

**Prevalence of morbidity in the Intensive Care Unit of a Hospital in
Riobamba, Ecuador, period 2022 - 2023**

**Prevalencia de morbilidad en la Unidad de Cuidados Intensivos en un
Hospital de Riobamba, Ecuador, periodo 2022 – 2023**

Autores:

Llerena-Cruz, Carmen
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
Docente Carrera de Enfermería
Ambato – Ecuador



ca.llerena@uta.edu.ec



<https://orcid.org/0000-0002-4164-1766>

Guanga-López, Maura
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
Docente Carrera de Enfermería
Ambato – Ecuador



me.guanga@uta.edu.ec



<https://orcid.org/0000-0002-8292-0235>

Torres-Cruz, Roberto
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
Docente Carrera de Enfermería
Ambato – Ecuador



rc.torres@uta.edu.ec



<https://orcid.org/0000-0001-8563-0949>

Fechas de recepción: 02-SEP-2023 aceptación: 02-OCT-2023 publicación: 15-DIC-2023



<https://orcid.org/0000-0002-8695-5005>
<http://mqrinvestigar.com/>



Resumen

Introducción: La prevalencia de morbilidad en unidades de cuidados intensivos (UCI) es un aspecto crítico de la atención médica moderna que ha captado la atención de investigadores y profesionales de la salud en todo el mundo.

Objetivo: conocer la prevalencia de las enfermedades de pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos de un hospital del Cantón Riobamba del país Ecuador.

Material y métodos: estudio observacional descriptivo de corte transversal sobre los registros de los pacientes hospitalizados en el Servicio de Cuidados Intensivos de un Hospital de la Ciudad de Riobamba durante los meses de enero a diciembre del 2022.

Resultados: La mayor prevalencia de los casos hospitalizados fue la de choque séptico con el 25%, seguido de casos de Síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA) por infección por SARS-COV2 con el 12,04%, insuficiencia respiratoria aguda 7,87%, choque hipovolémico 6,02% y trauma craneoencefálico grave con 5,09%.

Conclusiones: las hospitalizaciones de un paciente que requiere ingreso a unidades de cuidados intensivos son aquellos que necesitan soportes vitales pudiendo ser hemodinámico, respiratorio, neurológico o renal.

Palabras Clave: Cuidados intensivos, hospitalización, prevalencia, morbilidad.

Abstract

Introduction: The prevalence of morbidity in intensive care units (ICU) is a critical aspect of modern medical care that has captured the attention of researchers and health professionals worldwide.

Objective: to know the prevalence of diseases in patients admitted to the Intensive Care Unit of a hospital in the Riobamba Canton of Ecuador.

Methods: descriptive observational cross-sectional study of the records of patients hospitalized in the Intensive Care Unit of a hospital in the city of Riobamba from January to December 2022.

Results: The highest prevalence of hospitalized cases was septic shock with 25%, followed by acute respiratory distress syndrome (ARDS) due to SARS-COV2 infection with 12.04%, acute respiratory failure 7.87%, hypovolemic shock 6.02% and severe cranioencephalic trauma with 5.09%.

Conclusions: hospitalizations of patients requiring admission to intensive care units are those requiring vital support, which may be hemodynamic, respiratory, neurological or renal.

Keywords: Critical care, hospitalization, prevalence, infections, morbidity.

Introducción

El paciente en estado crítico se caracteriza por presentar trastornos fisiopatológicos de una gravedad que constituye una amenaza tangible o potencial para su vida, y al mismo tiempo, estos trastornos son susceptibles de ser mitigados o revertidos mediante intervención médica (Aguilar García et al., 2017).

La prevalencia de morbilidad en unidades de cuidados intensivos (UCI) es un aspecto crítico de la atención médica moderna que ha captado la atención de investigadores y profesionales de la salud en todo el mundo. Las UCI son entornos médicos especializados diseñados para atender a pacientes gravemente enfermos, y la morbilidad, que se refiere a la presencia de enfermedades o trastornos en una población, es un indicador esencial de la carga de enfermedad en estos entornos, por ello tratar de comprender la prevalencia de morbilidad en UCI es crucial para mejorar la calidad de la atención y desarrollar estrategias de prevención y tratamiento efectivas (González Aguilera et al., 2020; Herridge et al., 2014).

La morbilidad en UCI puede estar influenciada por una variedad de factores, que van desde las comorbilidades médicas previas de los pacientes hasta la duración de su estancia en cuidados intensivos. Los pacientes ingresados en UCI a menudo presentan afecciones médicas graves, como enfermedades cardíacas, respiratorias o infecciones graves, que pueden aumentar su riesgo de desarrollar morbilidades adicionales durante su estancia. Además, la utilización de dispositivos médicos, como ventiladores o catéteres, puede aumentar el riesgo de infecciones asociadas a cuidados de la salud (Abella Álvarez et al., 2013; Ni et al., 2020).

