

PERFIL EPIDEMIOLOGICO DE LOS PACIENTES QUE INGRESAN A LA
UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO ADULTO DE LA CLINICA
MEDILASER S.A NEIVA, DE MAYO A JULIO DE 2010

CONSTANZA REYES ZAPATA
DANIEL RODRIGUEZ

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
ESPECIALIZACIÓN CUIDADO CRÍTICO ADULTO
NEIVA
2010

PERFIL EPIDEMIOLOGICO DE LOS PACIENTES QUE INGRESAN A LA
UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO ADULTO DE LA CLINICA
MEDILASER S.A NEIVA, DE MAYO A JULIO DE 2010

CONSTANZA REYES ZAPATA
DANIEL RODRIGUEZ

Trabajo de grado presentado como requisito para optar al titulo de Especialista en
Cuidado Critico.

Asesor
EDILBERTO SUAZA CALDERON
Enfermero Epidemiólogo

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
ESPECIALIZACIÓN CUIDADO CRÍTICO ADULTO
NEIVA
2010

Nota de aceptación:

Firma del presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Neiva, Enero del 2011

DEDICATORIA

A DIOS por permitirnos compartir este triunfo con nuestros seres queridos.

A nuestras familias por el apoyo incondicional y a todos los que de cierta forma colaboraron para que este sueño se hiciera realidad

CONSTANZA
DANIEL

AGRADECIMIENTOS

El autor expresa sus agradecimientos a:

A las personas que colaboraron con su aporte de opinión para la realización de este estudio.

A los maestros que nos formaron durante estos semestres enseñándonos a ver con diferentes ojos la realidad en que vivimos.

A todos los participantes mil gracias.....

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	15
1 OBJETIVOS	19
1.1 OBJETIVO GENERAL	19
1.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	19
2 MARCO REFERENCIAL	20
2.1 ANTECEDENTES	20
2.1.1 Situación global del Cuidado Crítico en Latinoamérica	20
2.2 GENERALIDADES DE LA UCI	20
2.2.1 Características de la persona que requiere atención en UCI-Adultos	23
2.2.2 Criterios para el ingreso de pacientes a una Unidad de Cuidado Intensivo	25
2.2.2.1 Alta Prioridad	25
2.2.2.2 Prioridad I	25
2.2.2.3 Prioridad II	25
2.2.2.4 Prioridad III	25
2.2.2.5 Prioridad IV	25
2.2.2.6 Baja prioridad	26
2.3 PERFIL EPIDEMIOLOGICO	28
2.3.1 Indicadores y factores condicionantes para la atención de pacientes hospitalizados en Unidades de Cuidado Intensivo	30
2.3.2 Método A.P.A.C.H.E. II o A.P.A.C.H.E. Simplificado	31
2.3.3 Escala TISS	32
2.3.4 Clasificación Internacional de Enfermedades 10° (CIE 10)	32
2.3.5 Eventos Adversos	33
3 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	36
4 DISEÑO METODOLÓGICO	40
4.1 TIPO DE ESTUDIO	40

	Pág.	
4.2	POBLACION	40
4.3	METODO, TECNICA E INSTRUMENTO	40
4.3.1	Método	40
4.3.2	Técnica	40
4.3.3	Instrumento	41
4.4	CONFIABILIDAD VALIDEZ	41
4.5	RECOLECCION DE LA INFORMACION	41
4.6	PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	42
4.6.1	Análisis de los datos	42
5	CONSIDERACIONES ÉTICAS	44
6	RESULTADOS	45
6.1	CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICOS	45
6.2	MORBILIDAD	51
6.3	MORTALIDAD	60
7	FACTORES CONDICIONANTES	66
8	DISCUSION	68
9	CONCLUSIONES	70
10	RECOMENDACIONES	72
	BIBLIOGRAFIA	73
	ANEXOS	76

LISTA DE TABLAS

		Pág.
Tabla 1.	Distribucion porcentual según diagnostico de ingreso a la UCI A de la Clínica Medilaser S.A. Neiva entre el 01 de mayo al 31 de julio de 2010.	51
Tabla 2.	Comorbilidad asociada al diagnóstico de ingreso a UCI A de la Clínica Medilaser S.A Neiva entre el 01 de mayo al 31 de julio de 2010	52
Tabla 3.	Distribución porcentual según días hospitalización de los usuarios de la UCI A de la Clínica Medilaser S.A Neiva entre el 01 de mayo al 31 de julio de 2010.	57
Tabla 4.	Principales diagnósticos de ingreso de los usuarios a la UCI A Clínica Medilaser S.A Neiva respecto con la edad	62
Tabla 5.	Principales diagnósticos de ingreso de los usuarios a la UCI A Clínica Medilaser S.A Neiva respecto con la edad.	63
Tabla 6.	Principales diagnósticos de ingreso de los usuarios a la UCI A Clínica Medilaser S.A Neiva respecto con el sexo.	63
Tabla 7.	Principales diagnósticos de ingreso de los usuarios a la UCI A Clínica Medilaser S.A respecto con el sexo.	64
Tabla 8.	Principales diagnósticos de ingreso de los usuarios a la UCI A Clínica Medilaser S.A Neiva respecto con el estrato socio económico	64
Tabla 9.	Principales diagnósticos de ingreso de los usuarios a la UCI A Clínica Medilaser S.A Neiva respecto con el estrato socioeconómico	65

LISTA DE GRAFICAS

	Pág.
Grafica 1. Distribución porcentual por edad de los usuarios hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos de la Clínica Medilaser entre el 01 de mayo al 31 de julio de 2010.	45
Grafica 2. Distribución porcentual por sexo de los usuarios hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos de la Clínica Medilaser entre el 01 de mayo al 31 de julio de 2010.	46
Grafica 3. Distribución porcentual según nivel de escolaridad de los usuarios hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos de la Clínica Medilaser entre el 01 de mayo al 31 de julio de 2010.	46
Grafica 4. Distribución porcentual según ocupación de los usuarios hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos de la Clínica Medilaser entre el 01 de mayo al 31 de julio de 2010.	47
Grafica 5. Distribución porcentual según estado civil de los usuarios hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos de la Clínica Medilaser entre el 01 de mayo al 31 de julio de 2010.	48
Grafica 6. Distribución porcentual según estrato socioeconómico civil de los usuarios hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos de la Clínica Medilaser entre el 01 de mayo al 31 de julio de 2010.	49
Grafica 7. Distribución porcentual según seguridad social de los usuarios hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos de la Clínica Medilaser entre el 01 de mayo al 31 de julio de 2010.	50

	Pág.
Grafica 8. Distribución porcentual según lugar de residencia de los usuarios hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos de la Clínica Medilaser entre el 01 de mayo al 31 de julio de 2010.	50
Grafica 9. Distribución porcentual según servicio de procedencia de los usuarios hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos de la Clínica Medilaser entre el 01 de mayo al 31 de julio de 2010.	52
Grafica 10. Distribución porcentual según servicio de procedencia intra institucional de los usuarios hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos de la Clínica Medilaser entre el 01 de mayo al 31 de julio de 2010.	53
Grafica 11. Distribución porcentual según servicio de procedencia extra institucional de los usuarios hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos de la Clínica Medilaser entre el 01 de mayo al 31 de julio de 2010.	54
Grafica 12. Tiempo transcurrido desde la solicitud del servicio y el ingreso de los usuarios hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos de la Clínica Medilaser entre el 01 de mayo al 31 de julio de 2010.	55
Grafica 13. Plan de manejo al ingreso de los usuarios de la unidad de cuidados intensivos de la Clínica Medilaser entre el 01 de mayo al 31 de julio de 2010.	56
Grafica 14. Distribución porcentual del diagnostico al egreso según sistema afectado de los usuarios de la unidad de cuidados intensivos de la Clínica Medilaser entre el 01 de mayo al 31 de julio de 2010.	58

Grafica 15.	Distribución porcentual de la ubicación al egreso de los usuarios de la unidad de cuidados intensivos de la Clínica Medilaser entre el 01 de mayo al 31 de julio de 2010.	59
Grafica 16.	Distribución porcentual según tiempo de fallecimiento de los usuarios de la unidad de cuidados intensivos de la clínica Medilaser entre el 01 de mayo al 31 de julio de 2010.	60
Grafica 17.	Principales causas de defunción de los usuarios de la unidad de cuidados intensivos de la Clínica Medilaser entre el 01 de mayo al 31 de julio de 2010.	61

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo A. Proyecto “perfil epidemiológico de los pacientes que ingresan a las unidades de cuidado intensivo adulto, Neiva, mayo a julio de 2010”	77
Anexo B. Proyecto “perfil epidemiológico de los pacientes que ingresan a las unidades de cuidado intensivo adulto, Neiva, mayo a julio de 2010”	80
Anexo C. Lista de chequeo.	83
Anexo D. Recurso humano	84
Anexo E. Insumos y equipos faltantes	85
Anexo F. Disponibilidad de medicamentos faltantes.	86

RESUMEN

El perfil epidemiológico es el estudio de la morbilidad, mortalidad y factores de riesgo asociados que, teniendo en cuenta las características geográficas, la población y el tiempo; se convierte entonces en la primera herramienta en el proceso de planificación de una intervención sanitaria. Los perfiles epidemiológicos de las Unidades de Cuidados Intensivos son pocos y no han sido publicados recientemente, existen estudios epidemiológicos puntuales de morbilidad, mortalidad y controles de calidad de cuidados intensivos; de esta manera se planteó describir el perfil epidemiológico del paciente críticamente enfermo que ingresa a la Unidad de Cuidado Intensivo de la Clínica Medilaser S.A.

Se presentaron 319 pacientes con un 62% correspondiente al género masculino. La edad promedio fue de 46 años y más en un 79% con una mediana de 54 años; el promedio estancia fue de 6 días. El principal diagnóstico de ingreso es el de otras alteraciones funcionales de cirugía cardíaca con un 16,3%. El 52,3% de los usuarios que ingresan de forma extra institucional se realiza por el servicio de urgencias. De los pacientes que egresan, el principal sistema afectado, fue el Cardíaco con un 58,6%. La mortalidad global reportada fue del 12%, más baja que la encontrada en otros estudios realizados en Colombia.

Palabras claves. Perfil epidemiológico, morbilidad y mortalidad, estudio epidemiológico, control de calidad.

SUMMARY

The epidemiological profile is the study of morbidity, mortality and associated risk factors, taking into account the geographical, population and time, then becomes the first tool in the process of planning a health intervention. The epidemiological profiles of Intensive Care Units are few and have not been published recently, there are specific epidemiological studies of morbidity, mortality and quality control intensive care thus aimed at describing the epidemiological profile of the critically ill patient who enters Intensive Care Unit of Clinical Medilaser SA

There were 319 patients with 62% for the male gender. The average age was 46 years and over 79% with a median of 54 years, the average stay was 6 days. The main entrance is the diagnosis of other functional disorders of cardiac surgery with 16.3%. 52.3% of the users accessing extra institutional form is effected by the emergency department. Of the patients that leave the main system affected was the Heart with 58.6%. The reported overall mortality was 12% lower than that found in other studies in Colombia.

Keywords. Epidemiological profile, morbidity and mortality, epidemiological investigation, quality control.

INTRODUCCION

La Unidad de Cuidados Intensivos Adultos (UCI A) es un servicio especializado de alta complejidad cuyo objetivo es brindar un cuidado integral a todas aquellas personas en condiciones críticas de salud las cuales requieren una atención constante y continúa. Debido a que el estado de dichas personas es crítico, la UCI A es un área dotada de infraestructura y equipos altamente especializados en la que trabajan profesionales y personal entrenado, que proporcionan atención acorde a las características de este tipo de pacientes; en aras de suplir sus necesidades básicas relacionadas con la fisiología (respirar con normalidad, comer y beber, excretar desechos, movimiento y mantenimiento de la postura adecuada, descansar y dormir, mantener una temperatura corporal adecuada), la seguridad (higiene corporal y evitar peligros del entorno), la autoestima (comunicarse, expresar emociones, necesidades, miedos), con la pertenencia grupal (culto a una religión) y con la auto-actualización (trabajar, recrearse y satisfacer su curiosidad).

Estas necesidades que son básicas de todo ser humano y que debido al problema de salud no pueden satisfacerse, más aún en los pacientes críticos que muestran gran o total dependencia; es entonces, donde el rol del profesional de Enfermería actúa y desempeña un papel fundamental en el tratamiento y recuperación del paciente.

Existen sin embargo otros factores, no dependientes directamente del paciente, que pueden ser determinantes e influir en los resultados finales del cuidado durante la estancia en la UCI; dichos factores se clasifican en extrínsecos e intrínsecos derivados de métodos de tratamiento invasivos y no invasivos que es importante conocerlos con el fin de estratificar planes con objetivos medibles que permitan de un modo u otro contribuir en la evolución y estancia de un paciente hospitalizado en una UCI A.

Así mismo, estas unidades están provistas de equipos y sistemas especializados que por sus características permiten brindar una vigilancia y manejo acorde a las necesidades de los pacientes que ahí se encuentran; según su especialidad podemos encontrar: Cuidados Intensivos Cardiológicos Órganos, Cuidados Postoperatorios, Unidades Ginecobstétricas y Cuidados Intensivos Psiquiátricos. También es posible encontrar Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos y Unidades Neonatales, entre otras.

Por ende, entender el proceso dinámico de salud-enfermedad en las UCI de nuestro medio implica conocer la situación de salud de cada paciente que es hospitalizado en la unidad, relacionarla con la morbilidad, mortalidad, estudiar los factores condicionantes asociados a la morbilidad: personal de salud debidamente especializado y entrenado, disponibilidad de equipos biomédicos, insumos, seguridad, utilizar indicadores asistenciales que evalúen la eficacia de nuestra labor y la eficiencia de la prestación de los servicios, priorizar en los problemas encontrados y orientar intervenciones que mejoren la calidad en la atención y que de cierto modo se conviertan en factores protectores para la recuperación del mismo¹.

El perfil epidemiológico es el estudio de la morbilidad, mortalidad y factores de riesgo asociados que, teniendo en cuenta las características geográficas, la población y el tiempo; se convierte entonces en la primera herramienta en el proceso de planificación de una intervención sanitaria. Dicho perfil se realiza a partir de datos recogidos por diferentes métodos tales como: encuestas, revisión de historias clínicas, cuestionarios que se transforman en indicadores de salud y que sirven para realizar comparaciones entre grupos poblacionales e instituciones.

Los perfiles epidemiológicos de las unidades de cuidados intensivos son muy pocos y no han sido publicados recientemente, existen estudios epidemiológicos puntuales de morbilidad, mortalidad y controles de calidad de cuidados intensivos; en Colombia, con excepción de algunos estudios en UCI individuales, sólo un estudio interhospitalario publicado en 1995² por Dennis y colaboradores ha evaluado las características de los pacientes que ingresan a las UCI A en 20 Unidades de Cuidados Intensivos en las principales ciudades colombianas encontrando datos como: mortalidad global del 31%, uso de ventilación mecánica en un 34% y algunas relaciones estadísticas entre mortalidad con índice de severidad de la enfermedad y la edad, entre otras³; en otro estudio realizado en Pereira sobre la caracterización epidemiológica del paciente crítico en una institución de tercer nivel de atención publicado en el 2004, se encontró que la principal causa de ingreso fueron pacientes con patologías respiratorias con un 24.1%, dentro de las cuales la falla respiratoria fue la más común, seguidos de patologías crónicas de base como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) 32.4%, la diabetes Mellitus 24.3% y cardiopatías en un 18.3%

En nuestro medio, desde la creación de las unidades de cuidado intensivo en la ciudad de Neiva, solo se encontró un estudio publicado, en el que se analizan algunas de las variables sociodemográficas y de morbimortalidad de los pacientes hospitalizados en la UCI del Hospital Universitario de Neiva entre 1997 y 1998⁴. Desde entonces no se ha documentado ningún perfil epidemiológico que

caracterice las condiciones del paciente hospitalizado en las UCI A; a excepción de estudios que posteriormente se realizaron en el Hospital Universitario de Neiva que abordan temas sobre, Caracterización del perfil microbiológico causante de infección del sitio operatorio en el servicio de cirugía de septiembre a noviembre del 2004, aspectos relevantes de los pacientes con diagnóstico de Sepsis en UCI, caracterización Epidemiológica, factores de riesgo, agentes etiológicos y patrones de riesgo de los pacientes con infección urinaria nosocomial 2007 a 2008, y en la clínica Medilaser durante el 2008 sobre Resistencia Bacteriana en pacientes infectados en la Unidad de Cuidados Intensivos.

La Clínica Medilaser S.A. es una institución prestadora de servicios de salud IPS de III nivel de atención, ubicada en la carrera 7 No 11- 63 de la ciudad de Neiva, la cual cuenta con unidad de cuidados intensivos adultos, pediátrica y neonatal, presta servicios de atención en salud a la población del régimen subsidiado, vinculado y contributivo de Neiva y la región Surcolombiana. Actualmente la UCI cuenta con 23 camas debidamente habilitadas con un grupo de personal capacitado y entrenado compuestos por Médicos Especialistas en Cuidado Crítico, Medicina Interna, Cirugía General y Anestesia, Enfermeros, Fisioterapeutas especialistas en cuidado crítico, Auxiliares de Enfermería y personal administrativo; además de contar con infraestructura y tecnología de punta logrando contribuir a la salud de la población Huilense y del sur de Colombia.

Teniendo en cuenta, la necesidad de conocer cuál es el perfil epidemiológico de los pacientes hospitalizados en la UCI A de la Clínica Medilaser S.A de Neiva, se decide observar los aspectos socio demográficos, sus tasas de morbilidad, mortalidad, principales complicaciones y relacionar estas con la proyección de programas asistenciales de intervención tanto médicos como de Enfermería y administrativos institucionales según necesidades específicas y justificadas con realidades encontradas.

En la UCI A, el registro bioestadístico se realiza de carácter obligatorio pero de forma somera; donde se refleja la morbimortalidad, promedio ingreso, complicaciones, infecciones nosocomiales. Por lo tanto se planteó describir el perfil epidemiológico del paciente críticamente enfermo que ingresa a la UCI A donde resaltamos que es: Novedoso por ser el primer estudio realizado en la clínica por profesionales de enfermería, a partir del cual; nos permite desarrollar nuevos proyectos investigativos y orientar planes de mejoramiento o intervenciones a partir de éstos resultados. Útil porque se espera, identificar la caracterización de la población, morbimortalidad, estrato socioeconómico, principales patologías que se presentan, estado de salud previo, y así lograr determinar el impacto de los programas de promoción y prevención. Además,

sirve como base para realizar estudios de seguimiento epidemiológico y microbiológico de los pacientes e identificar los factores asociados a la morbilidad; y Factible porque se cuenta con la participación de personal de enfermería que labora en la misma institución, lo cual facilita la accesibilidad a la información, logrando desarrollar todos los objetivos planteados.

