es el parto único por cesárea y la colelitiasis con 16,41% mientras que los leiomiomas con 4,10 %, son los de menor incidencia.

Tabla 3. Procedimientos realizados en quirófano en pacientes hospitalizados

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
Endoscopia Digestiva Alta	197	75,48
Colonoscopia	29	11,11
Limpieza quirúrgica	11	4,21
Extracción de cuerpo extraño	6	2,31
Cistouretroscopía	5	1,92
Laparoscopia Diagnóstica	3	1,15
Extracción de catéter doble J	3	1,15
Destrucción por cualquier método de nevo	3	1,15
Destrucción por cualquier método de quiste folicular	2	0,81
Destrucción por cualquier método de lesion de párpado	2	0,81
Total	261	100

Fuente: Ficha de recolección de datos

Elaboración: La autora

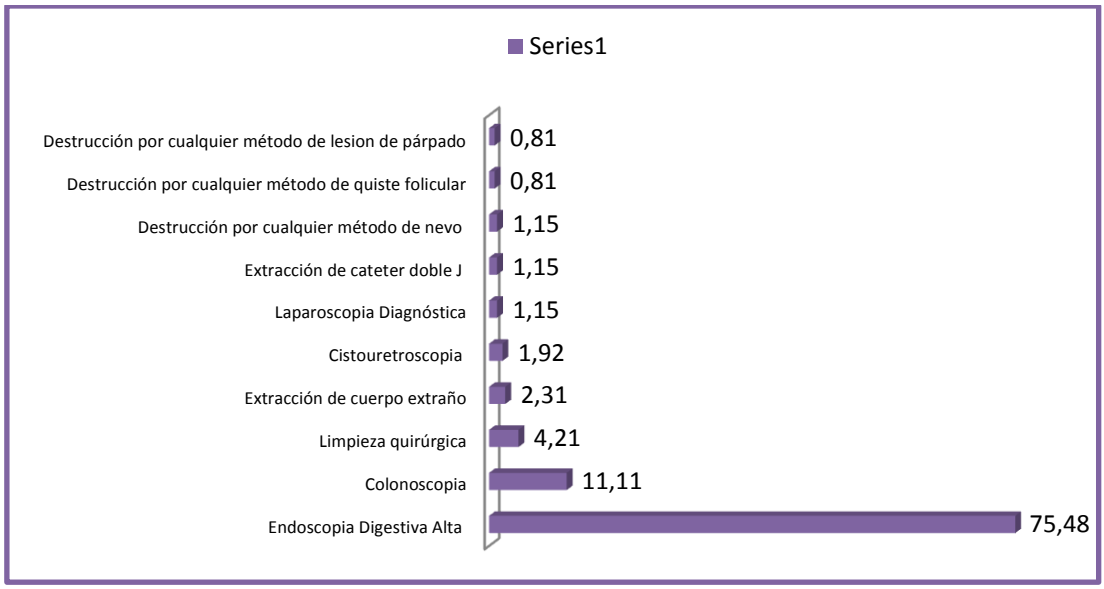


Figura 3. Procedimientos realizados en quirófano en pacientes hospitalizados

Fuente: Ficha de recolección de datos

Elaboración: La autora

El principal procedimiento realizado en quirófano de pacientes hospitalizados en el HUTPL son las Endoscopias digestivas altas con 79%, seguida de colonoscopia con 11,6%, y limpiezas quirúrgicas 4,21%.

Tabla 4. Principales causas de Morbilidad del género masculino hospitalizados para intervención quirúrgica

Código CIE 10	Indicador	Frecuencia	Porcentaje
T02	Fracturas	15	20,83
T03	Luxación	12	16,77
K40-K42	Hernias	8	11,11
K35	Apendicitis	7	9,72
K81	Colelitiasis	6	8,33
J34	Desviación septal	5	6,94
K65	Peritonitis	2	2,77
N40	Hiperplasia de próstata	2	2,77
C61-C73	Tumores	2	2,77
	Otras	13	18,06
	Total	72	100

Fuente: Ficha de recolección de datos

Elaboración: La autora

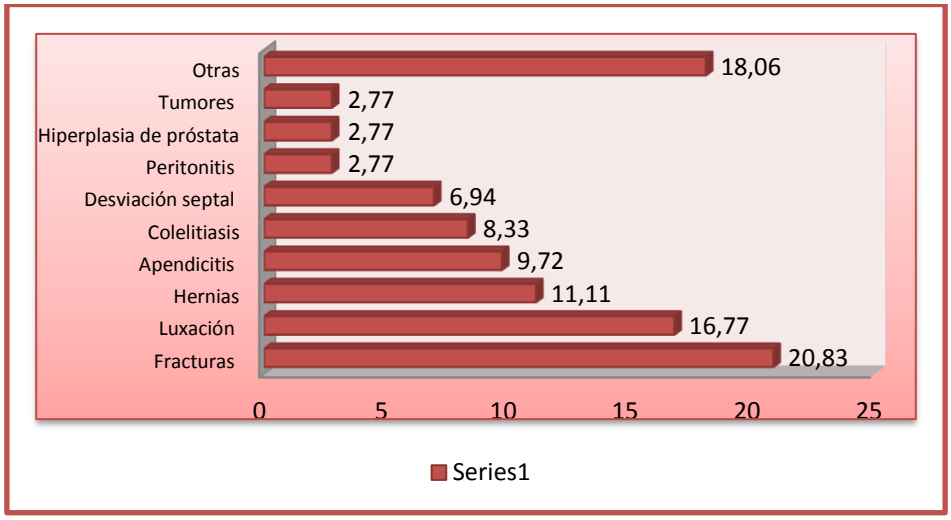


Figura 4. Principales causas de Morbilidad del género masculino hospitalizados para intervención quirúrgica.

Fuente: Ficha de recolección de datos

Elaboración: La autora

La principal causa de morbilidad masculina de pacientes hospitalizados para intervención quirúrgica son las Fracturas de múltiples regiones del cuerpo con 20,83%, y dentro de los de menor prevalencia esta la hiperplasia de próstata, la peritonitis, y los tumores con 2,77%.

