

PERFIL EPIDEMIOLOGICO DE LOS PACIENTES QUE INGRESAN A LA
UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO GINECO OBSTERICA DEL HOSPITAL
UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO.
NEIVA, MAYO A JULIO DE 2010

CARLOS JAVIER BONILLA GUZMAN

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
ESPECIALIZACIÓN ENFERMERIA EN CUIDADO CRÍTICO
NEIVA
2010

PERFIL EPIDEMIOLOGICO DE LOS PACIENTES QUE INGRESAN A LA
UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO GINECO OBSTERICA DEL HOSPITAL
UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO.
NEIVA, MAYO A JULIO DE 2010

CARLOS JAVIER BONILLA GUZMAN

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

Asesora
MARIA ESNEDA BARRERA DUQUE
Magister en enfermería del adulto con énfasis en el anciano

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
ESPECIALIZACIÓN ENFERMERIA EN CUIDADO CRÍTICO
NEIVA
2010

Nota de aceptación:

Firma del presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Neiva, Enero del 2011

DEDICATORIA

A mis padres, hermana y familiares por su constante apoyo emotivo como económico en la realización del pos grado y el proyecto de investigación.

A nuestro creador porque nos da la fuerza y la valentía para sacar adelante las metas que nos proponemos.

CARLOS JAVIER

AGRADECIMIENTOS

El autor expresa sus agradecimientos a:

A la docente María Esneda Barrera Duque, Enfermera, por su constante apoyo, experiencia y dedicación en la realización de esta investigación y en la formación como especialista.

A los docentes de la especialización en cuidado crítico, porque gracias a su constante experiencia y dedicación, me permitieron una formación integral como especialista.

A la Doctora Sandra Xiomara Olaya y a la Enfermera Luz Omaira Gómez por su apoyo e interés para que este proyecto se llevara a cabo.

A las directivas del Hospital Universitario Hernando Moncaleno Perdomo por permitir el desarrollo de este tipo de investigación que contribuye al mejoramiento y calidad en la prestación de los servicios.

A todos los participantes mil gracias.....

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	16
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-Adulto y Ginecobstétrica	24
2.2.2 Criterios para el ingreso de pacientes a una Unidad de Cuidado Intensivo polivalentes y Ginecobstétrico	33
2.2.2.1 Alta Prioridad	33
2.2.2.2 Prioridad I	33
2.2.2.3 Prioridad II	33
2.2.2.4 Prioridad III	34
2.2.2.5 Prioridad IV	34
2.2.2.6 Baja prioridad	34
2.2.2.7 Criterios propios de paciente ginecobstétrica	36
2.3 PERFIL EPIDEMIOLOGICO	36
2.3.1 Indicadores y factores condicionantes para la Atención de Pacientes Hospitalizados en Unidades de Cuidado Intensivo	37
2.3.2 Método A.P.A.C.H.E. II o A.P.A.C.H.E. Simplificado	39
2.3.3 Escala TISS 28	40
2.3.4 Clasificación Internacional de Enfermedades 10° (CIE 10)	40
2.3.5 Eventos Adversos	41
3 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	44
4 DISEÑO METODOLÓGICO	48
4.1 TIPO DE ESTUDIO	48

	Pág.
4.2	POBLACION 48
4.3	METODO, TECNICA E INSTRUMENTO 48
4.3.1	Método 48
4.3.2	Técnica 48
4.3.3	Instrumento 48
4.4	VALIDEZ Y CONFIABILIDAD 48
4.5	RECOLECCION DE LA INFORMACION 49
4.6	PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE LA 49
	INFORMACIÓN
4.6.1	Análisis de los datos 49
5	CONSIDERACIONES ÉTICAS 50
6	RESULTADOS 51
6.1	CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS 51
6.2	MORBILIDAD 58
6.3	MORTALIDAD 68
6.4	EVENTOS ADVERSOS 70
6.5	FACTORES QUE PUEDEN ESTAR ASOCIADOS CON 72
	LA_RTALIDADMORBIMO
7	DISCUSIÓN 73
8	CONCLUSIONES 82
9	RECOMENDACIONES 84
	BIBLIOGRAFIA 85
	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS 87
	ANEXOS 91

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Relación de los diez principales diagnósticos de ingreso y grupo etareó de las pacientes ginecobstétricas de la Unidad de Cuidados Intensivos Ginecobstétrica del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo. Neiva 01 de mayo a julio 31 de 2010.	51
Tabla 2. Relación de los diez principales diagnósticos de ingreso y grupo etareó de las pacientes no ginecobstétricas de la Unidad de Cuidados Intensivos Ginecobstétrica del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo. Neiva 01 de mayo a julio 31 de 2010	52
Tabla 3. Distribución porcentual según nivel de escolaridad de las pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos Ginecobstétrica del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo. Neiva.01 de mayo a julio 31 de 2010	53
Tabla 4. Relación de los diez principales diagnósticos de ingreso y tiempo de hospitalización de las pacientes Ginecobstétricas en la Unidad de Cuidados Intensivos Ginecobstétrica del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo Neiva, el 01 de mayo a julio 31 de 2010	59
Tabla 5. Relación de los diez principales diagnósticos de ingreso y tiempo de hospitalización de las pacientes no ginecobstétricas en la Unidad de Cuidados Intensivos Ginecobstétrica del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo Neiva, el 01 de mayo a julio 31 de 2010	60
Tabla 6. Aplicación de la escala APACHE a las pacientes que ingresaron a la Unidad de Cuidados Intensivos Ginecobstétrica del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo Neiva, 01 de mayo a julio 31 de 2010	61

Tabla 7.	Servicio de procedencia de las usuarias de la Unidad de Cuidados Intensivos Ginecobstétrico del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo Neiva 01 de mayo a julio 31 de 2010	62
Tabla 8.	Plan de manejo inicial de las pacientes al ingreso de la Unidad de Cuidados Intensivos Ginecobstétrica del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo Neiva 01 de mayo a julio 31 de 2010.	64
Tabla 9.	Destino al egreso de las pacientes que ingresaron a la Unidad de Cuidados Intensivos Ginecobstétrica del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo Neiva, el 01 de mayo a julio 31 de 2010	66
Tabla 10.	Mortalidad de las pacientes que ingresaron a la unidad de Cuidados Intensivos Ginecobstétrica del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo Neiva, el 01 de mayo a julio 31 de 2010	68

LISTA DE GRAFICAS

	Pág.
Grafica 1. Ocupación de las usuarias de la Unidad de Cuidados Intensivos Ginecobstétrica del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo Neiva 01 de mayo a julio 31 de 2010	54
Grafica 2. Estado civil de las usuarias de la Unidad de Cuidados Intensivos Ginecobstétrica del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo Neiva, 01 de mayo a julio 31 de 2010	54
Grafica 3. Estrato socioeconómico de las usuarias de la Unidad de Cuidados Intensivos Ginecobstétrica del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo .Neiva, 01 de mayo a julio 31 de 2010	55
Grafica 4. Régimen de salud de las usuarias de la Unidad de Cuidados Intensivos Ginecobstétrica del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva, 01 de mayo a julio 31 de 2010	56
Grafica 5. Procedencia por departamento de origen de las usuarias de la Unidad de Cuidados Intensivos Ginecobstétrica del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo Neiva, 01 de mayo a julio 31 de 2010	57
Grafica 6. Procedencia por Municipios de origen de las usuarias de la Unidad de Cuidados Intensivos Ginecobstétrica del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo Neiva, 01 de mayo a julio 31 de 2010	58
Grafica 7. Comorbilidad de las pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos Ginecobstétrica del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo Neiva, el 01 de mayo a julio 31 de 2010	62

	Pág.
Grafica 8. Tiempo transcurrido desde el momento en que se solicita el servicio hasta el ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos Ginecobstétrica del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo Neiva 01 de mayo a julio 31 de 2010.	63
Grafica 9. Procedimientos Quirúrgicos al ingreso de la Unidad de Cuidados Intensivos Ginecobstétrica del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo Neiva 01 de mayo a julio 31 de 2010	65
Grafica 10. Principales diagnósticos de egreso de las pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos Ginecobstétrica del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo durante el 01 de Mayo al 01 de Julio 31 de 2010	65
Grafica 11. Plan de manejo al egreso de las pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos Ginecobstétrica del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo Neiva 01 de mayo a julio 31 de 2010.	67
Grafica 12. Causa de la defunción de las pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos Ginecobstétrica del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo durante el 01 de Mayo al 01 de Julio 31 de 2010	69
Grafica 13. Eventos adversos que presentaron las pacientes que ingresaron a la Unidad de Cuidados Intensivos Ginecobstétrica del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo Neiva, el 01 de mayo a julio 31 de 2010	70
Grafica 14. Relación tiempo de estancia y eventos adversos que se presentaron en las pacientes que ingresaron a la Unidad de Cuidados Intensivos Ginecobstétrica del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo Neiva, el 01 de mayo a julio 31 de 2010	71

LISTA DE ANEXOS

		Pág.
Anexo A.	Proyecto “perfil epidemiológico de los pacientes que ingresan a las unidad de cuidado intensivo ginecobstétrica, Neiva, mayo a julio de 2010”	92
Anexo B.	Proyecto “perfil epidemiológico de los pacientes que ingresan a la unidades de cuidado intensivo ginecobstétrica, Neiva, mayo a julio de 2010”	96
Anexo C.	Diagnostico ingreso de las pacientes, UCI Ginecobstétrica Del Hospital Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva, mayo 1 a 31 julio de 2010.	100
Anexo D.	Diagnostico ingreso relacionado con grupo etareo de las pacientes, UCI Ginecobstétrica Del Hospital Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva, mayo 1 a 31 julio de 2010.	101
Anexo E.	Diagnostico egreso de las pacientes, UCI Ginecobstétrica Del Hospital Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva, mayo 1 a 31 julio de 2010	102

RESUMEN

La UCI-GO es un Servicio especializado de alta complejidad que facilita la atención de las pacientes obstétricas, críticamente enferma. Se llevó a cabo la realización del perfil epidemiológico con el fin de plantear estrategias de mejoramiento que contribuyan a la calidad de la atención por parte del personal de enfermería.

MATERIALES Y METODOS. Estudio de tipo descriptivo, prospectivo. Se analizaron setenta y siete (77) mujeres durante tres meses. Se utilizó la técnica de revisión documental de la Historia Clínica y la observación. La tabulación de los datos se realizó por medio del programa EPI-INFO versión 6,04.

RESULTADOS. El 45,5% (35) presentaron patologías ginecobstétricas y 54,5% (42) patología no ginecobstétricas. La media de la edad de las pacientes ginecobstéticas es de 28 años y para las no ginecobstéticas de 56 años. El principal diagnóstico de ingreso en pacientes ginecobstéticas fue la preclamsia 25% de los casos y en pacientes no ginecobstéticas fue el IAM con 24,4%. La mortalidad fue del 13,9% en pacientes ginecobstétricas y del 41,5% en pacientes no ginecobstétricas. Se presentaron 11 eventos adversos.

CONCLUSIONES. Las pacientes ginecobstétricas se caracterizan por estar en edades entre la adolescencia y la adultez joven, la alteración más importante es la preclamsia. Por el contrario la pacientes no ginecobstétricas se caracteriza por ser personas que están en la adultez media y adultez tardía, presentar altos porcentajes de comorbilidades y tiempos de estancia prolongada donde las alteraciones más importantes son las cardíacas y del sistema nervioso central.

Palabras Claves. Unidad de Cuidados Intensivos Ginecobstétrica (UCI-GO), Enfermería, perfil epidemiológico, morbilidad, mortalidad, eventos adversos.

SUMMARY

The UCI-GO is a highly complex specialized service that provides care for obstetric patients, critically ill. We carried out the implementation of the epidemiological profile in order to bring improvement strategies that contribute to the quality of care by the nursing staff.

MATERIALS AND METHODS. Descriptive study prospective. Seventy-seven were analyzed (77) women for three months. Technique was used to document review of the clinical history and observation. The tabulation of the data was performed using EPI-INFO version 6.04.

RESULTS. 45.5% (35) showed obstetrical / gynecological diseases and 54.5% (42) no obstetrical / gynecological pathology. The mean age of patients was 28 years ginecobsteticas for non-obstetrical / gynecological and 56. The primary diagnosis among obstetrical / gynecological patients was 25% of preeclampsia cases and obstetrical / gynecological patients with AMI was 24.4%. Mortality was 13.9% in obstetrical / gynecological patients and 41.5% in obstetrical / gynecological patients. Were 11 adverse events.

CONCLUSIONS. Obstetrical / gynecological patients are characterized by being between the ages of adolescence and young adulthood, the most important alteration is the preeclampsia. On the contrary, obstetrical / gynecological patients is characterized by people in middle adulthood and late adulthood, present high rates of comorbidities and longer stay times where the most important alterations are the heart and central nervous system.

Keywords. Ginecobstétrico Intensive Care Unit (ICU-GO), nursing, epidemiological profile, morbidity, mortality, adverse events.

INTRODUCCION

La unidad de cuidados intensivos ginecobstétrica (UCI-GO) del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo (HUHMP) es un servicio especializado de alta complejidad cuyo objetivo es brindar un cuidado integral a aquellas personas en condiciones críticas de salud que requieren atención constante y continúa que facilita la atención de las pacientes obstétricas, críticamente enfermas, con características únicas y de difícil manejo debido a la presencia fetal, las alteraciones en la fisiología materna y las enfermedades específicas del embarazo. Este servicio se constituye en una respuesta a las necesidades en salud de nuestra población teniendo en cuenta que la paciente embarazada representa un 10% de las admisiones a la UCI en países en vía de desarrollo¹.

La UCI-Ginecobstetrica es un área dotada de infraestructura y equipos altamente especializados en la que trabajan profesionales, personal entrenado Y especializado en la atención de la paciente críticamente enferma con patología ginecobstétrica; en aras de suplir las necesidades básicas relacionadas con la fisiología propia de este tipo de pacientes (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, 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 de la paciente.

Existen factores extrínsecos e intrínsecos derivados de la atención especializada que se brinda en la UCI-GO que son determinantes en la recuperación de la salud y resolución de la enfermedad; los cuales son importantes conocerlos con el fin de estratificar planes de atención con objetivos medibles, metas claras y apropiadas que permitan de un modo u otro contribuir en la evolución, recuperación y disminución de la estancia de una paciente hospitalizada.

Por ende, entender el proceso dinámico de salud-enfermedad en la UCI-GO de HUHMP de Neiva, implica conocer la situación de salud de cada paciente que es hospitalizada, 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 en 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 mismo².

El perfil epidemiológico es el estudio de la morbilidad, la mortalidad y los factores de riesgo, 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 estudios de perfil epidemiológico de las unidades de cuidados intensivos ginecobstétricas son muy escasos, sin embargo se citan cuatro estudios, uno descriptivo de la UCI de la Clínica de Maternidad Rafael Calvo de Cartagena publicado el 21 de mayo de 2010³ sobre morbilidad materna extrema en cuidados intensivos obstétrico, también hay un estudio de cohorte retrospectivo unicentrico de Mortalidad materna de pacientes atendidas en la UCI del Hospital Simón Bolívar, Bogotá (Colombia) 2004 – 2006⁴, Se documenta además un artículo de revisión de la revista Colombiana de obstetricia y ginecología sobre paciente obstétrica de alto riesgo en unidades de cuidados intensivos publicado en el 2005⁵, en el cual se citan varios estudios tomados de diversas regiones del mundo y un artículo sobre obstetricia critica en Argentina del año 2007⁶; en dichos estudios se analizan algunas de las variables sociodemográficas, ginecobstétricas, morbilidad, mortalidad, tiempo de ingreso a la institución, indicadores para monitorizar la calidad de la atención obstétrica y la importancia de la escala APACHE en la paciente ginecobstétrica y su utilidad.

Hay otros estudios de perfil epidemiológico de UCI- polivalentes como el de Dennis y colaboradores que ha evaluado las características de los pacientes que ingresan a las UCI en 20 Unidades de Cuidados Intensivos en las principales ciudades colombianas donde se tiene en cuenta variables de tipo sociodemográfico, morbilidad, mortalidad y algunos factores condicionantes presentes en la morbimortalidad como el índice de severidad en la enfermedad utilizando la escala APACHE.⁷ Hay otro estudio realizado en Pereira sobre la caracterización epidemiológica del paciente crítico en una institución de tercer

nivel de atención publicado en noviembre de 2004 donde se tiene en cuenta variables sociodemográficas, morbilidad y mortalidad.⁸

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 morbilidad de los pacientes hospitalizados en la UCI del Hospital Universitario de Neiva entre 1997 y 1998⁹. Desde entonces no se ha documentado ningún perfil epidemiológico que caracterice las condiciones del paciente hospitalizado en las UCI; a excepción de otros estudios realizados por el Hospital Universitario de Neiva que abordan temas sobre, Caracterización del perfil microbiológico causante de infección del sitio operatorio en el servicio de cirugía Septiembre a noviembre de 2004¹⁰, 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 2007¹¹ a 2008, y en la clínica Medilaser durante el 2008 sobre Resistencia Bacteriana en pacientes infectados en la Unidad de Cuidados Intensivos¹².

La necesidad de conocer cuál es el perfil epidemiológico de los pacientes hospitalizados en la (UCI-GO) del (HUHMP), es la de 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 según necesidades específicas, justificadas con realidades encontradas.

En la UCI, el registro bioestadístico se realiza de carácter obligatorio pero de forma somera; donde se refleja la morbilidad, promedio ingreso, complicaciones, infecciones nosocomiales. Por lo tanto se planteó describir el perfil epidemiológico del paciente críticamente enfermo que ingresa a la UCI donde resaltamos que es: novedoso por ser el primer estudio realizado en el HUHMP por profesionales de enfermería, donde se cuenta con la participación de la unidad de cuidados intensivos ginecobstétrico. Además es el primer perfil epidemiológico de la región Surcolombiana en el que describe la población de una UCI-GO.

Lo cual sirve de base para plantear nuevos estudios investigativos a partir de éstos resultados; Útil porque se espera, identificar la caracterización de la población, morbilidad, estado socioeconómico, principales patologías que se presentan, estado de salud previo, y determinar el impacto de los programas de promoción y prevención, para realizar estudios de seguimiento epidemiológico y

microbiológico de los pacientes e identificar los factores asociados a la morbilidad; y factible ya que se cuenta con la participación de personal de enfermería que labora en la institución, logrando obtener la información abarcando todos los puntos que se pretenden desarrollar.

De acuerdo a lo anteriormente expuesto y motivados por la realización de la Especialización de Enfermería en Cuidado Crítico en la Universidad Surcolombiana, se decide abordar este estudio en el HUHMP en la UCI-GO de la ciudad de Neiva, con el fin de caracterizar los factores que identifican morbilidad, mortalidad y factores condicionantes de los pacientes que ingresan a la unidad en un periodo de tres meses.

1. OBJETIVOS

1.1 OBJETIVO GENERAL

Analizar el perfil epidemiológico de los usuarios que ingresaron a la Unidad de Cuidados Intensivos Ginecobstétrica del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva que permitirán plantear estrategias de mejoramiento en la atención de enfermería.