Los elementos que aumentan el riesgo de ingreso a la unidad de cuidados intensivos (UCI) incluyen tener más de 40 años de edad, ser de género masculino, presentar una saturación de oxígeno inferior al 80% al ingresar, mostrar una frecuencia respiratoria superior a 22 respiraciones por minuto o padecer diabetes mellitus. La severidad de la enfermedad, la capacidad potencial de revertirla, la presencia y la gravedad de condiciones médicas coexistentes, la edad del paciente y la disponibilidad de camas son elementos que ejercen influencia en el proceso de toma de decisiones (Alva et al., 2022).

La detección temprana y el tratamiento son cruciales para la supervivencia de los pacientes críticamente enfermos, especialmente aquellos que experimentan deterioro neurológico o inestabilidad hemodinámica, así como aquellos que muestran signos de hipoxia en tejidos y disfunción en órganos vitales. Aunque la evaluación clínica puede identificar estos indicadores, la implementación de un monitoreo avanzado en la UCI puede agilizar la toma de decisiones. De igual forma, la demora en el ingreso a la unidad de cuidados intensivos puede aumentar el riesgo de mortalidad, mientras que la administración temprana de terapias intensivas a pacientes gravemente enfermos o cuya situación se deteriora de manera significativa fuera de la UCI reduce la tasa de mortalidad (Adhikari et al., 2020; Nolan et al., 2021).

El análisis de la prevalencia de morbilidad en UCI tiene importantes implicaciones para la toma de decisiones clínicas y la gestión de recursos en el ámbito de la salud. Identificar las

enfermedades y condiciones más comunes en UCI puede ayudar a los profesionales de la salud a adaptar los protocolos de tratamiento y prevención. Sin embargo, también plantea desafíos, ya que la atención en UCI se centra en tratar a pacientes críticamente enfermos y a menudo involucra procedimientos médicos invasivos. Por lo tanto, es fundamental equilibrar la atención de alta calidad con la prevención de nuevas morbilidades. La investigación continua en este campo es esencial para mejorar la atención en UCI y mitigar los riesgos asociados con la morbilidad en este entorno médico crítico (Herridge et al., 2014; Sakr et al., 2015).

Por todo lo anteriormente expuesto, el objetivo del presente estudio es conocer la prevalencia de las enfermedades de pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos de un hospital del Cantón Riobamba del país Ecuador, con el fin que permita contribuir a tener tasas estadísticas como referencia local, nacional e internacional.

Material y métodos

Material

Se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal sobre los registros de los pacientes hospitalizados en el Servicio de Cuidados Intensivos de un Hospital de la Ciudad de Riobamba durante los meses de enero a diciembre del 2022.

Como criterios de inclusión fueron considerados a pacientes que hayan sido ingresados al Servicio de Cuidados Intensivos, de ambos sexos y que el motivo de consulta sea por compromiso o necesidad de soporte respiratorio, neurológico, renal o hemodinámico de cualquier etiología.

Después de confirmar el motivo de consulta e ingreso del paciente en las fichas y hojas de admisión utilizadas por el sistema de salud ecuatoriano, se procedió a revisar las siguientes variables tomadas en cuenta: edad, diagnóstico, género, tiempo de hospitalización, condición al alta. Se excluyeron aquellas fichas de salud que estuvieron incompletas o que no se haya dispuesto con la categorización de variable pertinentes.

Métodos

Después de confirmar el motivo de consulta e ingreso del paciente en las fichas y hojas de admisión utilizadas por el sistema de salud ecuatoriano, se procedió a revisar las siguientes variables tomadas en cuenta: edad, diagnóstico, género, tiempo de hospitalización, condición al alta. Se excluyeron aquellas fichas de salud que estuvieron incompletas o que no se haya dispuesto con la categorización de variable pertinentes.

Para el registro de las variables de interés se creó una planilla electrónica en Microsoft Office Excel 2013. Todos los pacientes que son ingresados al Hospital firman un consentimiento en la historia médica, por lo que con la autorización del Hospital los datos pueden ser utilizados



para investigación. La investigación fue aprobada por la Dirección del Hospital y toda la información recogida por los investigadores fue tratada con confidencialidad, igualdad y justicia, no se divulgó ni repitió ninguno de los resultados. Los datos proveídos fueron cruzados en cuanto a las variables como resultado de los datos obtenidos, los cuales fueron descritos con el paquete estadístico SPSS Statics 29.0. Los datos se expresan en tablas de frecuencias, medidas de tendencia central y dispersión.

Resultados

Descripción de la muestra

Se analizaron 216 historias clínicas, posterior al cual se categorizaron las variables en relación a edad, sexo, tiempo de estancia hospitalaria, condición al alta y diagnóstico.