Tabla 5. Principales causas de morbilidad del género femenino hospitalizadas para intervención quirúrgica

Código CIE 10	Indicador	Frecuencia	Porcentaje
O82	Parto único por cesárea	32	21,33
K81	Colelitiasis	26	17,33
O80	Parto único espontáneo	13	8,71
O03	Aborto espontáneo	10	6,66
K35	Apendicitis	9	6,00
D25	Leiomioma	8	5,33
T03	Fracturas	6	4,00
J34	Desviación septal	4	2,66
C20-50-52-56	Tumores	4	2,66
K40-K42	Hernias	4	2,66
N20	Cálculo del riñón o del uréter	4	2,66
	Otras	30	20,00
	Total	150	100

Fuente: Ficha de recolección de datos

Elaboración: La autora

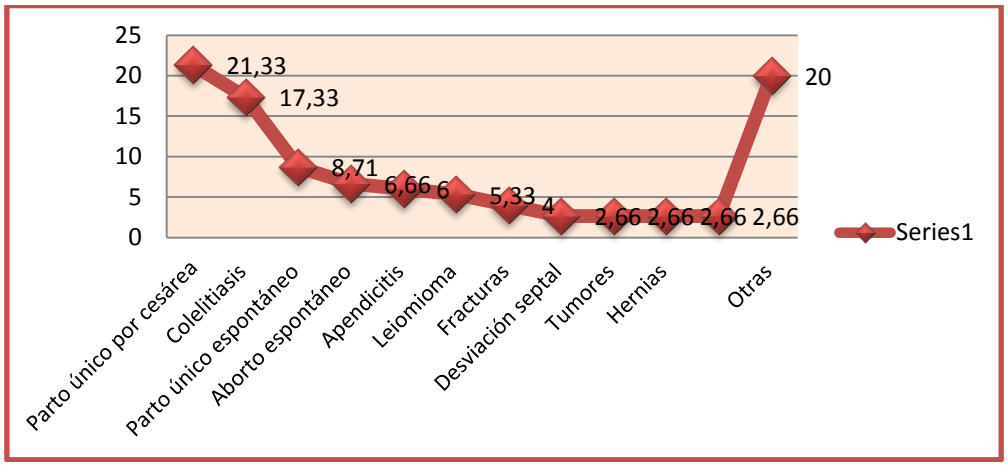


Figura 5. Principales causas de morbilidad del género femenino hospitalizadas para intervención quirúrgica

Fuente: Ficha de recolección de datos

Elaboración: La autora

Se puede observar que la principal causa de morbilidad femenina de pacientes hospitalizadas para intervención quirúrgica en el Hospital UTPL es el parto único por cesárea con 21,33 %, y la patología de menor presentación es el cálculo del riñón o del uréter con 2,66%.

Tabla 6. Principales causas de Morbilidad en pacientes de 15 a 19 años hospitalizados para cirugía

Código CIE 10	Indicador	Frecuencia	Porcentaje
T03	Luxación	2	16,66
K81	Colelitiasis	2	16,66
O00	Embarazo ectópico	2	16,66
S43	Fractura del fémur	1	8,33
J34	Desviación Septal	1	8,33
O82	Parto único por cesárea	1	8,33
O80	Parto único espontáneo	1	8,33
	Otras	2	16,66
	Total	12	100

Fuente: Ficha de recolección de datos
Elaboración: La autora

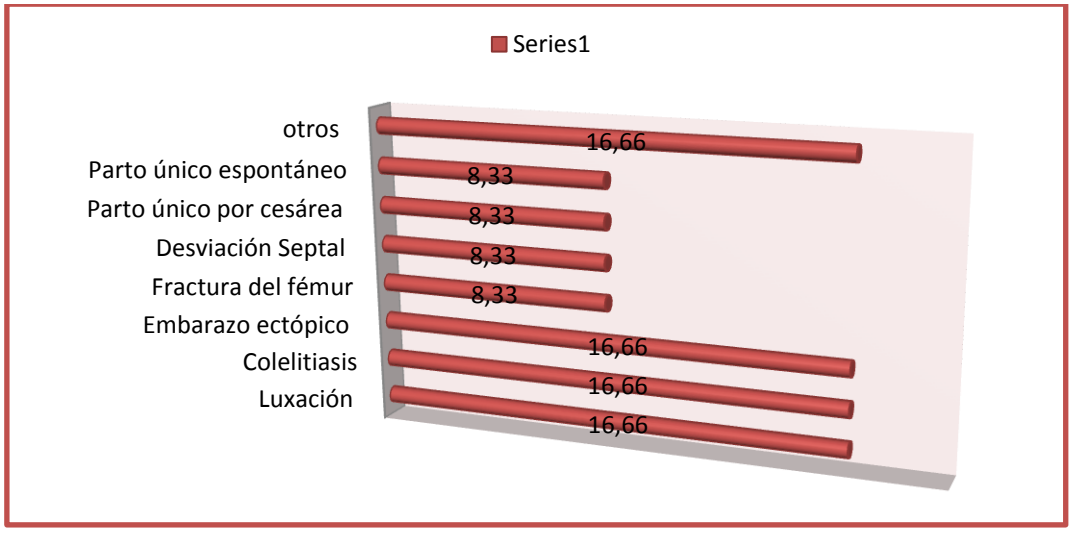


Figura 6. Principales causas de Morbilidad en pacientes de 15 a 19 años hospitalizados para cirugía

Fuente: Ficha de recolección de datos

Elaboración: La autora

En el grupo de 15 a 19 años la principal causa de intervención quirúrgica está: luxaciones de múltiples partes del cuerpo, colelitiasis y embarazo ectópico con 16.66%, siendo, el parto único espontáneo, cesárea, desviación septal y fractura de fémur las patologías de menor presentación con 8,33% cada una.

Tabla 7. Principales causas de Morbilidad en pacientes de 20 a 35 años hospitalizados para cirugía

Código CIE 10	Indicador	Frecuencia	Porcentaje
O82	Parto único por cesárea	26	23,42
K80	Colelitiasis	13	11,71
T02	Fracturas	13	11,71
O80	Parto único espontáneo	10	9,01
J34	Desviación Septal	7	6,30
K35	Apendicitis	7	6,30
T 03	Luxación	7	6,30
O03	Aborto espontáneo	6	5,41
D25	Leiomioma	4	3,60
K40	Hernia Inguinal	3	2,70
	otras	15	13,51
	total	111	100

Fuente: Ficha de recolección de datos

Elaboración: La autora

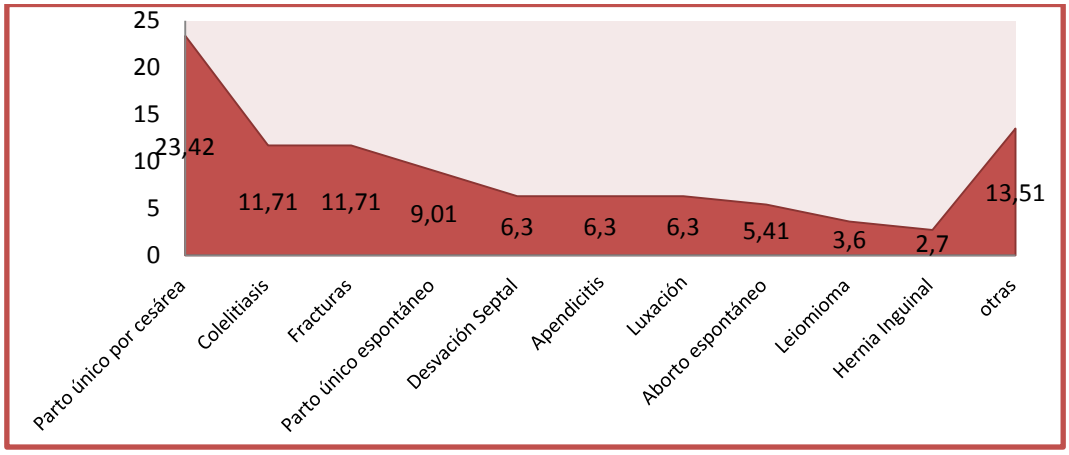


Figura 7. Principales causas de Morbilidad en pacientes de 20 a 35 años hospitalizados para cirugía

Fuente: Ficha de recolección de datos

Elaboración: La autora

La principal causa de intervención quirúrgica en pacientes de 20 a 35 años es el parto único por cesárea con 23,42%, siendo la patología de menor presentación las hernias con 2,7%.

