

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

CESAR AUGUSTO CEDEÑO TOVAR
REINALDO GUTIÉRREZ BARREIRO

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
ESPECIALIZACIÓN CUIDADO CRÍTICO
NEIVA
2010

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

CESAR AUGUSTO CEDEÑO TOVAR
REINALDO GUTIÉRREZ BARREIRO

Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de Especialista
en Cuidado Crítico.

Asesor
EDILBERTO SUAZA CALDERON
Enfermero Especialista en Epidemiología

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
ESPECIALIZACIÓN 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, a mi familia.
Sin el apoyo incondicional de todos ellos, no hubiera podido emprender la aventura de
esta la Especialización.*

**CESAR AUGUSTO
REINALDO**

AGRADECIMIENTOS

Los autores expresan sus agradecimientos a:

A Dios, que siempre nos ha protegido

A la Universidad Surcolombiana, Especialización en Cuidado Critico, por darnos la oportunidad de formarnos como especialistas idóneos.

A todos los participantes mil gracias.....

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	16
1 OBJETIVOS	20
1.1. OBJETIVO GENERAL	20
1.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS	20
2. MARCO REFERENCIAL	21
2.1 ANTECEDENTES	21
2.1.1 Situación global del Cuidado Crítico en Latinoamérica	21
2.2 GENERALIDADES DE LA UCI	21
2.2.1 Características de la persona que requiere atención en UCI-Adultos	24
2.2.2 Criterios para el ingreso de pacientes a una Unidad de Cuidado Intensivo	25
2.2.2.1 Alta Prioridad	25
2.2.2.2 Prioridad I	26
2.2.2.3 Prioridad II	26
2.2.2.4 Prioridad III	26
2.2.2.5 Prioridad IV	26
2.2.2.6 Baja prioridad	26
2.3 PERFIL EPIDEMIOLOGICO	28
2.3.1 Indicadores y factores condicionantes para la atención de pacientes hospitalizados en Unidades de Cuidado Intensivo	30
2.3.2 Método A.P.A.C.H.E. II o A.P.A.C.H.E. Simplificado	31
2.3.3 Escala TISS	32
2.3.4 Clasificación Internacional de Enfermedades 10° (CIE 10)	32
2.3.5 Eventos Adversos	33
3 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	36
4 DISEÑO METODOLÓGICO	40
4.1 TIPO DE ESTUDIO	40
4.2 POBLACION	40

	Pág.	
4.3	METODO, TECNICA E INSTRUMENTO	40
4.3.1	Método	40
4.3.2	Técnica	41
4.3.3	Instrumento.	41
4.4	VALIDEZ Y CONFIABILIDAD	41
4.5	RECOLECCION DE LA INFORMACION	41
4.6	PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	42
4.6.1	Análisis de los datos	42
5	CONSIDERACIONES ÉTICAS	44
6	RESULTADOS	45
6.1	ASPECTOS SOCIODEMOGRAFICOS	45
6.2	MORBILIDAD	54
6.3	MORTALIDAD	61
6.4	EVENTOS ADVERSOS	63
6.5	FACTORES CONDICIONANTES DE LA ATENCION EN SALUD	65
6.6	ANALISIS BIVARIADO	66
7	DISCUSION	71
8	CONCLUSIONES	76
9	RECOMENDACIONES	77
	BIBLIOGRAFIA	78
	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	79
	ANEXOS	83