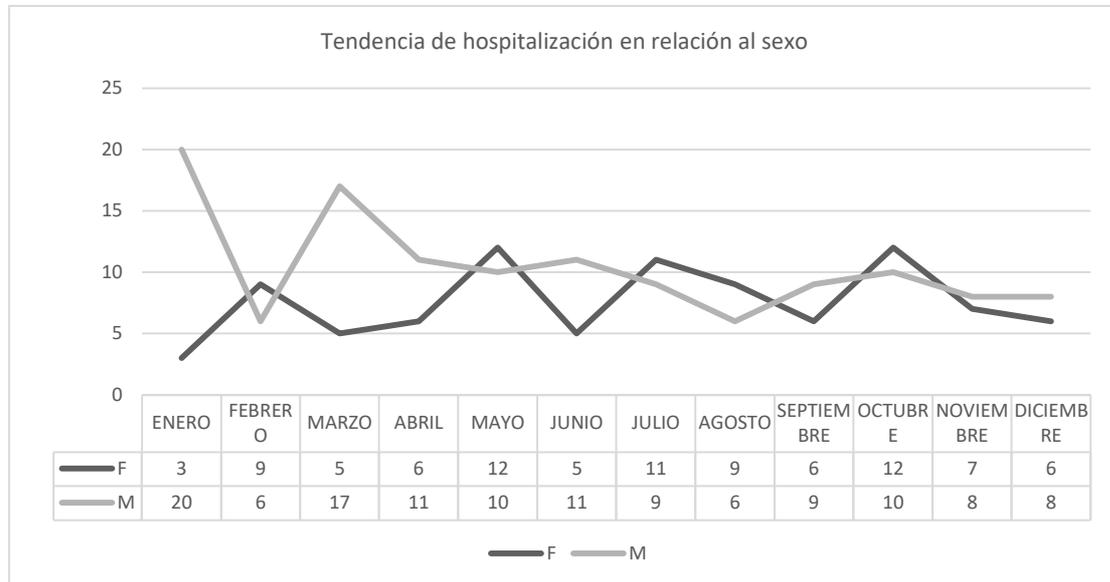
Análisis de los Resultados

En el estudio se incluyeron a 216 pacientes, de los cuales el 42,13% fueron del género femenino, mientras que el 57,87% masculino (Tabla 1). Además que existió una tendencia de aumento de casos hospitalizados en el primer trimestre misma que disminuye en el último trimestre del año (Figura 1).

Tabla 1. Distribución por sexo de los pacientes hospitalizados en la UCI de un hospital de Riobamba periodo 2022 – 2023

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Femenino	91	42,13
Masculino	125	57,87
Total	216	100

Figura 1. Tendencia de hospitalización en relación al sexo en pacientes hospitalizados en la UCI de un hospital de Riobamba periodo 2022 – 2023.



En relación a la edad, los pacientes hospitalizados con un rango mayor a 65 años abarcan la gran mayoría con un 65,74%, seguido del grupo etario comprendo entre los 56 a 65 años con el 10,65%, la población entre 25 a 35 años con el 9,26% (Tabla 2).

Tabla 2. Distribución por sexo de los pacientes hospitalizados en la UCI de un hospital de Riobamba periodo 2022 – 2023.

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Menor de 17 años	1	0,46
18 a 25 años	5	2,31
25 a 35 años	20	9,26
36 a 45 años	13	6,02
46 a 55 años	12	5,56
56 a 65 años	23	10,65
Mayor de 65 años	142	65,74
Total	216	100

La mayor prevalencia de los casos hospitalizados fue la de choque séptico con el 25%, seguido de casos de Síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA) por infección por SARS-COV2 con el 12,04%, insuficiencia respiratoria aguda 7,87%, choque hipovolémico 6,02% y trauma craneoencefálico grave con 5,09% (Tabla 3).

Tabla 3. Distribución por diagnósticos de los pacientes hospitalizados en la UCI de un hospital de Riobamba periodo 2022 - 2023