1.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

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

Interpretar la morbi-mortalidad presentada en el servicio de cuidado intensivo Ginecobstétrica.

Determinar los factores condicionantes de la prestación del servicio a los pacientes que ingresaron a la unidad de cuidado intensivo ginecobstétrica, 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 la unidad.

2. MARCO REFERENCIAL

2.1 ANTECEDENTES

2.1.1 Situación Global del Cuidado Crítico en Latinoamérica¹³. Los gastos porcentuales del Producto Interno Bruto 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/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 /1000 habitantes, y de éstas entre el 4 al 10% deben ser de cuidado intensivo. Por 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 vez primera a las unidades de cuidado intensivo (UCI), 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 Jhons Hopkins de Baltimore (EEUU), creó la primera UCI para atender el postoperatorio de los pacientes neuroquirúrgicos. Algo más tarde, durante los años 1930 y 1940, el desarrollo de las UCI continuaba teniendo lugar en las salas de recuperación postanestésica para vigilar y prevenir las complicaciones de la cirugía durante el posoperatorio inmediato, así como las complicaciones potenciales de la misma anestesia¹⁴.

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 llevo al anestesiólogo Peter Safar, en 1958, al desarrollo de una unidad de cuidado especial en el hospital de Jhons 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 cardiaco cerrado, la desfibrilación cardiaca y nuevos modos de ventilación mecánica, se creaba la necesidad, cada vez más patente, 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 cardiacas. 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. En cuanto a las unidades de cuidados intensivos enfocadas a la atención de patología ginecobstétrica; La UCI-GO de Buenos Aires y la UCI-GO del HUHMP son las primeras unidades referenciadas de este tipo en Latinoamérica; en el HUHMP fue puesta en funcionamiento el 19 de febrero de 2010. La cual fue creada con el propósito de responder a la demanda de atención de la población femenina de la región que presenta alteraciones ginecobstétricas que pueden comprometer la vida.

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 las unidades 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 unidad de Cuidado Intensivo Adulto 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, Ginecobstétricas etc. Los procedimientos de monitoreo e intervención invasivo y no invasivo completo, soporte nutricional avanzado enteral y parenteral, 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 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 cardiaco, oximetría de pulso continua, 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 mortalidad¹⁵.

A nivel de estructura física las UCI 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 servicio¹⁶.

En cuanto a recurso humano la UCI debe disponer de especialista 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 área¹⁷.

Con respecto a la UCI-GO no hay una descripción clara en la literatura sobre equipos, dispositivos, elementos y/o áreas específicas con las cuales deban contar este tipo de unidades diferentes a las que cuenta una UCI polivalente; sin embargo se puede hacer una breve descripción de las características particulares de este tipo de unidad apoyándose en la conformación de la UCI-GO del HUHMP. La unidad además de contar con equipos, materiales y distribución conforme a la norma que reglamenta las unidades de cuidados intensivos en Colombia Resolución 1043 del 3 de abril de 2006, tiene unos elementos propios que permiten la atención cómoda, adecuada para el binomio madre hijo y de adaptación de las áreas y personal que conforman dicha unidad. Con respecto al recuso físico se cuenta con camas especiales para paciente ginecobstétrica que es posible adaptarla para procedimientos propios de estas pacientes; se cuenta con un área especial para la atención del recién nacido donde se le puede brindar atención inicial y además cuenta con todos los equipos para la misma desde elementos para su limpieza, medición, confort y reanimación en caso de ser necesario.

La unidad además cuenta con equipos de monitoria fetal para cada cubículo, ecógrafo, equipo quirúrgico para realizar cesáreas y áreas especiales para desechos orgánicos. Con respecto al recurso humano para la atención directa de la paciente, se cuenta con personal auxiliar, profesional de enfermería y terapia entrenado en la atención de la paciente ginecobstétrica crítica y médicos con especialización en ginecobstetricia y una coordinadora de la unidad con sub especialización en ginecobstetricia crítica. La unidad en un turno normal tiene como personal a cargo un médico especialista en ginecobstetricia, un enfermero o enfermera, un terapeuta físico o respiratorio y tres auxiliares de enfermería.

Es de gran importancia que los hospitales de III y IV nivel de complejidad cuenten con una UCI, 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, La unidad de cuidados intensivos (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 se definen por las condiciones que presente el paciente.

La UCI GINECO OBSTÉTRICA del Hospital Universitario de Neiva, se constituye en un servicio diferencial dotada de siete camas con equipos de alta tecnología y recurso humano altamente capacitado que facilita la atención de las pacientes obstétricas, críticamente enfermas, con características únicas y de difícil manejo debido a la presencia fetal, las alteraciones en la fisiología materna y las enfermedades específicas del embarazo. Este servicio se constituye en una respuesta a las necesidades en salud de nuestra población teniendo en cuenta que la paciente embarazada representa un 10% de las admisiones a la UCI en países en vía de desarrollo.

2.2.1 Características de la persona que requiere atención en UCI-Adulto y Ginecobstétrica. Las personas que requieren atención en la UCI adultos según un estudio realizado en Pereira en 2004, encontró que la mediana de la edad de los pacientes internados en la UCI 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 unidad de cuidado intensivo 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%¹⁸.

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 adultos 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 número 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 38.038.079¹⁹.

Se documenta un estudio sobre Mortalidad materna de pacientes atendidas en la UCI del Hospital Simón Bolívar, Bogotá (Colombia) 2004 – 2006 la cual dio como resultados que se evaluaron 46 pacientes con patología obstétrica que ingresaron a la UCI. Los trastornos hipertensivos del embarazo representan el 49% de las causas de admisión a la UCI. Además, la mortalidad materna de pacientes admitidas a la UCI fue de 4,3% y está relacionada con aborto séptico. La

mortalidad fetal global fue de 34%. Sólo 22% de las pacientes había recibido adecuado control prenatal. Por otra parte, la mortalidad materna global encontrada en la UCI de nuestro hospital fue de 4,3% (n = 2), hallazgo que no dista mucho de la literatura publicada mundialmente, al igual que los diagnósticos más prevalentes. Sin embargo, reportes de estudios similares realizados en países en vía de desarrollo muestran estadísticas diversas; entre éstas, que la mortalidad materna de la paciente obstétrica críticamente enferma se ha estabilizado en los últimos 20 años, oscilando entre 4 y 21 %.

El aborto séptico sigue siendo una causa importante de mortalidad materna a pesar de los avances que se han logrado desde el punto de vista legal en años recientes. Aproximadamente 20% a 30% de las pacientes obstétricas que ingresan a la UCI presentan causas no obstétricas para su admisión tales como la sepsis de origen no obstétrico, falla respiratoria o hemorragias intracraneales; es por esto que la terapia dirigida a metas tempranas no debe esperar el ingreso a la UCI, sino que debe iniciarse tan pronto se realice el diagnóstico de shock séptico que posteriormente podría llevar al síndrome de disfunción orgánica múltiple. En nuestro estudio, la mortalidad materna global se asoció directamente a eventos sépticos.

Los trastornos hipertensivos asociados al embarazo y sus complicaciones, siguen siendo la principal causa de morbilidad en nuestro medio y de traslado a las UCI. En cuanto a las intervenciones a las que son sometidas las pacientes, la ventilación mecánica se encuadra dentro de lo reportado en la literatura internacional.

La estancia y las complicaciones varían también de acuerdo con la patología establecida y con la evolución de cada paciente; sin embargo, en la mayoría de las pacientes obstétricas con adecuado tratamiento el promedio es ostensiblemente menor que en la población general.

Todavía está por definirse el valor de los diversos sistemas de evaluación puntuables de la severidad de la enfermedad, como el APACHE II y el SAPS II, que son utilizados ocasionalmente en la población gestante, y poco rutinarios, pues suministran resultados equívocos cuando se comparan con el resto de la población, debido precisamente a los cambios fisiológicos que ocurren normalmente durante el embarazo y a la ausencia de enfermedades crónicas que aumenten su puntaje. Hasta el momento, éstos no han permitido anticipar el riesgo de complicaciones, ni predecir estancias prolongadas en nuestra población obstétrica, por lo cual, en los diferentes reportes, se sugiere desarrollar algún

sistema especial que determine adecuadamente estos parámetros y por supuesto la severidad de la enfermedad materna.²⁰

Se documenta un artículo de revisión de la revista Colombiana de obstetricia y ginecología en el año 2005 sobre paciente obstétrica de alto riesgo en unidades de cuidados intensivos de donde se citan varios estudios tomados de diversas regiones del mundo la cual hace una comparación de las diferentes variables sociodemográficas, de morbilidad, mortalidad, y clasificación de la severidad de la enfermedad con el método APACHE y su utilidad en la paciente con patología ginecobstétrica. Esta revisión da como resultados lo siguiente: Por la complejidad de los cuadros clínicos y la comorbilidad de las pacientes gestantes y posparto, es necesario que los tratamientos se continúen en las unidades de cuidados intensivos (UCI). La admisión a UCI de gestantes fluctúa entre 0,1% a 0,9%. Hay varias causas de admisión a la UCI, siendo la más relevante la insuficiencia respiratoria. La mortalidad reportada de la paciente obstétrica críticamente enferma alcanza incluso cifras del 36%.

En un estudio realizado durante un período de 10 años en un hospital universitario de tercer nivel en Sao Paulo, Brasil, se encontró que la mortalidad de las maternas que requirieron tratamiento en UCI fue del 33,8%. El análisis incluyó información proveniente de 28.660 gestantes posparto de las cuales 40 (0,14%), requirieron tratamiento en unidad de cuidados intensivos. La edad promedio fue de 27,4 años, y la mayoría eran multíparas. Las principales indicaciones para su transferencia a la UCI fueron en orden descendente: afecciones hipertensivas (41%), hemorragia (15%) y sepsis (13%). De las pacientes que ingresaron a UCI el 69% lo hicieron por causas obstétricas y el 79% por patologías posparto. La estancia promedio fue de 8,9 días con rango entre 1 y 120 días, la ventilación mecánica fue requerida en el 63% de casos, con una duración promedio de 6,5 días.

Esta elevada cifra de mortalidad, refleja la calidad del cuidado materno, la población de alto riesgo y las dificultades en el acceso a los servicios de salud en un país como Brasil. Se propone además en este estudio, que tener en cuenta la evaluación de las pacientes en riesgo y la identificación de las enfermedades que ocasionarían la muerte (near-miss) al binomio madre-hijo, podría disminuir la mortalidad materna, generando la necesidad de establecer servicios obstétricos en los países subdesarrollados, servicios que hagan un seguimiento estricto de las maternas con alto riesgo de morir.

Describen además que Cuidados intensivos (UCI) es el lugar donde llegan pacientes de todas las especialidades, incluyendo las gestantes que requieren observación permanente, tratamiento agresivo y continuo, y/o ventilación mecánica invasiva, además de otras indicaciones de soporte ventilatorio como fracción inspirada de oxígeno (FIO₂) mayor del 50%, necesidad de terapia respiratoria más de dos veces al día y ventilación no invasiva y que requieren además soporte de dos o más órganos. Ingresan también a las UCI pacientes con enfermedades crónicas de uno o más órganos con descompensación aguda de uno y reversible de otro, y que necesitan el soporte de éste. Por la complejidad de las pacientes y de los tratamientos que se derivan, se debe disponer de una proporción alta de enfermeras profesionales y médicos especialistas durante las 24 horas del día.

Diferentes estudios realizados en países desarrollados como Estados Unidos, Reino Unido, Francia, entre otros comprueban que los ingresos de pacientes embarazadas a la UCI son muy bajos. Panchal y cols. en el 2000 en un estudio que incluyó 822.591 pacientes que ingresaron para parto, determinaron que sólo 1.023 (0,12%) ingresaron a UCI y estas únicamente fallecieron 34 (3,3%). Loverro y cols. en Bari (Italia) encontraron que de 23.694 partos, sólo ingresaron a UCI 41 pacientes (0,17%). No sólo es bajo el número de maternas que ingresan a UCI, sino también la relación de estas pacientes respecto a los ingresos totales a las unidades de cuidados intensivos, como lo demuestra un estudio realizado en el sur de Inglaterra: de 11.385 ingresos a UCI sólo 210 (1,84%) fueron embarazadas, y estas 210 equivalen al 0,17% de todos los partos. En un estudio realizado en India entre 1993 y 1998, 50 pacientes embarazadas ingresaron a la UCI, de un total de 26.986 partos, lo que equivale a 1 por cada 540 partos (0,18%).

En los países desarrollados ha sido menor el número de embarazadas que requieren ingresar a unidades de cuidado intensivo con respecto a otros reportes, debido a la existencia de programas de vigilancia sobre esta población, y a que cada vez son más los centros que se ingresan en los estudios. Por el contrario, en los países en vías de desarrollo es mayor el ingreso a las unidades de cuidado intensivo, principalmente por la falta de cobertura en los programas de promoción y prevención sobre la población gestante.

Las causas principales de ingreso a las unidades de cuidados intensivos son: preeclampsia, eclampsia, síndrome de HELLP, hemorragia obstétrica, hipertensión, postoperatorio de cesárea, enfermedad cardíaca, enfermedades pulmonares y procesos infecciosos. En algunos estudios se determinan otros factores tales como edad, edad gestacional, cirugías diferentes a cesárea, transfusiones, raza, estado civil y escolaridad, pero tienen una repercusión menor.

Las principales causas de ingreso debido a preeclampsia son la necesidad de monitoreo hemodinámico invasivo (hipertensión severa y balance hídrico), ventilación mecánica (síndrome de dificultad respiratoria aguda, edema pulmonar, aspiración), protección de la vía aérea (convulsiones, edema de vía aérea superior), coagulación intravascular diseminada, síndrome de HELLP, falla renal aguda, neurológicas (convulsiones y accidente cerebro vascular). El trauma obstétrico es otra causa importante de ingreso a UCI y es una de las principales causas de mortalidad materna no obstétrica. Entre las lesiones que puede sufrir la gestante están: ruptura prematura de membranas ovulares, ruptura uterina y trauma fetal. A medida que avanza la gestación, se pueden presentar otros traumas asociados, tales como lesión visceral, abrupcio de placenta, lesión vesical y un mayor riesgo de ruptura uterina.

En un estudio realizado en Francia por Bouvier-Colle y cols en 1997, se encontraron como factores que aumentan la incidencia de ingreso a UCI, la falta de consulta prenatal, enfermedad subyacente grave y embarazo múltiple. En el reporte de Bari (Italia) la principal causa de ingreso a UCI es la preeclampsia con el 75,6%, seguida por la- hemorragia obstétrica con el 14,7% y como tercera y cuarta causa se presentan las enfermedades cardíacas con el 4,9% y pulmonares con 2,4%. Otro estudio realizado en Quebec (Canadá), muestra que la principal causa de ingreso a UCI es la hemorragia obstétrica (26%) y la hipertensión (21%). En un estudio realizado en el sur de Inglaterra la principal causa es la enfermedad hipertensiva del embarazo con 39,5%, seguido de la hemorragia obstétrica con 33,3%.

En un reporte de la India la principal causa de ingreso a UCI fue shock en el 46% de las pacientes (28% hemorrágico y 16% séptico), seguida por complicaciones anestésicas (26%) y la enfermedad hipertensiva del embarazo (18%). La baja cifra de la enfermedad hipertensiva no necesariamente significa que esta patología sea infrecuente en la región, mientras que las complicaciones anestésicas son más altas que las de estudios en países desarrollados.

Dentro de las causas no relacionadas con el embarazo, las enfermedades pulmonares son las más comunes y dentro de éstas el asma es la principal causa de ingreso a cuidados intensivos. Otros cuadros pulmonares son la embolia pulmonar, injuria pulmonar aguda y el edema agudo de pulmón. La injuria pulmonar aguda puede ser desencadenada por preeclampsia, hemorragia obstétrica, amnionitis, embolismo de líquido amniótico o endometritis. El edema pulmonar puede ser causado por preeclampsia, tocolisis y disfunción cardíaca.

Con respecto al plan de manejo, el estudio de la India reportó que la ventilación mecánica fue necesaria en el 64% de las pacientes que ingresaron a UCI y la ventilación no invasiva en el 24% de los casos, Reportes de países subdesarrollados, como India, muestran que 10% de las pacientes que ingresaron a UCI requieren monitoreo cardíaco y 60% transfusiones.

Son pocos los estudios que hacen referencia a la estancia de las gestantes en la UCI. Entre ellos, la publicación de una investigación realizada en el sur de Inglaterra reporta que el promedio de días de estancia en UCI de las gestantes (menos de dos días) es inferior que el de la población no gestante. Se encontró además que el 35% de las pacientes que ingresaron a UCI no requirieron procedimientos específicos como ventilación mecánica, soporte inotrópico, monitoreo invasivo o diálisis, lo que se relaciona estrechamente con el tiempo de estancia. En otro reporte originado en Nueva Delhi, la estancia fue de 33,6 horas. G. Zakalik y cols. En Argentina reportaron los ingresos de pacientes obstétricas a UCI durante cuatro años. Sobre un total de 1.579 casos, se registraron 183 pacientes obstétricas, lo que correspondió al 0,42% de la población obstétrica total ingresada al hospital (42.774 pacientes), y al 11,58% de los ingresos a UCI, durante el mismo período. El principal motivo de ingreso fue sepsis/shock séptico (31,69% de los casos), seguido de preeclampsia/eclampsia (21,31%) e hipovolemia (9,84%). El 65,5% de la sepsis/shock séptico corresponde a aborto séptico.

Los diferentes sistemas de evaluación de severidad de la enfermedad como el APACHE II (Acute Physiological and Chronic Health Evaluation) y el SAPS II (Simplified Acute Physiology Score) son utilizados en la población gestante, pero debido a los cambios fisiológicos que ocurren normalmente durante el embarazo y a la ausencia de enfermedades crónicas que aumenten su puntaje, suministran resultados equívocos cuando se comparan con el resto de la población. Además, no permiten anticipar el riesgo de complicaciones, ni predicen estancias prolongadas. Su uso como indicadores de gravedad para definir la admisión de las pacientes a la UCI, hace que muchas no ingresen debido a que en la población obstétrica estos puntajes son más bajos. Debido a lo anterior, en los diferentes reportes se sugiere desarrollar un sistema especial que determine adecuadamente la severidad en la materna.

En un reporte sobre muerte materna en el Reino Unido, entre 1991 y 1999, las causas directas fueron: tromboembolismo, desórdenes hipertensivos, embarazo temprano, embolismo de líquido amniótico, hemorragia, sepsis, misceláneas y trauma genitourinario. Las causas indirectas fueron cardíacas, neurológicas, infecciosas, psiquiátricas, respiratorias, endocrinas, metabólicas, circulatorias

hematológicas. En el Reino Unido la mortalidad materna estimada fue del 3,3%. Esta baja mortalidad refleja un adecuado trabajo interdisciplinario en la UCI. En el reporte del trienio del Reino Unido (1997-1999), se presentaron 119 muertes maternas en UCI. Estas se clasificaron en directas (53%): tromboembolismo, enfermedad hipertensiva del embarazo, hemorragia, embolismo de líquido amniótico, embarazo temprano, sepsis, anestésicas y otras. Las causas indirectas (35%): cardíacas, psiquiátricas. La mortalidad materna en la India, en pacientes admitidas a UCI fue del 28%, siendo las principales causas coagulación intravascular diseminada y el shock séptico, seguido por shock hemorrágico, embolismo pulmonar y falla hepatorenal secundaria a eclampsia. Esta tasa de mortalidad es 8 veces más alta que la demostrada en países desarrollados.