Con lo expuesto anteriormente y motivados por la realización de la Especialización de Cuidado Crítico en Enfermería en la Universidad Surcolombiana, se decide abordar este estudio en la UCI A. de la Clínica Medilaser S.A. de la ciudad de Neiva como requisito de grado en el área de investigación y en aras de caracterizar la población atendida en la clínica teniendo en cuenta factores socio demográficos, morbilidad, mortalidad y factores de riesgo tanto del paciente como del ambiente lo que traduce el primer perfil epidemiológico de la UCI A.

1. OBJETIVOS

1.1 OBJETIVO GENERAL

Describir el perfil epidemiológico de los usuarios que ingresan a la unidad de cuidado Intensivo adulto de la Clínica Medilaser S.A. que permitirá plantear estrategias de mejoramiento en la atención de enfermería.

1.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

Describir las características socio-demográficas de los pacientes que ingresan a la unidad de cuidado intensivo adulto.

Interpretar la morbilidad presentada en el servicio de cuidado crítico.

Determinar los factores condicionantes de la prestación del servicio a los pacientes que ingresan a la unidad de cuidado intensivo, referentes a la persona, el ambiente y el cuidador.

Determinar la presencia de eventos adversos derivados de la atención de los pacientes de alta complejidad.

Identificar aspectos que pueden contribuir, a futuro, al diseño de planes de atención en salud acordes con la situación de cada unidad.

2. MARCO REFERENCIAL

2.1 ANTECEDENTES

2.1.1 Situación global del Cuidado Crítico en Latinoamérica⁵. Los gastos porcentuales del Producto Bruto Interno para la salud en América Latina, de acuerdo con la OPS, oscilan entre 6.2% y 9.4%, mientras que en Canadá y Estados Unidos, es el 13%. Esto refleja las dificultades que tiene la región para tener recursos suficientes, que permitan entregar los servicios que necesita la población, en especial, los servicios de alto costo, como es, el cuidado crítico. Un ejemplo de esto es el bajo número de camas de terapia intensiva de Latinoamérica en relación con los países desarrollados.

La Organización Mundial de la Salud recomienda 4-4,75 camas por 1000 habitantes para hospitales en poblaciones de más de 100.000 habitantes; 3-4 camas por 1000 en poblaciones de 25.000-100.000 habitantes y 2,5-3 camas por 1000 habitantes en poblaciones de menos de 25.000 habitantes. En términos generales, una aproximación racional de la cantidad de camas hospitalarias y de cuidado crítico para la región podría ser de 2,5 a 3 camas por 1000 habitantes, y de éstas entre el 4 al 10% deben ser de cuidado intensivo. Debido a lo anterior, tomándolo como base en Colombia se incrementaron las unidades con un total de 109 en la actualidad.

2.2 GENERALIDADES DE LA UCI

Para hablar de cuidado intensivo es necesario regresarnos a mediados del siglo XIX, época en la que se hace referencia, por primera vez a las unidades de cuidado intensivo, cuando la Enfermera Británica Florence Nightingale agrupaba a los pacientes heridos en la guerra de Crimea por criterios de gravedad y los situaba cerca de las enfermeras que tenían más conocimientos y experiencia. Una década más tarde, en 1928, el Dr. Walter Dandy, del Hospital Johns Hopkins de Baltimore (EEUU), creó la primera UCI para atender el posoperatorio de los pacientes neuroquirúrgicos. Posteriormente, durante los años 1930 y 1940, el desarrollo de las UCI continuaba teniendo lugar en las salas de recuperación pos anestésica para vigilar y prevenir las complicaciones de la cirugía durante el posoperatorio inmediato, así como las complicaciones potenciales de la misma anestesia⁶.

Así mismo, durante la década de los 40's, hubo dos acontecimientos que tuvieron gran influencia en el desarrollo de las UCI, uno de ellos fue la segunda guerra mundial, que requirió infraestructura para atender los grandes heridos de la guerra, y el segundo fue la poliomielitis que se dio en Europa y EEUU, cuyos afectados necesitaron cuidados respiratorios avanzados y tratamientos con ventiladores artificiales, denominados en ese entonces "el pulmón de acero". Simultáneamente se producía un importante desarrollo tecnológico y los anestesiólogos adquirían conocimientos y habilidades para la entubación endotraqueal y el tratamiento posoperatorio de los pacientes quirúrgicos, por lo que aparecieron en la mayoría de hospitales las unidades de cuidados posoperatorios. Esta evolución llevó al anestesiólogo Peter Safar, en 1958, al desarrollo de una unidad de cuidado especial en el hospital de Johns Hopkins Bayview (Hasta entonces Baltimore City Hospital) de EEUU. Este hospital se dotó con personal propio y por primera vez se habló de UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO.

Más adelante, a medida que se iban introduciendo nuevos avances tecnológicos como el masaje cardíaco cerrado, la desfibrilación cardíaca y nuevos modos de ventilación mecánica, se creaba la necesidad de disponer de áreas especiales con enfermeras bien preparadas para poder realizar estos cuidados con una estrecha monitorización de los pacientes. En la década de los 60 y 70, se crean unidades especializadas con estas características, como lo fueron las unidades coronarias, para atender a pacientes con afecciones cardíacas. Esta situación potenciada por el desarrollo tecnológico y de la medicina en general, permitió orientar lo que hoy en día conocemos como unidades de cuidado intensivo y su importancia como apoyo para la atención integral en salud de algunos usuarios con enfermedades que comprometen de manera abrupta su integridad física, dentro de su contexto fisiológico, social, cultural y moral.

En Latinoamérica la primera unidad de cuidado intensivo adulto aparece en 1956 en Argentina, en Colombia entre 1964 y 1969 en el hospital San Juan de Dios, Clínica SHAIO y Hospital Militar; en el departamento del Huila en 1997, se inicia con la unidad de cuidados intensivos polivalente en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva.

De acuerdo a los antecedentes existentes y a la necesidad de crear unidades de cuidado intensivo, en Colombia el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) reglamentan que en las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) de tercer y cuarto nivel de complejidad, dentro de sus requisitos mínimos, se incluya la unidad de cuidados intensivos. En tanto, para un hospital de este nivel

es prioritario contar con recurso humano calificado para asegurar una mejor asistencia a los pacientes que requieran procedimientos de alta complejidad.

Las características de una UCI A están determinadas por la Resolución 1043 del 3 de abril de 2006, la cual incluye aspectos como: infraestructura y adecuación tecnológica lo cual la diferencia de los demás servicios hospitalarios y determinan su razón de ser; es así como existen Unidades de cuidados intensivos polivalentes en las que son hospitalizados usuarios con diferentes patologías o pueden ser monovalentes en el caso de las unidades coronarias, renales, entre otras. Los procedimientos de monitoreo e intervención invasivo y no invasivo completo, soporte nutricional avanzado, soporte psicológico y psiquiátrico, posibilidad de cirugías electivas, terapéuticas de alto riesgo o de complicaciones postoperatorias, apoyo diagnóstico o terapéutico las 24 horas del día con especialidades y subespecialidades del área clínica y quirúrgica, programas de especialización de medicina interna, enfermería, cirugía general, ginecología, anestesiología, entre otros, también se convierten en recursos que complementan y direccionan la atención integral.

A nivel tecnológico las UCI A cuentan con equipos de ventilación mecánica de presión y de volumen de II y de III generación, monitores de signos vitales invasivo y no invasivo de última generación, camas de cuidados intensivos electro hidráulicas, computador de gasto cardíaco, oximetría de pulso continúa, bombas de infusión enteral y parenteral, desfibrilador, marcapasos externo digital, equipo de órganos de los sentidos, ventilador de transporte, electrocardiógrafo digital, estimulador de nervio periférico, marcapasos interno transitorio (unicameral y/o bicameral), fuente central de oxígeno, aire comprimido y vacío, carro de paro, entre otros; los cuales permiten una identificación oportuna del diagnóstico que orienta hacia un tratamiento individualizado de acuerdo a la patología de cada usuario, logrando así disminuir complicaciones y niveles de mortalidad⁷.

A nivel de estructura física las UCI A deben disponer de un área física intrahospitalaria exclusiva y delimitada con los siguientes ambientes: puesto de enfermería con unidad sanitaria, área para camas, área para trabajo de enfermería limpio y sucio, área para depósito de material estéril e insumos, área para depósito de equipos, área de aseo, las camas deben estar dispuestas de manera que permitan el monitoreo y control visual permanente, tomas eléctricas suficientes para mantener los equipos conectados, debe contar con lavamanos para visitantes y/o personal asistencial a la entrada del servicio⁸.

En cuanto a recurso humano, la UCI A debe disponer de especialistas en cuidado intensivo, cirugía general, anestesia o medicina interna, debe estar presencial con cubrimiento de 24 horas; la enfermera(o) profesional con especialización, estudios de posgrado o experiencia demostrada en cuidado crítico; auxiliares de enfermería presenciales asignadas de manera que haya cubrimiento las 24 horas; disponibilidad de terapeuta respiratoria o fisioterapeuta.

Todo el personal mencionado debe contar con entrenamiento certificado específico en el área⁹.

Es de gran importancia que los hospitales de III y IV nivel de complejidad cuenten con una UCI A, debido a que un paciente crítico se caracteriza por presentar problemas de salud, reales o potenciales, que ponen su vida en peligro y requieren observación y tratamiento continuos. Este requiere una valoración y unas intervenciones constantes multidisciplinarias, para recuperar su estabilidad, prevenir complicaciones y conseguir la respuesta óptima al tratamiento y cuidados, Por tal razón, UCI es un servicio de alta complejidad cuyo objetivo es brindar un cuidado integral a aquellas personas en condiciones críticas de salud, que debido a sus condiciones fisiopatológicas amenazan su estabilidad hemodinámica y por ende su vida. Los criterios de ingreso a una UCI A se definen por las condiciones que presente el paciente.

2.2.1 Características de la persona que requiere atención en UCI-Adultos.

Las personas que requieren atención en la UCI A según un estudio realizado en Pereira en 2004, encontró que la mediana de la edad de los pacientes internados en la UCI A fue de 53 años, con amplitud intercuartil de 36 años; el 59.3% representan al género masculino; de 107 pacientes, 74% eran residentes en la zona urbana; 17% pertenecían al área rural y un 9% se encontró sin dato registrado; el 35.2% de los pacientes corresponde a personas casadas; los solteros corresponden a un 24.1%. De los pacientes atendidos, (24.1%) no registran el dato en la historia clínica; la escolaridad es muy variada; se encuentra una alta frecuencia de pacientes sin dato: 51%.

El 11.7% tiene un nivel de estudios secundarios incompletos, y sólo un 3.4% presenta estudios universitarios completos; el régimen en salud con mayor porcentaje es el correspondiente a pacientes vinculados (es decir sin seguridad social), con un 39.3%; en cuanto a los regímenes contributivo y subsidiado se presentó cada uno con 30.3%; el uso de la ventilación mecánica entre los pacientes internados en la UCI A fue de 62.1%; el principal diagnóstico de ingreso de los pacientes es la patología respiratoria, con un 24.1%, dentro de las cuales la

falla respiratoria aguda fue la más común; la patología más frecuente entre los pacientes de la muestra fue el “shock” hemorrágico de origen traumático y la Sepsis severa, cada una con 9%; los pacientes ingresados a la Unidad el 25.5% presentó una enfermedad crónica de base. La EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica) entre las patologías crónicas, se presentó en un 32.4%, la Diabetes Mellitus en un 24.3% y cardiopatías en un 18.9%.

La mediana de los días de estancia fue 3 días, con un rango intercuartil de 5 días. El 71.7% tuvo una estancia de 1-5 días, con una recuperación rápida de su estado crítico; el 24.9% en un rango entre 6-20 días; un bajo porcentaje: 3.5%, estuvo más de 21 días en la Unidad.

El postoperatorio mostró un promedio de estancia de 3 días. La patología que presentó mayor mortalidad fue la Sepsis, con un 44.4%; patologías pulmonares con un 32.2%, y en tercer lugar los postoperatorios. La de menor mortalidad fue el infarto agudo de miocardio con 7.6%¹⁰.

Un estudio realizado en el hospital universitario de Neiva “Hernando Moncaleano Perdomo” el cual investigo sobre los aspectos epidemiológicos de los pacientes atendidos en la UCI A desde mayo de 1997 hasta mayo de 1998, el cual enumero las variables sociodemográficas de los pacientes al ingreso a la unidad como las causas de morbi-mortalidad de los mismos. Dentro de los resultados de este estudio se resalta que el mayor número de ingresos esta en el rango de 31 a 45 años de edad, el 60% de ingresos son del género masculino, la especialidad de mayor porcentaje al ingreso es medicina interna y cirugía general. El mayor numero de ingresos proceden de la ciudad de Neiva, el sistema de salud al cual se encuentran inscritos es del SISBEN y el diagnostico de egreso en mayor proporción es de origen cardiovascular.

De acuerdo a las estadísticas del DANE, Para el año 2006, el número de afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS ascendió a 36.136.728, creció con respecto al año inmediatamente anterior en un 5.93%. No obstante, a este número de afiliados es preciso incluir los pertenecientes a los regímenes exceptuados que corresponden a 1.901.351 personas, razón por la cual la cobertura en aseguramiento pasa de 36.136.728 a 38.038.079¹¹.

2.2.2 Criterios para el ingreso de pacientes a una Unidad de Cuidado Intensivo. Según la Asociación Colombiana de Cuidado Crítico, existen tres formas de clasificación para que un paciente pueda ser ingresado a una unidad de cuidados intensivos¹²:

La primera es la inestabilidad hemodinámica que puede amenazar la vida del paciente, la segunda son los criterios específicos basados en guías fisiológicas y la tercera son indicaciones por patología. Con relación a la primera clasificación, El Médico de la UCI es la persona encargada de evaluar y establecer si un paciente amerita o no manejo en la Unidad de Cuidado Intensivo; para esto se han creado los criterios de ingreso para pacientes que potencialmente se beneficiarían de ingresar a la UCI los cuales se pueden dividir en alta o baja prioridad:

2.2.2.1 Alta Prioridad. Pacientes críticos, inestables con condiciones potencialmente reversibles y que requieren terapia intensiva (soporte ventilatorio, drogas vasoactivas) y estrecha y continua observación. Cuando la reversibilidad y/o el pronóstico son inciertos se puede dar un tiempo limitado de prueba terapéutica en la UCI. Esta categoría excluye pacientes con enfermedades crónicas subyacentes y pacientes terminales

2.2.2.2 Prioridad I. Pacientes inestables que requieren monitoreo y/o tratamiento que no pueden ser provistos fuera de UCI; ventilación mecánica, drogas vasoactivas y/o pacientes con shock, post quirúrgicos, IRA.

2.2.2.3 Prioridad II. Pacientes que requieren monitoreo intensivo y pueden llegar a requerir intervención inmediata y/o pacientes con condiciones comórbidas previas que desarrollan eventos agudos.

2.2.2.4 Prioridad III. Pacientes inestables, críticamente enfermos, pero que tienen reducidas posibilidades de recuperación por la enfermedad de base o por la condición aguda del momento, Pueden recibir tratamiento intensivo pero con limitaciones en algunas maniobras: Intubación, Reanimación cardio cerebro pulmonar RCCP, por ejemplo pacientes con cáncer y sobreinfecciones.

2.2.2.5 Prioridad IV. No apropiados para UCI A, es decir, ingresan al servicio por decisión del director: el beneficio por intervención de bajo riesgo es poco o nulo y/o pacientes con enfermedad terminal o inminencia de muerte.

2.2.2.6 Baja prioridad. Esta categoría incluye pacientes en riesgo de requerir terapia intensiva y pacientes con condiciones médicas graves, irreversibles e incapacitantes; estos pacientes y aquellos que han sufrido una lesión catastrófica deberían ser admitidos solo si hay oportunidad que el paciente se beneficie de un manejo agresivo en UCI A y si el paciente y/o sus familiares están preparados para aceptar las consecuencias de la terapia necesaria.

La segunda clasificación son los criterios específicos basados en guías fisiológicas de indicaciones para ingreso a UCI A:

Signos vitales: frecuencia cardiaca (FC) Menor de 40 pulsaciones por minuto o Mayor de 150 pulsaciones por minuto, presión arterial sistólica (PAS) Menor de 80 o caída de más de 20mmHg después de 1000cc de líquidos, presión arterial media (PAM) Menor de 60mmHg, presión arterial diastólica (PAD) Mayor de 120mmHg, frecuencia respiratoria (FR) Mayor de 35 respiraciones por minuto, Necesidad de inotrópicos para mantener presión arterial o perfusión tisular, Temperatura Menor de 35°C.

Laboratorio: Sodio Menor de 110 o Mayor de 170mEq/l, Potasio Menor de 2.0 o Mayor de 7.0mEq/l, Pao2 Menor de 50, pH Menor de 7.1 o Mayor de 7.7, Glicemia Mayor de 600mg/dl, Calcio Mayor 15 mg/dl, Lactato Mayor de 3.

Electrocardiograma (E.K.G.): fibrilación ventricular o taquicardia ventricular, bloqueo cardíaco completo.

Hallazgos físicos: Anisocoria, inconsciencia, quemadura mayor de 20%, anuria, coma, convulsiones, cianosis, taponamiento. Score de Coma de Glasgow Menor de 12 después de: trauma craneano, alteraciones metabólicas, hemorragia subaracnoidea, sobredosis de droga, se excluyen accidentes cerebrovasculares.

También es necesario después de una cirugía mayor, como un trasplante de órganos, un bypass coronario, cirugía de tórax o abdominal mayor o incluso si el paciente está en una cirugía que aparentemente, era sencilla y sufre algún tipo de complicación mayor. Los otros pacientes que requieren unidad de cuidados, son aquellos que por accidente sufren de trauma craneo encefálico grave o poli trauma severo.

La tercera clasificación son las indicaciones por patología, las cuales están asociadas a las fisiológicas, así:

Neumonía: con Leucocitos mayor de 30000 o menor de 4000, BUN mayor de 20 mg/dl, PaO₂ menor de 60 mm Hg (aire ambiente), Compromiso multilobar, Plaquetas menor de 80000, Confusión.