DIAGNOSTICO	FRECUENCIA	%
Choque séptico	54	25,00
SDRA por SARS-COV2	26	12,04
Insuficiencia respiratoria	17	7,87
Choque hipovolémico	13	6,02
Trauma craneoencefálico grave	11	5,09
Accidente cerebrovascular isquémico	10	4,63
Hemorragia intracraneal	8	3,70
Pancreatitis aguda	7	3,24
Status convulsivo	7	3,24
Insuficiencia renal aguda	5	2,31
Choque cardiogénico	4	1,85
Hematoma subdural	4	1,85
Insuficiencia cardíaca	4	1,85
Preeclampsia	4	1,85
Sangrado digestivo alto	3	1,39
Cetoacidosis diabética	3	1,39
Isquemia mesentérica	3	1,39
Edema agudo de pulmón	2	0,93
Paro cardíaco	2	0,93
Cirrosis hepática	2	0,93
Hemorragia subaracnoidea	2	0,93
Choque hipovolémico obstétrico	2	0,93
intoxicación con etanol	2	0,93
Bloqueo auriculoventricular tercer grado	1	0,46
Choque anafiláctico	1	0,46
Infarto agudo de miocardio	1	0,46
laceración hepática	1	0,46
Taquiarritmia cardíaca	1	0,46
Tromboembolia pulmonar	1	0,46
Eclampsia	1	0,46
Estado hiperosmolar hiperglucémico	1	0,46
Trauma toraco-abdominal	1	0,46
Insuficiencia hepática aguda	1	0,46
Hematoma epidural	1	0,46
Síndrome cardiorrenal	1	0,46
Politraumatismo	1	0,46
Meningioma posquirúrgico	1	0,46
Infarto renal	1	0,46
Neumotórax	1	0,46
Trauma facial	1	0,46
Síndrome de HELLP	1	0,46
Meningitis bacteriana	1	0,46
Encefalopatía metabólica	1	0,46
Intoxicación por benzodiacepinas	1	0,46

En relación con el tiempo de hospitalización la mayor parte de los pacientes permaneció en UCI por un periodo de 1 a 7 días (46,30%) (Tabla 4); mientras que su condición al alta fue de 64,35% egresos vivos (Tabla 5).

Tabla 4. Distribución por tiempo de hospitalización de los pacientes hospitalizados en la UCI de un hospital de Riobamba periodo 2022 - 2023

TIEMPO DE HOSPITALIZACION	FRECUENCIA	%
Menor a 24 días	43	19,91
1 a 7 días	100	46,30
8 a 15 días	54	25,00
Mayor a 16 días	19	8,80

Tabla 5. Distribución por condición al alta de las hospitalizaciones de los pacientes hospitalizados en la UCI de un hospital de Riobamba periodo 2022 - 2023

CONDICIÓN AL ALTA	FRECUENCIA	%
Vivo	139	64,35
Fallece	77	35,65
Total	216	100

Posterior al alta la mayor parte de pacientes vivos fueron derivados al servicio de medicina interna (29,63%), cirugía general 6,94% y neurocirugía 5,09% (Tabla 6).

Tabla 6. Distribución por derivaciones al alta de los pacientes hospitalizados en la UCI de un hospital de Riobamba periodo 2022 - 2023

DERIVACION AL ALTA	FRECUENCIA	%
Medicina interna área Covid	16	7,41
Medicina interna	64	29,63
Morgue	77	35,65
Cirugía general	15	6,94
Fuera de la ciudad	10	4,63
Neurología	3	1,39
Urología	4	1,85
Gastroenterología	2	0,93
Neurocirugía	11	5,09
Alta voluntaria - domicilio	1	0,46
Cirugía plástica	1	0,46
Cirugía vascular	2	0,93
Ginecología	9	4,17
Maxilofacial	1	0,46
TOTAL	216	100,00

Discusión

La información general acerca de los pacientes admitidos en las Unidades de Cuidados Intensivos se deriva de investigaciones clínico-epidemiológicas enfocadas en enfermedades específicas, de bases de datos utilizadas para desarrollar herramientas de pronóstico y de estudios multicéntricos que proporcionan datos estadísticos de diversas instituciones o naciones participantes (González Aguilera et al., 2020).

La descripción de las características generales de los pacientes atendidos en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) proporciona información valiosa relacionada con datos epidemiológicos, factores de riesgo, procedimientos realizados, incidencia de infecciones y tasas de mortalidad. Estos datos constituyen la base para optimizar la atención en el servicio, comparar tendencias y resultados con otras unidades a nivel nacional e internacional, así como desarrollar estrategias educativas, investigativas y asistenciales dirigidas a mejorar la situación actual (González Aguilera et al., 2020; Paz et al., 2020).

La mayor prevalencia de la edad de pacientes hospitalizados fue del grupo mayor de 65 años. La edad media de los pacientes que son admitidos en la unidad de cuidados intensivos (UCI), según el estudio llevado a cabo por Olaechea y su equipo, muestra una cifra promedio de 61,9 años. Este estudio se basó en datos recopilados de 142,859 pacientes atendidos en 188 UCIs en España, y contrasta con la estimación de otros investigadores europeos, quienes la ubicaron en 62,5 años en su análisis de casos (Luna et al., 2016; Olaechea et al., 2016; Vincent et al., 2018).