Tabla 8. Principales causas de Morbilidad en pacientes de 36 a 49 años hospitalizados para cirugía

Código CIE 10	Indicador	Frecuencia	Porcentaje
K80	Colelitiasis	10	20,41
K35	Apendicitis	6	12,24
O82	Parto único por cesárea	5	10,20
O03	Abortos espontáneos	4	8,16
K42	Hernia Umbilical	4	8,16
D25	Leiomioma	4	8,16
T02	Fracturas	3	6,12
C97	Tumores malignos de sitios múltiples	3	6,12
K65	Peritonitis	2	4,08
O80	Parto único espontáneo	2	4,08
	otras	6	12,24
	Total	49	100

Fuente: Ficha de recolección de datos

Elaboración: La autora

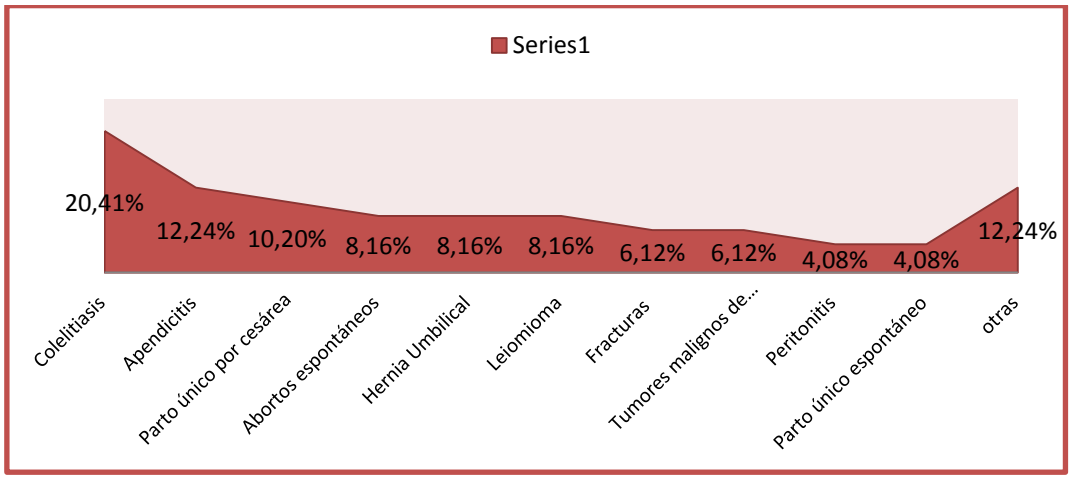


Figura 8. Principales causas de Morbilidad en pacientes de 36 a 49 años hospitalizados para cirugía

Fuente: Ficha de recolección de datos

Elaboración: La autora

En el grupo de 36 a 49 años de edad hospitalizados para intervención quirúrgica la principal causa de morbilidad es la colelitiasis con 20,41%, siendo la patología de menor demanda el parto único espontáneo con 4,08%.

Tabla 9. Principales causas de Morbilidad en pacientes de 50 a 64 años hospitalizados para cirugía

Código CIE 10	Indicador	Frecuencia	Porcentaje
K80	Colelitiasis	5	31,30
K40	Hernia Inguinal	3	18,75
N84	Pólipo del tracto genital femenino	2	12,5
S62	Fractura de mano	1	6,25
N40	Hiperplasia de próstata	1	6,25
C56	Tumor maligno de ovario	1	6,25
K35	Apendicitis	1	6,25
	Otras	2	12,50
	Total	16	100

Fuente: Ficha de recolección de datos

Elaboración: La autora

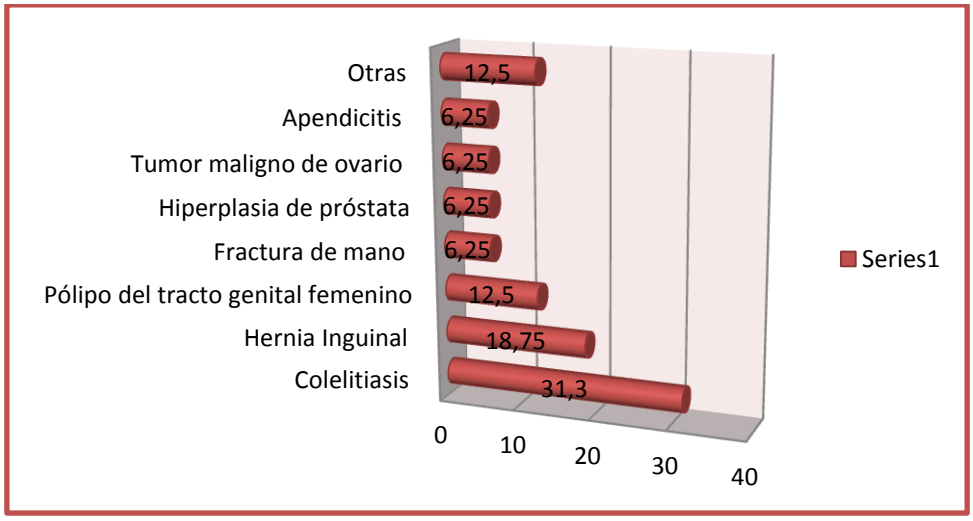


Figura 9. Principales causas de Morbilidad en pacientes de 50 a 64 años hospitalizados para cirugía

Fuente: Ficha de recolección de datos

Elaboración: La autora

Se puede notar que la colelitiasis con 31,30% es la principal causa de morbilidad de pacientes de 50 a 64 años de edad hospitalizados para intervención quirúrgica, siendo la Apendicitis Aguda con 6,25%la patología con menor incidencia.