Un estudio relacionado en Buenos Aires Argentina sobre recopilación en cuidados intensivos obstétricos publicado en el 2007 describe que pocas publicaciones nacionales existen sobre los requerimientos de cuidados intensivos obstétricos en este país. Un estudio multicentrico sobre un total de 587 pacientes, los cuales fueron datos tomados de varias instituciones hospitalarias y clínicas tanto del sector privado como público; entre ellas Clínica y Maternidad Suizo Argentina con 202 casos, Hospital Universitario Austral 30 casos, Hospital Alemán 17 casos, Hospital Luis Lagomaggior 183 casos, Hospital San Martín 161 casos; en total fueron 587 casos. Este estudio tiene en cuenta variables de tipo sociodemográfico, morbilidad, mortalidad y factores condicionantes presentes en la morbimortalidad.

La hipertensión arterial asociada con el embarazo y las hemorragias obstétricas en el periodo periparto, fueron las patologías más frecuentes en la población asistida en el ámbito privado, al igual que lo referido en otras series internacionales. En el periodo pre parto la preeclampsia representó la patología prevalente; mientras que la inestabilidad hemodinámica por hemorragia obstétrica, lo fue en el puerperio inmediato. La menor prevalencia de hipertensión vinculada con el embarazo en relación con las hemorragias obstétricas, resulta del control prenatal efectuado en el primer grupo de pacientes.

Un porcentaje importante de los ingresos a los hospitales públicos corresponde a infecciones graves. Se aprecia mayor número de admisiones por aborto séptico, en instituciones que asisten poblaciones de áreas conurbanas y rurales. Centros con alta complejidad asistencial donde ingresan pacientes derivadas con complicaciones obstétricas críticas, exhiben menor número de casos con hemorragias periparto que, necesariamente, se resolvieron en el lugar donde se brindó la atención inicial. En estas instituciones de referencia para la asistencia terciaria, prevalecen las infecciones graves con disfunción

multiorgánica, e insuficiencia respiratoria con elevada mortalidad vinculada a ésta última

Los resultados obtenidos en la validación de los modelos predictivos de mortalidad en pacientes obstétricas fueron contradictorios. Con el uso de sistema APACHE II. En un grupo de pacientes eclámpticas el puntaje obtenido mediante la escala de Glasgow y la clasificación de disfunción orgánica sistémica, resultaron buenos predictores de mortalidad. En la teoría, los modelos generales, podrían resultar útiles cuando se aplican en gestantes con patologías no obstétricas, aunque tal afirmación carece aún de ensayos que la avale.

Las causas de mortalidad materna en UCI en 43 enfermas obstétricas fueron la disfunción orgánica múltiple como primera causa, seguida de las hemorragias intracerebral, edema cerebral por preclamsia, insuficiencia respiratoria, shock hipovolémico, miocardiopatía periparto y embolia por líquido amniótico.

Hay un estudio desarrollado en la UCI de la clínica Rafael Calvo de Cartagena durante el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2006 al 31 de diciembre de 2008. Se registraron las características sociodemográficas, ginecobstétricas, criterios de MME, según los propuestos por Say et al y Mantel et al, tiempo de ingreso a la institución y los indicadores para monitorizar la calidad de la atención obstétrica, basados en la MME y la MM, presentados por el WHO working group on Maternal Mortality and Morbidity classifications en el año 2009. Para el análisis de resultados se utilizó medidas de tendencia central, porcentajes, tablas de frecuencia y razones estandarizadas de morbilidad (REM) con intervalos de confianza al 95%. El estudio fue aprobado por parte del comité de ética de la institución. Como resultados en este estudio se obtuvo que en el periodo de estudio ingresaron a UCI 346 pacientes, de las cuales 323 presentaron MME, representando una incidencia de MME de 12,1 por 1000 nacimientos. El 27,2% (88 pacientes) eran adolescentes, el 61,6% multigestantes (199 pacientes) y el 49,2% pertenecían al régimen de salud subsidiado (159 pacientes). Los principales diagnósticos de ingreso fueron los trastornos hipertensivos del embarazo, 49,5% (160 pacientes), las hemorragias del embarazo, 22,6% (73pacientes) y la sepsis, 14,2% (46 pacientes). Las principales disfunciones orgánicas fueron respiratorias, 38,1% (123 casos), hepáticas, 15,2% (49 casos) e inmunológicas, 14,6% (47 casos). La transfusión fue la intervención más común con el 22,6% (73 pacientes), seguido de la histerectomía con el 14,2% (46 pacientes). El tiempo transcurrido para la admisión a UCI disminuyó durante el periodo de estudio ($p < 0,05$). La incidencia de MME aumentó en los años de estudio (REM: 1,5; IC 95%: 1,3 – 1,8),

así como la razón de MME: 1 Muerte materna, de 13:1 en el 2006, a 15:1 en el 2008. Hubo 23 muertes maternas, lo que equivale a un índice de mortalidad de 6,6%, el cual disminuyó en los años de estudio (REM: 0,8; IC 95%: 0,4 – 1,4). Es de resaltar el alto porcentaje de control prenatal inadecuado 48,3% (156 pacientes), siendo mayor en las pacientes no sobrevivientes, 65,2% (15 pacientes).

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

- 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, 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 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:

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 politrauma 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 resangrado, Inestable hemodinámicamente, PAS menor de 100 mmHg o PAM menor de 60 mmHg, Uso de vasopresores, 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 corporal²¹

2.2.2.7 Criterios propios de paciente ginecobstétrica. Según la literatura se estableció unos criterios de ingreso propios para las UCI-GO basados en un estudio de un perfil epidemiológico en la UCI materna, del Instituto de Maternidad y Ginecología Ntra. Sra. de las Mercedes. De Buenos Aires Argentina. Diversas condiciones patológicas justifican el ingreso a la UCI-GO. Estas incluyen afecciones propias del embarazo como la preclamsia-eclampsia, las hemorragias obstétricas graves, y las infecciones puerperales; como así también toda enfermedad previa a la gestación que pudiera agravarse durante el embarazo, o que se iniciare durante el transcurso del mismo. El número de ingresos en diferentes centros asistenciales varía entre 2 y 7 admisiones por cada 1.000 nacimientos.

En nuestro país, la patología de ingreso a la UCI-GO se divide en cuatro grupos:

- Trastornos hipertensivos del embarazo
- Hemorragias obstétricas graves
- Aborto séptico y endometritis puerperal
- Otras patologías obstétricas y no obstétricas

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 salud²².

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 tienen 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:

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 otras.

En cuanto a los factores condicionantes para la atención asociados a la morbimortalidad, 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. simplificado²³. 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 variable²⁴. 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 TISS 28²⁵. 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 en nuestro servicio 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)²⁶. 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.

La CIE-10 fue desarrollada 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 2003²⁷.

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 paciente²⁸.

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, , distocia inadvertida, 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.

Entre los eventos adversos propios relacionados en la atención de paciente ginecobstétricas están, Shock hipovolémico post-parto, maternas con convulsión intrahospitalaria, entrega equivocada de un neonato, robo interinstitucional de niños, ruptura prematura de membranas sin conducta definida, complicaciones neonatales post parto.

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 mejora²⁹.

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 acontecimientos³⁰.

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 Bunch³¹. 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 emocional³².

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 Unidades de cuidado crítico 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	Intervalo Proporción	Edad en años cumplidos iniciando desde los 14 años
	Escolaridad	Formación alcanzada con base en último nivel cursado y aprobado	Ordinal Proporción Medidas de tendencia central (media, mediana, moda)	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 Proporción Medidas de tendencia central	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 Proporción	Soltero, casado, viudo, separado, unión libre.
	Estrato socioeconómico	Categorización según metodología definida en Colombia para medir nivel de pobreza	Ordinal Medidas de tendencia central	1, 2, 3, 4, 5, 6.
	Sistema General de	Régimen a través del cual se hace parte del SGSSS.	Nominal Proporción	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.	Proporción	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	proporción	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 Proporción	Clasificación APACHE TISS 28
	Servicio de procedencia	Área de referencia hospitalaria que envía el paciente a la unidad de cuidado intensivo.	Nominal Proporción	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.
	Plan de Manejo inicial	Estándares planteados para el tratamiento de cada patología basados en la evidencia clínica	Nominal proporción	Necesidad de soporte ventilatorio, apoyo vasoactivos e inotrópico, monitoreo hemodinámico, sedación,

		instaurados al ingreso del usuario a la unidad.		Antibioticoterapia, manejo de 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.
	Días hospitalización en la UCI	Número total de días que permanece el paciente en la UCI.	Numérica Promedio de estancia hospitalaria	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 Proporciones	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	Numérica Proporción	Porcentaje de mortalidad
	Causa de defunción	Diagnostico principal de la causa de defunción según CIE 10	proporciones	Diagnostico principal como causa de defunción descrito en la epicrisis.

Factores condicionantes presentes en la morbimortalidad	Factores condicionantes relacionados con el paciente	Comorbilidades del paciente al ingreso que a causa de agudización o complicación generan la necesidad de atención de terapia intensiva.	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sistema Nervioso, Cardiovascular, Respiratorio, Renal, GI, Endocrino ▪ 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.	Ordinal	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. Donde se evaluó cada una de las dimensiones de las variables de manera independiente y luego se integraron las mediciones, lo cual permitió dar respuesta de forma global al interrogante planteado.

4.2 POBLACION

Setenta y siete (77) mujeres que corresponden al 100% ingresaron a la unidad de cuidado intensivo (UCI-GO) de la ciudad de Neiva a partir del 01 de Mayo al 31 de julio de 2010.

4.3 METODO, TECNICA E INSTRUMENTO

4.3.1 Método. Se utilizaron los dos tipos de método: el directo con la observación y en el indirecto por medio de la revisión documental de la historia clínica.

4.3.2 Técnica. Se utilizó la técnica de revisión documental de la Historia Clínica y la observación de la Unidad de cuidados intensivos ginecobstétrico

4.3.3 Instrumento. Se aplicó un formato de recolección de información para la revisión de las Historias clínica de cada uno de las pacientes y una lista de chequeo.

4.4 VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

Para la validez del instrumento se solicitó una revisión y aplicación de su contenido por Enfermeras expertas en investigación.

La confiabilidad del instrumento se determinó a través de la aplicación de una prueba piloto a 6 pacientes de la UCI-GO durante un periodo de 7 días durante el periodo de 19 a 25 de abril de 2010 que posteriormente arrojó resultados que conllevaron a ajustes al instrumento final.

4.5 RECOLECCION DE LA INFORMACION

Diariamente se obtuvo la información durante los turnos de la mañana, tarde y noche, mediante la aplicación del instrumento establecido extrayendo de la historia clínica la información en dos momentos: al ingreso y al egreso del paciente de la unidad.

La evaluación de los factores condicionantes de la atención a los usuarios en estado crítico, se realizó mediante la aplicación de la lista de verificación de los factores condicionantes, una vez a la semana el día viernes en cualquiera de los tres turnos por parte investigador.

4.6 PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

La tabulación de los datos se realizó por medio del programa EPI-INFO versión 6,04.

4.6.1 Análisis de los datos. Se realizó un análisis de estadística descriptiva para cada una de sus variables y se describió la relación entre éstas; se tuvo en cuenta medidas de tendencia central como la media, mediana y la moda. Los resultados se presentaron por medio de tablas bivariantes y gráficos, (barras, histogramas y circulares) y pictogramas, que mostraran las frecuencias y porcentajes de cada una de las variables.

5. CONSIDERACIONES ÉTICAS

La presente investigación se desarrolló 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, psicológicas o sociales, solo se basó en la revisión de historias clínicas. Además se salvaguardo 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.

Para la recolección de la información se solicitó autorización ante los Comités de ética del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo y el Comité de Ética de la Universidad Surcolombiana. En este estudio se garantizó el respeto a la dignidad de las personas, su libertad y autodeterminación, prevenir daños, tensiones y salvaguardar la vida privada y la confidencialidad de la identidad de los sujetos participantes.

6. RESULTADOS

Durante el periodo del estudio ingresaron setenta y siete (77) pacientes de sexo femenino; de las cuales 45,5% (35) con patologías ginecobstétricas y 54,5% (42) con patologías no ginecobstétricas, de los cuales no se presentaron reingresos. Solo se presentó un traslado de la UCI-GO a la UCI-A por estrategia logística. La UCI.GO se constituye en un servicio diferencial que facilita la atención de las pacientes obstétricas, críticamente enfermas, con características únicas y de difícil manejo debido a la presencia fetal, las alteraciones en la fisiología materna y las enfermedades específicas del embarazo.

6.1 CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS

En esta variable se tuvo en cuenta las siguientes características personales, sociales y demográficas de las pacientes:

Tabla 1. Relación de los diez principales diagnósticos de ingreso y grupo etareo de las pacientes ginecobstétricas de la Unidad de Cuidados Intensivos Ginecobstétrica del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo. Neiva 01 de mayo a julio 31 de 2010.

PRINCIPAL DIAGNÓSTICO	ADOLESCENTES	ADULTO JOVEN	ADULTO MEDIO	ANCIANO	TOTAL
Preclamsia	0,0%	25,0%	0,0%	0,0%	25,0%
Síndrome de hellp	5,6%	13,9%	0,0%	0,0%	19,4%
AH1N1	0,0%	8,3%	0,0%	0,0%	8,3%
Sepsis	5,6%	2,8%	0,0%	0,0%	8,3%
Dengue Hemorrágico	2,8%	2,8%	0,0%	0,0%	5,6%
Cardiopatía Congénita	2,8%	0,0%	0,0%	0,0%	2,8%
Cardiopatía Dilatada	0,0%	2,8%	0,0%	0,0%	2,8%
Colé litiasis	2,8%	0,0%	0,0%	0,0%	2,8%
Crisis Asmática	0,0%	2,8%	0,0%	0,0%	2,8%
Eclamsia	2,8%	0,0%	0,0%	0,0%	2,8%
Otros	2,8%	8,3%	8,3%	0,0%	19,4%
TOTAL	25,0%	66,7%	8,3%	0,0%	100,0%

Fuente: Historia clínica.

Durante el periodo de estudio se obtuvo que el 91,7%(33) de las pacientes hospitalizadas en la UCI GO pertenecían al grupo adolescente y adulto joven; la media de la edad de estas pacientes es de 28 años; datos que se correlacionan con los resultados obtenidos en artículo de la, Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, el estudio del Hospital Simón Bolívar de Bogotá donde la media es de 25,7 años y el estudio de Argentina en el cual la media de la edad de estas pacientes es de 29 años lo cual muestra que las pacientes con alteraciones ginecobstétricas en la UCI-GO del HUHMP son propias de las mujeres jóvenes, donde la patología que más prevalece es la de hipertensión en el embarazo.

Tabla 2. Relación de los diez principales diagnósticos de ingreso y grupo etareo de las pacientes no ginecobstétricas de la Unidad de Cuidados Intensivos Ginecobstétrica del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo. Neiva 01 de mayo a julio 31 de 2010.

PRINCIPAL DIAGNÓSTICO	ADOLESCENTES	ADULTO JOVEN	ADULTO MEDIO	ADULTO MAYOR	TOTAL
IAM	0,0%	0,0%	12,2%	12,2%	24,4%
TCE	4,9%	7,3%	0,0%	0,0%	12,2%
Falla ventilatoria	0,0%	2,4%	0,0%	7,3%	9,8%
Sepsis	0,0%	0,0%	4,9%	4,9%	9,8%
HSA	0,0%	0,0%	4,9%	2,4%	7,3%
ECV Isquemico	0,0%	2,4%	0,0%	2,4%	4,9%
Resección tumor cerebral	0,0%	0,0%	4,9%	0,0%	4,9%
BLOQUEO AV	0,0%	0,0%	2,4%	0,0%	2,4%
ECV Hemorrágico	0,0%	0,0%	0,0%	2,4%	2,4%
EPOC	0,0%	0,0%	0,0%	2,4%	2,4%
Otros	2,4%	2,4%	9,8%	4,9%	19,5%
Total	7,3%	14,6%	39,0%	39,0%	100,0%

Fuente: Historia clínica.

Durante el periodo de estudio se obtuvo que el 78%(32) de las pacientes pertenecían al grupo de adultez media y adulto mayor; la media de la edad es de 56 años; datos que se relaciona con el estudio de la UCI polivalente de Pereira que es de 53 años. Lo cual muestra que las pacientes con alteraciones no ginecobstétricas son propias de la etapa de la adultez media y adultez mayor donde el diagnostico que más prevalece es el IAM 24,4%(10).

El trauma craneoencefálico es más representatividad en pacientes jóvenes en comparación a otro tipo de patologías produciendo incapacidades motoras, del comportamiento o en la esfera cognitiva.

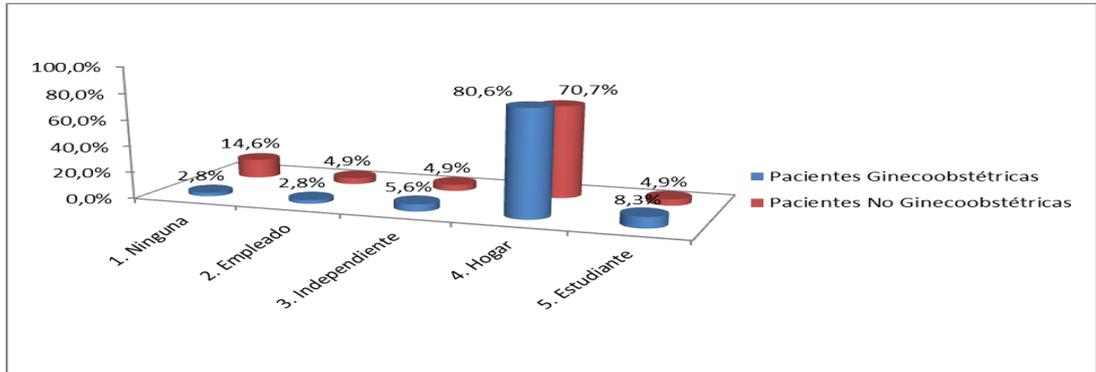
Tabla 3. Distribución porcentual según nivel de escolaridad de las pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos Ginecobstétrica del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo. Neiva.01 de mayo a julio 31 de 2010.

NIVEL DE ESCOLARIDAD	PACIENTES GINECOBSTÉTICAS	PACIENTES NO GINECOBSTÉTICAS
Ninguno	0,0%	14,6%
Sin dato	0,0%	7,3%
Primaria incompleta	25,0%	39,0%
Primaria completa	25,0%	22,0%
Secundaria incompleta	25,0%	12,2%
Secundaria completa	16,7%	2,4%
Técnico	2,8%	2,4%
Universitario	5,6%	0,0%
TOTAL	100,0%	100,0%

Fuente: Historia clínica

El 91.7%(33) de las pacientes ginecobstétricas se encuentra dentro del margen de nivel de escolaridad básica y media pero solo el 8,4%(3) ha logrado obtener un nivel de técnico y universitario. En las pacientes no ginecobstétricas solamente el 2,4%(1) ha logrado un nivel superior a la escolaridad media. Este resultado es dado a que la Empresa Social del Estado (E.S.E) HUHMP atiende población pobre y vulnerable de la región Surcolombiana y que en su mayoría ya no están realizando actividades de formación educativa.