Los estudios realizados por Alvear et al. en la Región del Maule presentaron datos de edad, porcentaje de hombres y puntaje APACHE II similares a los de los pacientes ingresados en UCI, esta información respalda los resultados reportados en el presente estudio al ser la población masculino con mayor prevalencia de ingreso a UCI; sin embargo, es importante tener en cuenta que las características y el curso clínico de los pacientes críticos pueden variar en comparación con lo que se ha observado en países desarrollados. Por ello, estudios realizados en Estados Unidos de América (EE. UU.) han informado de un promedio de edad más alto, mayores hospitalizaciones del género masculino y un puntaje Apache II menor en estos pacientes (Flythe et al., 2021; Olaechea et al., 2016).

En líneas generales, la admisión a una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) se justifica en casos en los que un paciente, especialmente si es oncológico o ha recibido un trasplante de médula ósea, presenta un riesgo significativo de deterioro agudo grave. Esto incluye situaciones de descompensación neurológica, inestabilidad hemodinámica, fallo o disfunción grave, potencialmente letal de al menos un órgano o sistema vital, así como fallo o disfunción que afecte a múltiples órganos o sistemas, o cuando requiere estabilización después de cirugías importantes o en estados pre o posquirúrgicos que puedan estar asociados con fallos o disfunciones graves o potencialmente mortales en al menos un órgano o sistema vital. Además, también se justifica la admisión en aquellos casos en los que, debido a la gravedad o el potencial de gravedad de su estado clínico, se requiere una monitorización invasiva o continua, así como diagnóstico y soporte de las funciones vitales afectadas y tratamiento de

las enfermedades subyacentes, todo ello proporcionado por personal médico debidamente acreditado en Medicina Intensiva (Fleischmann-Struzek et al., 2020; Ogawa et al., 2020; Pereira et al., 2022).

El choque, con sus diversas clasificaciones, es la principal causa de requerir un soporte vital, por lo que el paciente debe necesariamente ingresar a una UCI, esta razón la constituye en la principal causa de ingresos hospitalarios, además de ser una patología con alta morbi-mortalidad a corto y mediano plazo, el choque séptico y el choque de origen cardiogénico son aquellos que principalmente se presenta en la población superior a 65 años, mientras que los choques de origen obstructivo y hemorrágicos en su mayor parte son secundarios a traumatismos (Ni et al., 2020; Thompson et al., 2019; van Wagenberg et al., 2020).

El choque séptico y los ingresos por infecciones de cualquier etiología encabezan las hospitalizaciones registradas en el presente estudio. Acorde a diversos estudios, entre las principales fuentes de infección en los pacientes que son admitidos en la unidad de cuidados intensivos, se pueden identificar las infecciones respiratorias, que representan el 47,5 %, las infecciones del tracto urinario, que suponen el 25,5 %, las infecciones abdominales, con un porcentaje del 16,7 %, y las infecciones en la piel y los tejidos blandos, entre otros factores que contribuyen con un 3,3 %. La mayoría de los pacientes críticos que requieren cuidados intensivos y que padecen sepsis necesitan someterse a procedimientos invasivos con el fin de intentar preservar sus vidas. Estos procedimientos incluyen la intervención quirúrgica, la inserción de sondas urinarias y nasogástricas, así como la asistencia en la función respiratoria vital, que implica el uso de equipos de ventilación (Fleischmann-Struzek et al., 2020; Paz et al., 2020).

La sepsis se ha convertido en la causa más común de ingreso en las unidades de cuidados intensivos (UCI) en los últimos años, y su incidencia y prevalencia han aumentado. Sin embargo, al mismo tiempo, se ha observado una disminución en la mortalidad a corto plazo asociada con esta condición. Los pacientes que sobreviven a la sepsis a menudo son dados de alta hospitalaria, pero enfrentan desafíos a largo plazo, como un mayor riesgo de mortalidad en el futuro, disfunción del sistema inmunológico, infecciones secundarias, deterioro en la calidad de vida y reingresos no planificados. La detección temprana y el manejo de la sepsis han sido desafíos importantes para los profesionales de la atención de emergencia y los equipos médicos de cuidados críticos (Dinza et al., 2020; Lei et al., 2022; Paz et al., 2020).

La insuficiencia respiratoria aguda (IRA) constituye la segunda principal causa de ingreso en las unidades de cuidados intensivos. Acorde a la literatura publicada, un paciente que curse con IRA de cualquier etiología, en un porcentaje superior al 70% requiere manejo avanzado a vía aérea y por consecuencia acoplamiento a ventilación mecánica. En la época de la pandemia por SARS-COV2, la mayor parte de la población en infecciones severas, requería asistencia respiratoria por lo que era indispensable el uso de ventilación mecánica para poder brindar un soporte vital apropiado a estos pacientes, destacando que la tasa de mortalidad era muy elevada en las UCI (Kaku et al., 2020; Ramírez et al., 2021).