Tabla 10. Principales causas de Morbilidad en pacientes de más de 65 años hospitalizados para cirugía

Código CIE 10	Indicador	Frecuencia	Porcentaje
K80	Colelitiasis	2	18,18
K35	Apendicitis	2	18,18
K40-K42	Hernias	2	18,18
C20-C61	Tumores	2	18,18
N40	Hiperplasia de próstata	1	9,10
N81	Prolapso genital femenina	1	9,10
S42	Fractura de hombro y brazo	1	9,10
	Total	11	100

Fuente: Ficha de recolección de datos
Elaboración: La autora

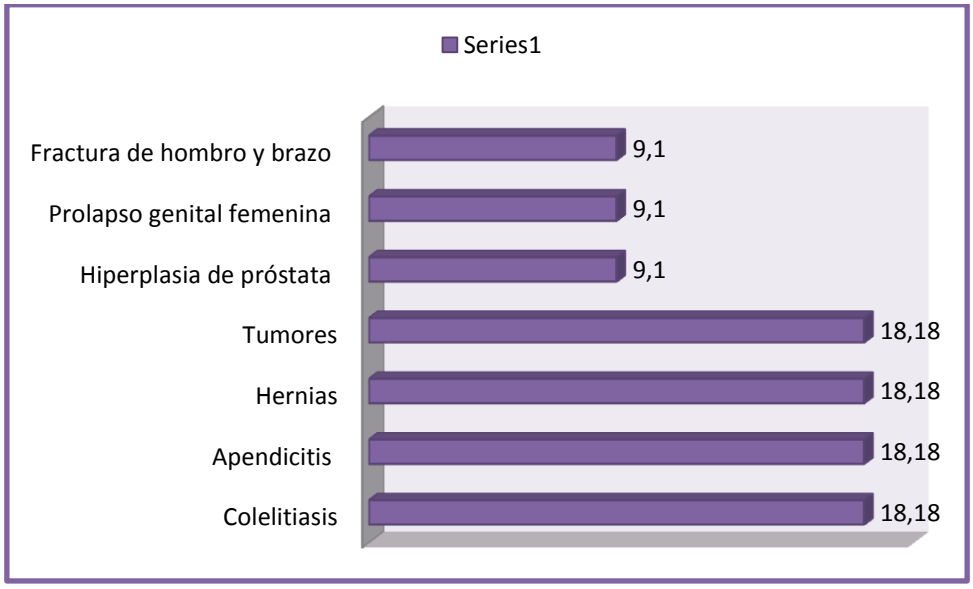


Figura 10. Principales causas de Morbilidad en pacientes de más de 65 años hospitalizados para cirugía

Fuente: Ficha de recolección de datos
Elaboración: La autora

Las patologías que predominan son las colelitiasis, apendicitis, hernias y tumores con 18,18% en pacientes de más de 64 años de edad hospitalizados para intervención quirúrgica, siendo las fracturas de hombro y brazo, prolapso genital femenino y la hiperplasia de próstata con 9,1% las patologías con menor incidencia de presentación.

Tabla 11. Distribución por género de pacientes hospitalizados para cirugía

Género	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	175	38,37
Femenino	281	61,62
Total	456	100

Fuente: Ficha de recolección de datos

Elaboración: La autora

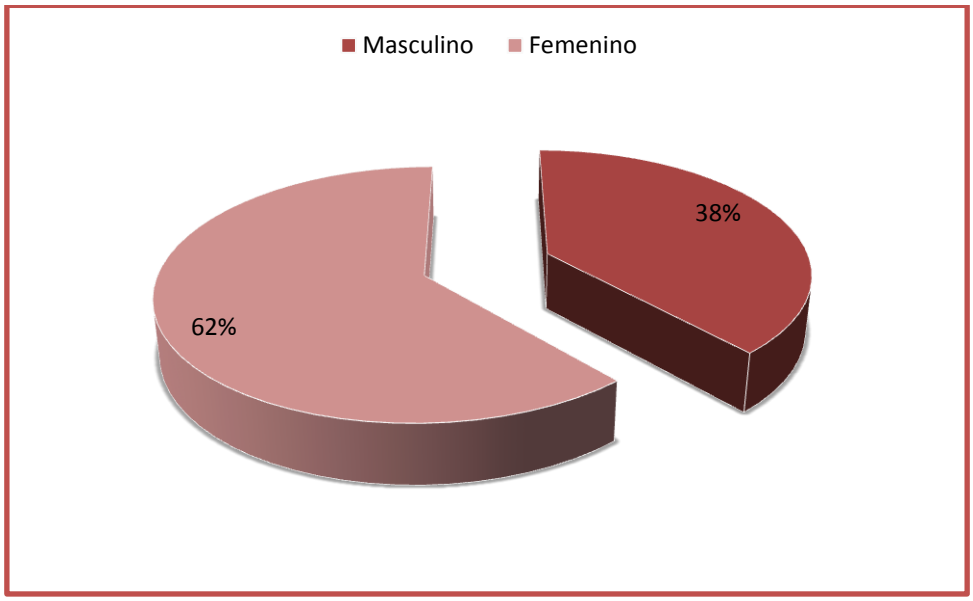


Figura 11. Distribución por género de pacientes hospitalizados para cirugía

Elaboración: La autora

Fuente: Ficha de recolección de datos

El género con mayor índice de presentación de pacientes hospitalizados para intervención quirúrgica en el HUTPL es el género femenino con 62%, mientras que el género masculino se presenta con 38%.

7. DISCUSIÓN

En el grupo de edad con mayor índice de hospitalización para tratamiento quirúrgico en el Hospital de la Universidad Técnica Particular de Loja es de 20 a 35 años con un porcentaje de 51,31, seguido del grupo de 36 a 49 años con 24.56%, el grupo de 50 a 64 años con 10,96%, haciendo una comparación con el Instituto Mexicano del seguro social en cuanto a los grupos de edad que más demandan servicios quirúrgicos, encontramos al grupo de 20 a 59 años con (55.8 %) cuando se analizan las principales intervenciones, con lo cual se corrobora que hay una buena relación de presentación de estos grupos de edad. (IMSS, las intervencióesn quirúrgicas, 2009).

Con respecto a la morbilidad se puede evidenciar que las principales causas de hospitalización para intervención quirúrgica se encuentra el parto único por cesárea y colelitiasis con 15,63%, fracturas de múltiples regiones del cuerpo 10, 19%, seguido de apendicitis con 7,77%, parto único espontáneo 6,31% y las hernias inguinal y umbilical 5,83%, lo cual haciendo una comparación con el Hospital Hipólito Unánue de Perú en donde se destaca como causa principal el parto único espontáneo (23,3%), apendicitis aguda 9%, aborto no especificado 7,2%, parto único por cesárea (5%) y cálculo de la vesícula biliar (4,5%), se puede notar que no hay una buena igualdad de manifestación de estas patologías.(Loyola, 2012), con respecto a nuestro país Ecuador, según el Anuario del Instituto Nacional de Estadísticas y censos, dentro de las Diez principales causas de morbilidad general dentro de las patologías que requirieron cirugía tenemos: la colelitiasis con 2,8%, seguida de apendicitis aguda con 2,4%, hernia inguinal 1,3%, traumatismo intracraneal 1,1%, lo cual relacionando con los datos encontrados en la investigación hay una comparable relación de presentación de estas patologías. (INEC, 2011).

Además en el hospital Carlos Andrade Marín de Ecuador dentro de las principales causa de morbilidad general está parto único espontáneo con 14,3%, cesárea 6,6%, el aborto no especificado con 3,2%, colelitiasis 2,1%, Apendicitis aguda 1,9%, hernia inguinal 1,3%, traumatismo intracraneal 1,1%, entre otras, lo que evidencia que una buena semejanza de presentación de estas patologías. (Bucheli, 2007).