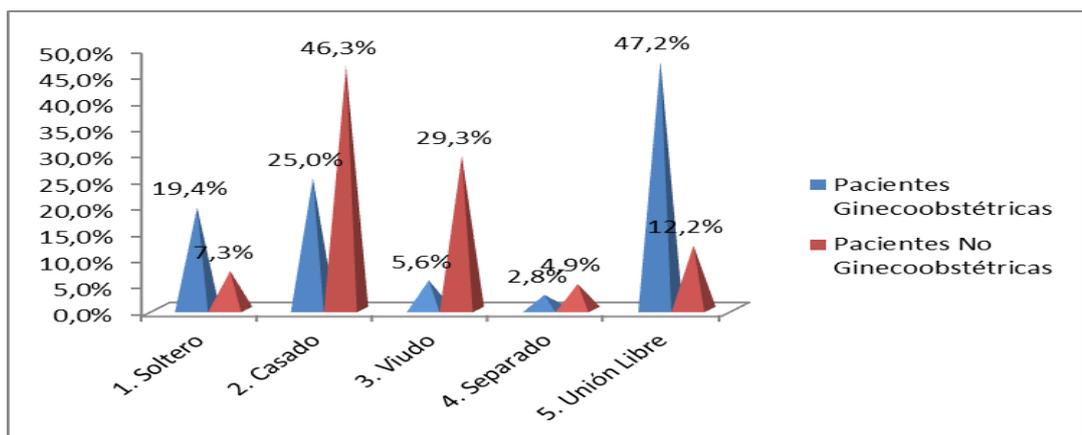
Grafica 1. Ocupación de las usuarias de la Unidad de Cuidados Intensivos Ginecobstétrica del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo Neiva 01 de mayo a julio 31 de 2010



Fuente: Historia clínica

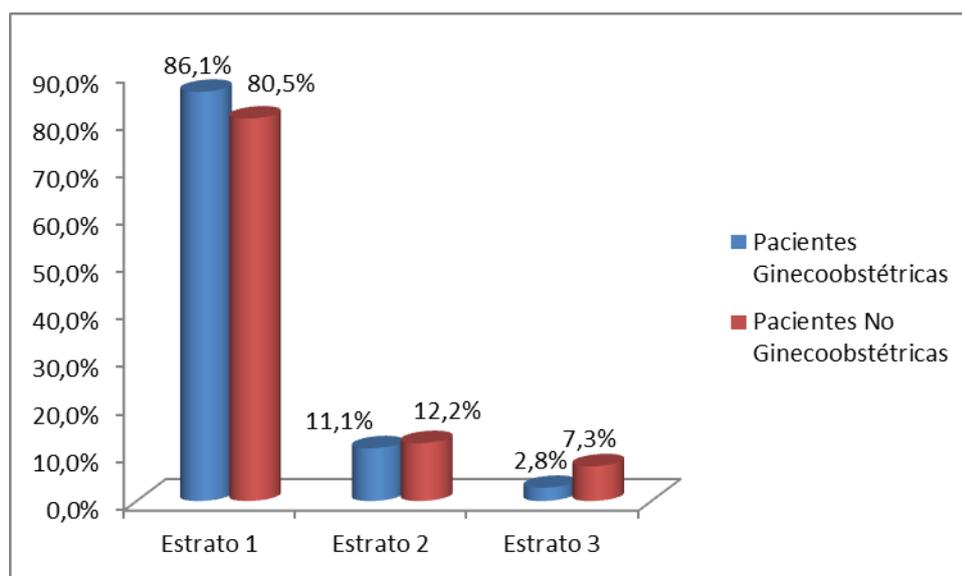
El 91,2%(32) de las pacientes con diagnóstico ginecobstétrico y el 90,2%(37) de las pacientes con diagnóstico no ginecobstétrico, no tienen una actividad laboral que le genere ingresos económicos ya que se dedican a actividades como el hogar, estudiar o no realizan ninguna actividad. Solo el 8,4% de las pacientes ginecobstétricas y el 9,8% de las no ginecobstétricas tienen una actividad laboral ya sea como empleado o independiente que le genera ingresos económicos.

Grafica 2. Estado civil de las usuarias de la Unidad de Cuidados Intensivos Ginecobstétrica del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo Neiva, 01 de mayo a julio 31 de 2010.



El grupo de las pacientes Ginecobstétricas el estado civil unión libre es de 47,2%(17) las casadas son el 25%(9); sumados estos dos resultados da 72,2%(26). Las viudas, solteras y separadas sumadas dan en este segundo grupo 27,8%, el 46,3%(19) de las pacientes no ginecobstétricas refiere estar casada y el 12,2%(5) en unión libre lo que sumado da un 58,5%(24) este resultado es el reflejo de las pacientes que cuentan con una pareja para afrontar la situación de enfermedad que están padeciendo. Las viudas, solteras y separadas en este grupo es del 41,5%(17). Por tal motivo se observa que ambos grupos hay un gran porcentaje de pacientes que tienen dificultades para contar con una pareja estable en el proceso de afrontar la enfermedad siendo mayor en el grupo de no ginecobstétricas, lo cual es un factor de riesgo ya que el componente emocional y afectivo de una pareja es importante para el afrontamiento y recuperación de las enfermedades.

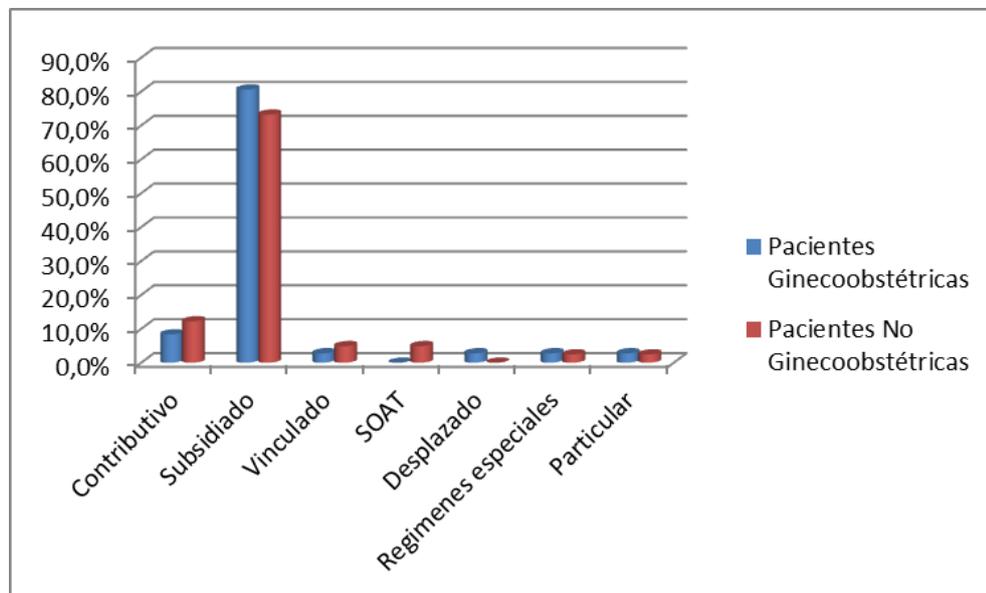
Grafica 3. Estrato socioeconómico de las usuarias de la Unidad de Cuidados Intensivos Ginecobstétrica del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo .Neiva, 01 de mayo a julio 31 de 2010.



Fuente: Historia clínica

La gráfica anterior describe que el 86,1%(31) de las pacientes ginecobstétricas y el 80,5%(33) de las no ginecobstétricas de la población pertenece al estrato 1. En el estrato 2 y 3 se encuentra el 13,9 de pacientes ginecobstétrica y el 19,5% de las no ginecobstétricas lo cual es reflejo de la población que es objeto de atención por la institución. No hay una marcada diferencia entre la pacientes ginecobstétricas y no ginecobstétricas.

Grafica 4. Régimen de salud de las usuarias de la Unidad de Cuidados Intensivos Ginecobstétrica del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva, 01 de mayo a julio 31 de 2010

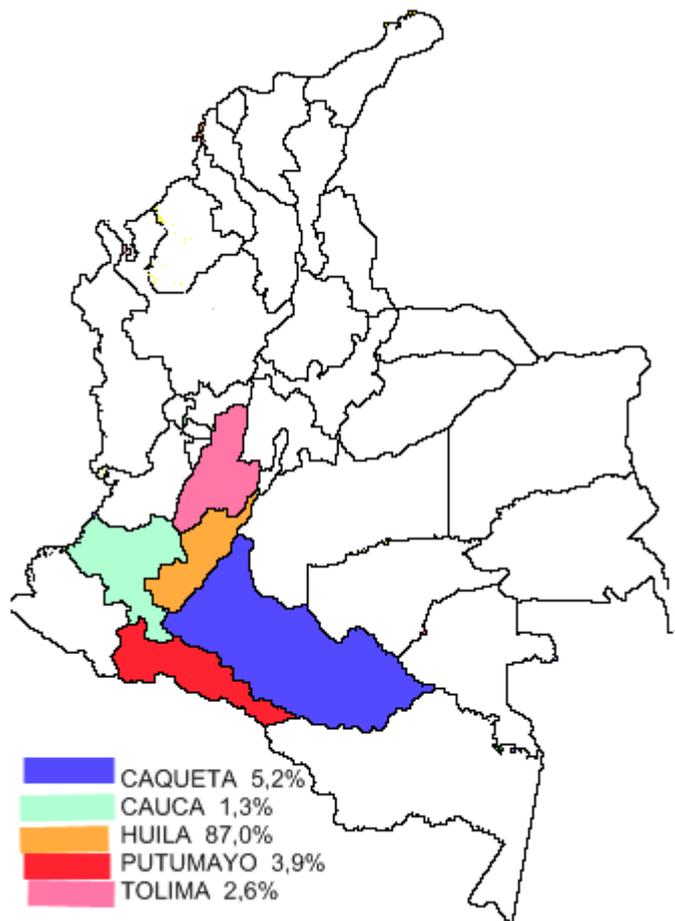


Fuente: Historia clínica

En las pacientes ginecobstétricas el mayor porcentaje de pacientes pertenecen al régimen subsidiado con 80,6%(29) seguido está el contributivo con el 8,3%(3) el resto vinculados, SOAT, desplazado, especiales, y particular sumados dan el 11.2%(4).

En las pacientes ginecobstétricas el 73,2%(30) son del régimen subsidiado, seguido está el contributivo con 12,2%(5) y el resto con vinculados, SOAT, desplazados, especiales y particulares suman 14,6%(5).

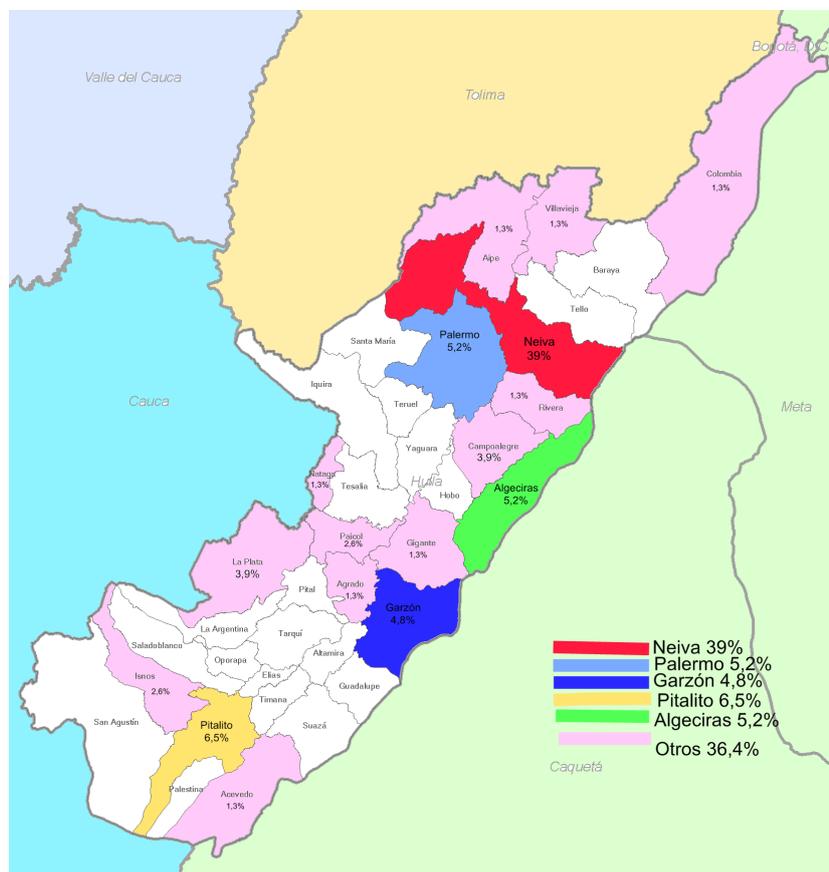
Grafica 5. Procedencia por departamento de origen de las usuarias de la Unidad de Cuidados Intensivos Ginecobstétrica del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo Neiva, 01 de mayo a julio 31 de 2010



Fuente: Historia clínica

El 80,6%(29) de las pacientes ginecobstétricas y el 92,7%(38) de las no ginecobstétricas provienen del departamento del Huila, para un promedio del 87%. El resto 13,0% de las pacientes pertenecen a departamentos que limitan con el Huila lo cual convierte al HUHMP en importante centro de referencia y atención de III y IV nivel de la región Surcolombiana. Sobre todo a pacientes con patologías ginecobstétricas, entre tanto la UCI-GO del HUHMP es la única Unidad especializada en la región, lo que la hace indispensable en el manejo de este tipo de pacientes.

Grafica 6. Procedencia por Municipios de origen de las usuarias de la Unidad de Cuidados Intensivos Ginecobstétrica del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo Neiva, 01 de mayo a julio 31 de 2010



Fuente: Historia clínica

El Municipio de Neiva tiene el mayor porcentaje 30,6%(11) en pacientes ginecobstétricas y 46,3%(19) en no ginecobstétricas para un promedio 39% en ambos grupos. Seguido está el municipio de Garzón, Pitalito, Algeciras y Palermo; estos 4 municipios aportan el 21,7% de la población atendida promediando los dos grupos, 27,8%(10) de las pacientes ginecobstétricas y el 21,4%(9) de las no ginecobstétricas. El resto de municipios que en su mayoría son poblaciones pequeñas aportan el 36,4% de los ingresos en promedio, 41,7%(15) ginecobstétricas y 31,7(13) no ginecobstétricas.

6.2 MORBILIDAD

La morbilidad es, un dato estadístico de altísima importancia para poder comprender la evolución y avance o retroceso de una enfermedad, así también como las razones de su surgimiento y las posibles soluciones.

Tabla 4. Relación de los diez principales diagnósticos de ingreso y tiempo de hospitalización de las pacientes Ginecobstétricas en la Unidad de Cuidados Intensivos Ginecobstétrica del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo Neiva, el 01 de mayo a julio 31 de 2010

DIAGNÓSTICO DE INGRESO POR TIEMPO DE HOSPITALIZACIÓN	MENOS DE 24 HORAS	1 - 3 DÍAS	4 - 6 DÍAS	7 - 9 DÍAS	19 - 21 DÍAS	TOTAL
Preclamsia	5,6%	13,9%	5,6%	0,0%	0,0%	25,0%
Síndrome de hellp	0,0%	19,4%	0,0%	0,0%	0,0%	19,4%
AH1N1	5,6%	2,8%	0,0%	0,0%	0,0%	8,3%
Sepsis	0,0%	8,3%	0,0%	0,0%	0,0%	8,3%
Dengue hemorrágico	0,0%	2,8%	2,8%	0,0%	0,0%	5,6%
Cardiopatía congénita	2,8%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	2,8%
Cardiopatía dilatada	0,0%	2,8%	0,0%	0,0%	0,0%	2,8%
Colelitiasis	0,0%	0,0%	2,8%	0,0%	0,0%	2,8%
Crisis asmática	0,0%	2,8%	0,0%	0,0%	0,0%	2,8%
Eclamsia	0,0%	2,8%	0,0%	0,0%	0,0%	2,8%
Otros	5,6%	5,6%	2,8%	2,8%	2,8%	19,4%
Total	19,4%	61,1%	13,9%	2,8%	2,8%	100,0%

Fuente: historia clínica

La Preclamsia es la principal causa diagnóstica de ingreso con un 25 % (9), el segundo diagnóstico es el síndrome de HELLP 19,4% (7) seguidamente en el tercero y cuarto lugar está la sepsis y la Neumonía AH1N1 con el 8,3% (3) de casos cada uno, en quinto lugar está el Dengue Hemorrágico con 5,6% (2). La enfermedad hipertensiva en el embarazo es la principal alteración ginecobstétrica con el 47,2% (17), en segundo puesto están las infecciosas con 25% (9), como tercera causa importante están las respiratorias 13,9% (5) y como cuarta causa las hemorrágicas 8,4% (3). El 80,5% (22) de las pacientes ginecobstétricas egresaron en los primeros 3 días de hospitalización lo cual representa tiempos de estancias menores en este grupo obteniendo un promedio de 2,5 días.

Tabla 5. Relación de los diez principales diagnósticos de ingreso y tiempo de hospitalización de las pacientes no ginecobstétricas en la Unidad de Cuidados Intensivos Ginecobstétrica del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo Neiva, el 01 de mayo a julio 31 de 2010

Principal diagnóstico	Menos de 24 horas	1 - 3 días	4 - 6 días	7 - 9 días	10 - 12 días	13 - 15 días	16 - 18 días	22 - 24 días	25 - 27 días	Más de 30 días	Total
IAM	0,0%	4,9%	7,3%	9,8%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	2,4%	0,0%	24,4%
TCE	0,0%	2,4%	4,9%	2,4%	2,4%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	12,2%
Falla Ventilatoria	2,4%	2,4%	4,9%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	9,8%
Sepsis	0,0%	2,4%	2,4%	0,0%	0,0%	2,4%	0,0%	0,0%	2,4%	0,0%	9,8%
HSA	0,0%	0,0%	2,4%	0,0%	2,4%	0,0%	2,4%	0,0%	0,0%	0,0%	7,3%
ECV Isquémico	0,0%	2,4%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	2,4%	0,0%	0,0%	0,0%	4,9%
Recesión Tumoral Cerebral	2,4%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	2,4%	0,0%	4,9%
Bloqueo AV	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	2,4%	2,4%
ECV hemorrágico	0,0%	0,0%	2,4%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	2,4%
EPOC	0,0%	0,0%	0,0%	2,4%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	2,4%
Otros	4,9%	7,3%	2,4%	2,4%	0,0%	0,0%	0,0%	2,4%	0,0%	0,0%	19,5%
Total	9,8%	22,0%	26,8%	17,1%	4,9%	2,4%	4,9%	2,4%	7,3%	2,4%	100,0%

Fuente: historia clínica

El IAM es la principal causa diagnóstica de ingreso con 24,4%(10), el segundo diagnóstico es el TCE con 12,2%(5), seguido en el tercero y cuarto puesto esta la sepsis y la falla ventilatoria con 9,8%(4) cada uno, en el quinto esta la HSA 7,3%(3) y de sexto el ECV isquémico 4,9%(2). Las patologías cardiacas son las más representativas con 36,4%(15), seguido están los diagnósticos con alteraciones del sistema nervioso central 34,1%(14), en tercer y cuarto lugar están las de tipo infeccioso y respiratorio con 7,8%(3) cada uno, los tiempos de estancia son de 6 días en promedio, siendo más prolongados para los pacientes con sepsis y HSA.