Asma: Dificultad para hablar, Alteración de conciencia, FEV1 y/o FEP menor de 40% del predicho, Pulso paradójico mayor de 18 mmHg, Neumotórax o neumomediastino, PaO₂ menor de 65 mmHg con 40% O₂, PaCO₂ mayor de 40 mmHg

Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC): pH menor de 7.25, alteración de conciencia, Neumotórax o Neumomediastino, paciente fatigado, Isquemia Miocárdica: Angina inestable, Todo IAM (Admitidos al hospital para "descartar" IAM no se benefician de ingresar a UCI)

Sangrado Digestivo: Sangrado persistente o re sangrado, Inestable hemodinamicamente, PAS menor de 100 mmHg o PAM menor de 60 mmHg, Uso de presores, Hipotensión postural con caída de la PAS mayor de 20 mmHg post bolo de 1000 ml, Sangrado masivo: pérdida de 30% o más de la volemia o que requiere más de 6 unidades de sangre en 24 horas, PT mayor de 12 s. Pancreatitis: 3 o más criterios de Ranson, Ajuste fino Pre-operatorio, IAM 6 meses antes

Cirugía mayor no-cardíaca en paciente clase funcional III o IV, Cirugía mayor no-cardíaca y fracción de eyección menor de 35%, Cirugía mayor vascular Cuidado Post-operatorio: IAM 6 meses antes, Cirugía mayor no-cardíaca en paciente clase funcional III o IV, Cirugía mayor no-cardíaca y fracción de eyección menor de 35%, Cirugía mayor vascular, Cirugía Cardiotorácica mayor, EPOC con VEF1 pre-operatorio menor de 2L y/o PaCO₂ mayor de 45 mmHg, Obesidad mórbida

Trauma: Politrauma mayor, trauma torácico mayor, Trauma Craneano con escala de Glasgow menor de 12, Quemaduras en Adultos mayor de 25% superficie corporal¹³

2.3 PERFIL EPIDEMIOLOGICO

El perfil epidemiológico es el resultado del análisis e interpretación de datos estadísticos generados por los diversos servicios de salud prestados a la comunidad, basados en la demanda de los mismos, como a su vez interrelacionados con factores protectores y de riesgo a nivel del medio ambiente y los estilos de vida de las personas. Datos que deben ser soporte de un subsistema de información, siendo este el conjunto de elementos y procesos interrelacionados que permiten captar, registrar, procesar, almacenar, y distribuir la información que soporte la vigilancia epidemiológica, la toma de decisiones y el control de la salud pública y que respalde los diversos procesos de acción y decisión del sistema general de seguridad social de salud¹⁴.

En Colombia, el decreto reglamentario 3518 del 09 de Octubre del 2006 el cual “reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública, SIVIGILA, para la provisión en forma sistemática y oportuna, de información sobre la dinámica de los eventos que afecten o puedan afectar la salud de la población, con el fin de orientar las políticas y la planificación en salud pública; tomar las decisiones para la prevención y control de enfermedades y factores de riesgo en salud; optimizar el seguimiento y evaluación de las intervenciones; racionalizar y optimizar los recursos disponibles y lograr la efectividad de las acciones en esta materia, propendiendo por la protección de la salud individual y colectiva”. Bajo los principios de eficacia, eficiencia, calidad, previsión, y unidad; y la integralidad de los componentes del sistema de vigilancia epidemiológica se recopilara, analizara, interpretara, actualizara, divulgara y evaluara de forma sistemática y oportuna la información de los eventos en salud encontrados durante el desarrollo del presente estudio. Con el fin de adoptar no solo acciones de prevención y control en salud pública, sino también, medidas administrativas y protocolos en salud que mejoren las falencias y calidad de atención en cada institución prestadora de servicios de salud (IPS) objeto de estudio.

Para la realización del presente perfil epidemiológico se tuvo en cuenta cuatro categorías importantes que son: aspectos socio demográficos, morbilidad, mortalidad y los factores condicionantes asociados a la morbi mortalidad durante la estancia del paciente en la unidad de cuidado intensivo.

La variable se presenta como una propiedad no constante, que cambia o puede cambiar en un individuo o varios individuos dentro de un grupo o varios grupos, que posee un conjunto de datos o valores cualitativos o cuantitativos que

representan una característica estudiada de un objeto, por consiguiente las variables tenidas en cuenta son:

Variables Cuantitativas

- Edad: Definida como el tiempo de existencia desde el nacimiento; se clasifica por rangos de edades al momento de la hospitalización.
- Estrato socioeconómico: Clasificación de la población de acuerdo a las condiciones económica de cada individuo.
- Mortalidad: Se refiere a la tasa de defunciones o el número de defunciones en un grupo determinado de personas en un período determinado.

Variables Cualitativas

- Sexo: Condición orgánica que distingue al hombre de la mujer
- Ocupación: Actividad que se realiza un persona del cual obtiene sus ingresos para suplir sus necesidades o en la que ocupa la mayor parte de su tiempo.
- Estado civil: Condición relacionada con el establecimiento y sostenimiento de una relación de pareja.
- Escolaridad: Formación alcanzada con base en último nivel cursado y aprobado.
- Pertenencia SGSSS: Forma o régimen a través del cual se hace parte del SGSSS.
- Sitio de referencia: Institución o servicio en el que estaba el paciente antes de llegar a la UCI.
- Lugar de residencia: Lugar en el que vive, donde tiene su núcleo familiar.
- Morbilidad: porcentaje de personas que enferman en un lugar durante un período de tiempo determinado en relación con la población total de ese lugar.
- Complicaciones: situación que agrava y alarga el curso de una enfermedad y que no es propia de ella.

2.3.1 Indicadores y factores condicionantes para la atención de pacientes hospitalizados en Unidades de Cuidado Intensivo. Los indicadores de calidad en Cuidado crítico pueden ser clasificados como en cualquier otra área de servicios en aquellos que miden estándares de: Estructura, proceso y resultados. En el proceso de evaluar la calidad y los resultados de la asistencia ofrecida en cuidados intensivos son utilizados distintos indicadores de proceso; siendo los de mayor utilidad aquellos que miden los resultados globales y algunos aspectos parciales pero trascendentes del proceso de atención. Entre ellos podemos citar: Mortalidad referida al score APACHE, reingresos, incidencia de factores condicionantes a la atención como las neumonías asociadas al respirador, Sepsis asociada a catéter endovenoso central, Infección urinaria asociada a cateterización, Incidencia de escaras, caídas, horas de cuidados de enfermería por paciente día. Entre otras.

Colombia, como país en vía de desarrollo, no dispone de los recursos humanos ni físicos ideales para el manejo del paciente crítico, en comparación con los países desarrollados; situación que se encuentra asociada con tasas más altas de morbilidad y mortalidad en el paciente críticamente enfermo. Sin embargo, la tendencia actual es al mejoramiento de las plantas físicas, la adquisición de tecnología sofisticada y a un mejor entrenamiento del personal que labora en las Unidades de Cuidados Intensivos; lo cual, al menos en teoría, tendría un impacto favorable en la morbilidad y mortalidad del paciente crítico.

En la valoración de la calidad asistencial, la evaluación de la mortalidad de los pacientes ingresados a las Unidades de Cuidados Intensivos no puede basarse en un número absoluto, sino en relación al riesgo de cada grupo de pacientes según sus características personales, sus comorbilidades y la severidad de la enfermedad; para lo cual es menester la utilización de alguna de las escalas diseñadas para tal fin, como lo son el APACHE II y III, la escala TISS entre otras¹⁵.

En cuanto a los factores condicionantes para la atención asociados a la morbi mortalidad, son considerados como el principal indicador de morbilidad en las Unidades de Cuidados Intensivos. Las tasas de infecciones, falta de personal entrenado, la falta de insumos, infraestructura tecnológica, condiciones de seguridad, la misma terapia inmunosupresora, entre otros; varían en función de la gravedad de los enfermos, así como de la exposición a diversos factores de riesgo, de los cuales varios son modificables en tanto sean intervenidos por el personal asistencial. Por tanto, la incidencia de estos factores se considera un marcador de las actividades encaminadas a su prevención; y en consecuencia, puede ser distinta entre diferentes unidades, e incluso, entre distintos períodos en una misma unidad.

2.3.2 Método A.P.A.C.H.E. II o A.P.A.C.H.E. Simplificado¹⁶. El APACHE (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation) es un sistema de clasificación de pacientes en la unidad de cuidados intensivos. Los pacientes son evaluados por los resultados fisiológicos relacionados con la severidad de la enfermedad. Los resultados de la evaluación se pueden utilizar para estimar la tasa de mortalidad de los pacientes en la UCI y durante la hospitalización.

El APACHE maneja un total de 8 clases de pacientes con 34 variables fisiológicas: cardiovasculares con 7 variables, respiratorio 3 variables, renal 3 variables, gastrointestinales 6 variables, hematológicas 4 variables, séptico 4 variables, metabólicas 6 variables y neurológicas 1 variable¹⁷. Se incorpora la edad y se cuantifica el estado de salud previo. Consta de los tres apartados:

La primera parte valora la desviación de la normalidad de 12 variables fisiológicas, puntuando cada una de ellas de 0 a 4 puntos, excepto el nivel de conciencia que puede sumar hasta 12 puntos y el valor de la creatinina sérica que en caso de insuficiencia renal aguda puntúa doble, de 0 a 8 puntos.

La segunda parte cuantifica el peso específico de la edad del enfermo, supone desde 0 puntos cuando la edad es inferior a 44 años, hasta 6 puntos para los pacientes mayores de 74 años.

El tercer apartado valora el estado de salud previo. Se asignan 5 puntos cuando el paciente tiene historia de una insuficiencia orgánica severa o inmunosupresión y se trata de un paciente no quirúrgico o sometido a cirugía de urgencia. Se asignan 2 puntos si se ha efectuado cirugía electiva.

La puntuación total de A.P.A.C.H.E. se obtiene sumando los puntos correspondientes a cada uno de los apartados mencionados. El método A.P.A.C.H.E. II es útil para estratificar a los pacientes críticos por grupos en base al riesgo de mortalidad que presentan, independientemente de la enfermedad de base. Presenta una correlación significativa con el riesgo de muerte. Estas predicciones no tienen una aplicación individual pero permiten evaluar y comparar resultados entre distintas unidades o distintos programas de tratamiento.

Su precisión estadística y la facilidad de medida de este índice han motivado la utilización rutinaria en la mayoría de las unidades de cuidados intensivos.

2.3.3 Escala TISS¹⁸. Sistema de Puntuación de Intervención Terapéutica TISS: Cuantifica la cantidad de cuidado que se ofrece a los pacientes críticos y se basa en la medición de setenta y seis actividades de enfermería, técnicas de monitoreo, procedimientos de reanimación y tecnología. Esta escala mide la severidad de enfermedad en forma indirecta al cuantificar el nivel de servicios provistos al paciente. El TISS se desarrolló como una forma de describir intensidad de cuidado y no para predecir desenlaces.

Este score utilizado universalmente desde 1983 fue utilizado en su versión simplificada de 28 ítem para calcular la necesidad de horas de cuidados de enfermería de acuerdo al siguiente esquema:

Pacientes con score de TISS menor o igual de 16 y categorizado como de monitoreo: 1 enfermera cada 4 pacientes: 6 hs. De cuidado de enfermería paciente día.

Pacientes con score de TISS mayor de 16 y menor o igual de 44: 1 enfermera cada 2 camas. 12 horas. de cuidado de enfermería paciente día.

Pacientes con score de TISS mayor de 44 o paciente trasplantado en ventilación mecánica o paciente en aislamiento por indicación de las normas del Comité de Infecciones: 1 enfermera por cama 24 horas de cuidado de enfermería paciente día.

2.3.4 Clasificación Internacional de Enfermedades 10° (CIE 10)¹⁹. La lista de códigos CIE-10 es la décima versión de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y otros Problemas de Salud; del inglés ICD (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems), provee los códigos para clasificar las enfermedades y una amplia variedad de signos, síntomas, hallazgos anormales, denuncias, circunstancias sociales y causas externas de daños y/o enfermedad. Cada condición de salud puede ser asignada a una categoría y darle un código de hasta seis caracteres de longitud.

Tales categorías pueden incluir un grupo de enfermedades similares. La C.I.E. utiliza un código alfanumérico, con una letra en la 1° posición y números en la 2°,3°, y 4° posición; el cuarto carácter sigue a un punto decimal, los códigos posibles van por lo tanto de A00.0 a Z99.9.

La CIE es publicada por la Organización Mundial de la Salud. Es usada mundialmente para las estadísticas sobre morbilidad y mortalidad, los sistemas de reintegro y soportes de decisión automática en salud. Este sistema está diseñado para promover la comparación internacional de la recolección, procesamiento, clasificación y presentación de estas estadísticas. En la práctica se ha convertido en una clasificación diagnóstica estándar internacional para todos los propósitos epidemiológicos generales y muchos otros de administración de salud.

El CIE-10 fue desarrollado en 1992 para rastrear estadísticas de mortalidad. La OMS publica actualizaciones menores anuales y actualizaciones mayores cada tres años según la morbilidad. La resolución 1895 de 2001 adopta para la codificación de morbilidad para Colombia, la clasificación internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud décima revisión (CIE 10), la cual rige a partir de 1 de enero de 2003²⁰.

Código principal: Se define como la afección diagnóstica al final del proceso de atención de la salud cómo la causante primaria de la necesidad de tratamiento o investigación que tuvo el paciente. Si hay más de una afección así caracterizada, debe seleccionarse la que se considera causante del mayor uso de recursos.

2.3.5 Eventos Adversos. Herramienta metodológica más importante que permite evaluar las condiciones de seguridad del paciente dentro de un servicio es la vigilancia de la aparición de los eventos adversos.

Un evento adverso se define como cualquier lesión no intencional causada por la atención en salud, más que por el proceso de enfermedad, que produce demora en el alta, estancia prolongada o discapacidad, y que puede amenazar la vida o causar la muerte del paciente²¹.

Según el Ministerio de la Protección Social el listado de referencia de eventos adversos trazadores de la calidad de la atención en salud son 46, de los cuales son más relevantes en UCI: accidentes postransfusionales, complicación de procedimiento, infección nosocomial, convulsión febril intrahospitalaria, pacientes con trombosis venosa profunda, pacientes con neumonías broncoaspirativas, pacientes con úlceras por presión, shock hipovolemico post-parto, distocia inadvertida, maternas con convulsión intrahospitalaria, cirugía en parte equivocada o en paciente equivocado, pacientes con hipotensión severa en post – quirúrgico, pacientes con infarto en las siguientes 72 horas post – quirúrgico, reingreso a la unidad por la misma causa antes de 72 horas, suicidio de pacientes internados,

caídas desde su propia altura intra – institucional, retención de cuerpos extraños en pacientes internados, quemaduras por electrocauterio, flebitis en sitios de venopunción, luxación post - quirúrgica en reemplazo de cadera, asalto sexual en la institución, neumotórax por ventilación mecánica, deterioro del paciente en la clasificación en la escala de Glasgow sin tratamiento, reacción medicamentosa, reacción alimentos, TEP paciente hospitalizado no previsto a su ingreso, ECV paciente hospitalizado no previsto a su ingreso, falla renal POP, hipoglicemia en paciente hospitalizado (menor de 50mg/dl), no cumplimiento de órdenes medicas, inadecuada o no preparación de paciente para procedimiento, inoportunidad en la realización de terapias (física, lenguaje, ocupacional, respiratoria), reintubación de paciente no prevista.

Es necesario implementar en los servicios de atención asistencial una matriz de priorización de los problemas hallados en la cual se analice la frecuencia de los eventos adversos notificados, y su impacto en términos de recuperación del paciente, repercusiones para el profesional de la salud, costos de atención, secuelas y finalmente la “prevenibilidad”, es decir el análisis de los eventos adversos reportados que se consideren prevenibles y sus correspondientes acciones de mejora²².

Una de las principales acciones para la detección de los eventos adversos es la notificación, estrategia clave para aprender del error y evitar su recurrencia. Los sistemas de notificación pueden cumplir dos funciones: garantizar la sobre el perfeccionamiento de la seguridad.

Los sistemas de registro y notificación no intentan ser una valoración de la frecuencia de los Eventos Adversos y de los incidentes, sino una forma de obtener información valiosa sobre la cascada de acontecimientos²³.

Históricamente, el conocimiento acerca del proceso de atención al paciente crítico, y por extensión el poder, ha estado en manos del médico(a). Este hecho, en que el profesional de enfermería no participa en momentos como el pase de visita matinal, queda claramente reflejado en nuestros datos así como en el estudio de Bunch²⁴. En estos contextos, el profesional de enfermería se siente sujeto a la norma de “no informar” y a mantener a los familiares bajo una disciplina rígida de control del tiempo (horarios de visita), del espacio (acceso a la unidad) y del conocimiento (información como propiedad médica), derivada de las normativas internas de la unidad, que generalmente son rutinarias y no basadas en la evidencia.

Los enfermeros, a pesar de su interés en el bienestar de las familias presentan distintos grados de crítica hacia esta situación y distintos grados de compromiso con el cambio. Las razones para ello pueden ser variadas. Por ejemplo, la forma de entender quién es el cliente (atención técnica y centrada en el paciente). De hecho, algunos de nuestros datos apuntan también hacia una concepción meramente utilitarista de las familias como factores que pueden ayudar a la recuperación del enfermo. Otro factor puede ser el miedo a ser sancionadas por asumir liderazgo en la información a familiares o a enfrentarse a las normas. Otros datos de nuestro estudio nos llevan a pensar que el mantener a los familiares fuera de las unidades también puede responder a un intento de las enfermeras de protegerse frente a un estrés añadido al que ya supone el cuidado del paciente crítico, pues el contacto con los familiares muchas veces lo describen como amenazante para su bienestar emocional²⁵.

Cumpliendo con el derecho que tiene el paciente y la familia de este, la información sobre su patología, pronóstico, procedimientos, medicamentos y demás comentarios propios de la atención es proporcionada por el médico especialista durante la estancia en la unidad y en el momento de la visita de los familiares. En las UCI A de la ciudad de Neiva en general la visita se da en dos periodos en el día, en la mañana y en la tarde, con espacio de 30 minutos a 1 hora dependiendo de los criterios de cada institución de salud; durante la visita pueden entrar tres visitantes, mayores de 14 años de edad que no posean enfermedades infectocontagiosas o inmunosupresión, al ingreso deben de portar una bata limpia, gorro, despojarse de elementos que pudiera llevar en la mano y antebrazo; y de vital importancia el lavado de manos con jabón quirúrgico antes y después de la visita, con el objetivo de prevenir infecciones cruzadas.

3. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DIMENSION	DEFINICION	ESCALAS DE MEDICION	FORMA DE MEDIR LAS VARIABLES
Características sociodemográficas	Edad	Número de años cumplidos en el momento de recolección de la información	Razón	Edad en años cumplidos iniciando desde los 14 años
	Sexo	Condición biológica al nacer	Nominal	Masculino Femenino
	Escolaridad	Formación alcanzada con base en último nivel cursado y aprobado	Ordinal	Ninguno, primaria incompleta, primaria completa, secundaria incompleta, secundaria completa, técnica, universitaria o postgrado.
	Ocupación	Actividad que realiza el paciente del cual obtiene sus ingresos para suplir sus necesidades o en la que ocupa la mayor parte de su tiempo.	Nominal	Ninguna Empleado Empleado Independiente. Oficios del hogar Estudiante Otro. Cuál_____
	Estado civil	Condición relacionada con el establecimiento y sostenimiento de una relación de pareja.	Nominal	Soltero, casado, viudo, separado, unión libre.
	Estrato socioeconómico	Categorización según metodología definida en Colombia para medir nivel de pobreza	Ordinal	I, II, III, IV, V, VI.
	Sistema General de	Régimen a través del cual se hace parte del SGSSS.	Nominal	Contributivo, subsidiado, vinculado, SOAT, régimen especial o desplazado

	Seguridad Social en Salud SGSSS			
	Lugar de Residencia	Lugar en el que vive, donde tiene su núcleo familiar.	Nominal	Departamento Municipio
Morbilidad	Diagnóstico CIE 10 al ingreso	Afección diagnóstica al ingreso del proceso de atención de la salud cómo la causante primaria de la necesidad de tratamiento que tuvo el paciente	Nominal	Taxonomía del CIE 10 Sistemas funcionales alterados: (SNC, SNA, CVC, RESP, REN, GTI,). Especialidades médicas tratantes.
	Clasificación al ingreso	Tipificación de la complejidad del estado de salud del paciente al ingreso a la unidad.	Ordinal	Clasificación APACHE TISS 28
	Servicio de procedencia	Área de referencia hospitalaria que envía el paciente a la unidad de cuidado intensivo.	Nominal	Institucional: Observación, Urgencias, salas de Cirugía, hospitalización, consulta externa, entre otras. Extrainstitucional: Observación, Urgencias, salas de Cirugía, hospitalización, consulta externa, entre otras
	Tiempo previo al ingreso a la unidad	Tiempo total desde el inicio del evento que dio origen al ingreso a la UCI hasta el momento en que recibe la primera atención en la unidad.	Intervalos	Intervalos por horas.: Menos de 6 horas, de 7 a 12 horas y de 13 a 24 horas.
	Plan de Manejo inicial	Estándares planteados para el tratamiento de cada patología basados en la evidencia clínica instaurados al ingreso del	Nominal	Necesidad de soporte ventilatorio, apoyo vasoactivos e inotrópico, monitoreo hemodinámico, sedación, Antibioticoterapia, manejo de

		usuario a la unidad.		posoperatorio de cirugía mayor, control de trombolisis.
	Tiempo de duración del plan de manejo inicial	Tiempo total transcurrido desde el inicio de la aplicación del plan de manejo inicial hasta su modificación	Intervalos	Intervalos por horas.CUALES
	Días hospitalización en la UCI	Número total de días que permanece el paciente en la UCI.	Razón	No. De Días estancia desde el ingreso hasta el egreso de la UCI
	Diagnóstico al Egreso	Diagnóstico principal según CIE 10 con el cual egresa el paciente de la UCI	Nominal	Primer diagnóstico citado en el documento de egreso.
	Destino al egreso	Lugar al que el paciente es remitido luego de su alta de la UCI	Nominal	Casa, Hospitalización en la misma institución Hospitalización en otra institución, morgue
	Plan de manejo al egreso	Estándares planteados para el tratamiento de cada patología basados en la evidencia clínica instaurados al egreso del usuario a la unidad que garanticen la continuidad del cuidado.	Nominal	Medidas del egreso: Antibioticoterapia, terapia de remplazo renal, Manejo ambulatorio, Manejo antihipertensivo, rehabilitación
Mortalidad	Número de muertes en el periodo	Total de defunciones presentadas en las unidades durante el periodo de estudio	Razón	Porcentaje de mortalidad
	Causa de defunción	Diagnostico principal de la causa de defunción según CIE 10	Razón	Diagnostico principal como causa de muerte descrito en la epicrisis.
	Factores	Comorbilidades del paciente al	Nominal	▪ Sistema Nervioso,

Factores condicionantes presentes en la morbimortalidad	condicionantes relacionados con el paciente	ingreso que a causa de agudización o complicación generan la necesidad de atención de terapia intensiva.		Cardiovascular, Respiratorio, Renal, GI, Endocrino <ul style="list-style-type: none"> Condición diagnóstica y terapéutica establecida al ingreso por el APACHE
	Factores condicionantes relacionados con la institución	Estándares de prestación del servicio relacionados con el ambiente	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> Cumplimiento de manual de limpieza y desinfección hospitalaria
		Estándares de prestación del servicio relacionados con el personal de salud	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> Recurso humano disponible las 24 horas de acuerdo a la normatividad
		Estándares de prestación del servicio relacionados con los insumos, medicamentos y equipos	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> Disponibilidad de insumos y medicamentos de acuerdo a la normatividad Infraestructura y disponibilidad de Equipos biomédicos con sus respectivos mantenimientos (preventivo y correctivo) de acuerdo a la normatividad
Eventos adversos	Establecer los tipos de eventos adversos en la unidad de cuidados intensivos	Lesión o complicación involuntaria que ocurre durante la atención en salud, las cuales son más atribuibles a esta que a la enfermedad subyacente y que pueden conducir a la muerte.	Nominal	Los 32 eventos adversos (prevenibles y no prevenibles) definidos para el área de la UCI

4. DISEÑO METODOLÓGICO

4.1 TIPO DE ESTUDIO

La investigación se desarrolló con la metodología del estudio de tipo descriptivo, prospectivo; durante un periodo de 3 meses, en el que se midieron cada una de las dimensiones de las variables de manera independiente y luego se integraron, lo cual permitió dar respuesta de forma global al interrogante planteado. La medición de las variables se realizó durante la estancia de cada paciente en la UCI A de la Clínica Medilaser S.A Neiva.

Los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles importantes de personas, grupos, comunidades u otro fenómeno que se someta a un análisis. Miden, evalúan o recolectan datos sobre diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno a investigar. Desde el punto de vista científico, describir es recolectar datos que se seleccionan de acuerdo a una serie de cuestiones (según propósito del investigador) y se miden o se recolecta y luego se interpreta la información sobre cada una de ellas.

4.2 POBLACION

En esta investigación como unidad de análisis se tomó la población de pacientes que ingresaron a la unidad UCI A de la Clínica Medilaser S.A Neiva desde el 1 de Mayo al 31 de julio del año 2010; con seguimiento de los pacientes que fueron hospitalizados en los últimos dos días hasta los primeros quince días del mes de agosto de 2010 en caso de que el estado de salud así lo requiriera; y la unidad de información fue la historia clínica de los pacientes hospitalizados y la lista de chequeo que permitió evaluar los factores condicionantes propios del pacientes y los relacionados con el ambiente.

4.3 METODO, TECNICA E INSTRUMENTO

4.3.1 Método. Se utilizaron dos tipos de método: el directo con la observación y diligenciamiento de la lista de chequeo y el indirecto por medio de la revisión de historia clínica; con las que se pudo reunir los datos especificados en el instrumento de recolección de información.

4.3.2 Técnica. Se utilizó la técnica de entrevista directa con los familiares de los pacientes al ingreso en caso de imposibilidad para la comunicación o la

revisión documental de la Historia Clínica de remisión e ingreso a la unidad con el fin de obtener la información de los aspectos socio demográficos y la observación del área (Unidad de cuidados intensivos) plasmados en el instrumento y lista chequeo.

4.3.3 Instrumento. Se diseñó un formato guía para la revisión de las Historias clínicas de cada uno de los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos y una guía de observación (lista de chequeo) para complementar la observación realizada en la unidad. Dos instrumentos de la revisión de la historia clínica y formato de seguimiento exclusivamente los factores condicionantes.

4.4 CONFIABILIDAD VALIDEZ

La confiabilidad del instrumento se determinó a través de la aplicación de la prueba piloto a un total de quince pacientes lo cual correspondió al 25% de total de ingresos del mes de marzo de 2010.

La validez del instrumento se realizó una vez se aplicó la prueba piloto y se concertó con los docentes expertos en investigación y comité ético de la universidad sur colombiana; después que se comprobó la medición de los atributos que se iban a evaluar.

4.5 RECOLECCION DE LA INFORMACION

Se conformó un grupo compuesto por dos investigadores para la recolección de la información, los cuales semanalmente aplicaron los instrumentos diseñados al ingreso y egreso del paciente y realizaron el respectivo seguimiento durante la estancia en la unidad; dicha recolección se realizó durante los turnos mañana, tarde y noche.

La evaluación de los factores condicionantes se realizó mediante la aplicación de la lista de verificación (lista de chequeo) de los factores condicionantes propios del paciente y la institución (ambiente), la cual se realizó una vez a la semana el día viernes en cualquier hora del respectivo turno.

En las situaciones en las que el paciente ingreso o egreso de la unidad durante un turno (tiempo) en que el investigador no se encuentre en la unidad, se recurrió a la revisión del libro de ingresos y egresos (censo hospitalario)

obteniendo datos de identificación para la posterior búsqueda de la historia clínica sistematizada o física en el servicio donde se encuentre hospitalizado el paciente o en el área de facturación. En las ocasiones en que el usuario tubo una estancia corta menor de seis horas en la unidad ya fuese por egreso de la institución o muerte, se realizó llamada a los familiares para realizar la respectiva entrevista y obtener los datos complementarios no registrados en la historia clínica institucional, necesarios para el análisis.

Se consideró como reingreso aquellos casos donde se presentó una nueva hospitalización en la misma unidad durante el periodo de estudio como complicación de la misma patología al ingreso inicial; de lo contrario se considero como un nuevo ingreso.

Una vez se recopiló la información inherente a cada sujeto de investigación, la información fue recepcionada por un solo investigador y entregada a un digitador que posteriormente ingreso los datos en el programa EPI-INFO versión 6.04 para su posterior tabulación y presentación de gráficos con lo que se realizo el respectivo análisis.

4.6 PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

La tabulación de los datos se realizo por medio del programa EPI-INFO versión 6,04, la cual integro las variables consignadas en el instrumento de recolección de la información y lista de chequeo con la que posteriormente se realizo el cruce de variables para dar respuesta al problema planteado en el estudio.

4.6.1 Análisis de los datos. Una vez codificados los datos y transferidos al programa EPI-INFO versión 6,04, se realizo un análisis de estadística descriptiva para cada uno de sus ítems y luego describieron la relación entre éstas.

Se utilizaron medidas de variabilidad que indicaron la dispersión de los datos en la escala de medición, las cuales reflejaron los intervalos y estos a su vez designaron distancias o un número de unidades en la escala de medición. La medida de variabilidad utilizada fue el rango, posteriormente, se analizaron por medio de tablas bivariantes y gráficos que mostraron las frecuencias y porcentajes de cada una de las variables.

Se realizo el cruce de las siguientes variables:

- * Estrato – Diagnostico al ingreso
- * Diagnostico ingreso – Edad
- * Diagnostico ingreso – Sexo

Indicadores:

Morbilidad = No. Ingresos durante el periodo

Mortalidad = No. Muertes en el periodo / Total egresos en periodo * 100

Promedio estancia = No. Total días estancia de los pacientes en el periodo /
Total pacientes que egresaron en el periodo * 100

Porcentaje ocupacional = No. Total días cama ocupada en el periodo / No.
Total días cama disponible en el periodo * 100

Giro cama = No. Total pacientes que ingresaron en el periodo / camas
disponibles en el periodo

Incidencia de eventos adversos = No. Total eventos adversos reportados en el
periodo / Total ingresos en el periodo * 100

5. CONSIDERACIONES ÉTICAS

La presente investigación se desarrollo de acuerdo a lo establecido en la Resolución 8430 de 1993, la cual define las Normas técnicas, científicas, y administrativas para la investigación en salud, que la clasifica como investigación sin riesgo debido a que no se realizaran intervenciones o modificación en variables biológicas, fisiológicas, sicológicas o sociales, y solo se baso en la revisión de historias clínicas y la información obtenida fue registrada en un instrumento diseñado que permitirá construir el perfil epidemiológico de los pacientes que ingresaron a la UCI A de la Clínica Medilaser S.A Neiva; salvaguardando la dignidad, la integridad y los derechos de los seres humanos, como principio ético fundamental, establecido en artículo 29 de la ley 911 de 2004.

Teniendo en cuenta que el grupo de los investigadores estaba conformado por empleados de la institución; para la recolección de la información se solicito autorización por escrito ante las directivas de la institución en cabeza de la gerencia; además de presentar la propuesta de investigación en aras de la aprobación por el comité de Ética de la Universidad Surcolombiana. En este estudio se garantizo el respeto a la dignidad de las personas, su libertad y autodeterminación, prevención de daños, tensiones y salvaguardar la vida privada y la confidencialidad de la identidad de los sujetos participantes.

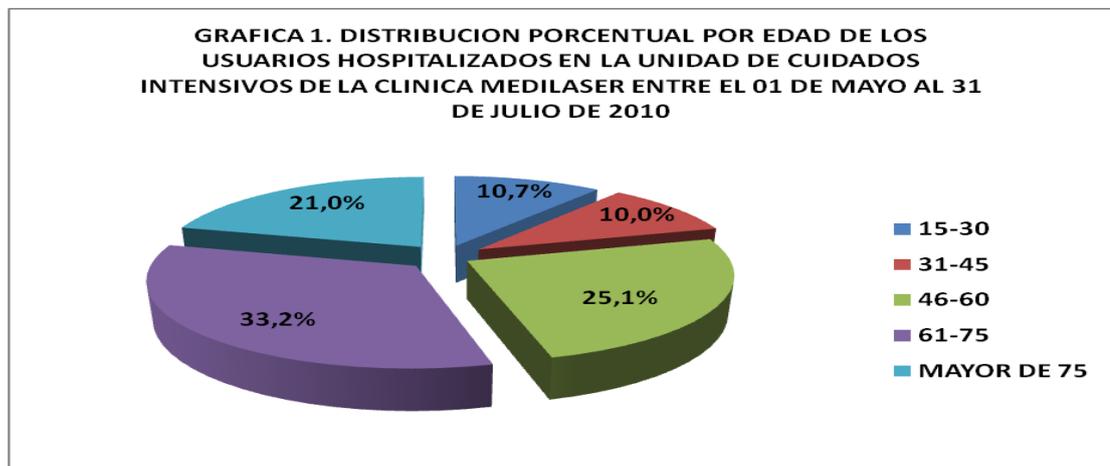
6. RESULTADOS

Se revisaron las historias clínicas de los pacientes que ingresaron a la UCI A de la Clínica Medilaser S.A en el período comprendido entre los meses mayo a julio del 2010, donde se obtuvo una muestra de 319 pacientes, población que se utilizó para determinar el perfil epidemiológico de la unidad. Como datos importantes, se determinó una mortalidad 12% del total de los pacientes hospitalizados en dicho periodo, de los cuales el promedio de estancia fue de 3.8, un giro cama 13,7 el porcentaje ocupacional de 63%, los eventos adversos no se identificaron, ya que fue una de las condiciones por parte de la Institución para llevar a cabo la investigación.

A continuación, se analizarán la información recolectada relacionando los datos encontrados.

6.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

Grafica 1. Distribución porcentual por edad de los usuarios hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos de la Clínica Medilaser.

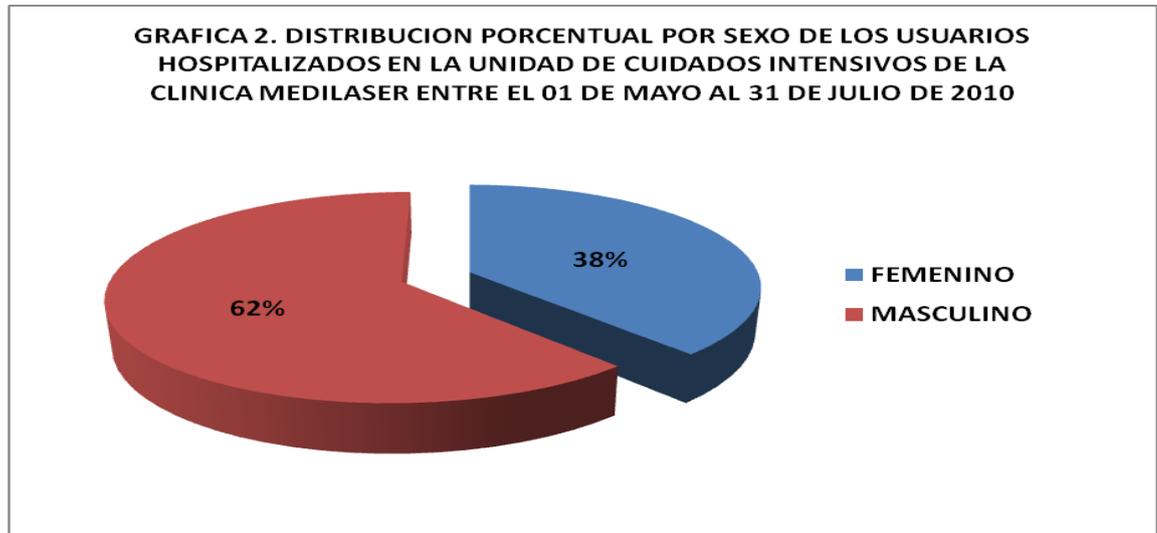


FUENTE: Registro en historias clínicas.

Se puede determinar que la edad de los usuarios con mayor ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivo Adulto de la Clínica Medilaser (UCI A), son los de 46 años y más con un 79,3%, estadísticamente muy significativo con respecto a los menores de 46 años, 20.7%.

Además se encontró que la mediana de la edad de los pacientes fue de 54 años, con una moda de 71

Grafica 2. Distribución porcentual por sexo de los usuarios hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos de la Clínica Medilaser entre el 01 de mayo al 31 de julio de 2010.



FUENTE: Registro en historias clínicas.

Del total de los usuarios (319) que ingresaron a la UCI A de la Clínica Medilaser, el 62% (198 usuarios) corresponde al sexo masculino y un 38% (121 usuarios) son del sexo femenino; teniendo como resultado que por 1 usuario de sexo femenino que ingresa a la unidad de cuidados intensivos, hay 1.6 de sexo masculino siendo esta población el 48,8% del total de la población colombiana. (Censo General Colombiano 2005. DANE)

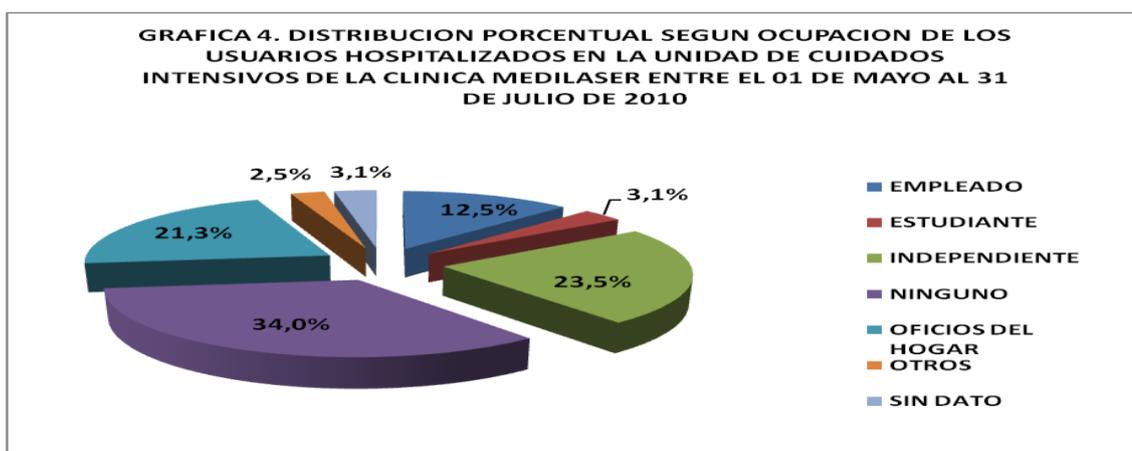
Grafico 3. Distribución porcentual según nivel de escolaridad de los usuarios hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos de la Clínica Medilaser entre el 01 de mayo al 31 de julio de 2010.