Así mismo cabe mencionar que en el grupo de estudio de esta investigación hay un gran porcentaje de pacientes que han acudido a esta casa de salud para realizarse procedimientos diagnósticos que han requerido el uso del quirófano, entre las cuales tenemos la Endoscopia digestiva alta (EDA), con 75,48%, siendo esta la que mayor demanda ha solicitado, seguido tenemos las Colonoscopias con 11,11%, entre otros procedimientos diagnósticos.

Es evidente además que el género con mayor índice de presentación de pacientes hospitalizados para intervención quirúrgica en el HUTPL se encuentra el género femenino con un porcentaje de 62%, mientras que el género masculino tiene un porcentaje de 38%, coincidiendo con un estudio realizado en el Hospital Hipólito Unánue de Perú en donde se manifiesta un predominio de 69.7% hacia el sexo femenino frente a 30,1% de varones. (Loyola, 2012).

Se analiza también que la principal causa de morbilidad masculina de pacientes hospitalizados para intervención quirúrgica se encuentran las fracturas de múltiples regiones del cuerpo con 20,83%, luxaciones de múltiples regiones del cuerpo 16,77%, hernias 11,11%, apendicitis 9,72y colelitiasis 8,30% en comparación con el Instituto Mexicano del seguro social tenemos que predominan la reducción de fracturas (61 %), las hernioplastias (56.7 %) y las operaciones en la región abdominal (58.2 %), en este caso se comprueba la relación existente de algunas patologías, difiriendo así mismo en otras. (IMSS, 2009).

Corresponde observar que la principal causa de morbilidad quirúrgica femenina se encuentran el parto único por cesárea con 21,33%, colelitiasis 17, 33%, parto único espontáneo 8,71%, aborto espontáneo 6,66, y apendicitis 6%, mientras que en el Instituto Mexicano del seguro social son las colecistectomías (80.4 %), laparotomías (69.3 %), ligadura y extirpación de venas varicosas (76.1 %) y las operaciones sobre médula espinal (89.1 %) las que predominan, lo que difieren con las patologías de nuestro estudio. (IMSS, 2009).

Asimismo se puede analizar que la principal causa de morbilidad de pacientes de 15 a 19 años hospitalizados para intervención quirúrgica en el HUTPL se encuentran las luxaciones de múltiples regiones del cuerpo, colelitiasis y embrazo ectópico con 16,66%, fracturas del fémur con 8,33% mientras que en el Hospital Hipólito Unánue de Perú en este grupo etario la gestación ocupa el 44%, seguida de enfermedades infecciosas, e intoxicación por plaguicidas, en este grupo de edad se evidencia que no hay una relación de presentación de las diferentes patologías . (Loyola, 2012).

Se aprecia igualmente que la principal causa de morbilidad de pacientes de 20 a 35 años hospitalizados para tratarse quirúrgicamente están el parto único por cesárea con 23,42%, colelitiasis y fracturas de múltiples regiones del cuerpo 11,71% y parto único espontáneo con 9,01%, coincidiendo con el Hospital Hipólito Unánue de Perú con respecto a causas ginecológicas en donde predominan, los partos espontáneos, los abortos no especificados y parto por cesárea ocupando las tres primeras causas de atención con 60%, lo que estaría relacionado por la edad reproductiva de la población, siendo considerado normal en el

proceso salud enfermedad, sin embargo los abortos es un indicador negativo como contra parte de la reproducción por embarazos no deseados, poca difusión de la planificación familiar y factores socio-familiar de la familia para la educación sexual. (Loyola, 2012).

En el grupo de edad correspondiente a 36 a 49 años de edad se pone de manifiesto que la principal causa de morbilidad de pacientes hospitalizados para intervención quirúrgica se encuentran la colelitiasis con 20,41%, apendicitis 12,24%, parto único por cesárea 10.20% y parto único espontáneo y hernia entre otras con menor porcentaje de presentación.

Se puede notar también que la colelitiasis se presenta con 31,30% y es la principal causa de hospitalización para intervención quirúrgica en el grupo de 50 a 64 años, tenemos además las hernias inguinales con 18,75%, pólipo del tracto genital femenino 12,5%, mientras que en el Hospital Hipólito Unánue de Perú con respecto a este grupo etario predominan las causas de origen crónico degenerativas, seguida por las infecto contagiosas, encabezadas por la afecciones pulmonares (neumonías), seguida por colelitiasis 6%, enfermedades cerebrovasculares 4.6%, la diabetes Mellitus que pondera como la quinta causa al igual como la cifra nacional con 3.3%, en este grupo etario se contrasta las patologías que se presentan en el Hospital de la Universidad Técnica Particular de Loja. (Loyola, 2012), teniendo en cuenta que en los grupos etarios del Hospital peruano son diferentes, tratando de hacer una inclusión con estos, en donde también se incluyen los mayores de 64 años en esta categoría.

Se puede observar así mismo que la patología que predomina en pacientes de más de 65 años de edad hospitalizados para intervención quirúrgica son las colelitiasis, apendicitis, hernias inguinal y umbilical y tumores malignos de recto y próstata con 16,66% cada una, entre otras patologías mientras que las de menor incidencia son de orden traumatológico por fracturas generalmente.

<u>En lo que respecta a la mortalidad quirúrgica en la base de datos no se han encontrado causas de fallecimiento en ningún servicio ni asociada a complicaciones</u>, durante el período de estudio de la investigación en el HUTPL.

Haciendo un análisis de las principales patologías por las que los pacientes acuden para intervenirse quirúrgicamente se puede establecer que entre los grupos de edad el que mayor incidencia tiene es el de 20 a 35 años, teniendo en cuenta que con los demás grupos etarios la morbilidad es similar contrastándose con otras patologías, propias de cada edad, tanto por sus comorbilidades asociadas como por su mayor riesgo de exposición pudiendo ser este laboral o de cualquier otra índole.

Es así mismo importante reconocer que las exigencias que amerita cada caso en particular de los usuarios que acuden a este centro de atención, es complacida de forma integral , si bien las patologías asociadas que traen consigo cada paciente, predisponen a un riesgo mayor durante los procedimientos quirúrgicos, no se ha evidenciado un porcentaje mayor de complicaciones quirúrgicas, ni tampoco casos de mortalidad asociado a las cirugías , por lo que es menester resaltar que los procedimientos quirúrgicos realizados han tenido una gran impacto positivo en la salud de los pacientes que acuden para la resolución de su enfermedad, en donde únicamente el medio para salvaguarda su vida es la cirugía.