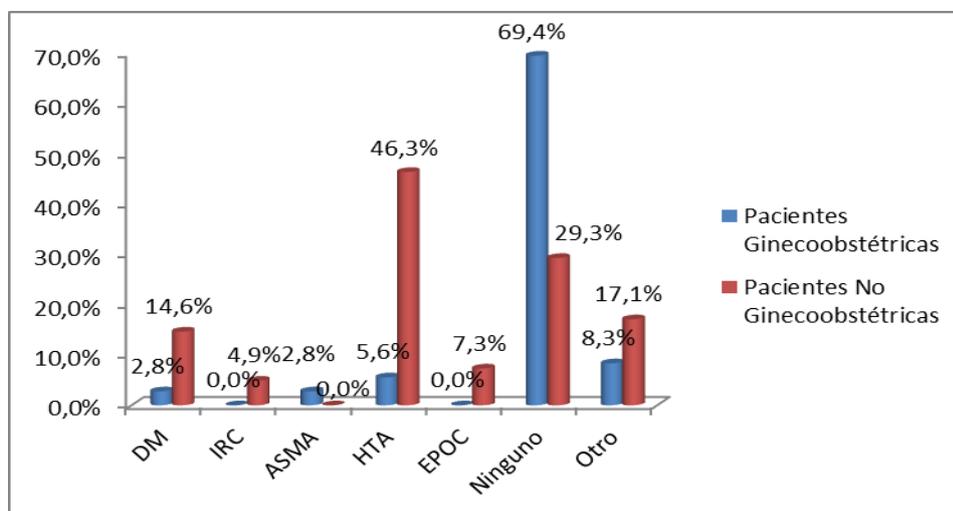
Tabla 6. Aplicación de la escala APACHE a las pacientes que ingresaron a la Unidad de Cuidados Intensivos Ginecobstétrica del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo Neiva, 01 de mayo a julio 31 de 2010.

PUNTAJE APACHE	PACIENTES GINECOBSTÉTICAS	PACIENTES NO GINECOBSTÉTICAS	TOTAL
< 5	3,9%	2,6%	6,5%
5- 9	3,9%	1,3%	5,2%
10-14	2,6%	2,6%	5,2%
15-19	0,0%	5,2%	5,2%
20-24	0,0%	3,9%	3,9%
25-29	1,3%	5,2%	6,5%
30-34	0,0%	3,9%	3,9%
>34	2,6%	2,6%	5,2%
Sin apache	31,2%	27,3%	58,4%
TOTAL	45,5%	54,5%	100,0%

Fuente: Historia clínica

Se les aplico la escala APACHE al 41,6%(32) de las pacientes. De las cuales el 14,3% tienen patología ginecobstétrica y 27,3% no ginecobstétrica. Teniendo en cuenta que un puntaje mayor a 20 representa un riesgo de mortalidad superior a un 40%; los datos muestran que en pacientes con patología ginecobstétrica el 3,9%(3) obtuvieron puntajes por encima de 20 y 10,4%(8) por debajo de este valor. Lo cual representa una relación de que por cada paciente con escala mayor a 20 hay 2,6 pacientes con valores por debajo de este. En las pacientes con patología no ginecobstétricas los resultados muestran que un 15,6(12) obtuvieron puntajes mayores a 20 y 11,7%(9) por debajo de este valor. Lo cual representa que por cada paciente con puntaje por encima de 20 hay 0,75 pacientes con puntaje por debajo de 20 en este otro grupo.

Grafica 7. Comorbilidad de las pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos Ginecobstétrica del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo Neiva, el 01 de mayo a julio 31 de 2010



Fuente: Historia clínica

El 64,4%(23) de las pacientes ginecobstétricas no presentó ninguna comorbilidad y el 19,5%(7) presentó alguna comorbilidad de la cual la más común es la HTA 5,6%(2). El 46,3%(19) de los pacientes con patología no ginecobstétrica tiene como comorbilidad la hipertensión arterial, en segundo lugar está la DM con 14,6%(6), en tercer lugar el EPOC con 7,3%(3) y como cuarto factor esta la IRC 4,9%(2).

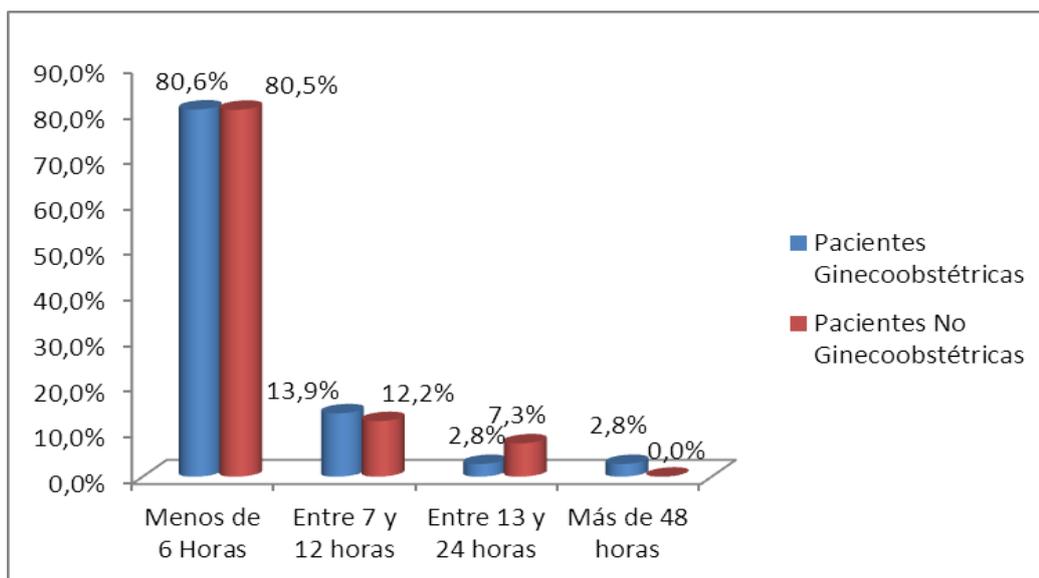
Tabla 7. Servicio de procedencia de las usuarias de la Unidad de Cuidados Intensivos Ginecobstétrico del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo Neiva 01 de mayo a julio 31 de 2010.

INSTITUCIONAL	PACIENTES GINECOBSTÉTRICAS	PACIENTES NO GINECOBSTÉTRICAS	PROMEDIO
Observación	2,8%	17,1%	10,4%
Urgencias	22,2%	36,6%	29,9%
Salas de cirugía	8,3%	24,4%	16,9%
Hospitalización	22,2%	12,2%	16,9%
UCI	0,0%	2,4%	1,3%
Sala de partos	22,2%	0,0%	10,4%
Extra institucional	22,2%	7,3%	14,3%
Total	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Historia clínica

Del total de las pacientes que ingresaron a la UCI-GO el 85,7%(66) provienen intrainstitucionalmente y el 14,3%(11) extrainstitucionalmente. En cuanto al grupo de ginecobstétricas los servicios de procedencia de las usuarias son urgencias, sala de partos y hospitalización con 22,2%(8) cada uno, cirugía con 8,3(3) y observación con 2,8, %(1). Con respecto a las pacientes con diagnóstico no ginecobstétrico urgencias es también el servicio que más traslada con el 36,6%(15), seguido de salas de cirugía 24,4%(10), observación con 17,1%(7), hospitalización 12,2%(5) y de UCI 2,4%(1), esta última es una paciente que se encontraba en la UCI-A polivalente y que por determinación logística requirió ser trasladada a la UCI-GO.

Grafico 8. Tiempo transcurrido desde el momento en que se solicita el servicio hasta el ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos Ginecobstétrica del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo Neiva 01 de mayo a julio 31 de 2010.



Más del 80% de las usuarias tanto del grupo ginecobstétrico como no ginecobstétrico ingresaron en un tiempo inferior a 6 horas, El 19,4% del grupo de pacientes ginecobstétricas como no ginecobstétricos superaron las 7 horas de traslado a UCI. Solo una paciente supero el tiempo de ingreso en más de 48 horas debido a una patología valvular correlacionada con su proceso de gestación la cual fue intervenida quirúrgicamente para cambio de su válvula aortica y se le realizó una cesárea, en este caso la cama en UCI se solicitó con mucho tiempo anticipado.

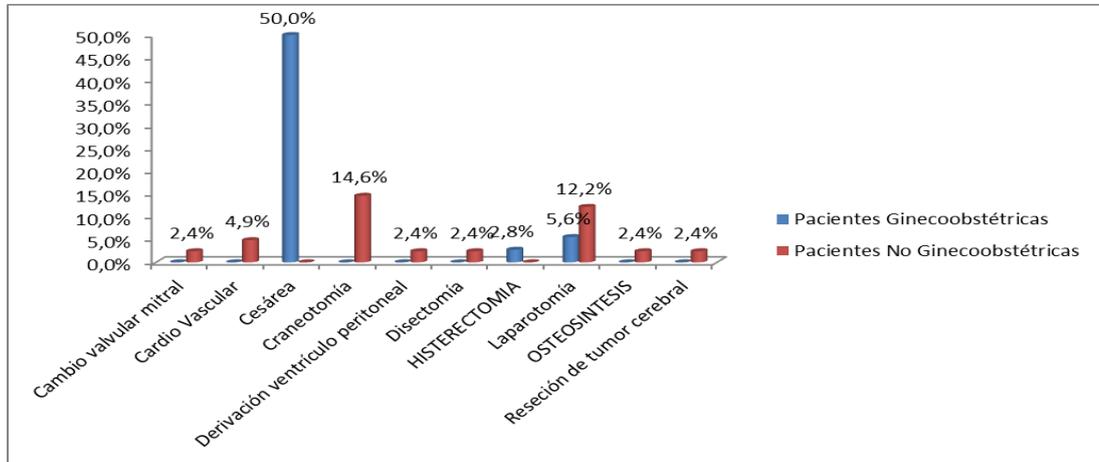
Tabla 8. Plan de manejo inicial de las pacientes al ingreso de la Unidad de Cuidados Intensivos Ginecobstétrica del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo Neiva 01 de mayo a julio 31 de 2010.

PLAN DE MANEJO INICIAL	PACIENTES GINECOBSTÉTRICAS	PACIENTES NO GINECOBSTÉTRICAS
Apoyo vaso activos e inotrópicos	19,4%	58,5%
Soporte ventilatorio	16,7%	56,1%
Sedación	16,7%	51,2%
Relajación neuromuscular	0,0%	2,4%
Antibioticoterapia	27,8%	46,3%
Control de trombólisis	2,8%	9,8%
Hemodiálisis	0,0%	9,8%
Manejo postoperatorio	58,3%	43,9%

Fuente: Historia clínica

Es de anotar que el monitoreo hemodinámico se realiza a las pacientes en un 100% debido a que es parte esencial del manejo en las unidades de cuidados intensivos. En las pacientes con diagnóstico ginecobstétrico el principal manejo inicial es el post operatorio el 58,3%(13), seguido se encuentra la antibioticoterapia en el 27,8%(10), el apoyo inotrópico 19,4, %(7) y como medidas menos representativas están el soporte ventilatorio y la sedación 16,7 %(6), la trombólisis con el 2,8%(1) solo se realizó en una ocasión a una paciente embarazada a la que se le tuvo que hacer cambio de válvula aortica de urgencia. Con respecto a las pacientes no ginecobstétricas hay un porcentaje más alto con respecto a cada una de las medidas de manejo que se tomaron. El apoyo vasopresivo e inotrópico es la más importante con el 58,5%(24), seguido el soporte ventilatorio con el 56,1%(23), la sedación con 51,2%(21), la antibiótico terapia con 46,3%(19) y el manejo postoperatorio con 43,9%(18).

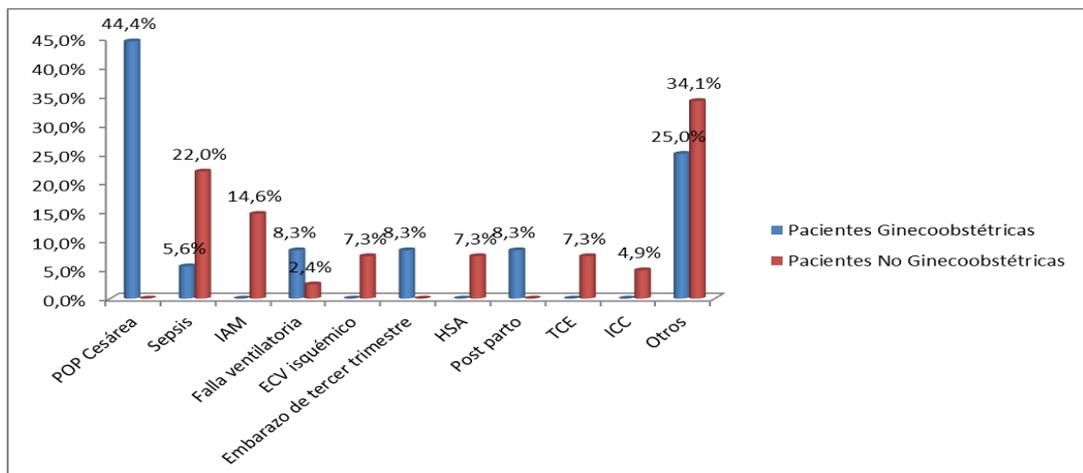
Grafica 9. Procedimientos Quirúrgicos al ingreso de la Unidad de Cuidados Intensivos Ginecobstétrica del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo Neiva 01 de mayo a julio 31 de 2010



Fuente: Historia clínica

Del total de pacientes ginecobstétricas que fue sometido a algún tipo de intervención quirúrgica, la más común fue la cesárea con un 50,0%(18) seguido esta la laparotomía 5,6%(2) y la histerectomía 2,8%(1). La craneotomía es la intervención quirúrgica más común entre las pacientes con diagnóstico no ginecobstétrico con el 14,6%(6), le sigue la laparotomía 12,2%(5), y la cirugía cardiovascular con 7,2%(3), otras causas quirúrgicas como derivación ventriculoperitoneal, disectomía, osteosíntesis y resección de tumor cerebral.

Grafica 10. Principales diagnósticos de egreso de las pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos Ginecobstétrica del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo durante el 01 de Mayo al 01 de Julio 31 de 2010



La post cesárea es la principal diagnóstico de egreso en las pacientes ginecobstétricas 44,4%(16), seguido se encuentra la falla ventilatoria, el embarazo de tercer trimestre y el post parto con 8,3%(3) cada uno. La sepsis es la causa de egreso más importante en las pacientes no ginecobstétricas 22%(9), seguido está el IAM 14,6(6), el ECV isquémico, la HSA, y el trauma craneoencefálico, estos tres últimos con 7,3%(3) cada uno.

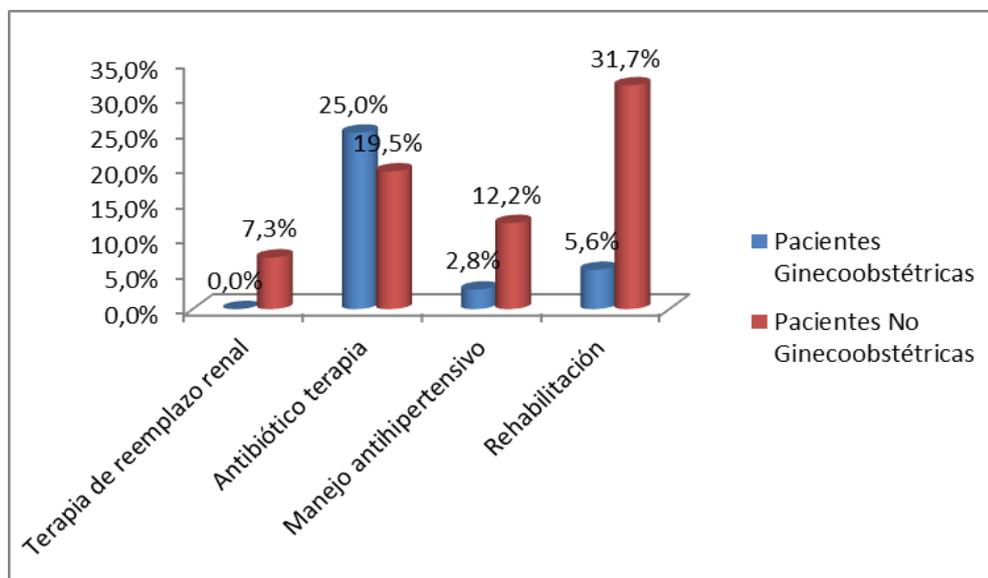
Tabla 9. Destino al egreso de las pacientes que ingresaron a la Unidad de Cuidados Intensivos Ginecobstétrica del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo Neiva, el 01 de mayo a julio 31 de 2010

DESTINO DE EGRESO	PACIENTES GINECOBSTÉTRICAS	PACIENTES NO GINECOBSTÉTRICAS	PROMEDIO
Hospitalización en la misma institución	77,8%	53,7%	64,9%
Hospitalización en otra institución	8,3%	4,9%	6,5%
Morgue	13,9%	41,5%	28,6%
TOTAL	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Historia clínica

El 64,9%(50) de las pacientes quedaron hospitalizada en la misma institución, como segundo destino se encuentran los pacientes que fallecieron y fueron enviadas a la morgue de la institución que corresponden al 28,6%(22). Con respecto a las pacientes ginecobstétricas el 77,8%(28) quedaron hospitalizada en la misma institución, el 13,9%(5) tuvo como destino la morgue y un 8,3%(3) fue hospitalizada en otras instituciones. En las pacientes con diagnóstico no ginecobstétrico el principal destino de egreso también fue la hospitalización en la misma institución 53,7%(22) después la morgue con 41,5%(17) y como tercer destino hospitalización en otra institución con el 4,9%(2).

Grafica 11. Plan de manejo al egreso de las pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos Ginecobstétrica del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo Neiva 01 de mayo a julio 31 de 2010.



Fuente: Historia clínica

El 25%(9) de las pacientes ginecobstétricas tuvieron como principal plan de manejo la antibioticoterapia, seguido de la rehabilitación con 5,6%(2) y el manejo antihipertensivo con el 2,8%(1). En las pacientes no ginecobstétricas el principal fue la rehabilitación 31,7%(13), seguido esta la antibioticoterapia 19,5%(8), el manejo antihipertensivo 12,2%(5) y la terapia de reemplazo renal con 7,3%(3).