FUENTE: Registro en historias clínicas.

La escolaridad de los usuarios ingresados a la UCI A de la Clínica Medilaser se encuentra en mayor porcentaje en un nivel educativo bajo (dado por primaria completa, incompleta y ninguno), con el 72,4%; lo que nos sugiere que la falta de un nivel adecuado de educación pueda ser un determinante en el auto cuidado y percepción de la salud lo cual conlleva a que esta población sea la más vulnerable en cierto momento de la vida.

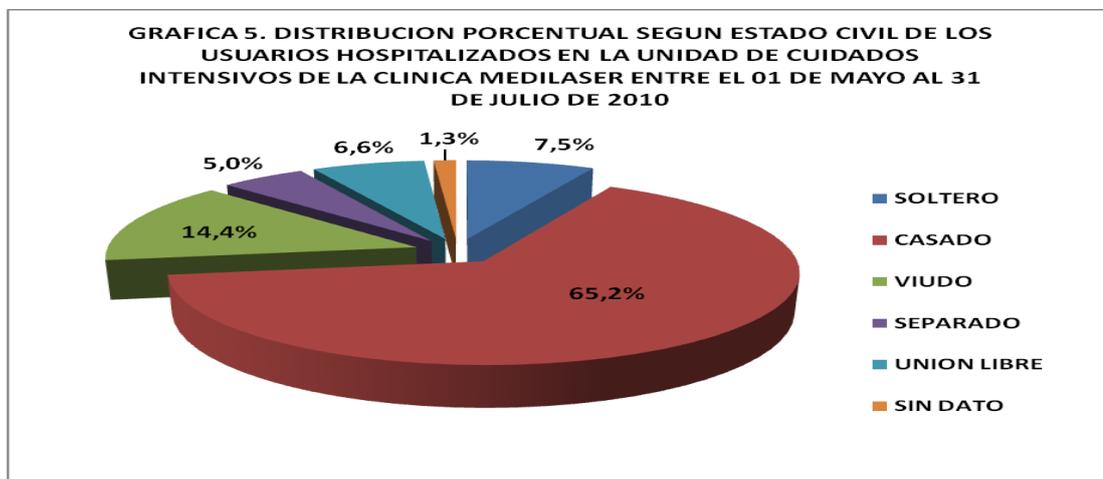
Grafica 4. Distribución porcentual según ocupación de los usuarios hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos de la Clínica Medilaser entre el 01 de mayo al 31 de julio de 2010.



FUENTE: Registro en historias clínicas.

De los usuarios ingresados a la UCI A de la clínica Medilaser el 55,3% refirieron realizar oficios del hogar o no tener una ocupación; esto se relaciona con el rango de edad de estos mismos usuarios de los cuales el 54,2% se encuentran entre 61 años y más, periodo en el cual no desarrollan actividades laborales.

Grafico 5. Distribución porcentual según estado civil de los usuarios hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos de la Clínica Medilaser entre el 01 de mayo al 31 de julio de 2010.

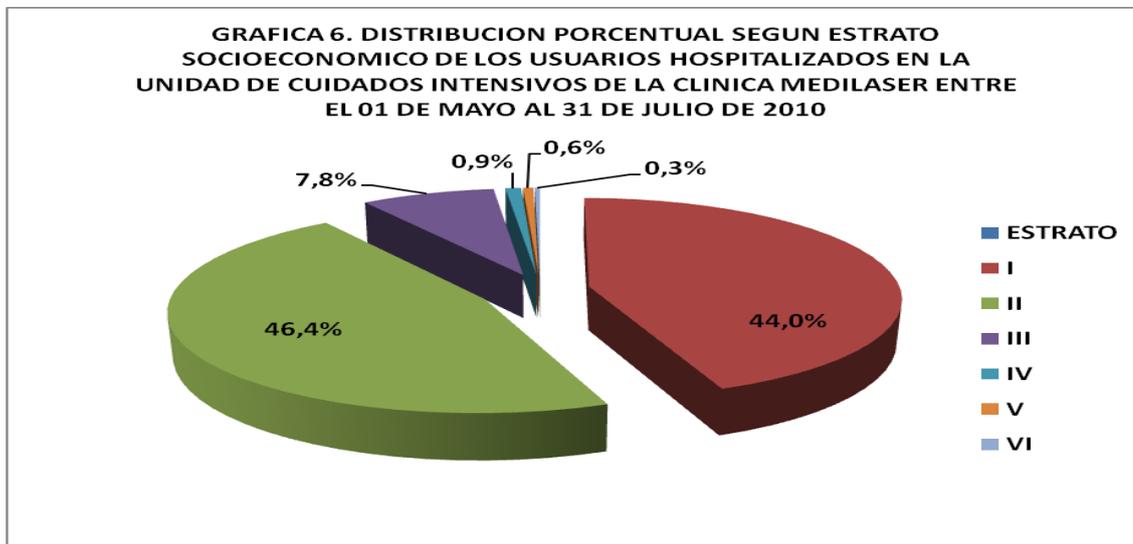


FUENTE: Registro en historias clínicas.

Como se puede observar, del total de los usuarios ingresados a la UCI A de la Clínica Medilaser, predomina el grupo de usuarios casados con un 65.2%.

De acuerdo a las últimas investigaciones, algunas enfermedades no sólo dependen del estado de su organismo, también dependen de su estado civil, en una de las investigaciones dirigida por James C. Coyne, de la Universidad de Pennsylvania, en Filadelfia (EU), los resultados sugieren que un matrimonio feliz afecta los sistemas nervioso y hormonal, lo que influye en el curso de la enfermedad. Además, una buena relación marital ayuda a cumplir más estrictamente la dieta recomendada y los ejercicios y la medicación indispensables para seguir correctamente el tratamiento.

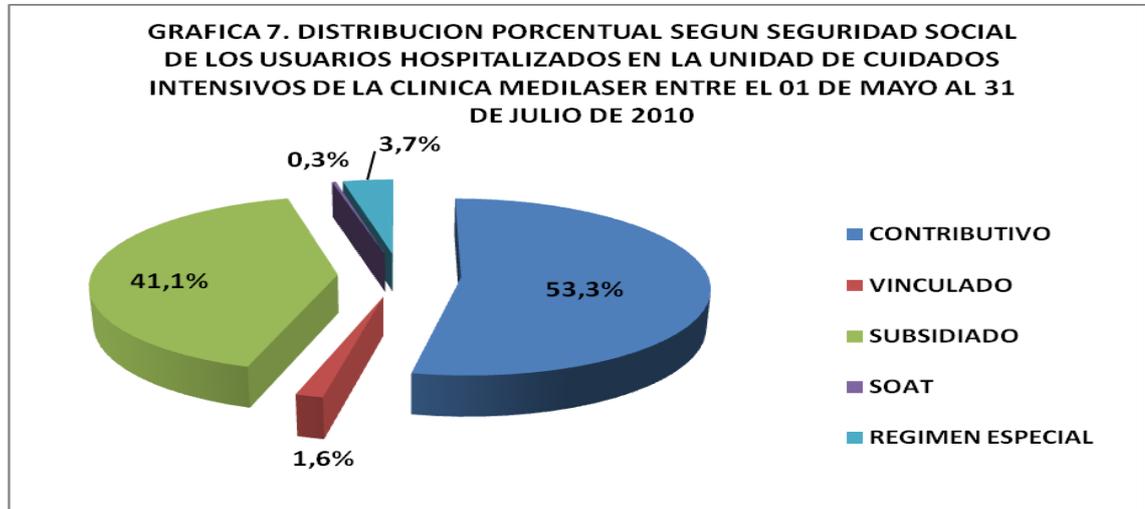
Grafico 6. Distribución porcentual según estrato socioeconómico civil de los usuarios hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos de la Clínica Medilaser entre el 01 de mayo al 31 de julio de 2010.



FUENTE: Registro en historias clínicas.

El 90,4% de los usuarios que ingresaron a la UCI A de la Clínica Medilaser están estratificados en los niveles socioeconómicos I y II; lo cual sugiere relación de riesgo para desarrollar complicaciones de la enfermedad, pues se observa además coherencia con el nivel educativo y régimen de seguridad social que se atiende en la Clínica.

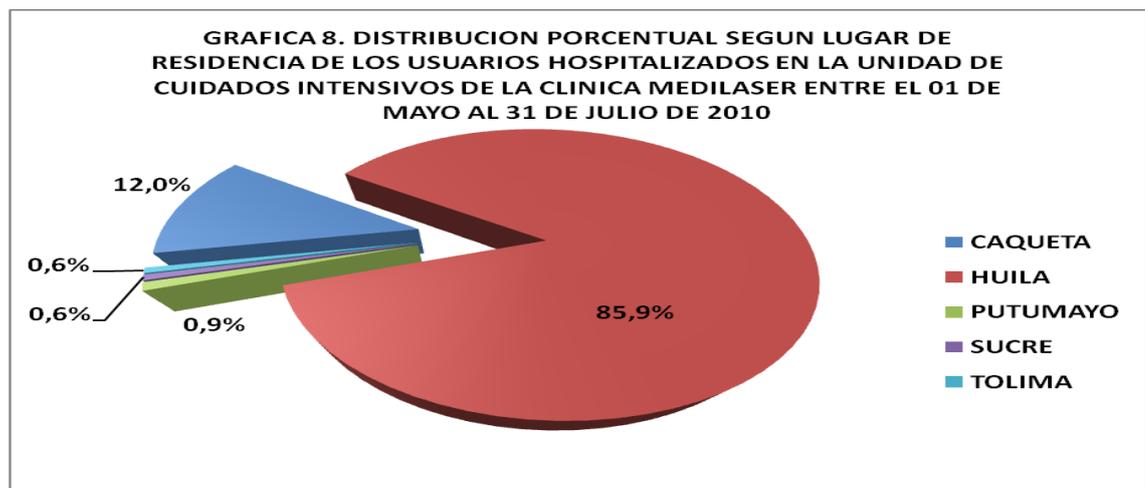
Grafico 7. Distribución porcentual según seguridad social de los usuarios hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos de la Clínica Medilaser entre el 01 de mayo al 31 de julio de 2010.



FUENTE: Registro en historias clínicas.

Del total de usuarios hospitalizados en la Unidad UCI A de la Clínica Medilaser, el 57% corresponde al régimen contributivo y especial, seguido por el régimen subsidiado y vinculado con un 42.7%. Se identifica una diferencia estadísticamente significativa con unos intervalos de confianza (IC 95%) para el régimen subsidiado entre 37.3-48.1 y contributivo entre 51.6-62.4.

Grafico 8. Distribución porcentual según lugar de residencia de los usuarios hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos de la Clínica Medilaser entre el 01 de mayo al 31 de julio de 2010.



FUENTE: Registro en historias clínicas

El 85.9% de los usuarios hospitalizados en la UCI A de la Clínica Medilaser tienen como lugar de residencia el Departamento del Huila, seguido por el Departamento del Caquetá con el 12%; esto se debe a que el Huila es el centro de referencia de los departamentos del Sur Colombiano por poseer seis unidades de cuidado intensivo adulto.

6.2 MORBILIDAD

Tabla 1. Distribucion porcentual según diagnostico de ingreso a la UCI A de la Clínica Medilaser S.A. Neiva entre el 01 de mayo al 31 de julio de 2010

ORDE N	PRINCIPAL DIAGNÓSTICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	OTRAS ALTERACIONES FUNCIONALES DE CIRUGÍA CARDIACA	52	16,3%
2	INFARTO AGUDO MIOCARDIO	50	15,4%
3	FALLA VENTILATORIA	16	5%
4	ANGINA INESTABLE	15	4,7%
5	INSUFICIENCIA CARDIACA	9	2,8%
6	NEUMONIA	8	2,5%
7	DOLOR DE PECHO	6	1,9%
8	BLOQUEO AURICULO VENTRICULAR	5	1,6%
9	EDEMA DE PULMON	5	1,6%
10	INFECCION VIAS URINARIAS	5	1,6%
	Otros	148	46,7%
	TOTAL	104	100%

FUENTE: Registro en historias clínicas

El principal diagnostico que originó el ingreso de los usuarios a la UCI A de la Clínica Medilaser S.A Neiva, es el de otras alteraciones funcionales de cirugía cardiaca con un 16,3%, (el cual corresponde a cirugías cardiaca tales como: revascularización miocárdica, cambios valvulares, cierre de ductus, entre otras), seguido por el infarto agudo al miocardio con un 15,4%.

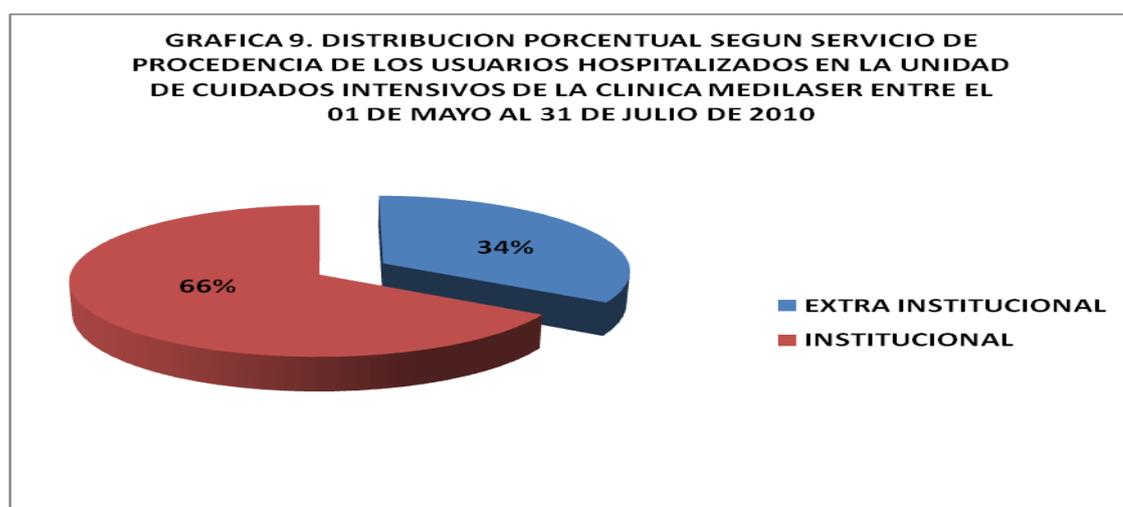
Tabla 2. Comorbilidad asociada al diagnóstico de ingreso a UCI A de la Clínica Medilaser Neiva entre el 01 de mayo al 31 de julio de 2010.

COMORBILIDAD	FRECUENCIA
Hipertensión Arterial	152
Diabetes Mellitus	28
Enfermedad Pulmonar Obstructiva crónica	23
Insuficiencia Renal Crónica	13
Otro	30
Sin dato	7
Ninguno	103

FUENTE: Registro en historias clínicas

La principal comorbilidad asociada al diagnóstico de ingreso es la Hipertensión arterial con un total de 152, lo cual está relacionado con las patologías cardiacas las cuales representan el 69,3% de los usuarios ingresados a la UCI A de la Clínica Medilaser S.A Neiva.

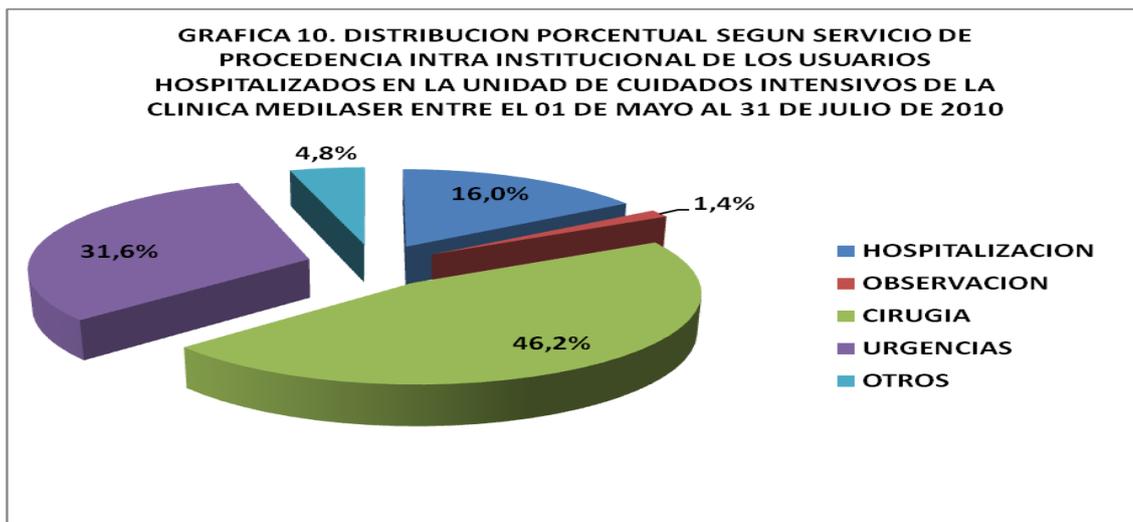
Grafico 9. Distribución porcentual según servicio de procedencia de los usuarios hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos de la Clínica Medilaser entre el 01 de mayo al 31 de julio de 2010.



FUENTE: Registro en historias clínicas

De los usuarios hospitalizados en la UCI A de la Clínica Medilaser S.A Neiva, el lugar de mayor procedencia es el institucional con un 66% (210 usuarios) y el extra institucional con el 34% (109 usuarios).

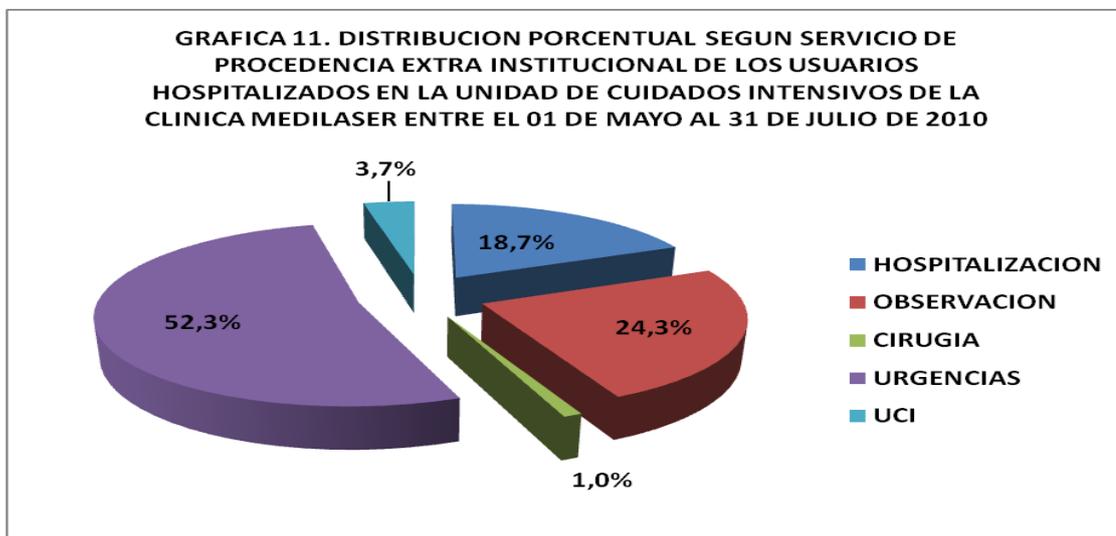
Grafica 10. Distribución porcentual según servicio de procedencia intra institucional de los usuarios hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos de la Clínica Medilaser entre el 01 de mayo al 31 de julio de 2010.