CONCLUSIONES

- ✓ El grupo etario en donde predominan las principales causas de morbimortalidad de pacientes hospitalizados para intervención quirúrgica, es de 20 a 35 años (51,31%).
- ✓ El género femenino tiene una alta concurrencia respecto al género masculino (62% y 38 %) respectivamente en el HUTPL.
- ✓ Las 10 principales patologías de morbilidad son: cesárea y colelitiasis con 15,63%, fracturas de múltiples regiones del cuerpo 10, 19%, seguido de apendicitis con 7,77%, parto único espontáneo6,31% y las hernias inguinal y umbilical 5,83%, limpieza quirúrgica5,34%, aborto espontáneo y luxación 4,85% y desviación septal 4,37%.
- ✓ Además es importante mencionar que no se ha evidenciado ninguna causa de mortalidad ni complicación en las intervenciones quirúrgicas realizadas en el HUTPL, estableciéndose un porcentaje de 0%.

RECOMENDACIONES

- ✓ Las autoridades del Hospital UTPL deben conocer y poner a disposición al cuerpo médico sobre cuáles son las principales patologías que requirieron resolución quirúrgica para que así su preparación tenga un mayor enfoque a estas patologías, y poder brindar así una atención integral y de calidad tratando de reducir el índice de mortalidad de estos pacientes.
- ✓ Así mismo conociendo que grupo etario es el que predomina en la atención quirúrgica, el HUTPL podría realizar programas de concientización a este grupo en las patologías o situaciones que puedan ser prevenidas, como por ejemplo los traumatismos que muchas de las veces requieren intervención quirúrgica; y que en su gran mayoría pueden evitarse.
- ✓ Es importante recalcar la importancia de seguir empleando o emplear la lista de verificación para la seguridad de la cirugía ya que se ha comprobado que su utilización reduce el riesgo de complicaciones quirúrgicas y postquirúrgicas de los pacientes cuyo único medio para mitigar sus dolencias es la cirugía.

BIBLIOGRAFÍA

1. *http://www.utpl.edu.ec/hospitalutpl.* (2009). Recuperado el 4 de Marzo de 2013, de http://www.hospitalutpl.med.ec/index.php?option=com_content&task=view&id=4&Itemid=59

2. *http://www.utpl.edu.ec/hospitalutpl.* (2009). Recuperado el 10 de Mayo de 2012, de http://www.hospitalutpl.med.ec/index.php?option=com_content&task=view&id=4&Itemid=59

3. Alarcón, J. (2009). Epidemiology: concept, uses and perspectives. *Revista Peuana de epidemiología- Vol 13*, 1-3.

4. Albores, N. e. (2013). Complicaciones quirúrgicas de la vesícula y vía biliar en el paciente geriatrico . *Revista Médica del Instituto Mexicano de Seguridad social* , 1-4.

5. Bae, Y. G. (2011). Cirugía como intervención de salud pública. *Boletin de la Organización Mundial de la Salud*, 393-468.

6. Bejarano, M. G. (2011). Frecuencia de abdomen agudo quirúrgico en pacientes que consultan al servicio de urgencias . *Rev Colombiana Cirugía* , 1-6.

7. Bucheli, R. a. (2007). Hospiatal Carlos Andrade Marín. *Revista Médica Cambios* , 16-19.

8. Cantor, L. e. (2011). Perfil epidemiológico del Hospital Simón Bolivar. *Reporte de estadística, RIPS Programa Hipócrates, Subgerencia científica*, 14-15.

9. Dackiewicz, N. e. (2012). Achievements and challenges in implementing the surgical checklist in a Pediatric Hospital. *Scielo-Buenos Aires*, 5.

10. Haynes, A. .. (2012). A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population. *The New England Journal of Medicine*, 1-5.

11. IMSS. (2009). Intervenciones Quirúrgicas. *revista del Instituto Mexicano del seguro social*, 1-6.

12. IMSS. (2009). las intervencióesn quirúrgicas. *Revista Médica del Instituto Mexicano del seguro social*, 1-3.

13. IINEC. (2011). Indicadores Básicos de Salud, Ecuador. *INEC-Censo de Población 2010* , 14-15.

14. Loyola, L. e. (2012). Análisis de la situación de salud hospitalaria . *Hospital Nacional Hipólito Unánue*, 34-35.

15. Mendiola, A. S. (2012). Causes of reoperations in postoperative complications after abdominal surgery in a surgical intensive care. *Rev Med Hered*, 1-4.

16. Mitropoulos, D. A. (2012). Notificación y clasificación de complicaciones después de procedimientos quirúrgicos urológicos. *Actas urológicas españolas* , 3-5.

17. Moncayo, F. (2012). Complicaciones Post-quirúrgicas Relacionadas a Factores de Riesgo (Factores pronósticos de Morbi-mortalidada)). *Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Guayaquil Vol. 15*, 1-4.

18. Mosquera, M. e. (2012). Apendicectomía laparoscópica versus abierta: Comparables . *revsita Colombiana de cirugía* , 1-6.

19. OMS. (1948). *http://www.who.int/suggestions/faq/es/*. Recuperado el 31 de Marzo de 2013, de http://www.who.int/es/

20. OMs. (2008). *Cirugía segura salva vidas.* Recuperado el 25 de Marzo de 2013, de http://www.who.int/patientsafety/challenge/safe.surgery/

21. Oms. (2013). *http://www.who.int/topics/mortality/es/*. Recuperado el 15 de Abril de 2013, de http://www.who.int/topics/mortality/es/

22. Panamericana, R. A. (2012). *Diccionario de Términos Médicos.* Madrid.

23. Saínz, B. a. (2011). Definiciones de Cirugía Mayor y Menor. Cirugía Mayor Ambulatoria . *Cirugía Gneral*, 1-3.

24. Salud, O. M. (2013). *http://www.who.int/topics/mortality/es/*. Recuperado el 15 de Abril de 2013, de http://www.who.int/topics/mortality/es/

25. Sepúlveda, J. e. (2011). Entry technique-associated laparoscopic complications. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología Vol. 62 No. 1*, 1-6.

26. Solis, Z. (2011). Plan Operativo Anual 2012. *Ministerio de salud de Perú, Hospital Nacional Arzobispo Loaiza*, 31-32.

27. *Universidad Técnica Particular de Loja .* (s.f.). Recuperado el 2 de Mayo de 2012, de www.utpl.edu.ec/hospitalutpl/index.php

28. *UTPL.* (s.f.). Recuperado el 2 de Mayo de 2012, de www.utpl.edu.ec/hospitalutpl/index.php

29. Váldes, J. e. (2011). Sutura primaria e ileostomía transcecal en urgencias quirúrgicas del colon izquierdo. *Rev Ciencias Médicas v.15 n.2 Pinar del Río abr.-jun. 2011*, 3.

30. Velásquez, L. e. (2009). *Revista Ecuatoriana de Neurología-Vol 18*. Recuperado el 8 de Abril de 2013, de http://www.medicosecuador.com/revecuatneurol/vol18_No1-2_2009/articulos_originales/informacion_epidemiologica.htm

ANEXOS

Anexo 1.