6.3 MORTALIDAD

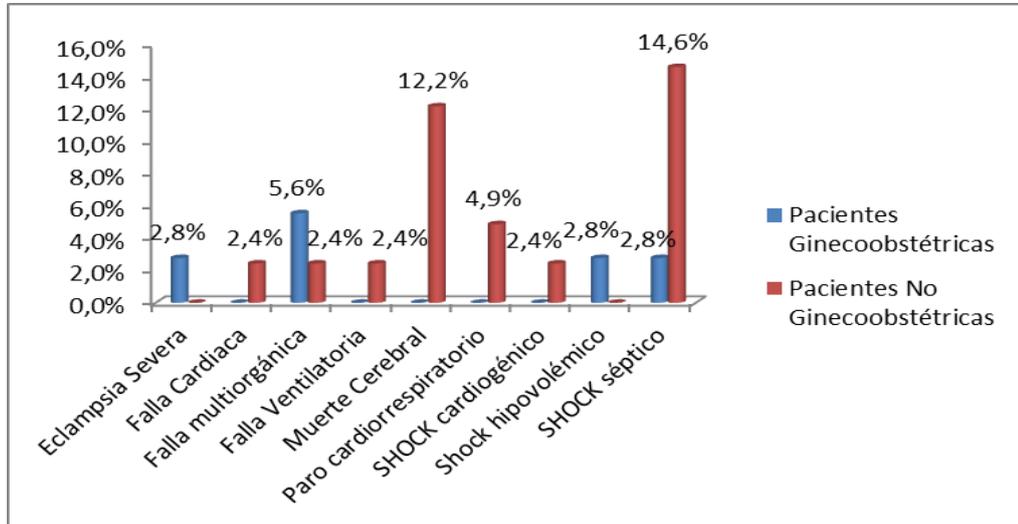
Tabla 10. Mortalidad de las pacientes que ingresaron a la unidad de Cuidados Intensivos Ginecobstétrica del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo Neiva, el 01 de mayo a julio 31 de 2010

LA MUERTE SE PRESENTÓ EN:	PACIENTES GINECOBSTÉTRICAS	PACIENTES NO GINECOBSTÉTRICAS	TOTAL
Las primeras 48 horas	13,9%	4,9%	9,1%
Después de las 48 horas	0,0%	36,6%	19,5%
TOTAL	13,9%	41,5%	28,6%

Fuente: Historia clínica

Del total de pacientes fallecidos dentro de la UCI-GO 28,6%(22), el 19,5%(15) corresponden a la mortalidad neta, debido a que fallecieron después de 48 horas de haber ingresado a la Unidad, de los cuales todos corresponde a pacientes con diagnósticos no ginecobstétricos. Dentro de las primeras 48 horas fallecieron las 5 pacientes con patología ginecobstétrica correspondiente al 13,9%(5), de las cuales el 11,1%(4) son muertes maternas, 5,5%(2) por neumonía AH1N1, 1,3%(1) por shock por dengue hemorrágico, y 1,3%(1) por preclamsia. Se presentó una muerte ginecobstétrica de una paciente con un CA de ovario que presentó un shock séptico. Con respecto a las pacientes no ginecobstétricas llama la atención el porcentaje de mortalidad que es del 41,5%(17) y del 36,6%(15) después de las primeras 48 horas de su ingreso a UCI.

Grafica 12. Causa de la defunción de las pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos Ginecobstétrica del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo durante el 01 de Mayo al 01 de Julio 31 de 2010

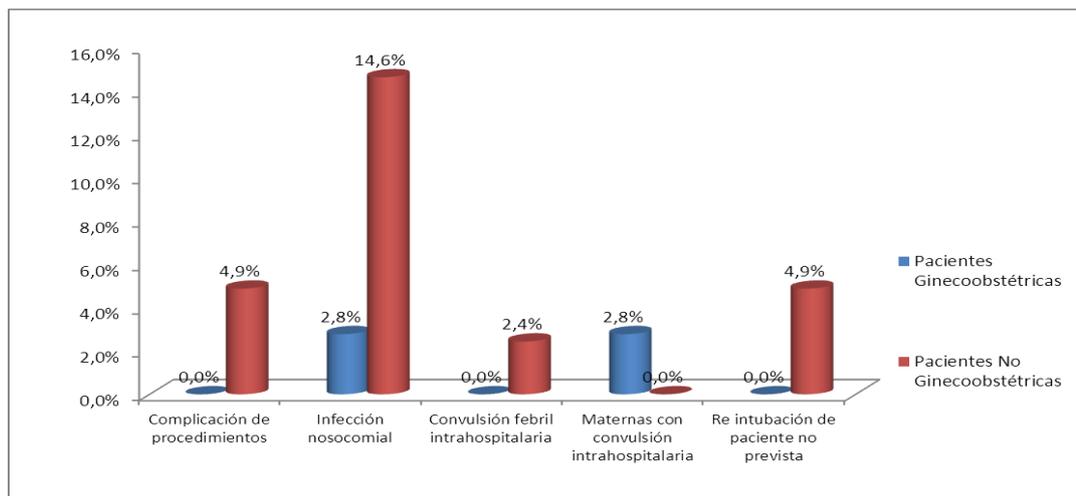


Fuente: Historia clínica

El 5,6%(2) de la pacientes ginecoobstétricas presento como primera causa la falla multiorgánica, seguido se encuentra la eclampsia severa, el shock hipovolémico y el shock séptico con 2,8%(1) cada uno. En las pacientes no ginecoobstétricas la mortalidad es mucho más alta que en las ginecoobstétricas el shock séptico es la primera causa de defunción 14,6%(6), como segunda causa se encuentra la muerte cerebral con 12,2% y como tercera causa está el paro cardiorrespiratorio 4,9%(2), la otras causas suman 9,6%(4) las cuales son falla cardiaca, falla multiorgánica, falla ventilatoria, y shock cardiogenico.

6.4 EVENTOS ADVERSOS

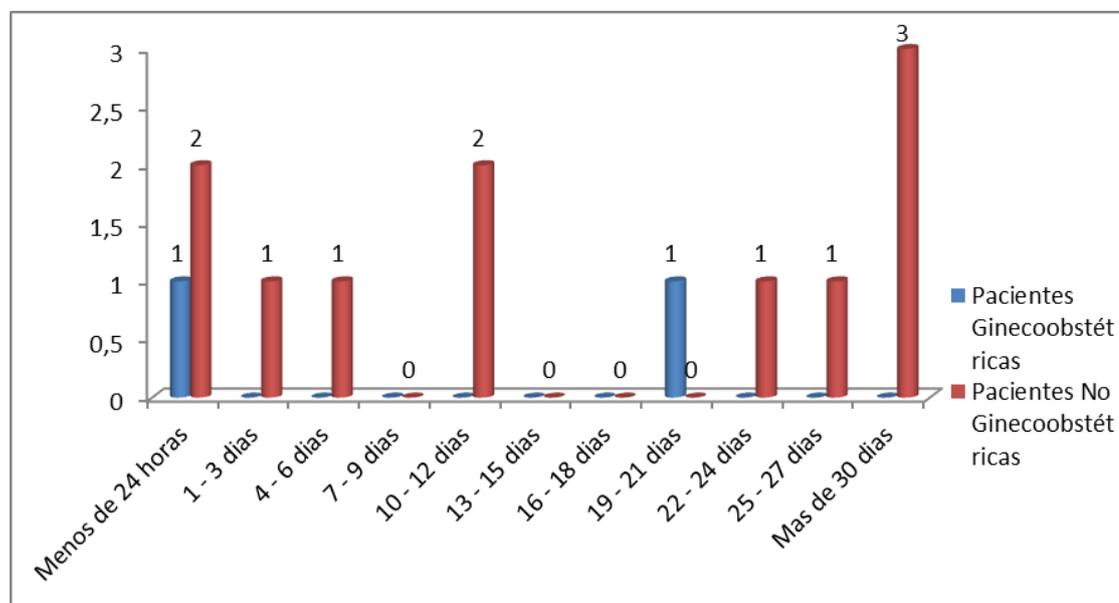
Grafica 13. Eventos adversos que presentaron las pacientes que ingresaron a la Unidad de Cuidados Intensivos Ginecobstétrica del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo Neiva, el 01 de mayo a julio 31 de 2010



Fuente: Historia clínica

Las pacientes con diagnóstico no ginecobstétrico fueron las que presentaron mayor porcentaje de eventos adversos con el 26,8%(11), siendo la infección nosocomial la principal causa 14,6%(6), como segunda y tercera causa fue la reintubación de pacientes no prevista y complicación en los procedimientos con 4,9%(2) cada una, seguido esta la convulsión febril intrahospitalaria 2,4%(1). En las pacientes con diagnóstico ginecobstétrico se presentaron 5,6%(2) de casos de eventos adversos, correspondientes a uno de infección nosocomial y otro de materna con convulsión 2,8%(1) cada uno. La convulsión se presentó en una paciente con síndrome de HELLP que falleció pero que ingresó a la unidad con esta sintomatología y un caso de infección nosocomial por infección urinaria que respondió al manejo con antibióticos.

Grafica 14 Relación tiempo de estancia y eventos adversos que se presentaron en las pacientes que ingresaron a la Unidad de Cuidados Intensivos Ginecobstétrica del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo Neiva, el 01 de mayo a julio 31 de 2010



Fuente: Historia clínica

Se presentaron 13 eventos adversos en el total de las pacientes. Las pacientes no ginecobstétricas presentaron 10 eventos adversos de los cuales 2 fueron en pacientes que egresaron antes de 24 horas. Estos eventos están relacionados con dos procedimientos que se tuvieron que llevar a cabo de forma urgente en un mismo paciente, se trató de una colocación de catéter venoso central el cual produjo un neumotórax y por ese motivo el paciente requirió ser reintubación de forma no prevista. También se presentó un caso de un paciente que duro más de 30 días que tuvo una complicación relacionada con la colocación de un marcapaso el cual se infectó con un germen nosocomial que le causo un síndrome febril severo que lo llevo a convulsionar. Los otros eventos adversos se relacionan con gérmenes nosocomiales que causaron infección durante la estancia que se relaciona con tiempos de estancia superiores a 24 horas.

6.5 FACTORES QUE PUEDEN ESTAR ASOCIADOS CON LA RTALIDADMORBIMO

En la UCI-Ginecobstetrica cumple con el manual de limpieza y desinfección hospitalaria en el 100% de los casos.

Respecto al recurso humano es el establecido por la institución hospitalaria el cual lo conforman tres auxiliares de enfermería, una fisioterapeuta, un enfermer@ y un médico especialista en ginecobstetricia. Durante el periodo de estudio los turnos contaban con este personal para la atención de los pacientes.

De los elementos establecidos en la lista de chequeo la unidad no cuenta con el equipo de gasto cardiaco, el estimulador de nervio periférico, y marcapaso interno transitorio. Sin embargo cuenta con la mayoría de los elementos necesarios para la atención de las pacientes y del binomio madre hijo.

De los insumos establecidos en la lista de chequeo en las 12 evaluaciones que se llevaron a cabo, la Unidad no conto con inmovilizadores para la sujeción de los pacientes inquietos, en cinco ocasiones la unidad no contaba con algún recurso necesario como jeringas en alguno de sus tamaños, buretroles, equipos para infusión, llave de tres vías, catéteres de acceso venoso central periférico tipo (DRUM).

De los medicamentos que debe tener la Unidad en la mayoría de las ocasiones no se encontraron los siguientes, fluconazol, polimixina B, vancomicina, algunos antihipertensivos como nitropusiato de sodio y labetalol, analgésicos opioides fentanilo y morfina, vasopresina y solución salina al 0,9% en una ocasión.

7. DISCUSIÓN

El estudio se realizó en la UCI-Ginecobstetrica del Hospital Universitario de Neiva, es un servicio diferencial que facilita la atención de las pacientes obstétricas, críticamente enfermas, con características únicas y de difícil manejo debido a la presencia fetal, las alteraciones en la fisiología materna y las enfermedades específicas del embarazo. Inicio labores en el mes de Febrero del presente año, y a partir del 1 de mayo a 31 de julio de 2010 se realizó el estudio sobre perfil epidemiológico donde se hallaron los siguientes resultados:

Ingresaron setenta y siete (77) pacientes de sexo femenino; de las cuales 45,5% (35) con patologías ginecobstétricas y 54,5% (42) con patologías no ginecobstétricas, no se presentaron reingresos, los días estancia fueron 93 para pacientes ginecobstétricas y 340 para no ginecobstétricas para un total de 433 días estancia, con una ocupación del 14,4% para el primer grupo y 52,7 para el segundo grupo, el promedio de estancia para las ginecobstétricas 2,58 días y de 8,29 para las no ginecobstétricas. El giro cama es de 8,4 días. Comparando con los estudios nacionales e internacionales se encuentra que es mayor la estancia de las pacientes no ginecobstétricas que las ginecobstétricas.

Más del 90% de las pacientes hospitalizadas en la UCI GO pertenecían al grupo adolescente y adulto joven; la media de la edad de estas pacientes es de 28 años; datos que se correlacionan con los resultados obtenidos en artículo de la Revista Colombiana de Obstetricia y ginecología, el estudio del Hospital Simón Bolívar de Bogotá donde la media es de 25,7 años y el estudio de Argentina en el cual la media de la edad de estas pacientes es de 29 años lo cual muestra que las pacientes con alteraciones ginecobstétricas en la UCI-GO del HUHMP son propias de las mujeres jóvenes. La hipertensión en el embarazo prevalece en este grupo de pacientes lo que llama la atención ya que los programas de control prenatal, y la detección temprana de alteraciones en la embarazada están mostrando baja eficacia según lo muestra el estudio publicado por la Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología en el año 2005 donde describe que en los países desarrollados ha sido menor el número de embarazadas que requieren ingresar a unidades de cuidado intensivo con respecto a otros reportes, debido a la existencia de programas de vigilancia sobre esta población y que por el contrario, en los países en vías de desarrollo es mayor el ingreso a las unidades de cuidado intensivo, principalmente por la falta de cobertura en los programas de promoción y prevención sobre la población gestante.

En cuanto al grupo de pacientes no ginecobstétricas la edad también es similar

comparada con otros estudios de UCIS polivalentes. Más del 70% de las pacientes pertenecían al grupo de adultez media y adulto mayor; la media de la edad es de 56 años; datos que se relaciona con el estudio de la UCI polivalente de Pereira y el estudio de Dennis y colaboradores que es de 53 años. En el estudio de Dennis y colaboradores describe que la edad esta entre los principales determinantes del pronóstico de sobrevida hospitalaria de los pacientes admitidos a la UCI por tal motivo es primordial tener en cuenta este factor como determinante del ingreso del paciente crítico; es de resaltar que este criterio lo evalúa la escala APACHE de ahí la importancia de aplicar esta escala a todos los pacientes para determinar la necesidad de la atención en la UCI.

La mayoría de las pacientes ginecobstétricas y no ginecobstétricas han cursado el nivel de escolaridad básica y media y menos del 10% tienen un nivel técnico y universitario. Este resultado es coherente a que la Empresa Social del Estado (E.S.E) HUHMP atiende población pobre y vulnerable de la región Surcolombiana, las cuales en su mayoría no están realizando actividades de formación educativa. Comparando los datos del censo del perfil educativo del departamento del Huila del año 2004 que resalta solo un cubrimiento del 57%; y para el año 2010 que es del 85,5%, se encuentra que la cobertura educativa va en ascenso. Estos datos justifican porque el nivel educativo de la población estudiada es bajo, y eso se debe a que en décadas anteriores la cobertura educativa era inferior a la actual. Es importante resaltar que la escolaridad es un indicador que marca el grado de desarrollo de una región o un país, Dicho índice tiene en cuenta la distribución de la riqueza, la esperanza de vida, seguridad, educación, derechos humanos, sanidad etc..

Es muy significativo que más del 90% de las pacientes ginecobstétricas y no ginecobstétricas no tengan un empleo o una actividad independiente laboral definida que le genere ingresos, por tal motivo dependen de otras personas para su sustento, esto podría también deberse a dos factores que pueden estar interfiriendo: un proceso de gestación o enfermedad larga y difícil que le impide realizar un oficio, y los altos niveles de desempleo 16% en el sexo femenino según el DANE, los cuales asociados con los altos niveles de pobreza logran que estos porcentajes de desocupación sean tan altos en estas pacientes.

Las pacientes en un gran porcentaje son solteras, viudas, y separadas lo que implicaría no contar con una pareja estable en el proceso de afrontar la enfermedad siendo mayor en el grupo de no ginecobstétricas, lo cual es un factor de riesgo debido a que el componente emocional y afectivo de una pareja es importante para el afrontamiento y recuperación de las enfermedades. Según lo describe la Dr. Alba Liliana Jaramillo en un artículo publicado en internet el cual lo titula enfermedades físicas y mentales.

La mayoría de las pacientes ginecobstétricas y las no ginecobstétricas se encuentra en el estrato 1. Lo cual es reflejo de la población que es objeto de atención por la institución. El nivel de pobreza de Colombia según el DANE y el departamento nacional de planeación el cual describe un 45,5% de pobreza en Colombia en el 2009; además se resalta la población atendida en el hospital la cual en su mayoría pertenece al régimen subsidiado y vinculado.

Las pacientes ginecobstétricas y no ginecobstétricas pertenecen al régimen subsidiado con más del 70%. Estos datos reflejan la alta cobertura de salud de la población pobre que ha logrado el departamento y la región en los niveles de SISBEN uno y dos según informe del quinquenio ministerio de la protección social 2005-2010. Además la contratación con los diferentes regímenes de salud que tiene la institución en el cual la prestación de los servicios se enfoca en la población subsidiada, vinculada, desplazada y regímenes especiales como las fuerzas militares. El régimen contributivo se atiende por autorización de servicios por parte de la EPS ya que en muchas ocasiones no hay disponibilidad de UCI en otras instituciones o requieren de atención especial que solo la brinda la institución en la región como por ejemplo el servicio de UCI-GO, cirugía de corazón o trasplante de órganos.

Las pacientes que ingresaron a la UCI-GO son del municipio de Neiva con un porcentaje mayor del 30%. Seguido está el municipio de Garzón, Pitalito, Algeciras, Palermo y otras poblaciones pequeñas de la región de donde procede el casi 70% restante. El origen de las pacientes que ingresan a la unidad pueden estar relacionadas con tres factores principalmente la demografía de la región, la cercanía a la institución y la presencia de instituciones hospitalarias de alta complejidad donde cuenten con unidad de cuidados intensivos. Con respecto a las regiones el 87% tienen su origen en el departamento del Huila y el 13% restante pertenecen a departamentos que limitan con el Huila lo cual convierte al HUHMP en importante centro de atención de III y IV nivel de la región Surcolombiana sobretodo a pacientes con patologías ginecobstétricas, entre tanto la UCI-GO del HUHMP es la única unidad de su clase en la región, lo que la hace indispensable en el manejo de este tipo de pacientes.