FUENTE: Registro en historias clínicas

De los usuarios hospitalizados en la UCI A de la Clínica Medilaser S.A Neiva, se identifica que el mayor porcentaje de ingreso es a través del servicio de salas de cirugía con un 46,2%, coherente con el principal diagnóstico de ingreso que es el paciente postoperatorio de cirugía cardiovascular ya que la clínica se especializa en pacientes con patologías sistema cardiaco; seguida por el servicio de urgencias con un 31,6%.

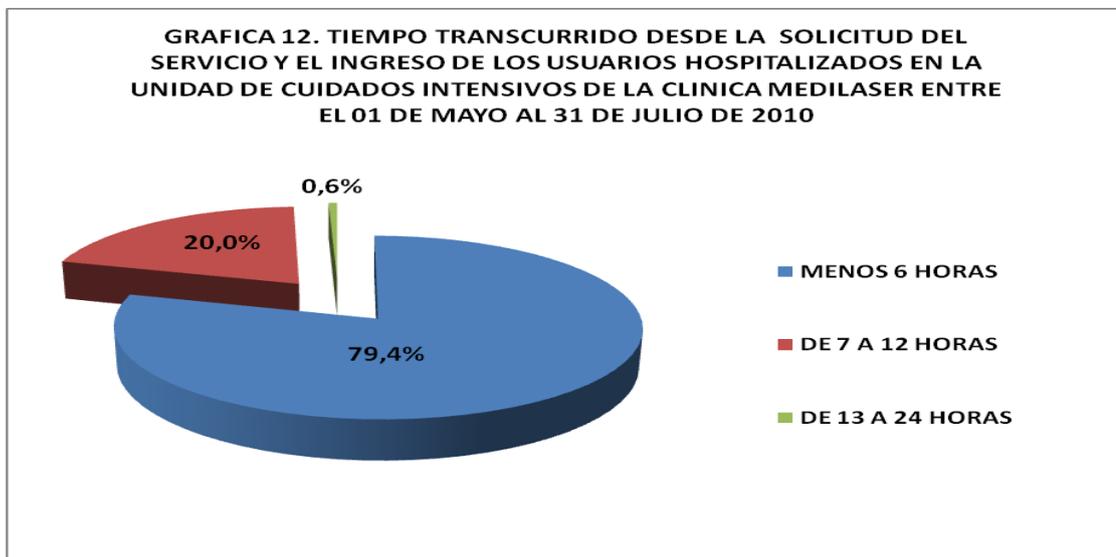
Grafica 11. Distribución porcentual según servicio de procedencia extra institucional de los usuarios hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos de la Clínica Medilaser entre el 01 de mayo al 31 de julio de 2010.



FUENTE: Registro en historias clínicas

El ingreso de los usuarios a la UCI A de la clínica Medilaser S.A Neiva de forma extra institucional el mayor porcentaje se realiza por el servicio de urgencias con un 52,3%, comprendidas en su mayoría por usuarios que consulta en su sitio de origen quienes posteriormente según su patología, son remitidos a cuarto nivel para ser hospitalizados en UCI; seguidas por el servicio de observación 24,3%, y el de hospitalización 18,7%.

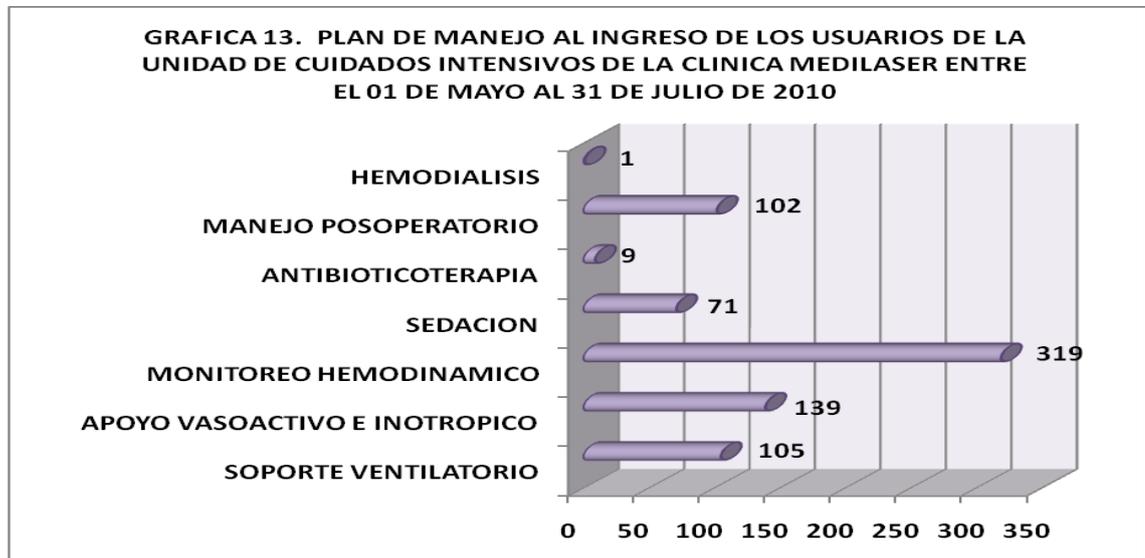
Grafico 12. Tiempo transcurrido desde la solicitud del servicio y el ingreso de los usuarios hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos de la Clínica Medilaser entre el 01 de mayo al 31 de julio de 2010.



FUENTE: Registro en historias clínicas

Según el tiempo transcurrido desde la solicitud del servicio hasta el ingreso de los usuarios a la UCI A de la Clínica Medilaser S.A Neiva, se identifica que el mayor porcentaje corresponde al tiempo entre 1 y 6 horas con un 79,4%, lo cual es un indicador decisivo para la evolución satisfactoria del paciente y disminución de complicaciones; en segundo lugar, el período entre 7 a 12 horas con el 20%, lo que llama la atención, ya que el paciente que requiere atención en unidad de cuidados intensivos debe ser oportuna para favorecer su recuperación, disminuir el riesgo de complicaciones y las secuelas derivadas de su patología de base.

Grafica 13. Plan de manejo al ingreso de los usuarios de la unidad de cuidados intensivos de la Clínica Medilaser entre el 01 de mayo al 31 de julio de 2010



FUENTE: Registro en historias clínicas

Del total de usuarios que ingresaron a la UCI A de la Clínica Medilaser S.A Neiva se observa que 319 tuvieron como manejo inicial el monitoreo hemodinámico, que es decisivo para la toma de decisiones para su tratamiento; posteriormente, el apoyo de vaso activos con 139 usuarios; llama la atención, que no todo paciente que requiere ventilación mecánica necesita sedación, ya que esto disminuye el riesgo de infecciones, neumonía por ventilación mecánica, estancia y cualquier complicación que se pueda derivar de su hospitalización. Es de resaltar que los usuarios ingresados tienen más de un plan de manejo inicial.

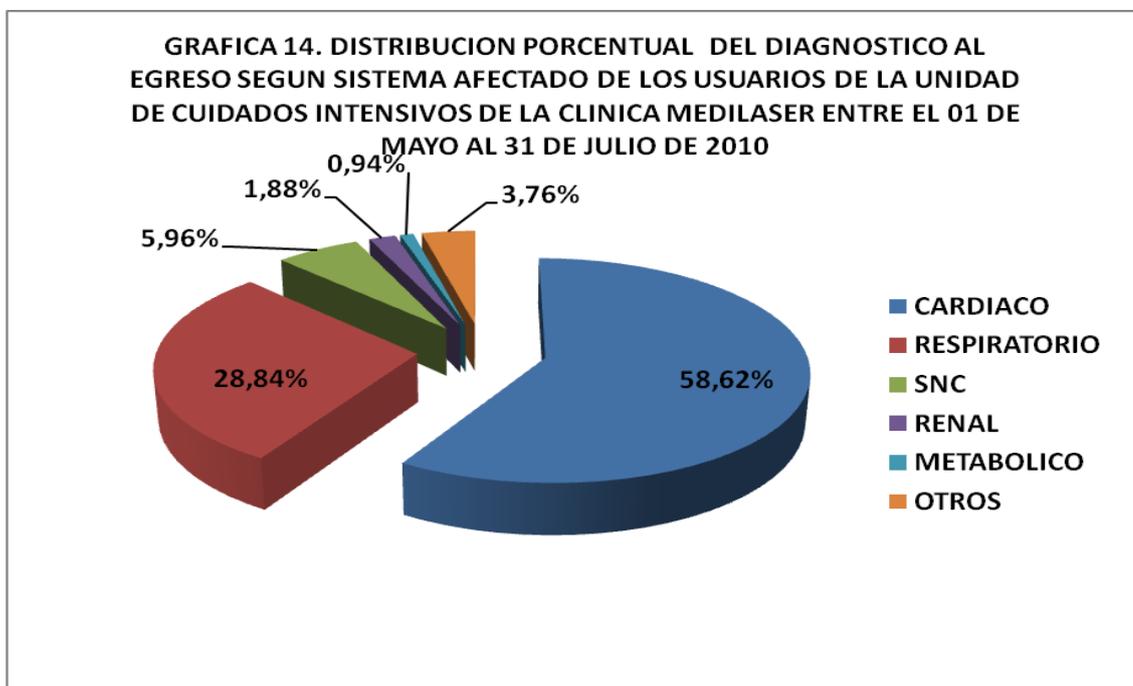
Tabla 3. Distribución porcentual según días hospitalización de los usuarios de la UCI A de la Clínica Medilaser S.A Neiva entre el 01 de mayo al 31 de julio de 2010

DIAS HOSPITALIZACION	No PACIENTES HOPITALIZADOS	%	%	IC 95%
Menos de 24 horas	25	7.8%		
De 1 a 3 días	181	56.7%	82,8	78.2 – 86.5
De 4 a 6 días	59	18.4%	(264)	
De 7 a9 días	25	8%		
De 10 a 12 días	16	5%		
De 13 a 15 días	3	1%	17,2(55)	13.5 – 21.8
De 16 a 18 días	4	1.3%		
De 19 a 21 días	4	1.3%		
De 22 a 23 días	2	1.6%		

FUENTE: Registro en historias clínicas.

Se evidencia que los pacientes hospitalizados en la UCI A de la Clínica Medilaser S.A Neiva permanecen aproximadamente 6 días o menos en un 82,75%, con un IC de 78,2 – 86,5, difiriendo este con la estancia mayor de 6 días con 17,24% y un IC de 13,5 – 21,8 siendo esto estadísticamente significativo.

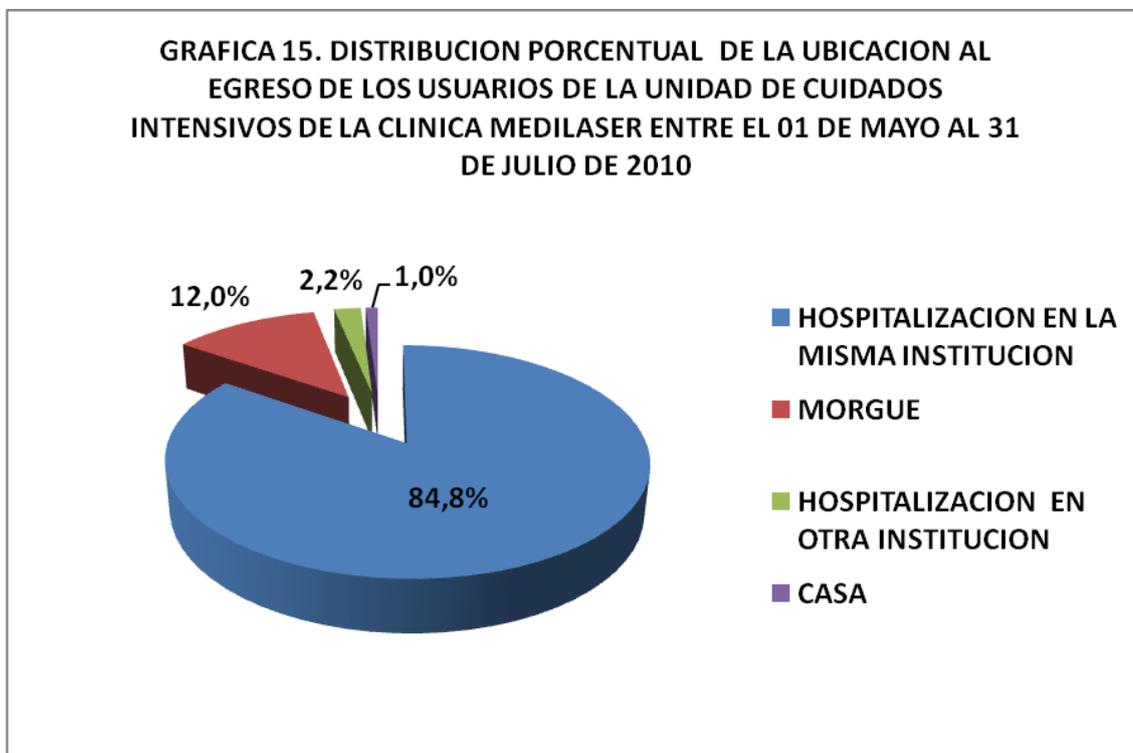
Grafica 14. Distribución porcentual del diagnostico al egreso según sistema afectado de los usuarios de la unidad de cuidados intensivos de la Clínica Medilaser entre el 01 de mayo al 31 de julio de 2010.



FUENTE: Registro en historias clínicas

De los pacientes que egresan de la UCI A de la Clínica Medilaser S.A Neiva, el principal sistema afectado, fue el Cardíaco con un 58,6%, lo cual se relaciona con los principales diagnósticos de ingreso; seguido por el Sistema Respiratorio con un 28,8%. De lo anterior concluimos que el padecimiento principal de la muestra concuerda con los datos estadísticos a nivel nacional donde la morbimortalidad es de tipo cardíaco por lo cual se debe reforzar los programas de promoción y prevención para identificar la población vulnerable y prevenir así la aparición de estas patologías y sus complicaciones.

Grafica 15. Distribución porcentual de la ubicación al egreso de los usuarios de la unidad de cuidados intensivos de la Clínica Medilaser entre el 01 de mayo al 31 de julio de 2010.

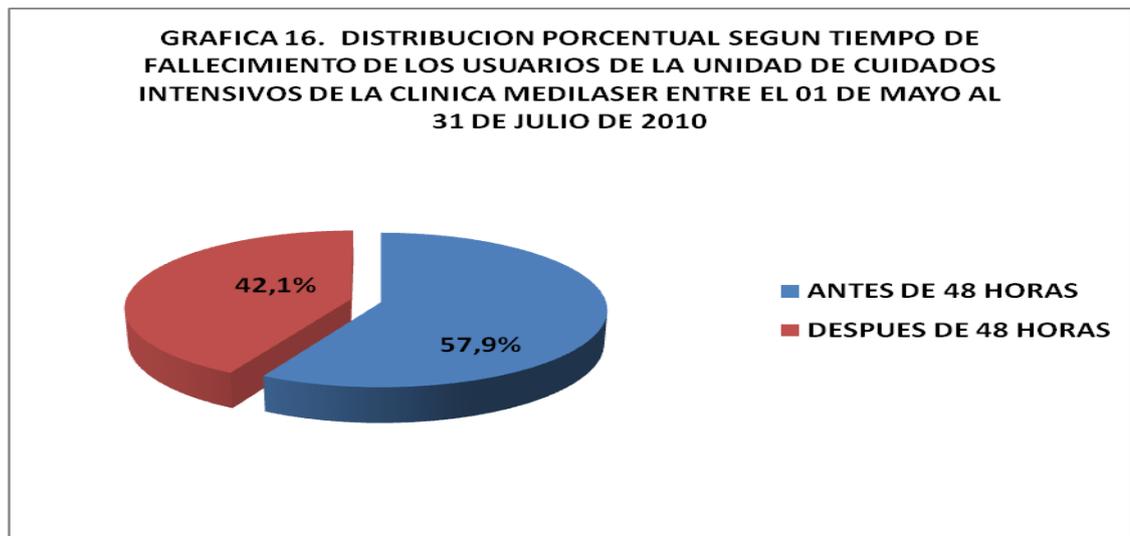


FUENTE: Registro en historias clínicas

El 84.8% de los pacientes que egresan de UCI A de la Clínica Medilaser S.A Neiva, son trasladados al servicio de hospitalización dentro de la misma institución para continuar con su recuperación; seguidos del 12% de los pacientes que son trasladados a la morgue datos comparados con otros estudios realizados a nivel nacional donde la mortalidad global de la unidad se encuentra en el mismo porcentaje (mortalidad e infecciones nosocomiales en 2 unidades de cuidado intensivo de Barranquilla) y el 2,2% son hospitalizados en otra institución. Con lo anterior, se aprecia que la clínica cuenta con un servicio de hospitalización suficiente para continuar prestando servicios a los usuarios que egresan de las UCI A.