Loja, 18 de junio del 2012

Dra. Viviana Dávalos
Directora del Hospital UTPL
Ciudad

Por medio del presente nos dirigimos a usted los estudiantes de octavo ciclo de la carrera de medicina de la Universidad Técnica Particular de Loja que nos encontramos realizando nuestro proyecto de tesis, para solicitarle de la manera mas comedida autorice a quien corresponda se nos de a conocer el número de historias clínicas que reposan en el área de estadística del Hospital UTPL desde sus inicios hasta abril del 2012.

Por la favorable atención que se digne dar a la presente le anticipamos nuestros sentimientos de consideración y estima.

Atentamente:

.....

Janeth Alexandra Celi Jaramillo
REPRESENTANTE DE LOS ALUMNOS DE 8VO CICLO.

OK

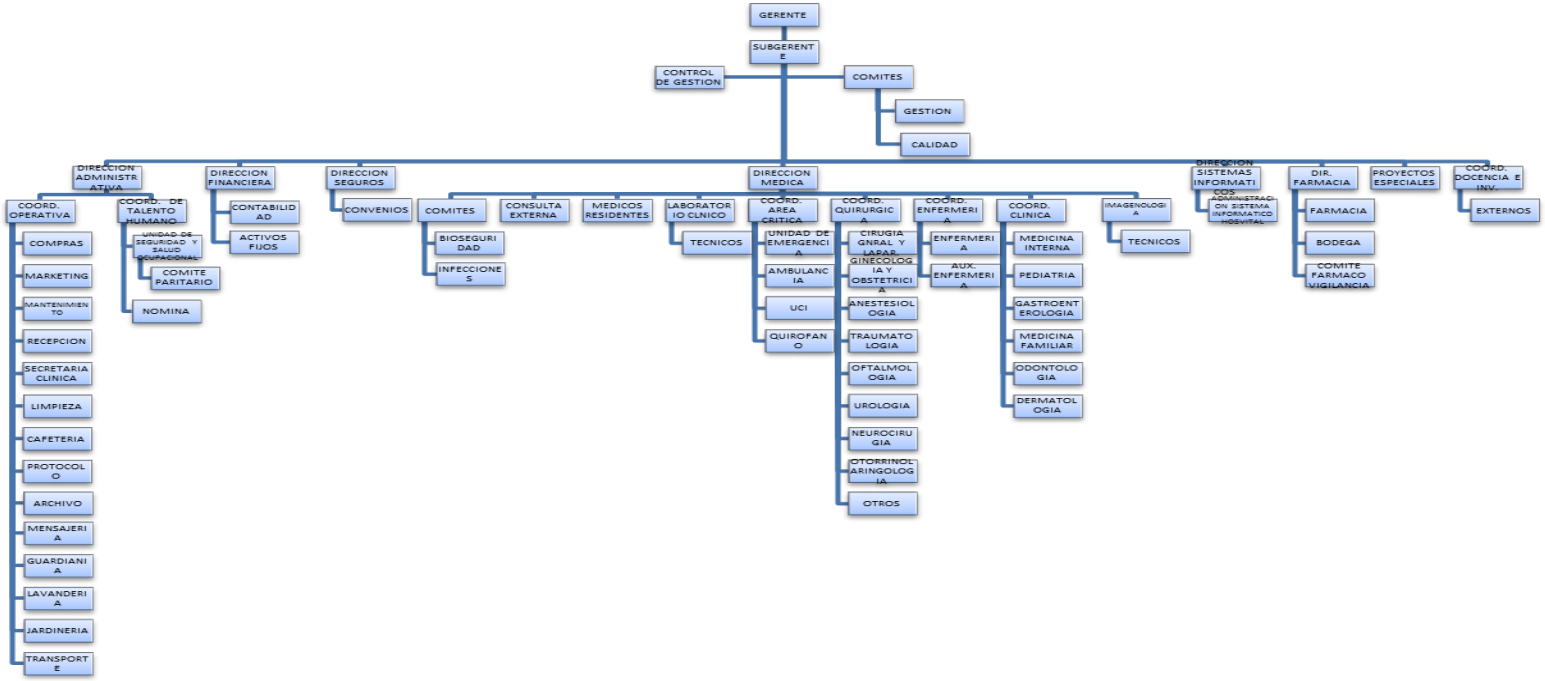
Anexo 2.

UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

N° HC	NOMBRE	EDAD	SEXO		ESTADO CIVIL					AREA DE ATENCIÓN					ESPECIALIDAD	PROCEDENCIA DE:				TRANSFERENCIA A:				DIAGNOSTICO			MOTIVO DE CONSULTA	AGO					TIPO DE CIRUGÍA		CIRUGÍA REALIZADA	TIPO DE ANESTESIA					COMPLICACIONES EN:					GERMEN AISLADO EN UCI	CAUSAS DE FALLECIMIENTO
			MASCULINO	FEMENINO	SOLTERO	CASADO	DIVORCIADO	VIUDO	UNION LIBRE	CONSULTA EXTERNA	EMERGENCIA	HOSPITALIZACIÓN	QUIRÓFANO	UCI		OTRO HOSPITAL	OTRO SERVICIO	DOMICILIO	OTRA CIUDAD	OTRO HOSPITAL	OTRO SERVICIO	DOMICILIO	OTRA CIUDAD	PRINCIPAL	SECUNDARIO	TERCERO Y MÁS		A	G	C	P	HV	HM	EMERGENCIA	PLANIFICADA		GENERAL	RAQUIDEA	PERIDURAL	BLOQUEOS Y LOCAL	SEDACIÓN Y ANALGESIA	EMERGENCIA	HOSPITALIZACION	CIRUGIA	ANESTESIA	UCI		

Anexo 3. Organigrama del Hospital UTPL



Anexo 4. LISTA DE VERIFICACIÓN PARA LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA OMS

Antes de la inducción de la anestesia ▸▸▸▸▸▸▸▸▸▸▸▸

ENTRADA

- ☐ **EL PACIENTE HA CONFIRMADO**
  - SU IDENTIDAD
  - EL SITIO QUIRÚRGICO
  - EL PROCEDIMIENTO
  - SU CONSENTIMIENTO
- ☐ **DEMARCACIÓN DEL SITIO / NO PROCEDE**
- ☐ **SE HA COMPLETADO EL CONTROL DE LA SEGURIDAD DE LA ANESTESIA**
- ☐ **PULSIOXÍMETRO COLOCADO Y EN FUNCIONAMIENTO**

¿TIENE EL PACIENTE:

ALERGIAS CONOCIDAS?

- ☐ NO
- ☐ SÍ

VÍA AÉREA DIFÍCIL / RIESGO DE ASPIRACIÓN?

- ☐ NO
- ☐ SÍ, Y HAY INSTRUMENTAL Y EQUIPOS / AYUDA DISPONIBLE

RIESGO DE HEMORRAGIA > 500 ML (7 ML/KG EN NIÑOS)?