La enfermedad hipertensiva en el embarazo es la principal alteración ginecobstétrica, en el segundo puesto están las infecciosas, como tercera están las respiratorias y como cuarta causa las hemorrágicas. Estos hallazgos comparados con el estudio de Argentina, el estudio de UCI de la Clínica de Maternidad Rafael Calvo de Cartagena y el hospital Simón Bolívar donde la principal alteración importante en las pacientes ginecobstétricas es la hipertensión en el embarazo, pero en la literatura el artículo de la Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología describe que las principales causas y los tiempos de estancia varían de acuerdo a la región y grado de desarrollo de

un país. Las patologías ginecobstétricas se caracterizan por presentar condiciones de gravedad muy serias que de ser manejadas adecuadamente resuelven en corto tiempo, este hallazgo se puede evidenciar en nuestro estudio donde más del 80% de las pacientes ginecobstétricas egresaron en los primeros 3 días de hospitalización lo cual representa tiempos de estancias menores en este grupo obteniendo un promedio de 2,5 días. Y comparándolos con otros estudios, como el del Hospital Simón Bolívar de Bogotá donde el tiempo de estancia fue de 4,4 días y el 67,4% se recuperaron en menos de 5 días, en el estudio de Argentina dio como resultados que dependiendo la institución varia la media del tiempo estancia, las cuales se encuentran de 3 a 6 días, en una revisión hecha por la revista colombiana de ginecología y obstetricia nos da a conocer que también hay variabilidad dependiendo el país; un estudio hecho en Brasil da como resultado que el tiempo estancia en promedio es de 8,9 días, en otro estudio hecho en Inglaterra el promedio es de 2 días.

Las patologías cardíacas y alteraciones del sistema nervioso central son las más representativas con más 70% de ingresos dentro de la Unidad, en tercer y cuarto lugar están las de tipo infeccioso y respiratorio. Lo cual varia con el estudio de Pereira donde los principales patologías son las que causan alteración respiratoria en primer lugar, seguido de la sepsis y las cardiovasculares como tercera causa. Los tiempos de estancia son de 6 días en promedio. En el estudio de UCI polivalente de Pereira el tiempo estancia es de 3 días en promedio siendo menor a lo encontrado en la UCI-GO HUHMP. Es de resaltar que el paciente séptico se relaciona con tiempos de estancia prolongados en nuestra unidad, mayor uso de medidas terapéuticas, presencia de eventos adversos y mortalidad lo cual se describe en el análisis de las diferentes variables y dimensiones descritas en este estudio y comparandolo con el de UCI de Pereira donde la sepsis ocupa el segundo puesto con el 18,6%. Las patologías cardíacas son de gran relevancia en la UCI-GO este hallazgo se relaciona con lo encontrado en el estudio de UCI de Pereira con un 17,95, entretanto el IAM es la patología más común entre esta causa relacionándose con lo obtenido en un estudio sobre morbilidad y mortalidad en UCI Clínica Popular Simón Bolívar. Municipio "Diego Ibarra" Venezuela durante el año 2007, el cual es la principal patología presente en esta unidad entre las causas no quirúrgicas con 7,1%, también en este estudio el trauma craneoencefálico y la enfermedad cardiovascular son de las principales patologías presentes en esta UCI.

Se les aplico la escala APACHE a más del 40% de las pacientes, sin embargo no se puede establecer una relación severidad de la enfermedad mortalidad al ingreso en la pacientes debido al bajo porcentaje de pacientes al cual se les aplico la escala durante el periodo de estudio por parte del personal médico. Sin embargo con respecto a las pacientes ginecobstétricas un artículo de Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología 2005 y un estudio del Hospital Simón

Bolívar de Bogotá controvierte la efectividad de la escala APACHE II para la clasificación de la severidad de la enfermedad en este grupo de pacientes, la cual describe que esta escala no es la adecuada, ya que no valora de forma objetiva las alteraciones propias de la mujer gestante, obteniendo puntajes bajos cuando el riesgo de disfunción orgánica o severidad de la enfermedad es alto. En las pacientes con patología no ginecobstétrica los resultados reportan un mayor número de pacientes con alto grado de severidad de la enfermedad, aunque el porcentaje de pacientes al cual se les aplicó es bajo este dato sirve como muestra para establecer algunas correlaciones. La mortalidad en la unidad con respecto a este grupo es alta; más del 40% y se relaciona con los altos puntajes en la escala obtenidos. Por tal motivo los pacientes con patología no ginecobstétrica a los cuales se les aplicó la escala en más del 50% obtuvieron puntajes mayores de 20 que hace referencia a un 40% de mortalidad, lo que puede ser uno de muchos factores que influyen en la mortalidad en la Unidad.

Esto se puede deber en gran parte a una falla en la evaluación del paciente en el momento de determinar si requiere ser trasladado, demorando la solicitud de una cama en UCI, siendo trasladado cuando el puntaje en la severidad de la enfermedad es mayor aumentando el porcentaje de mortalidad.

La escala TISS 28 no se le aplicó a ninguno de los pacientes que ingresaron a la unidad, lo cual no permite establecer el tiempo de profesional de enfermería necesario para brindar un cuidado de calidad por la complejidad de las patologías de las pacientes. En la UCI-GO se tiene distribuido el personal de Enfermería de acuerdo a una determinación administrativa sin tener en cuenta las características de los pacientes y su complejidad, no cuentan con el personal suficiente y adecuado para su manejo según lo establecido por el Consejo Internacional de Enfermería (CIE) donde se establece 2 pacientes por un Enfermero en Unidades de Cuidados Intensivos.

En el grupo de pacientes ginecobstétricas las comorbilidades no son muy significativas; esto se debe a que la mayoría son mujeres en edades entre la adolescencia y adultez joven, además que la mujer en edad fértil tiene menos riesgo de presentar enfermedad cardiovascular según lo describe la revista española de cardiología. Por el contrario las pacientes con patologías no ginecobstétricas presentaron un porcentaje más alto de comorbilidades, donde la HTA es la que más prevaleció, seguido la DM, el EPOC y la IRC. Frente al estudio de Pereira estos hallazgos difieren en la principal causa donde el EPOC 32,4% es la primera, en segundo lugar está la DM 24,3%, y como tercera comorbilidad esta las cardiopatías con 18,9%.

El Servicio de Urgencias es el de mayor procedencia de las pacientes.

El ingreso a la UCI está relacionado por el proceso administrativo que tiene la institución con las pacientes en el momento de la remisión, unas por presentar alteraciones severas del estado de salud y que es necesario su ingreso a UCI sin pasar por un filtro o clasificación, otras ingresan al servicio de urgencias con afección seria o alto riesgo de presentar complicaciones y que al ser valoradas y al realizársele el TRIAGE se determina su ingreso, a otras es necesario realizarles algún procedimiento quirúrgico o desembrazo antes de su traslado a la UCI y otro grupo de pacientes pasan a sala de hospitalización u observación y al presentar complicaciones en estos servicios se decide su traslado posterior a cuidados intensivos.

Más del 80% de las usuarias tanto del grupo ginecobstétrico como no ginecobstétrico ingresaron en un tiempo inferior a 6 horas, casi el 20% del grupo de pacientes ginecobstétricas como no ginecobstétricos superaron las 7 horas de traslado a UCI. Los tiempos prolongados de ingreso se relacionan con tres factores principalmente, el primero son las pacientes que proceden de áreas lejanas o de otros departamentos, un segundo factor es la falta de disponibilidad de transporte adecuado para su traslado, un tercer factor es la demora en el diagnóstico y estabilización de la paciente, y por último en el caso de pacientes que van a ser intervenidos quirúrgicamente la solicitud se realiza con varias horas de anticipación.

El monitoreo hemodinámico se realiza a las pacientes en un 100% debido a que es parte esencial del manejo en las unidades de cuidados intensivos. En las pacientes con diagnóstico ginecobstétrico el principal manejo inicial es el post operatorio con más de 50%, seguido se encuentra la antibioticoterapia con más del 20%, el apoyo inotrópico, el soporte ventilatorio, sedación y la trombólisis son medidas que se tomaron en menor proporción las cuales no superan el 20% cada una. Estos resultados difieren de lo hallado en el artículo de la Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología donde la ventilación mecánica fue el manejo más utilizado con el 64% de los casos. Con respecto a las pacientes no ginecobstétricas hay un porcentaje más alto en cada una de las medidas de manejo que se tomaron, lo cual evidencia el alto grado de compromiso en su estado de salud. El apoyo vasopresivo e inotrópico, el soporte ventilatorio y la sedación superan con más de un 50% cada uno, la antibiótico terapia y el manejo postoperatorio están en más de un 40%. Estos datos varían con respecto al estudio de Pereira donde la ventilación mecánica se llevó a cabo en el 76,6% de los casos como manejo inicial.

Del total de pacientes ginecobstétricas que fue sometido a algún tipo de intervención quirúrgica, la más común fue la cesárea con un 50%. Estos resultados son diferentes con el estudio de morbilidad materna de Cartagena en el cual la intervención quirúrgica más común fue la histerectomía con el 14,2%. El estudio de Argentina no proporciona datos de intervención quirúrgica

especifica sino un dato global de las pacientes a las cuales se les realizaron cirugías en una sola institución con 7,4%(12) de las pacientes. La craneotomía es la intervención quirúrgica más común entre las pacientes con diagnóstico no ginecobstétrico con casi el 15% de los casos. El estudio de Pereira no proporciona datos de intervención quirúrgica específica sino un dato global de las pacientes a las cuales se les realizó intervención quirúrgica con 6,9% de las pacientes, lo cual es menor a los resultados de este estudio.

El posoperatorio de cesárea es la principal diagnóstico de egreso en las pacientes ginecobstétricas con más del 40%, y se debe en gran medida al alto número de pacientes con embarazos avanzados en el que está indicada la cesárea como medida para proteger al binomio madre hijo. En las pacientes no ginecobstétricas la sepsis pasa de tercera causa al ingreso a ser la primera causa al egreso este hallazgo se debe en gran medida a complicaciones que presentan los pacientes dentro de la unidad en la cual algunos adquieren infecciones nosocomiales otros ingresan por una causa traumática y posteriormente desarrollan infecciones o tienen infecciones localizadas que luego se generalizan. El IAM disminuye en mucho de los casos debido principalmente a que hay muchos pacientes que son mal diagnosticados al ingreso o cursan con episodios de angina sin presentar infarto, otros pacientes entran con cambios electrocardiográficos y al realizárseles la angioplastia o colocación de un stens resuelve el IAM y las alteraciones en el EKG. Las patologías neurológicas y Neuroquirúrgica como el trauma craneoencefálico, la HSA y ECV isquémico al egreso siguen su manejo por rehabilitación.

Un número alto de pacientes fue hospitalizado en la misma institución, como segundo destino se encuentran los pacientes que fallecieron y fueron enviadas a la morgue de la institución y como tercer destino fueron los hospitalizados en otra institución. Llama la atención el alto destino a la morgue de las pacientes con diagnóstico no ginecobstétrico los cuales están por encima del estudio de Pereira y Dennys y colaboradores. Otro dato importante es el destino a otras instituciones el cual es del 6,5%(5) en promedio, debido en gran medida a que pertenecen a EPS que tienen convenios con los servicios de hospitalización general con otras instituciones.

La antibioticoterapia es el principal plan de manejo de las pacientes ginecobstétricas y el segundo en las no ginecobstétrica. En las pacientes no ginecobstétricas el principal manejo fue la rehabilitación. Estos resultados se deben en gran medida a que en las pacientes sépticas los tratamientos con antibióticos son prolongados y una vez en el servicio al cual se trasladan deben continuar y complementar sus esquemas, la rehabilitación es representativa en pacientes con largos tiempos de estancia y complicaciones asociadas a su patología de base, la cual es de mayor relevancia en pacientes no ginecobstétricas, el manejo antihipertensivo se presenta en ambos grupos ya

sea por una hipertensión crónica de difícil control o enfermedad hipertensiva del embarazo que debe seguir su tratamiento antihipertensivo en hospitalización una vez controlada su emergencia o urgencia en UCI, la terapia de remplazo renal se presentó en 3 pacientes que hicieron falla renal en UCI y que deben seguir este manejo en el servicio de hospitalización.

Dentro de las primeras 48 horas fallecieron las 5 pacientes con patología ginecobstétrica correspondiente a 4 muertes maternas y se presentó una muerte ginecobstétrica de una paciente con un CA de ovario que se complicó desarrollando un shock séptico. Es de resaltar que la mortalidad materna está ligada directamente al grado de desarrollo de un país, donde en los países desarrollados los porcentajes de mortalidad en UCI son bajos comparándolos con países subdesarrollados según lo describe el estudio publicado en la Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. En Colombia la mortalidad materna en UCI tomando como referencia el estudio de la Clínica de Maternidad Rafael Calvo de Cartagena es del 6,6% y un estudio tomado de mortalidad materna de pacientes atendidas en la UCI del Hospital Simón Bolívar de Bogotá del año 2006 da como resultado un porcentaje del 4,3%, en el departamento del Huila la mortalidad materna año tras año ha venido en descenso en el año 2001 se presentaron 16 casos mientras que en el 2008 la cifra se redujo a 8 casos según lo describe un informe del perfil de la salud pública de la secretaria de salud departamento del Huila . Con respecto a las pacientes no ginecobstétricas llama la atención el porcentaje de mortalidad que es superior al 30% después de las primeras 48 horas de su ingreso a UCI. La mortalidad en la UCI-GO es alta si la comparamos con otros estudios de perfil epidemiológico de UCI en nuestro país y de la región, lo cual lo evidencia los estudios de Dennis y colaboradores, el estudio de UCI Pereira y el estudio Morbimortalidad en la Unidad de Cuidados Intensivos. Clínica. "Simón Bolívar". Municipio "Diego Ibarra" Venezuela. 2007.

La principal causa de muerte en las pacientes ginecobstétrica fue la falla multiorgánica con 2 casos. Estos datos se relacionan con el estudio de Argentina en el cual la disfunción multiorgánica es la primera causa, pero en el estudio de la Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología describe que la primera causa varía de acuerdo a la región o el país, aunque no hay un dato exacto refiere que en el mundo las hemorragias son la principal causa, seguido de las causas indirectas y la sepsis. En Colombia según un estudio realizado en el hospital Simón Bolívar de Bogotá la principal causa de defunción fue la sepsis con 4,3%(2). En las pacientes no ginecobstétricas el shock séptico es la primera causa de defunción con 6 casos y como segunda causa se encuentra la muerte cerebral con 5 casos. Este estudio se relaciona con la primera causa en el estudio de Pereira en el cual la sepsis es la primera causa 44,4% de la mortalidad. En la UCI-GO el porcentaje de pacientes con TCE es alto de ahí que la muerte cerebral sea causa importante de defunción.

Las pacientes con diagnóstico no ginecobstétrico fueron las que presentaron mayor porcentaje de eventos adversos con más de un 25% de los pacientes, la infección nosocomial es la más frecuente tanto en pacientes con patología ginecobstétrica, como no ginecobstétrica. La convulsión se presentó en una paciente con síndrome de HELLP que falleció pero que ingresó a la unidad con esta sintomatología y un caso de infección nosocomial por infección urinaria que respondió al manejo con antibióticos. Este estudio se relaciona con el estudio de la UCI del hospital Simón Bolívar de Venezuela donde la infección nosocomial es el principal evento adverso.

En la UCI-GO se tiene distribuido el personal de la salud de acuerdo a una determinación administrativa sin tener en cuenta las características de los pacientes y su complejidad, no se cuentan con el personal suficiente y adecuado para su manejo. En cuanto al personal médico solo se cuenta con una médica intensivista en horas de la mañana de lunes a viernes, el personal médico restante son especialistas en ginecobstetricia pero no tienen subespecialización en cuidados intensivos. El personal profesional de enfermería no cuenta con una especialización en cuidado crítico y no está distribuido de acuerdo a las necesidades de la unidad por medio de una escala como la TISS 28 que evalué el tiempo en horas del personal requerido para la atención o de acuerdo a lo establecido por el consejo internacional de enfermería donde la relación enfermero paciente en UCI debe ser 1 enfermero por cada 2 pacientes. El personal de terapia física y respiratoria tiene entrenamiento en UCI pero en su mayoría no cuenta con la especialización en cuidados intensivos. El personal auxiliar de enfermería en su mayoría cuenta con un entrenamiento en UCI pero no está certificado. La falta de personal suficiente e idóneo para el manejo del paciente crítico, es un factor de riesgo para el paciente y el personal que labora lo cual compromete la seguridad del paciente aumentando el riesgo de presentar eventos adversos y complicaciones, aumenta el tiempo de estancia, el requerimiento de medidas terapéuticas agresivas y mortalidad.

La unidad cuenta con una estructura física moderna y de alta tecnología y elementos necesarios para su funcionamiento. Aunque en la evaluación se detectó la necesidad de un equipo de gasto cardíaco, estimulador de nervio periférico y un marcapaso interno transitorio. Los cuales serían necesarios si tenemos en cuenta que la unidad maneja pacientes con patología ginecobstétrica como no ginecobstétrica.

Se identificó un alto porcentaje de carencia de algunos insumos o medicamentos necesarios para el tratamiento y manejo de las pacientes. Este hallazgo es un factor de riesgo comprometiendo la seguridad del paciente, predisponiéndolo a eventos adversos, aumenta los tiempos de estancia y a realizar cambios en el tratamiento.

8. CONCLUSIONES

El Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva cuenta con una Unidad de Cuidados Intensivos Ginecobstétrica, con una estructura física moderna, tecnológica y única de estas características en el país, la cual se inauguró en el mes de febrero del presente año y atiende población pobre y vulnerable de la región Surcolombiana, de sexo femenino que presentan patología ginecobstétrica, como no ginecobstétrica.

Las pacientes ginecobstétricas se caracterizan por estar en edades entre la adolescencia y la adultez joven, presentar bajos porcentajes de comorbilidades y tiempos de estancia disminuidos, la alteración más importante es la hipertensión inducida por la gestación donde la preclamsia es la que más se presentó. Por el contrario la pacientes no ginecobstétricas se caracteriza por ser personas que están en la adultez media y adultez tardía, presentar altos porcentajes de comorbilidades y tiempos de estancia prolongados donde las alteraciones más importantes son las cardíacas y del sistema nervioso central.

La escala APACHE se realiza de forma parcial por parte de los médicos especialistas, es una herramienta importante para determinar el grado de severidad de la enfermedad en las pacientes con patología no ginecobstétrica, pero pierde importancia en la evaluación de la paciente ginecobstétrica no siendo el método ideal para determinar el grado de severidad de la enfermedad en este último grupo.

Urgencias es el servicio que más traslada pacientes a UCI, el tiempo transcurrido desde el momento que se solicita el servicio en su mayoría está por debajo de 6 horas.

El plan de manejo inicial más importante fue el pos operatorio y las cirugías que más se realizaron fueron la cesárea en la paciente ginecobstétrica y la craneotomía en la paciente no ginecobstétrica.

El diagnóstico de egreso varía con respecto al de ingreso, encontrándose la post cesárea como principal en las pacientes ginecobstétricas y la sepsis en la paciente no ginecobstétrica. La mayoría de pacientes al egreso fueron trasladados al servicio de hospitalización de la misma institución donde la antibioticoterapia fue el manejo que más se llevó a cabo en las pacientes ginecobstétricas y la rehabilitación en las no ginecobstétricas.