La atención obstétrica en cuidados intensivos como se registró ocupa un porcentaje considerable en esta investigación. Se considera los cuidados intensivos obstétricos de máxima importancia en los programas de salud debido a su destacado papel en las tasas de morbilidad y mortalidad hospitalaria, especialmente entre la población joven. Dentro de esta población en riesgo, un grupo significativo requiere atención especializada en una Unidad de Cuidados Intensivos. La principal causa de ingreso en estas unidades es la eclampsia, seguida del síndrome HELLP relacionado con la misma enfermedad hipertensiva del embarazo, así como la preeclampsia severa. En segundo plano, se encuentran afecciones de naturaleza hemorrágica o infecciosa, y con menor frecuencia, otras patologías (Balmaseda et al., 2016; Feitosa Mourão et al., 2019).

De igual forma los ingresos debido a patologías neurológicas o neuroquirúrgicas constituyen un alta prevalencia en las UCI, como se evidencia en el presente estudio; esto se debe a la alta tasa en la actualidad de eventos cerebro vasculares sea de origen isquémico y hemorrágico se presentan en la población, además que existe un aumento en la última década de traumatismos craneoencefálicos potencialmente severos, que requiere un manejo de neuroprotección oportuno y eficaz, por lo que deben ser manejados precozmente en unidades de cuidados intensivos complementando el tratamiento con el servicio de neurocirugía y especialidades afines (Chico-Fernández et al., 2016; Hernandez et al., 2021; Olkowski & Shah, 2017).

En relación al tiempo de estadía de un paciente en cuidados intensivos, no se encuentra estudios que soporten un promedio de tiempo de hospitalización, sin embargo, la mayoría de los artículos encontrados, respalda que el lapso de estadía está directamente relacionado con el tipo de patología, edad, etiología, factores de riesgos, tipo de tratamiento e inclusive recursos hospitalarios. Diversa literatura sustenta que la morbilidad y mortalidad depende del tipo y tiempo de evolución de la enfermedad, mientras mayor estancia hospitalaria tenga un paciente crítico, peor es su pronóstico de vida y morbilidad (Herridge et al., 2014; Iwashita et al., 2018; Olaechea et al., 2016).

La principal restricción de la investigación se basa en que la fuente de datos utilizada fue secundaria, lo que resultó en la ausencia de registros para muchas variables de interés. Además, no fue posible calcular la tasa de incidencia. Por lo tanto, sería esencial llevar a cabo futuros estudios con una mayor duración y una ampliación en la cantidad de variables para mejorar la significancia estadística de los resultados obtenidos.

Conclusiones

A modo de conclusión, las hospitalizaciones de un paciente que requiere ingreso a unidades de cuidados intensivos son aquellos que necesitan soportes vitales pudiendo ser hemodinámico, respiratorio, neurológico o renal, siendo las causas infecciosas la principal etiología de las mismas, existe una mayor predisposición de ingresos por parte del género masculino y la mayor parte de la población la constituye el adulto mayor; la relación entre la

estadía hospitalaria y el pronóstico esta directamente relacionado con la edad y el tipo de patología.

Referencias bibliográficas

- Abella Álvarez, A., Torrejón Pérez, I., Enciso Calderón, V., Hermosa Gelbard, C., Sicilia Urban, J. J., Ruiz Grinspan, M., García Ureña, M. Á., Salinas Gabiña, I., Mozo Martín, T., Calvo Herranz, E., Díaz Blázquez, M., & Gordo Vidal, F. (2013). Proyecto UCI sin paredes. Efecto de la detección precoz de los pacientes de riesgo. *Medicina Intensiva*, 37(1), 12-18. <https://doi.org/10.1016/j.medin.2012.08.006>
- Adhikari, N. K. J., Arali, R., Attanayake, U., Balasundaram, S., Beane, A., Chakravarthy, V., Channanath Ashraf, N., Darshana, S., Devaprasad, D., Dondorp, A. M., Fowler, R., Haniffa, R., Ishani, P., James, A., Jawad, I., Jayakumar, D., Kodipilly, C., Laxmappa, R., Mangal, K., ... Vijayan, D. (2020). Implementing an intensive care registry in India: Preliminary results of the case-mix program and an opportunity for quality improvement and research. *Wellcome Open Research*, 5, 182. <https://doi.org/10.12688/wellcomeopenres.16152.2>
- Aguilar García, C. R., Martínez Torres, C., Aguilar García, C. R., & Martínez Torres, C. (2017). La realidad de la Unidad de Cuidados Intensivos. *Medicina crítica (Colegio Mexicano de Medicina Crítica)*, 31(3), 171-173.
- Alva, N., Asqui, G., Alvarado, G. F., & Muchica, F. (2022). Factores de riesgo de ingreso a unidad de cuidados intensivos o mortalidad en adultos hospitalizados por COVID-19 en altura. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 39, 143-151. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2022.392.10721>
- Balmaseda, A., Miranda Pérez, Y., & Rivera Martínez, M. E. (2016). Caracterización de la hemorragia obstétrica grave en terapia intensiva de Pinar del Río. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 20(4), 44-54.
- Chico-Fernández, M., Llompert-Pou, J. A., Guerrero-López, F., Sánchez-Casado, M., García-Sáez, I., Mayor-García, M. D., Egea-Guerrero, J., Fernández-Ortega, J. F., Bueno-González, A., González-Robledo, J., Servià-Goixart, L., Roldán-Ramírez, J., Ballesteros-Sanz, M. Á., Tejerina-Alvarez, E., García-Fuentes, C., & Alberdi-Odriozola, F. (2016). Epidemiología del trauma grave en España. REgistro de TRAuma en UCI (RETRAUCI). Fase piloto. *Medicina Intensiva*, 40(6), 327-347. <https://doi.org/10.1016/j.medin.2015.07.011>
- Dinza, P. A. H., Cabrera, L. L., & Cervantes, E. A. (2020). Epidemiología y factores pronósticos en pacientes con sepsis. *Revista Cubana de Medicina Intensiva y Emergencias*, 19(2), 1-17.
- Feitosa Mourão, L., Cordeiro Mendes, I., Barbosa Marques, A. D., Feitosa Cestari, V. R., & Barreto de Brito Braga, R. M. (2019). Ingresos en UCI por causas obstétricas. *Enfermería Global*, 18(1), 304-345.
- Fleischmann-Struzek, C., Mellhammar, L., Rose, N., Cassini, A., Rudd, K. E., Schlattmann, P., Allegranzi, B., & Reinhart, K. (2020). Incidence and mortality of hospital- and ICU-treated sepsis: Results from an updated and expanded systematic review and meta-analysis. *Intensive Care Medicine*, 46(8), 1552-1562. <https://doi.org/10.1007/s00134-020-06151-x>