- ☐ NO
- ☐ SÍ, Y SE HA PREVISTO LA DISPONIBILIDAD DE ACCESO INTRAVENOSO Y LÍQUIDOS ADECUADOS

▸▸▸▸ Antes de la incisión cutánea ▸▸▸▸ ▸▸▸▸▸▸▸▸▸ Antes de que el paciente salga del quirófano

PAUSA QUIRÚRGICA

- ☐ **CONFIRMAR QUE TODOS LOS MIEMBROS DEL EQUIPO SE HAYAN PRESENTADO POR SU NOMBRE Y FUNCIÓN**
- ☐ **CIRUJANO, ANESTESISTA Y ENFERMERO CONFIRMAN VERBALMENTE:**
  - LA IDENTIDAD DEL PACIENTE
  - EL SITIO QUIRÚRGICO
  - EL PROCEDIMIENTO

PREVISIÓN DE EVENTOS CRÍTICOS

- ☐ **EL CIRUJANO REVISA:** LOS PASOS CRÍTICOS O IMPREVISTOS, LA DURACIÓN DE LA OPERACIÓN Y LA PÉRDIDA DE SANGRE PREVISTA
- ☐ **EL EQUIPO DE ANESTESIA REVISA:** SI EL PACIENTE PRESENTA ALGÚN PROBLEMA ESPECÍFICO
- ☐ **EL EQUIPO DE ENFERMERÍA REVISA:** SI SE HA CONFIRMADO LA ESTERILIDAD (CON RESULTADOS DE LOS INDICADORES) Y SI EXISTEN DUDAS O PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL INSTRUMENTAL Y LOS EQUIPOS

¿SE HA ADMINISTRADO PROFILAXIS ANTIBIÓTICA EN LOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS?

- ☐ SÍ
- ☐ NO PROCEDE

¿PUEDEN VISUALIZARSE LAS IMÁGENES DIAGNÓSTICAS ESENCIALES?

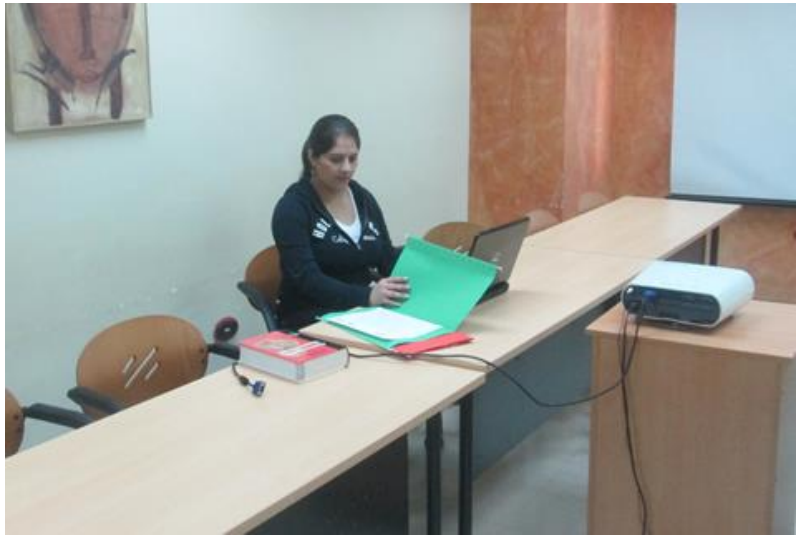
- ☐ SÍ
- ☐ NO PROCEDE

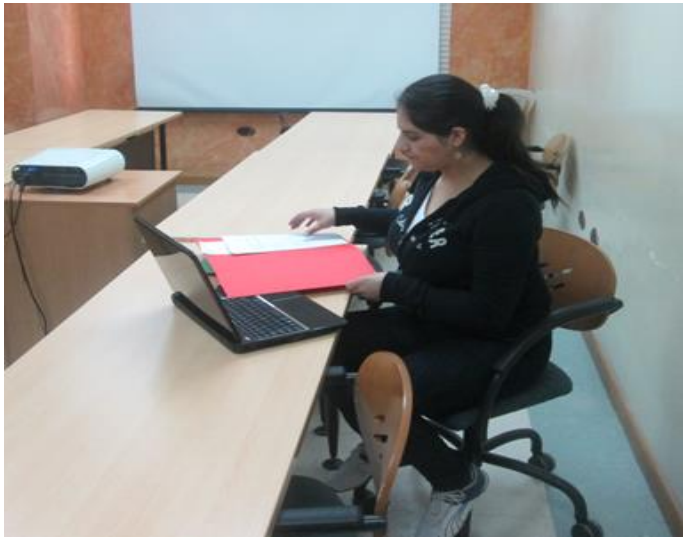
SALIDA

EL ENFERMERO CONFIRMA VERBALMENTE CON EL EQUIPO:

- ☐ **EL NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO REALIZADO**
- ☐ **QUE LOS RECUENTOS DE INSTRUMENTOS, GASAS Y AGUJAS SON CORRECTOS** (O NO PROCEDEN)
- ☐ **EL ETIQUETADO DE LAS MUESTRAS** (QUE FIGURE EL NOMBRE DEL PACIENTE)
- ☐ **SI HAY PROBLEMAS QUE RESOLVER RELACIONADOS CON EL INSTRUMENTAL Y LOS EQUIPOS**
- ☐ **EL CIRUJANO, EL ANESTESISTA Y EL ENFERMERO REVISAN LOS PRINCIPALES ASPECTOS DE LA RECUPERACIÓN Y EL TRATAMIENTO DEL PACIENTE**

Anexo 5. FOTOGRAFÍAS





Recolección de datos de las Historias clínicas del HUTPL.

Anexo 6. Oficio de asignación de director de tesis

UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de Loja

Loja, 10 de septiembre de 2012

ASIGNACIÓN DE DIRECCIÓN DE TESIS

Dra. Patricia González G., COORDINADORA DE LA TITULACIÓN DE MÉDICO (e) y Dra. Jana Bobokova, DIRECTORA DEL DEPARTAMENTO DE CIENCIAS DE LA SALUD (e), luego de haber aprobado el tema de tesis titulado: **Principales causas de morbi-mortalidad en pacientes adultos mayores de 15 años hospitalizados para tratamiento quirúrgico en el Hospital de la Universidad Técnica Particular de Loja, periodo mayo 2007 - abril 2012**, correspondiente al (la) egresado(a): PIEDRA ALVAREZ NATHALIE ALEJANDRA
Piedra Álvarez Nathalie Alejandra

Le asignamos como Director de Tesis al (la) doctor(a): **Ángel Gordillo**

Dra. Patricia González G.
COORDINADORA DE LA TITULACIÓN DE MÉDICO (E)

Dra. Jana Bobokova
DIRECTORA DEL DEPARTAMENTO DE CIENCIAS DE LA SALUD (E)

www.utpl.edu.ec • info@utpl.edu.ec • PBX: 593 7 2570275 • Fax: 593 7 2584893 • C.P.: 11 01 608
San Cayetano Alto • Loja - Ecuador