La mortalidad está por encima del promedio nacional y regional donde la principal causa es el shock séptico y la muerte cerebral en las pacientes no ginecobstétricas. En las pacientes ginecobstétricas hubo 5 muertes por esta causa las cuales 4 fueron maternas, en este grupo todas se presentaron 48 horas antes al ingreso de la paciente, lo cual se relaciona con la atención y el manejo antes del ingreso a la UCI.

Se presentaron 13 eventos adversos de los cuales 11 en pacientes no ginecobstétricas siendo la infección nosocomial la que más se presentó en 7 casos. La mayoría estuvieron relacionados en la realización de procedimientos invasivos.

En la UCI-GO se tiene distribuido el personal de la salud de acuerdo a una determinación administrativa sin tener en cuenta las características de los pacientes, su complejidad, normatividad establecida, o una escala que establezca el tiempo en horas de trabajo del personal para brindar calidad de la atención como el TISS 28 en el caso del personal de enfermería.

La UCI-GO posee equipos de tecnología de punta e instalaciones modernas que permiten brindar atención de forma adecuada el binomio madre e hijo. Sin embargo hay dificultades en el suministro de insumos y medicamentos necesarios para el paciente por parte de la farmacia y suministros.

9. RECOMENDACIONES

Que la unidad cumpla con el fin de su creación de brindar atención a pacientes con patologías ginecobstétricas, porque sus instalaciones, personal y equipos de dotación son especiales para el manejo de estas pacientes.

Intensificar programas de salud y campañas de prevención en control prenatal, riesgo cardio vascular, accidentes de tránsito, en la región surcolombiana con el fin de minimizar estas, debido a que son enfermedades prevenibles.

Aplicar a todas las pacientes que ingresan el servicio la escala APACHE al momento del ingreso a la unidad por parte de los médicos especialistas. Adoptar o implementar una escala especial para clasificar la paciente ginecobstétrica crítica.

Implementar el TISS 28 como parámetro importante para determinar el tiempo en horas necesario por parte del personal de enfermería para la atención de la paciente crítica, contando con un personal necesario que brinde una atención de calidad, encaminada a las políticas de acreditación del hospital.

Implementar el código rojo con el fin de brindar una atención inmediata a la paciente embarazada en estado crítico integrando los servicios y un equipo multidisciplinario con el fin de brindar una atención inmediata disminuyendo el riesgo de muerte materna y perinatal.

Establecer estrategias de tipo organizacional, administrativo y clínico dirigidas a disminuir los tiempos de estancia, presencia de eventos adversos y mortalidad en la paciente no ginecobstétrica.

Garantizar un adecuado suministro de medicamentos e insumos que permitan garantizar la continuidad de los tratamientos y brindar capacitación continua al personal de la unidad sobre seguridad hospitalaria, medidas para evitar los eventos adversos y solicitar personal capacitado y especializado en cuidados intensivos con el fin de incrementar la calidad de la atención en la unidad.

Desarrollar e implementar guías de manejo para la paciente ginecobstétrica como no ginecobstétrica que permitan unificar criterios en los tratamientos y cuidados que se brindan en la unidad, las mismas deben ser socializadas al personal profesional, vocacional, administrativo, etc.

BIBLIOGRAFÍA

DANE, Departamento Nacional de Planeación. Cifras de Pobreza, Pobreza Extrema y Desigualdad 2009. www.dnp.gov.co

FIGUEREDO MALDONADO, Olga Lidia. Licenciada en enfermería. Morbimortalidad en la Unidad de Cuidados Intensivos. Clínica. "Simón Bolívar". Municipio "Diego Ibarra". Venezuela. 2007

GARCIA PORTALES, JM, LORENTE ACOSTA MJ, GONZALEZ RIPOLL M. Transporte del niño crítico. UCIP Hospital Torrecárdenas, Almería. <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/trans.htm>

GUZMÁN, Francisco, MD. Fisiopatología del trauma craneoencefálico. Colombia Médica, Universidad del Valle. 2008. <http://colombiamedica.univalle.edu.co/v39s3/htmlv39s3/v39s3a11.html>

JARAMILLO ,Alba Liliana, DR. Enfermedades físicas y mentales. Por tu matrimonio. <http://www.portumatrimonio.org/todapareja/v/enfermedades-fisicas-y-mentales/>

MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL. Perfil del sector educativo del departamento del Huila, Abril 2004. www.mineducacion.gov.co/.../articles-85776_archivo_pdf11.pdf

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Tasa de desempleo por sexo. www.cinterfor.org.uy/public/.../index.htm

_____ Grupo de Administración de Subsidios a la Demanda en Salud, Déficit de Cobertura Régimen Subsidiado a Marzo de 2010. www.pos.gov.co/regimenSubsidiado

REVISTA CUBANA DE ENDOCRINOLOGIA. Procesos de afrontamiento en personas con enfermedades endocrinas. <http://scielo.sld.cu/scielo>.

REVISTA ESPAÑOLA DE CARDIOLOGIA Y SOCIEDAD ESPAÑOLA D CARDIOLOGIA. Estrategias actuales para reducir el impacto de las enfermedades cardiovasculares en la mujer. Noviembre 2006.

http://www.revespcardiol.org/cardio/ctl_servlet? f=40&ident=13095787<http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/2313/1/Morbimortalidad-en-la-Unidad-de-Cuidados-Intensivos>

SECRETARIA DE EDUCACION DEL HUILA. Área de cobertura educativa - sistema de información. Tasas de cobertura 2010. www.huila.gov.co

SECRETARIA DE EDUCACIÓN MUNICIPAL DE FUSAGASUGA. La distribución de alumnos por zona y nivel educativo. Diciembre de 2007. www.fusagasuga-cundinamarca.gov.co/pdf/perfil_epi.pdf

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

-
- ¹ HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO. Neiva. Servicios. Unidades de cuidado crítico. UCI obstétrica. <http://www.hospitaluniversitarioneiva.com.co/dotnetnuke/Servicios/Unidadesdecuidadocritico>
- ² ANALISIS DE LA SITUACION DE SALUD ASIS, Guía para el análisis de los factores condicionantes en salud (demográficos y socioeconómicos), Ministerio de salud República del Perú. Oficina general de epidemiología. 2002. Página 1 – 4.
- ³ COGOLLO GONZÁLEZ, Marysabel, JEZID E. MIRANDA QUINTERO, Enrique C. RAMOS CLASON, Juan C. Fernández Mercado, BELLO TRUJILLO Ana M., ROJAS SUÁREZ, José Antonio. Morbilidad materna extrema en cuidados intensivos obstétricos. Clínica de Maternidad Rafael Calvo de Cartagena. Mayo de 2010.
- ⁴ GALVEZ VENGOCHEA, Maria Liliana, ARREAZA GRATEROL MORTIMER, RODRIGUEZ ORTIZ, Jorge Augusto. Mortalidad materna de pacientes atendidas en la UCI del Hospital Simón Bolívar, Bogotá (Colombia) 2004 – 2006.
- ⁵ ARISTIZÁBAL, Juan Felipe, M.D, GÓMEZ Germán Alberto, M.D, LOPERA, Juan Francisco M.D, LAURA VICTORIA ORREGO M.D, RESTREPO ,Carlos, M.D, GERMÁN MONSALVE, M.D, GÓMEZ ,Martín M.D, SOCHA, Nury, , M.D, MAURICIO VASCO, M.D. Paciente obstétrica de alto riesgo. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. Mayo de 2005.
- ⁶ MALVINO, Eduardo. Recopilaciones Obstetricia Crítica. Cuidados Intensivos Obstétricos en Argentina. 2007. www.obstetriciacritica.com.ar/doc/RECOPILA_uci.pdf
- ⁷ DENNIS R, ACERO R, SALAS C, OREJUELA F. Evaluación del cuidado intensivo. Acta Medica Colombiana 1995;20:64-70
- ⁸ 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. Pa64RRRRRg. 6. On Line: www.revistainvestigaciones.funandi.edu.co, 22 de Febrero de 2010

⁹ 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.

¹⁰ CARACTERIZACIÓN DEL PERFIL MICROBIOLÓGICO CAUSANTE DE INFECCIÓN DEL SITIO OPERATORIO EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA EN EL HOSPITAL GENERAL DE NEIVA DE SEPTIEMBRE A NOVIEMBRE DE 2004.

¹¹ CAVIEDES PEREZ, GIOVANNY. Caracterización Epidemiológica, factores de riesgo, agentes etiológicos y patrones de riesgo de los pacientes con infección urinaria nosocomial que se presenta en el Hospital Universitario de Neiva Hernando Moncaleano Perdomo desde el 1 de Septiembre del 2007 hasta 30 de Abril de 2008.

¹² ACOSTA RICAURTE, GUSTAVO ADOLFO. Aspectos relevantes de los pacientes con diagnóstico de Sepsis UCI hospital universitario de Neiva Hernando Moncaleano Perdomo Diciembre de 1998 a Diciembre de 2002.

¹³ MD. CELIS RODRÍGUEZ, E. Desarrollo del Cuidado Intensivo en Latinoamérica. 2007
http://www.asivamosensalud.org/descargas/Cuidado_Intensivo.pdf

¹⁴ MARTÍNEZ ESTALELLA, G. Cuidados intensivos: necesidad de cuidados intermedios. 2002 http://www.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?sevier&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=142v13n03a13041044pdf001.pdf

¹⁵ MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Anexo Técnico No. 1 de la Resolución 1043 del 3 de abril de 2006. Colombia. 2006. Páginas: 92-93

¹⁶ _____, Anexo Técnico No. 1 de la Resolución 1043 del 3 de abril de 2006. Colombia. 2006. Páginas: 49-50

¹⁷ _____. Anexo Técnico No. 1 de la Resolución 1043 del 3 de abril de 2006. Colombia. 2006. Páginas: 6-7

¹⁸ 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

¹⁹ 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>

²⁰ GALVEZ VENGOCHEA, Maria Liliana, ARREAZA GRATEROL MORTIMER, RODRIGUEZ ORTIZ, Jorge Augusto. Mortalidad materna de pacientes atendidas en la UCI del Hospital Simón Bolívar, Bogotá (Colombia) 2004 – 2006.

²¹ COMITÉ CUIDADO CRÍTICO SOCIEDAD COLOMBIANA. Criterios de Ingreso a UCI. Colombia. 1999. <http://www.encolombia.com/medicina/neumologia/neum134-01criterios.htm>

²² SIVIGILA. Perfil Epidemiológico Año 2007. http://www.hospitalpablovibosa.gov.co/Documentos/SALA_SITUACIONAL/INDICADORES%20SOCIODEMOGRAFICOS/PERFIL%20EPIDEMIOLOGICO/PERFIL_EPIDEMIOLOGICO_2007.pdf

²³ INSTITUTE FOR ALGORITHMIC MEDICINE. APACHE Score. Houston, TX, USA. 2006/2007, Chapter 30

²⁴ SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL DE NEIVA. Boletín Epidemiológico de Neiva. 2006. Página 5.

²⁵ 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>

²⁶ 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>

²⁷ MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Resolucion No, 1895 de 2001. Colombia2001
<http://www.minproteccionsocial.gov.co/vBecontent/library/documents/DocNewsNo238102.pdf>

²⁸ 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>

²⁹ BAÑARES, Joaquín. 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

³⁰ MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, Resolución 13437 de 1991 – Derechos de los pacientes, eventos adversos, Colombia

³¹ BUNCH EH. Delayed clarification: information, clarifications and ethical decisions in critical care in Norway. *J Adv Nurs* 2000; 32 (6): 1485-1491

³² 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. Proyecto “perfil epidemiológico de los pacientes que ingresan a las unidad de cuidado intensivo ginecobstétrica, Neiva, mayo a julio de 2010”

FORMATO DE RECOLECCION DE INFORMACION

OBJETIVO. Analizar el perfil epidemiológico de los usuarios que ingresaron a la Unidad de Cuidados Intensivos Ginecobstétrica del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo 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. Ocupación

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 socioeconómico

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

7. Régimen 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. Principal Diagnostico al ingreso: _____
a. Código CIE 10 _____ b. 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. Extrainstitucional: 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 POP _____
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. 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 presento 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. Proyecto “perfil epidemiológico de los pacientes que ingresan a la unidades de cuidado intensivo ginecobstétrica, Neiva, mayo a julio de 2010”

LISTA DE CHEQUEO

OBJETIVO. Analizar el perfil epidemiológico de los usuarios que ingresaron a la Unidad de Cuidados Intensivos Ginecobstétrica del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo 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

- **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 continua
- 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 (macrogotero, de transfusión, de nutrición)
 - h. Buretrol
 - i. Llave de tres vías
 - j. Multiflujos
 - k. 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. Electrodo
 - 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. Diagnostico ingreso de las pacientes, UCI Ginecobstétrica del Hospital Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva, mayo 1 a 31 julio de 2010.

DIAGNÓSTICO DE INGRESO	PACIENTES GINECOOBSTÉTRICAS	PACIENTES NO GINECOOBSTÉTRICAS	TOTAL
Preclamsia	25,0%	0,0%	11,7%
Síndrome de hellp	19,4%	0,0%	9,1%
Sepsis	8,3%	9,8%	9,1%
AH1N1	8,3%	0,0%	3,9%
Dengue hemorrágico	5,6%	0,0%	2,6%
Falla ventilatoria	2,8%	9,8%	6,5%
Cardiopatía congénita	2,8%	0,0%	1,3%
Cardiopatía dilatada	2,8%	0,0%	1,3%
Colé litiasis	2,8%	0,0%	1,3%
Crisis asmática	2,8%	0,0%	1,3%
Eclansia	2,8%	0,0%	1,3%
Estenosis aortica	2,8%	0,0%	1,3%
Hematuria	2,8%	0,0%	1,3%
Laparotomía	2,8%	0,0%	1,3%
Peritonitis	2,8%	0,0%	1,3%
Píelo nefritis	2,8%	0,0%	1,3%
Shock hipovolemico	2,8%	0,0%	1,3%
IAM	0,0%	24,4%	13,0%
TCE	0,0%	12,2%	6,5%
HSA	0,0%	7,3%	3,9%
ECV isquemico	0,0%	4,9%	2,6%
Resección tumor cerebral	0,0%	4,9%	2,6%
Bloqueo AV	0,0%	2,4%	1,3%
ECV hemorrágico	0,0%	2,4%	1,3%
EPOC	0,0%	2,4%	1,3%
ICC	0,0%	2,4%	1,3%
Pancreatitis aguda	0,0%	2,4%	1,3%
POP disectomia	0,0%	2,4%	1,3%
Revascularizacion miocárdica	0,0%	2,4%	1,3%
Shock cardiogénico	0,0%	2,4%	1,3%
Shock séptico	0,0%	2,4%	1,3%
Taquicardia supraventricular	0,0%	2,4%	1,3%
Trauma abdominal	0,0%	2,4%	1,3%
TOTAL	100,0%	100,0%	100,0 %

Anexo D. Diagnostico ingreso relacionado con grupo etareo de las pacientes, UCI Ginecobstétrica Del Hospital Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva, mayo 1 a 31 julio de 2010.

PRINCIPAL DIAGNÓSTICO	ADOLESCENTES	ADULTO JOVEN	ADULTO MEDIO	ANCIANO	TOTAL
Preclamsia	0,0%	25,0%	0,0%	0,0%	25,0%
Síndrome de hellep	5,6%	13,9%	0,0%	0,0%	19,4%
AH1N1	0,0%	8,3%	0,0%	0,0%	8,3%
Sepsis	5,6%	2,8%	0,0%	0,0%	8,3%
Dengue hemorrágico	2,8%	2,8%	0,0%	0,0%	5,6%
Cardiopatía congénita	2,8%	0,0%	0,0%	0,0%	2,8%
Cardiopatía dilatada	0,0%	2,8%	0,0%	0,0%	2,8%
Colé litiasis	2,8%	0,0%	0,0%	0,0%	2,8%
Crisis asmática	0,0%	2,8%	0,0%	0,0%	2,8%
Eclamsia	2,8%	0,0%	0,0%	0,0%	2,8%
Estenosis aortica	0,0%	2,8%	0,0%	0,0%	2,8%
Falla ventilatoria	2,8%	0,0%	0,0%	0,0%	2,8%
Hematuria	0,0%	2,8%	0,0%	0,0%	2,8%
Laparotomía	0,0%	0,0%	2,8%	0,0%	2,8%
Peritonitis	0,0%	2,8%	0,0%	0,0%	2,8%
Píelo nefritis	0,0%	0,0%	2,8%	0,0%	2,8%
Shock hipovolemico	0,0%	0,0%	2,8%	0,0%	2,8%
BLOQUEO AV	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
ECV Hemorrágico	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
ECV Isquemico	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
EPOC	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
HSA	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
IAM	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
ICC	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Pancreatitis aguda	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
POP Disectomia	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Resección tumor cerebral	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Revascularizacion miocárdica	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Shock cardiogénico	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Shock séptico	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Taquicardia supraventricular	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
TCE	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Trauma abdominal	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
TOTAL	25,0%	66,7%	8,3%	0,0%	100,0%

Anexo E. Diagnostico egreso de las pacientes, UCI Ginecobstétrica del Hospital Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva, mayo 1 a 31 julio de 2010

DIAGNÓSTICO DE EGRESO	PACIENTES GINECOOBSTÉTRICAS	PACIENTES NO GINECOOBSTÉTRICAS	TOTAL
POP Cesárea	44,4%	0,0%	22,1%
Falla ventilatoria	8,3%	2,4%	5,2%
Embarazo de tercer trimestre	8,3%	0,0%	3,9%
Post parto	8,3%	0,0%	3,9%
Sepsis	5,6%	22,0%	14,3%
POP Laparotomía	5,6%	0,0%	2,6%
Colelitiasis en tratamiento	2,8%	0,0%	1,3%
CRISIS ASMÁTICA	2,8%	0,0%	1,3%
Dengue Hemorrágico	2,8%	0,0%	1,3%
Eclampsia severa	2,8%	0,0%	1,3%
Embarazo de segundo trimestre	2,8%	0,0%	1,3%
POP histerectomía	2,8%	0,0%	1,3%
SINDROME DE HELLP	2,8%	0,0%	1,3%
IAM	0,0%	14,6%	7,8%
ECV isquémico	0,0%	7,3%	3,9%
HSA	0,0%	7,3%	3,9%
TCE	0,0%	7,3%	3,9%
ICC	0,0%	4,9%	2,6%
Anemia	0,0%	2,4%	1,3%
Aneurisma aórtico	0,0%	2,4%	1,3%
Falla cardiaca	0,0%	2,4%	1,3%
OSTEOSINTESIS	0,0%	2,4%	1,3%
Pancreatitis	0,0%	2,4%	1,3%
POP Craneotomía	0,0%	4,8%	2,6%
POP Derivación ventrículo peritoneal	0,0%	2,4%	1,3%
POP Disectomia	0,0%	2,4%	1,3%
POP Recesión de tumor cerebral	0,0%	2,4%	1,3%
Shock cardiogénico	0,0%	2,4%	1,3%
Síndrome convulsivo	0,0%	4,9%	1,3%
Trauma abdominal	0,0%	2,4%	1,3%
TOTAL	100,0%	100,0%	100,0%