- Flythe, J. E., Assimon, M. M., Tugman, M. J., Chang, E. H., Gupta, S., Shah, J., Sosa, M. A., Renaghan, A. D., Melamed, M. L., Wilson, F. P., Neyra, J. A., Rashidi, A., Boyle, S. M., Anand, S., Christov, M., Thomas, L. F., Edmonston, D., & Leaf, D. E. (2021). Characteristics and Outcomes of Individuals With Pre-existing Kidney Disease and COVID-19 Admitted to Intensive Care Units in the United States. *American Journal of Kidney Diseases*, 77(2), 190-203.e1. <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2020.09.003>
- González Aguilera, J., Vázquez Belizón, Y. E., Arias Ortiz, A., & Cabrera Lavernia, J. O. (2020). Características de la población atendida en una unidad de cuidados intensivos cubana: Estudio del proyecto DINUCIs. *Medisur*, 858-868.
- Hernandez, S., Kittelty, K., & Hodgson, C. L. (2021). Rehabilitating the neurological patient in the ICU: What is important? *Current Opinion in Critical Care*, 27(2), 120-130. <https://doi.org/10.1097/MCC.0000000000000804>
- Herridge, M. S., Batt, J., & Santos, C. D. (2014). ICU-acquired Weakness, Morbidity, and Death. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 190(4), 360-362. <https://doi.org/10.1164/rccm.201407-1263ED>
- Iwashita, Y., Yamashita, K., Ikai, H., Sanui, M., Imai, H., & Imanaka, Y. (2018). Epidemiology of mechanically ventilated patients treated in ICU and non-ICU settings in Japan: A retrospective database study. *Critical Care*, 22, 329. <https://doi.org/10.1186/s13054-018-2250-3>
- Kaku, S., Nguyen, C. D., Htet, N. N., Tutera, D., Barr, J., Paintal, H. S., & Kuschner, W. G. (2020). Acute Respiratory Distress Syndrome: Etiology, Pathogenesis, and Summary on Management. *Journal of Intensive Care Medicine*, 35(8), 723-737. <https://doi.org/10.1177/0885066619855021>
- Lei, S., Li, X., Zhao, H., Xie, Y., & Li, J. (2022). Prevalence of sepsis among adults in China: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Public Health*, 10, 977094. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.977094>
- Luna, L. D. S., Soares, D. de S., Junior, G. B. da S., Cavalcante, M. G., Malveira, L. R. C., Meneses, G. C., Pereira, E. D. B., & Daher, E. D. F. (2016). CLINICAL CHARACTERISTICS, OUTCOMES AND RISK FACTORS FOR DEATH AMONG CRITICALLY ILL PATIENTS WITH HIV-RELATED ACUTE KIDNEY INJURY. *Revista Do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo*, 58, 52. <https://doi.org/10.1590/S1678-9946201658052>
- Ni, J., Liu, Y., Wu, M., Wang, J., Sha, D., & Xu, B. (2020). Shock on Admission as a Potential Marker for ICU Mortality of Cardiac Arrest Patients. *International Heart Journal*, 61(4), 795-798. <https://doi.org/10.1536/ihj.20-040>
- Nolan, J. P., Sandroni, C., Böttiger, B. W., Cariou, A., Cronberg, T., Friberg, H., Genbrugge, C., Haywood, K., Lilja, G., Moulart, V. R. M., Nikolaou, N., Olasveengen, T. M., Skrifvars, M. B., Taccone, F., & Soar, J. (2021). European Resuscitation Council and European Society of Intensive Care Medicine guidelines 2021: Post-resuscitation care. *Intensive Care Medicine*, 47(4), 369-421. <https://doi.org/10.1007/s00134-021-06368-4>
- Ogawa, T., Inoue, S., Inada, M., & Kawaguchi, M. (2020). Postoperative intensive care unit admission does not affect outcomes in elective surgical patients with severe comorbidity. *Medicina Intensiva*, 44(4), 216-225. <https://doi.org/10.1016/j.medin.2019.01.003>
- Olaechea, P. M., Álvarez-Lerma, F., Palomar, M., Gimeno, R., Gracia, M. P., Mas, N., Rivas, R., Seijas, I., Nuvials, X., Catalán, M., & ENVIN-HELICS Study Group. (2016). Characteristics and outcomes of patients admitted to Spanish ICU: A prospective