6.3 MORTALIDAD

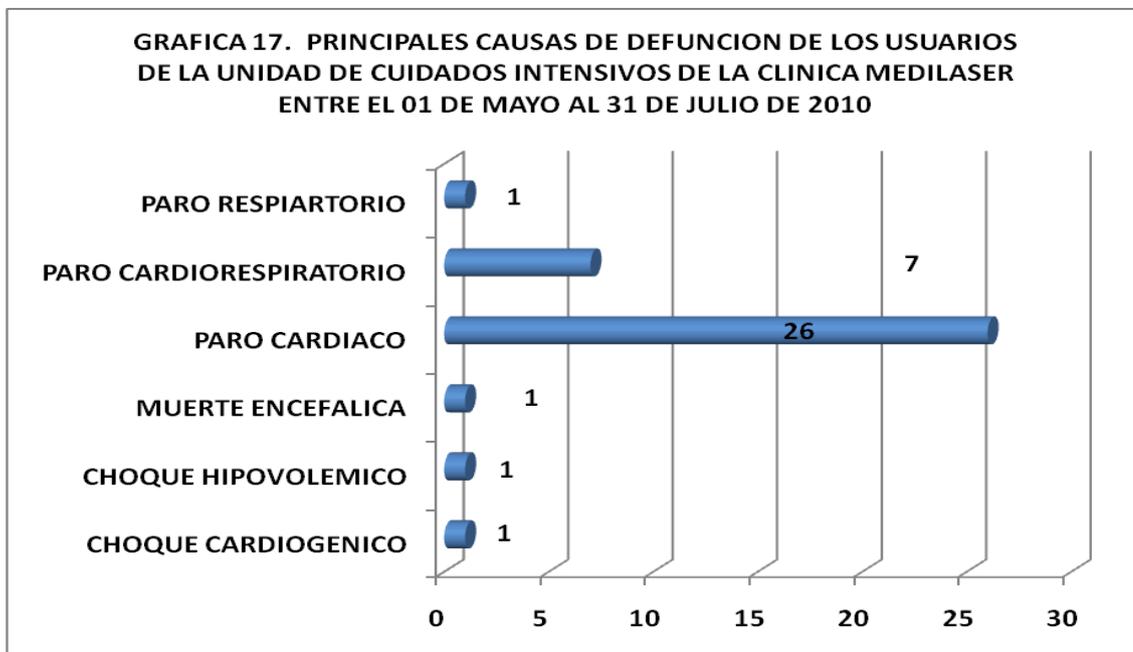
Grafica 16. Distribución porcentual según tiempo de fallecimiento de los usuarios de la unidad de cuidados intensivos de la clínica Medilaser entre el 01 de Mayo al 31 de Julio de 2010.



FUENTE: Registro en historias clínicas

Del total de los usuarios (319) que ingresaron a la UCI A de la Clínica Medilaser S.A Neiva el 12% fallecieron (dato acorde a la estadística del DANE 2005); de estos usuarios el 42,1% fallecieron después de 48 horas de estancia en la unidad, es de aclarar, que la legislación colombiana en sus lineamientos para la evaluación de la calidad de la atención del paciente crítico establece que la mortalidad atribuible al servicio es la que se produce después de las primeras 48 horas del ingreso, ya que se considera que el servicio podría mejorar la supervivencia de estos pacientes. En un 57,9%, su deceso se produjo antes de las 48 horas, lo cual nos indica que los pacientes ingresan con cuadros clínicos muy severos con baja probabilidad de revertir con el manejo.

Grafica 17. Principales causas de defunción de los usuarios de la unidad de cuidados intensivos de la Clínica Medilaser entre el 01 de mayo al 31 de julio de 2010.



FUENTE: Registro en historias clínicas

La principal causa de muerte identificada en la UCI A de la clínica Medilaser S.A Neiva, fue el paro cardíaco con un total de 26 usuarios 8,1%, en segundo lugar se presentó el paro respiratorio con 7 pacientes 2,17%, en menor proporción complicaciones neurológicas como la muerte encefálica, de igual forma el choque hipovolémico.

A continuación se realizará algunos cruces de variables de mayor interés clínico epidemiológico.

Tabla 4. Principales diagnósticos de ingreso de los usuarios a la UCI A Clínica Medilaser S.A Neiva respecto con la edad.

	Principal diagnóstico	15 - 30	31 - 45	46 - 60	60 - 75	> 75	TOTAL
	Edad en años						
1	Otras alteraciones funcionales de cirugía cardiaca	1	5	17	20	9	52
2	Infarto agudo al miocardio	1	3	17	20	8	49
3	Falla Ventilatoria	0	4	4	6	2	16
4	Angina inestable	0	2	6	4	3	15
5	Insuficiencia cardiaca congestiva	1	0	1	1	6	9
6	Neumonía	2	0	1	2	3	8
7	Dolor de pecho	0	0	3	1	2	6
8	Bloqueo aurículo ventricular	0	0	0	2	3	5
9	Edema pulmonar	0	0	1	2	2	5
10	Infección de vías urinarias	2	1	0	2	0	5
	Otros	27	17	30	46	29	149
	TOTAL	34	32	80	106	67	319

FUENTE: Registro en historias clínicas

Los diagnósticos que involucran al sistema cardiaco son las de más alta frecuencia, presentes en las grupos etareos entre 46 a 75 años, por lo cual puede existir una asociación entre la edad y la ocurrencia de trastornos cardiacos como el IAM, angina inestable, que conllevan a intervenciones quirúrgicas ya que en estos estadios de la vida se hacen visibles los efectos de patologías como la HTA o de estilos de vida inadecuados.

Además, se evidencia una diferencia estadísticamente significativa, en relación con la edad en menores de 45 años y los mayores de 45 años, y las patologías cardiacas y pulmonares lo que no ocurre con los pacientes que presentan infección de vías urinarias ya que no son estadísticamente significativas.

Tabla 5. Principales diagnósticos de ingreso de los usuarios a la UCI A Clínica Medilaser S.A Neiva respecto con la edad.

CAUSA \ EDAD	≤ 45 AÑOS			> 45 AÑOS		
	No.	%	IC 95%	No.	%	IC 95%
CARDIACAS	13	9,5	5,7-15,7	123	90,4	84,3–94,3
PULMONARES	6	20,69	9,9-38,4	23	79,3	61,6-90,2
INFECCION VIAS URINARIAS	3	60	23,1-88,2	2	40	11,8-77

Tabla 6. Principales diagnósticos de ingreso de los usuarios a la UCI A Clínica Medilaser S.A Neiva respecto con el sexo.

	Principal diagnóstico/Sexo	Hombre	Mujer	TOTAL
1	Otras alteraciones funcionales de cirugía cardiaca	35	17	52
2	Infarto agudo al miocardio	36	13	49
3	Falla Ventilatoria	10	6	16
4	Angina inestable	9	6	15
5	Insuficiencia cardiaca congestiva	6	3	9
6	Neumonía	5	3	8
7	Dolor de pecho	5	1	6
8	Bloqueo auricular	1	4	5
9	Edema Pulmonar	0	5	5
10	Infección de vías Urinarias	0	5	5
	Otros	90	59	149
Total		197	122	319

FUENTE: Registro en historias clínicas

Como se observa en esta tabla, de los 197 ingresos del sexo masculino, 80 sufren de alteraciones relacionadas con el sistema cardiaco, en comparación con el sexo femenino con 36 usuarios; por lo tanto, a priori se puede decir que existe o parece existir una relación del sexo con la patología de ingreso.

Se puede evidenciar una diferencia estadísticamente significativa, en relación sexo con las patologías cardiacas y pulmonares, a diferencia de los pacientes con infección urinaria, que no son estadísticamente significativas.

Tabla 7. Principales diagnósticos de ingreso de los usuarios a la UCI A Clínica Medilaser S.A respecto con el sexo.

SEXO CAUSA	MASCULINO			FEMENINO		
	No.	%	IC 95%	No.	%	IC 95%
CARDIACAS	92	67,7	59,4-74,9	44	32,4	25,1-40,6
PULMONARES	15	51,7	34,4-68,6	14	48,3	31,4-65,6
INFECCION VIAS URINARIAS	0	0	0- 43,4	5	100	56,5-100

Tabla 8. Principales diagnósticos de ingreso de los usuarios a la UCI A Clínica Medilaser S.A Neiva respecto con el estrato socio económico.

	Principal diagnóstico	ESTRATO SOCIO ECONOMICO						TOTAL
		1	2	3	4	5	6	
1	OTRAS ALTERACIONES FUNCIONALES DE CIRUGIA CARDIACA	20	27	4	0	1	0	52
2	INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO	20	26	2	1	0	0	49
3	FALLA VENTILATORIA	7	8	1	0	0	0	16
4	ANGINA INESTABLE	9	4	1	0	0	1	15
5	INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA	4	2	3	0	0	0	9
6	NEUMONIA	4	4	0	0	0	0	8
7	DOLOR DE PECHO	2	2	0	1	1	0	6
8	BLOQUEO AURICULO VENTRICULAR	4	1	0	0	0	0	5
9	EDEMA PULMONAR	1	3	1	0	0	0	5
10	INFECCION DE VIAS URINARIAS	3	2	0	0	0	0	5
	OTROS DIAGNOSTICOS	66	69	13	1	0	0	149
	Total							319

FUENTE: Registro en historias clínicas

De acuerdo a la información que se observa en la tabla, puede existir una relación entre el estrato socioeconómico 1 y 2, con la patología de mayor frecuencia que son los trastorno del sistema cardiaco con un total de 98 (30,7%) de los usuarios que ingresaron a la UCI A de la Clínica Medilaser; debido a que son la población más vulnerable.

Existe una diferencia estadísticamente significativa, en relación con el estrato socioeconómico (I-II y los III-IV-V-VI), las patologías cardíacas y pulmonares lo que no ocurre con los pacientes que presentan infección de vías urinarias ya que no son estadísticamente significativas.

Tabla 9. Principales diagnósticos de ingreso de los usuarios a la UCI A Clínica Medilaser S.A Neiva respecto con el estrato socioeconómico

ESTRATO CAUSA	I – II			III – IV – V		
	No.	%	IC 95%	No.	%	IC 95%
CARDIACAS	121	89	82,6-93,2	15	11	6,8–17,4
PULMONARES	27	93,1	78-98,	2	6,9	1,9-21,9
INFECCION VIAS URINARIAS	5	100	56,5-100	0	0	0,0-43,4

7 FACTORES CONDICIONANTES

Factores condicionantes: se aplicó una lista de chequeo en las dos unidades de cuidado intensivo Adulto con que cuenta la clínica Medilaser donde se pudo determinar lo siguiente: se cumple con el manual de desinfección en el 100%, se aprecia en el aseo terminal al egreso del paciente y semanalmente cuando se realiza en forma general.

Recurso humano: Se cuenta con 10 auxiliares de enfermería (cinco en cada unidad), con entrenamiento para el manejo de los pacientes, de igual forma 2 profesionales de enfermería(uno por cada unidad) y 3 médicos especialistas (Intensivista, Internista, cirujano General y Anestesiólogo, como lo indica la norma de Habilitación), distribuidos 2 en el turno de la mañana y uno en el turno de la tarde y noche respectivamente, dos fisioterapeutas o un terapeuta respiratoria (uno por cada unidad), para cada turno.

No se aplica la escala del TISS 28 para determinar el número de personal de enfermería por paciente según complejidad. Durante la investigación se logra identificar que debido al número de pacientes por cada unidad 11 y 12 respectivamente, el Enfermero no alcanza a dedicar el tiempo requerido para la atención personalizada, debido a que se realiza adicional a esto actividades administrativas para el funcionamiento de la unidad; haciendo necesario asignar tareas a los auxiliares de enfermería que son inherentes al profesional de enfermería como son administración de medicamentos, preparación de mezclas, manejo de historias clínicas y demás actividades relacionadas con el cuidado directo.

Insumos y Equipos faltantes: en cuanto la disponibilidad de equipos en la UCI cardiovascular, se encontró que hace falta monitor de transporte, ventilador de transporte que es fundamental para la seguridad del paciente cuando se requiere realizar cualquier procedimiento fuera de la unidad, y en relación a insumos se pudo establecer que algunas veces no se cuenta con la dotación necesaria, tal es el caso de esparadrapo blanco, tubos para toma de muestras para hemocultivos, picingos para el uso personal del paciente.

Medicamentos: se observó que no hubo disponibilidad de dos medicamentos aztreonam, citicolina, que fueron necesarios para dar cumplimiento al tratamiento de los pacientes allí hospitalizados.

Es importante determinar que el usuario que se atiende en esta clase de unidades, requiere una atención integral con calidad y personalizada, por lo anterior, la IPS debe asegurar la disponibilidad necesaria de todos los elementos que se requieren para optimizar los servicios asegurando el proceso de recuperación.

8. DISCUSION

La presente investigación es la primera que se lleva a cabo en el Departamento del Huila en la ciudad de Neiva para determinar la caracterización del perfil epidemiológico de una unidad de cuidados intensivos; por ende se tomó como centro de recolección de la información la UCI A de la Clínica Medilaser por ser centro de referencia del Sur colombiano para la atención de pacientes en condición crítica; en donde se tomo como muestra toda la población que ingreso a esta unidad durante un periodo definido de tres meses.

Con respecto a los resultados en lo que comprende el aspecto socio demográfico; el promedio de edad (46 años) de los pacientes admitidos en la unidad, es similar reportado de otros países como lo demuestra un estudio previo en Brasil en una muestra no representativa de UCI y una UCI de Arabia Saudí de igual forma, el descrito por Dennis y Colaboradores en Colombia (53 años).

El hallazgo de mayor ingreso de pacientes de sexo masculino en UCI A Clínica Medilaser (62%) es confirmado por estudios similares como es el de Dennis y Colaboradores (56.8%) del mismo sexo, al igual que otro estudio caracterización epidemiológica paciente crítico en una institución de tercer nivel de Pereira 2004, con un (59,3%).

En cuanto a los usuarios que ingresaron a la UCI A de la Clínica Medilaser, se encontró que el 72.4% tienen un nivel educativo bajo; resultado que no puede ser comparado con otros estudios como el de Dennis y Colaboradores donde por sesgos en la información no se logro determinar el nivel de escolaridad predominante.

En relación a la seguridad social se evidencia una gran diferencia, ya que en nuestro estudio el régimen contributivo ocupo el primer lugar con un 53.3% y en el estudio de Dennis y Colaboradores la mayoría no tenían seguridad social (vinculados 39.3%).

El diagnostico más común de ingreso a la UCI A en nuestro estudio fueron las relacionadas con el sistema cardiovascular (58.62%), en comparación con el de la Caracterización Epidemiológico del Paciente Crítico de la ciudad de Pereira la patología que más se presento fue las relacionadas con el sistema respiratorio (24.1%), dentro de las cuales la falla ventilatoria aguda fue la mas común.

La mortalidad global reportada fue del 12%, más baja que la encontrada en el estudio de la Caracterización Epidemiológico del Paciente Crítico de la ciudad de Pereira 26,9% y por Dennis y Colaboradores 31%. De estos usuarios el 42,1% fallecieron después de 48 horas de estancia en la unidad, es de aclarar, que la legislación colombiana en sus lineamientos para la evaluación de la calidad de la atención del paciente crítico establece que la mortalidad atribuible al servicio es la que se produce después de las primeras 48 horas del ingreso, ya que se considera que el servicio podría mejorar la supervivencia de estos pacientes.

Otro estudio observacional más reciente, conducido en 19 unidades de Colombia con 1622 pacientes y un APACHE II, encontró una mortalidad total de 20,9%, sin embargo, no se encuentra detallada la mortalidad por cada rango de APACHE II ni la mortalidad registrada después de las 48 horas de ingreso, lo cual dificulta la comparación meticulosa de los datos.

9. CONCLUSIONES

La edad de ingreso de los usuarios a la Unidad de Cuidados Intensivo Adulto de la Clínica Medilaser (UCI A), más frecuente son los de 46 años y más con un 79,3% estadísticamente muy significativo con respecto a los menores de 46 años, 20.7%.

Del total de los usuarios (319) que ingresaron a la UCI A de la Clínica Medilaser, el 62% (198 usuarios) corresponde al sexo masculino y un 38% (121 usuarios) son del sexo femenino; teniendo como resultado que por 1 usuario de sexo femenino que ingresa a la unidad de cuidados intensivos, hay 1.6 de sexo masculino.

El nivel de escolaridad de los usuarios ingresados a al UCIA de la Clínica Medilaser se encuentra el mayor porcentaje en un nivel educativo bajo (dado por primaria completa, incompleta y ninguno), con el 72,4%; lo que nos sugiere que el nivel educativo pueda ser una determinante en al auto cuidado y percepción de la salud lo cual conlleva a que esta población sea la más vulnerable en cierto momento de la vida.

Los usuarios ingresados a la UCI A de la Clínica Medilaser, predomina el grupo de los casados con un 65.2% con lo que no se puede sugerir ninguna relación entre el estado civil y la enfermedad, ya que no se conoce las características de la población objeto de atención.

De los usuarios hospitalizados en la UCI A de la Clínica Medilaser, el lugar de mayor procedencia institucional es a través del servicio de salas de cirugía con un 46,2%, coherente con el principal diagnóstico de ingreso que es el otras alteraciones funcionales de cirugía cardíaca (16.3%) y en cuanto al ingreso extra institucional con el 34% es también es el servicio de urgencias de las instituciones del cual viene remitidos.

El tiempo transcurrido desde la solicitud del servicio hasta el ingreso de los usuarios a la UCI A de la Clínica Medilaser, el mayor porcentaje corresponde al tiempo entre 1 y 6 horas con un 79,4% lo cual es un indicador decisivo, para la evolución satisfactoria del paciente y disminución de complicaciones.

Se evidencia que los pacientes hospitalizados en la UCI A de la Clínica Medilaser permanecen aproximadamente 6 días o menos en un 82,75%, difiriendo este con la estancia mayor de 6 días en un 17,24% siendo esto estadísticamente significativo.

El 84.8% de los pacientes que egresan de UCI A de la Clínica Medilaser, son trasladados al servicio de hospitalización dentro de la misma institución para continuar con su recuperación.

Se observa una mortalidad global del 12%(dato acorde a la estadística del DANE 2005); de estos usuarios el 42,1% fallecieron después de 48 horas de estancia en la unidad y el 57,9% se produjo antes de las 48 horas.

La principal causa de muerte Identificada en la UCI A de la clínica Medilaser, fue el paro cardíaco con un total de 26 usuarios 8,1%, en segundo lugar se presento el paro respiratorio con 7 pacientes 2,17% en menos proporción complicaciones neurológicas como la muerte encefálica, de igual forma el choque hipovolémico.

Los diagnósticos que involucran al sistema cardíaco son las de más alta frecuencia, presentes en los grupos etareos entre 46 a 75 años, por lo cual puede existir una asociación entre la edad y la ocurrencia de trastornos cardíacos.

10. RECOMENDACIONES

Tener como política institucional la realización anual del perfil epidemiológico de la UCI A para garantizar la real variabilidad que pueden tener los comportamientos siendo un aspecto clave para el conocimiento de la situación de salud.

Utilizar la causa básica de defunción y la causa final, para poder determinar epidemiológicamente las causas reales que produjeron el fallecimiento de los usuarios atendidos en la institución.

Utilizar los hallazgos encontrados en el perfil epidemiológico relacionados con los eventos adversos en forma de crítica positiva y constructiva en el desarrollo del proceso de calidad

BIBLIOGRAFIA

ANALISIS DE LA SITUACION DE SALUD ASIS, Guía para el análisis de los factores condicionantes en salud (demográficos y socioeconómicos), Ministerio de salud Republica del Perú. Oficina general de epidemiología. 2002. Página 1 – 4.

DENNIS R, Acero R, Salas C, Orejuela F. Evaluación del cuidado intensivo. Acta Medica Colombiana 1995;20:64-70

ESTRADA ÁLVAREZ, Jorge Mario; HINCAPIÉ CORREA, Jorge Andrés. BETANCUR P, Carmen Luisa. CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DEL PACIENTE CRÍTICO EN UNA INSTITUCIÓN DE TERCER NIVEL DE ATENCIÓN. Pereira Agosto-Noviembre de 2004. FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA. Pag. 6. On Line: www.revistainvestigaciones.funandi.edu.co, 22 de Febrero de 2010.

ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN LA UCI ADULTOS DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE NEIVA. Mayo 1997 a mayo de 1998. Hemeroteca Universidad Surcolombiana, Febrero de 2010.

CELIS RODRÍGUEZ, E. Desarrollo del Cuidado Intensivo en Latinoamérica. 2007 http://www.asivamosensalud.org/descargas/Cuidado_Intensivo.pdf. febrero 10 de 2010

MARTÍNEZ ESTALELLA, G. Cuidados intensivos: necesidad de cuidados intermedios.2002
http://www.elsevier.es/watermark/ctl_servlet? f=10&pident_articulo=13041044&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=142&ty=71&accion=L&origen=elsevier&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=142v13n03a13041044pdf001.pdf

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Anexo Técnico No. 1 de la Resolución 1043 del 3 de abril de 2006. Colombia. 2006. Paginas: 92-93

_____. Anexo Técnico No. 1 de la Resolución 1043 del 3 de abril de 2006. Colombia. 2006. Paginas: 49-50

_____. Anexo Técnico No. 1 de la Resolución 1043 del 3 de abril de 2006. Colombia. 2006. Paginas: 6-7

ESTRADA ALVAREZ, Jorge Mario, HINCAPIE CORREA, Jorge Andrés, BETANCUR P. Carmen Luisa. Caracterización Epidemiológica Del Paciente Crítico En Una Institución De Tercer Nivel De Atención. Fundación Universitaria Del Área Andina. Pereira, Agosto-Noviembre de 2004

MD. MUÑOZ PAREDES, Carlos Felipe. Estadísticas Sistema General De Seguridad Social En Colombia 2006 – 2007. Consultor Salud. <http://www.consultorsalud.com/biblioteca/documentos/2007/Estadisticas%20seguridad%20social%202007.pdf>

<http://www.encolombia.com/medicina/neumologia/neum134-01criterios.htm>. consultada el 02 de febrero de 2010.

COMITÉ CUIDADO CRÍTICO SOCIEDAD COLOMBIANA. Criterios de Ingreso a UCI. Colombia. 1999. <http://www.encolombia.com/medicina/neumologia/neum134-01criterios.htm>

SIVIGILA. Perfil Epidemiológico Año 2007. http://www.hospitalpablovibosa.gov.co/Documentos/SALA_SITUACIONAL/INDICADORES%20SOCIODEMOGRAFICOS/PERFIL%20EPIDEMIOLOGICO/PERFIL_EPIDEMIOLOGICO_2007.pdf

Ibid ., P. 17

INSTITUTE FOR ALGORITHMIC MEDICINE. APACHE Score. Houston, TX, USA. 2006/2007, Chapter 30

SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL DE NEIVA. Boletín Epidemiológico de Neiva. 2006. Página 5.

LIC. MERINO GAMBOA, Virginia. Revisión de escalas y SCORES más usados por enfermería en la atención del paciente crítico. Perú. 2002 <http://www.slideshare.net/uciperu/escalas-y-scores-en-uci>

Actualización de la Clasificación Internacional de Enfermedades, Décima Revisión (CIE-10). Boletín Epidemiológico, Vol. 24 No. 2, junio 2003 <http://www.revmed.unal.edu.co/obro/subpages/cie10.pdf>

RESOLUCION NÚMERO 1895 DE 2001. Colombia. 2001
<http://www.minproteccionsocial.gov.co/vBecontent/library/documents/DocNewsNo238102.pdf>

HART GK, Baldwin I, Gutteridge G. Adverse incident reporting in intensive care. *Anaesth Intensive Care* 2004; 22:556–61. Intensive Care Unit, Austin Hospital, Heidelberg, Victoria. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7818059>

BAÑARES, Joaquin. Los sistemas de notificación de incidentes y eventos adversos. Plan de Calidad, Fundación Avedis Donabedian. Sistema Nacional de Salud. Madrid 2006
http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/6_Joaquin_Baneres_ppt.pdf

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, Resolución 13437 de 1991 – Derechos de los pacientes, eventos adversos, Colombia
<http://74.125.113.132/search?q=cache:kJAL7ILAx-8J:www.medicosgeneralescolombianos.com/RESOLUCION%252013437%2520DE%25201991%2520derechos%2520de%2520los%2520pacientes.doc+Resolucion+13437+de+1991&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=co>

BUNCH EH. Delayed clarification: information, clarifications and ethical decisions in critical care in Norway. *J Adv Nurs* 2000; 32 (6): 1485-1491

ZAFORTEZA C, de Pedro JE, GASTALDO D, Lastra P, SÁNCHEZ-CUENCA P. ¿Qué perspectiva tienen las enfermeras de unidades de cuidados intensivos de su relación con los familiares del paciente crítico? *Enferm Intensiva* 2003; 14 (3):109-119

ANEXOS

Anexo A. Formato de recolección de información.

OBJETIVO: Analizar el perfil epidemiológico de los usuarios que ingresan a las unidades de cuidado Intensivo adulto de Neiva que permitirán plantear estrategias de mejoramiento en la atención de Enfermería.

I. CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS:

NUMERO DE HISTORIA CLINICA: _____ CODIGO _____

1. **EDAD:** () Años cumplidos

2. **SEXO:** M _____ F _____

3. NIVEL DE ESCOLARIDAD:

a. Ninguno _____ b. Primaria Completa _____ c. Primaria incompleta _____
d. Secundaria completa _____ e. Secundaria incompleta _____ f. Técnico _____
g. Tecnólogo _____ h. Universitario _____ i. Postgrado _____ j. Sin dato _____

4. OCUPACION:

a. Ninguna _____ b. Empleado _____ c. Independiente _____
d. Oficios del hogar _____ e. Estudiante _____ f. Sin dato: _____ g. Otro: _____
Cuál: _____

5. ESTADO CIVIL:

a. Soltero _____ b. Casado _____ c. Viudo _____ d. Separado _____ e. Unión Libre _____

6. ESTRATO SOCIOECONOMICO:

a. I _____ b. II _____ c. III. _____ d. IV. _____ e. V. _____ f. VI. _____ g. Sin dato _____

7. REGIMEN DE SALUD:

a. Contributivo _____ b. Subsidiado _____ c. Vinculado _____ d. SOAT _____
e. Desplazado _____ f. Régimen especiales _____ g. Particular _____

8. LUGAR DE RESIDENCIA:

Departamento _____ Municipio _____

II. MORBILIDAD

9. a. Principal Diagnostico al ingreso:

b. Código CIE 10 _____ c. Sin código _____

10. Principal Sistema(s) alterado(s):

11. Clasificación al ingreso:

a. Clasificación Apache: SI _____ NO _____ PUNTAJE: _____

b. Clasificación Escala TISS 28: SI _____ NO _____ PUNTAJE: _____

12. Comorbilidades:

Asma _____ HTA _____ EPOC _____ DM _____
IRC _____ TRM _____ Ninguno _____ Sin dato _____
Otro _____ Cual _____

13. Servicio de procedencia:

a. Institucional: SI _____ NO _____ Tiempo _____
Observación _____ Urgencias _____ Salas de Cirugía _____
Hospitalización _____ Consulta Externa _____ Otro _____ Cuál: _____
b. Extrahospitalaria: SI _____ NO _____ Cual entidad _____
Tiempo _____
Observación _____ Urgencias _____ Salas de Cirugía _____ UCI _____
Hospitalización _____ Consulta Externa _____ Otro _____ Cuál _____

14. Tiempo transcurrido desde el momento en que se solicita el servicio hasta el ingreso a la unidad

a. Menos de 6 horas _____ b. 7 – 12 horas _____ c. 13 – 24 horas _____
d. 25 – 48 horas _____ e. Más de 48 horas _____

15. Plan de manejo inicial

a. Soporte ventilatorio _____ b. Apoyo vasoactivos e inotrópicos _____
c. Monitoreo hemodinámico _____ d. Sedación _____ e. Relajación neuromuscular: _____
f. Antibioticoterapia _____ g. Manejo de posoperatorio _____
Tipo de cirugía: _____ h. Control de trombolisis _____
i. Hemodiálisis _____

16. Fecha de ingreso _____ Fecha de egreso _____

17. Días de hospitalización

a. Menos de 24h _____ b. 1 – 3 días _____ c. 4 – 6 días _____ d. 7 – 9 días _____
e. 10 – 12 días _____ f. 13 – 15 días _____ g. 16 – 18 días _____ h. 19 – 21 días _____
i. 22 – 24 días _____ j. 25 – 27 días _____ k. 28 – 30 días _____ l. Más de 30 días _____

18. a. Diagnostico al egreso:

b. Código CIE 10 _____ c. Sin código _____

19. Destino al egreso

a. Casa _____ b. Hospitalización en la misma institución _____
c. Hospitalización en otra institución _____ d. Morgue _____

En caso de que la respuesta anterior sea morgue responda las preguntas 20 y 21:

20. La muerte se presentó en:

a. Las primeras 48 horas _____ b. Después de las 48 horas _____

21. Cual fue la causa de defunción

22. Plan de manejo al egreso

a. Antibioticoterapia _____ b. Terapia de remplazo renal _____
c. Manejo ambulatorio _____ d. Manejo antihipertensivo _____
e. Rehabilitación _____ f. Otro. Cuál _____

III. EVENTOS ADVERSOS

23. Presencia de evento adverso: NO: _____ SI: _____ Cual:
(Señálelo)

- a. Accidentes postransfusionales.
- b. Complicación de procedimiento (especifique).
- c. Infección nosocomial (especifique).
- d. Convulsión febril intrahospitalaria.
- e. Pacientes con trombosis venosa profunda a quienes no se les realiza control de pruebas de coagulación.
- f. Pacientes con úlceras de posición.
- g. Shock hipovolemico post-parto.
- h. Maternas con convulsión intrahospitalaria.
- i. Pacientes con hipotensión severa en post – quirúrgico.
- j. Pacientes con infarto en las siguientes 72 horas post – quirúrgico.
- k. Suicidio de pacientes internados.
- l. Caídas desde su propia altura intra – institucional.
- m. Flebitis en sitios de venopunción.
- n. Neumotórax por ventilación mecánica.
- o. Deterioro del paciente en la clasificación en la escala de Glasgow sin tratamiento.
- p. Reacción medicamentosa.
- q. Secuelas post – reanimación.
- r. TEP paciente hospitalizado no previsto a su ingreso.
- s. ECV paciente hospitalizado no previsto a su ingreso.
- t. Falla renal pop.
- u. Hipoglicemia en paciente hospitalizado (menor de 50mg/dl).
- v. No cumplimiento de órdenes medicas.
- w. Inadecuada o no preparación de paciente para procedimiento.
- x. Inoportunidad en la realización de terapias (física, lenguaje, ocupacional, respiratoria) (después de 24 horas).
- y. Reintubacion de paciente no prevista.

Anexo B. Lista de chequeo.

OBJETIVO: Analizar el perfil epidemiológico de los usuarios que ingresan a las unidades de cuidado Intensivo adulto de Neiva que permitirán plantear estrategias de mejoramiento en la atención de Enfermería.

Código: _____ **Servicio:** _____
Fecha: _____ **Hora:** _____ **No. Pacientes en el servicio:** _____

I. FACTORES QUE PUEDEN ESTAR ASOCIADOS CON LA MORBIMORTALIDAD

1. Factores institucionales:

- a. En la UCI se cumple el manual de limpieza y desinfección hospitalaria: SI __ NO__
b. Cumple el servicio con las normas sobre dotación de recurso humano las 24 horas del día:

RECURSO HUMANO (Disponible en el momento de la observación)	No.	RECURSO HUMANO (Disponible en el momento de la observación)	No.
Especialista en cuidado intensivo		Médico internista	
Cirujano general		Medico general con entrenamiento	
Anestesiólogo		Enfermera(o)	
Auxiliares de enfermería		Enfermera(o) especialista	
Fisioterapeuta		Terapeuta respiratoria	
Otros especialistas			

c. Se garantiza la disponibilidad de (INSUMOS, MEDICAMENTOS Y EQUIPOS) en el servicio:

Equipos (Señale el equipo faltante):

- a. Ventilación mecánica de presión y de volumen de II y de III generación
- b. Monitores de signos vitales invasivo y no invasivo de última generación
- c. Camas de cuidados intensivos electro hidráulicas
- d. Computador de gasto cardiaco
- e. Oximetría de pulso continúa
- f. Bombas de infusión enteral y parenteral
- g. Desfibrilador
- h. Marcapasos externo digital
- i. Equipo de órganos de los sentidos
- j. Ventilador de transporte
- k. Electrocardiógrafo digital
- l. Estimulador de nervio periférico
- m. Marcapasos interno transitorio
- n. Fuente central de oxígeno
- o. Aire comprimido y vacío
- p. Carro de paro
- q. Atriles
- r. Camilla
- s. Silla de ruedas
- t. Patos, Piscingos y Riñoneras por unidad
- u. Equipos de pequeña cirugía

Insumos: (Señale el insumo faltante)

- a. Gasas
- b. Soluciones desinfectantes
- c. Jeringas
- d. Esparadrapo
- e. Equipos de bomba de infusión
- f. Apósitos
- g. Equipos de infusión (macrogooteo, de transfusión, de nutrición)
- h. Buretrol
- i. Llave de tres vías
- j. Multiflujosk. Catéteres venosos (DRUM, central, introductor, electrodo de marcapaso y yelco)
- l. Papelería
- m. Batas
- n. Sabanas
- o. Almohadas
- p. Inmovilizadores
- q. Cobijas
- r. Torundas de algodón
- s. Tubos para muestras de laboratorio y cultivos
- t. Electroodos
- u. Gel conductor
- v. Supragel
- w. Guardianes por unidad
- x. Canecas para desechos hospitalarios
- y. Canecas para ropa
- z. Compresero
- aa. Guantes limpios
- ab. Guantes estériles
- ac. Tapabocas
- ad. Gorros
- ae. Soportes
- af. Dispensador con toallas de papel
- ag. Kit de terapia respiratoria
- ah. Kit de terapia nutricional

Medicamentos:

Disponibilidad de medicamentos por paciente: SI _____ NO _____

Si la respuesta es negativa, diga cual medicamento esta faltante:

Anexo C. Lista de chequeo

VISITA	FECHA	HORA	N° PACIENTES	SE CUMPLE EL MANUAL DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN HOSPITALARIA	
				SI	NO
1	07/05/2010	14:00	11	X	
2	16/05/2010	19:00	11	X	
3	25/05/2010	13:00	9	X	
4	31/05/2010	10:00	9	X	
5	04/06/2010	20:00	11	X	
6	10/06/2010	10:00	8	X	
7	18/06/2010	15:30	8	X	
8	28/06/2010	20:00	9	X	
9	01/07/2010	09:40	10	X	
10	09/07/2010	09:45	11	X	
11	19/07/2010	20:00	11	X	
12	25/07/2010	21:00	11	X	
13	30/07/2010	21:00	11	X	

Anexo D. Recurso humano

VISIT A	FECHA	HOR A	N° PTE S	RECURSO HUMANO (Disponible en el momento de la observación)									
				Cirujan o general	Anestesiól ogo	Médico internist a	Especialista en cuidado crítico	Medico general con entrenamient o	Enfermera(o) especialista	Enfermera (o)	Terapeuta respiratori a	Fisioterapeuta	Auxiliar es de enferme ría
1	07/05/2010	14:00	23	1	1	0	0	0	0	2	1	1	10
2	16/05/2010	19:00	23	1	0	1	0	0	0	2	0	2	10
3	25/05/2010	13:00	20	1	0	1	0	0	0	2	1	1	10
4	31/05/2010	10:00	21	1	0	0	1	0	0	2	0	2	10
5	04/06/2010	20:00	23	1	0	0	1	0	0	2	1	1	10
6	10/06/2010	10:00	20	1	0	0	1	0	0	2	0	2	10
7	18/06/2010	15:30	20	1	0	0	1	0	0	2	1	1	10
8	28/06/2010	20:00	21	1	0	1	0	0	0	2	0	2	10
9	01/07/2010	09:40	22	1	0	0	1	0	0	2	1	1	10
10	09/07/2010	09:45	23	1	0	0	1	0	0	2	0	2	10
11	19/07/2010	20:00	23	1	0	1	0	0	0	2	1	1	10
12	25/07/2010	21:00	23	1	0	1	0	0	0	2	0	2	10
13	30/07/2010	21:00	23	1	0	0	1	0	0	2	0	2	10

Anexo E. Insumos y equipos faltantes

VISITA	FECHA	HORA	N° PTE S	INSUMOS Y EQUIPOS (Señale el insumo faltante):						
				a. ventilador transporte	b. Monitor de transporte	s. Tubos demuestras laboratorio y cultivos	v. Camilla	w. Inmovilizadores	af. Kit de nutrición	t.patos,picingos, riñonera
1	07/05/2010	14:00	23	X	X	X	X	X	X	X(dos patos dañados)
2	16/05/2010	19:00	23	X	X		X	X	X	X(dos patos dañados)
3	25/05/2010	13:00	20	X	X		X	X	X	X(dos patos dañados)
4	31/05/2010	10:00	21	X	X		X	X	X	X(dos patos dañados)
5	04/06/2010	20:00	23	X	X	X	X	X	X	X(dos patos dañados)
6	10/06/2010	10:00	20	X	X		X	X	X	X(dos patos dañados)
7	18/06/2010	15:30	20	X	X		X	X	X	X(dos patos dañados)
8	28/06/2010	20:00	21	X	X		X	X	X	X(dos patos dañados)
9	01/07/2010	09:40	22	X	X	X	X	X	X	X(dos patos dañados)
10	09/07/2010	09:45	23	X	X		X	X	X	X(dos patos dañados)
11	19/07/2010	20:00	23	X	X		X	X	X	X(dos patos dañados)
12	25/07/2010	21:00	23	X	X		X	X	X	X(dos patos dañados)
13	30/07/2010	21:00	23	X	X		X	X	X	X(dos patos dañados)

Anexo F. Disponibilidad de medicamentos faltantes.

VISITA	FECHA	HORA	N° PACIENTES	DISPONIBILIDAD DE MEDICAMENTOS POR PACIENTE		
				SI	NO	CUAL?
1	07/05/2010	14:00	23	X		
2	16/05/2010	19:00	23	X		
3	25/05/2010	13:00	20	X		
4	31/05/2010	10:00	21	X		
5	04/06/2010	20:00	23	X		
6	10/06/2010	10:00	20	X		
7	18/06/2010	15:30	20	X		
8	28/06/2010	20:00	21		X	CITICOLINA
9	01/07/2010	09:40	22		X	AZTREONAM
10	09/07/2010	09:45	23	X		
11	19/07/2010	20:00	23	X		
12	25/07/2010	21:00	23	X		
13	30/07/2010	21:00	23	X		