- observational study from the ENVIN-HELICS registry (2006-2011). *Medicina Intensiva*, 40(4), 216-229. <https://doi.org/10.1016/j.medin.2015.07.003>
- Olkowski, B. F., & Shah, S. O. (2017). Early Mobilization in the Neuro-ICU: How Far Can We Go? *Neurocritical Care*, 27(1), 141-150. <https://doi.org/10.1007/s12028-016-0338-7>
- Paz, Y. R., Pantoja, M. R., Sánchez, Y. L., & Castillo, Y. Q. (2020). Caracterización clínica, epidemiológica y microbiológica de pacientes con sepsis en una unidad de cuidados intensivos. *MEDISAN*, 24(2), 252-262.
- Pereira, J. F. dos S., Carvalho, R. H. de S. B. F. de, Pinho, J. R. O., Thomaz, E. B. A. F., Lamy, Z. C., Soares, R. D., Santos, J. M. C. de F., & Britto e Alves, M. T. S. S. de. (2022). CHALLENGES AT THE FRONT: EXPERIENCES OF PROFESSIONALS IN ADMITTING PATIENTS TO THE INTENSIVE CARE UNIT DURING THE COVID-19 PANDEMIC. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 31, e20220196. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2022-0196en>
- Ramírez, P., Gordón, M., Martín-Cerezuela, M., Villarreal, E., Sancho, E., Padrós, M., Frasset, J., Leyva, G., Molina, I., Barrios, M., Gimeno, S., & Castellanos, Á. (2021). Acute respiratory distress syndrome due to COVID-19. Clinical and prognostic features from a medical Critical Care Unit in Valencia, Spain. *Medicina Intensiva*, 45(1), 27-34. <https://doi.org/10.1016/j.medine.2020.06.009>
- Sakr, Y., Moreira, C. L., Rhodes, A., Ferguson, N. D., Kleinpell, R., Pickkers, P., Kuiper, M. A., Lipman, J., Vincent, J.-L., & Extended Prevalence of Infection in Intensive Care Study Investigators. (2015). The impact of hospital and ICU organizational factors on outcome in critically ill patients: Results from the Extended Prevalence of Infection in Intensive Care study. *Critical Care Medicine*, 43(3), 519-526. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000000754>
- Thompson, K., Venkatesh, B., & Finfer, S. (2019). Sepsis and septic shock: Current approaches to management. *Internal Medicine Journal*, 49(2), 160-170. <https://doi.org/10.1111/imj.14199>
- van Wagenberg, L., Witteveen, E., Wieske, L., & Horn, J. (2020). Causes of Mortality in ICU-Acquired Weakness. *Journal of Intensive Care Medicine*, 35(3), 293-296. <https://doi.org/10.1177/0885066617745818>
- Vincent, J.-L., Lefrant, J.-Y., Kotfis, K., Nanchal, R., Martin-Loeches, I., Wittebole, X., Sakka, S. G., Pickkers, P., Moreno, R., & Sakr, Y. (2018). Comparison of European ICU patients in 2012 (ICON) versus 2002 (SOAP). *Intensive Care Medicine*, 44(3), 337-344. <https://doi.org/10.1007/s00134-017-5043-2>

Conflicto de intereses:

Los autores declaran que no existe conflicto de interés posible.

Financiamiento:

No existió asistencia financiera de partes externas al presente artículo.

Agradecimiento:

N/A

Nota:

El artículo no es producto de una publicación anterior.