LISTA DE TABLAS

		Pág.
Tabla 1.	Distribución porcentual según nivel de escolaridad de los usuarios hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos de la clínica uros entre el 01 de mayo al 31 de julio de 2010	48
Tabla 2.	Distribución porcentual según municipio de origen del departamento del huila de los usuarios que ingresaron a la unidad de cuidados intensivos adultos de la clínica uros durante el 01 de mayo a julio 31 de 2010	53
Tabla 3.	Distribución porcentual de las primeras 10 causas de morbilidad según clasificación cie 10 al ingreso de los usuarios que ingresaron a la unidad de cuidados intensivos adultos de la clínica uros durante el 01 de mayo a julio 31 de 2010	54
Tabla 4.	Distribución porcentual de comorbilidades de los usuarios que ingresaron a la unidad de cuidados intensivos adultos de la Clínica Uros durante el 01 de mayo a julio 31 de 2010	55
Tabla 5.	Causas de mortalidad de los pacientes internados en la unidad de cuidados intensivos de la Clínica Uros entre el 01 de mayo al 31 de julio de 2010	62
Tabla 6.	Proporción de eventos adversos presentados en los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos adultos de la Clínica Uros entre el 01 de mayo al 31 de julio de 2010.	63
Tabla 7.	Distribución de los eventos adversos derivados de la atención clínica en pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos de la Clínica Uros entre el 01 de mayo al 31 de julio de 2010	63
Tabla 8.	Complicaciones derivadas de la realización de procedimientos en pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos de la Clínica Uros entre el 01 de mayo al 31 de julio de 2010	64

	Pág.
Tabla 9. Infecciones nosocomiales presentadas durante la estancia hospitalaria en la unidad de cuidados de la Clínica Uros entre el 01 de mayo al 31 de julio de 2010	64
Tabla 10. Diagnósticos de ingreso según edad de los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos de la Clínica Uros entre el 01 de mayo al 31 de julio de 2010	66
Tabla 11. Diagnósticos de ingreso vs según edad de los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos de la Clínica Uros entre el 01 de mayo al 31 de julio de 2010	67
Tabla 12. Diagnósticos de ingreso según sexo de los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos de la Clínica Uros entre el 01 de mayo al 31 de julio de 2010	68
Tabla 13. Diagnósticos de ingreso vs. sexo de los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos de la Clínica Uros entre el 01 de mayo al 31 de julio de 2010	69
Tabla 14. Primeras causas de morbimortalidad respecto al estrato socioeconómico de los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos de la Clínica Uros entre el 01 de mayo al 31 de julio de 2010	70

LISTA DE GRAFICAS

	Pág.
Grafica 1. Distribución porcentual según grupo etáreo de los usuarios hospitalizados en la unidad de cuidados intensivo de la clínica uros entre el 01 de mayo al 31 de julio de 2010	45
Grafica 2. Distribución porcentual por sexo de los usuarios hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos de la clínica uros entre el 01 de mayo al 31 de julio de 2010	46
Grafica 3. Distribución porcentual según nivel de escolaridad de los usuarios hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos de la clínica uros entre el 01 de mayo al 31 de julio de 2010.	47
Grafica 4. Distribución porcentual según ocupación de los usuarios hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos de la clínica uros entre el 01 de mayo al 31 de julio de 2010	49
Grafica 5. Distribución porcentual según estado civil de los usuarios hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos de la clínica uros entre el 01 de mayo al 31 de julio de 2010.	50
Grafica 6. Distribución porcentual según estrato socioeconómico de los usuarios hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos adultos de la clínica uros entre el 01 de mayo al 31 de julio de 2010	51
Grafica 7. Distribución porcentual según seguridad social de los usuarios hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos de la clínica uros entre el 01 de mayo al 31 de julio de 2010.	52

	Pág.
Grafica 8. Distribución porcentual según lugar de procedencia de los usuarios hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos de la clínica uros entre el 01 de mayo al 31 de julio de 2010.	53
Grafica 9. Distribución porcentual según servicio de procedencia de los usuarios hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos de la clínica uros entre el 01 de mayo al 31 de julio de 2010	56
Grafica 10. Distribución porcentual según servicio de procedencia extra institucional de los usuarios hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos de la Clínica Uros entre el 01 de mayo al 31 de julio de 2010	56
Grafica 11. Distribución porcentual según servicio de procedencia intra institucional de los usuarios hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos de la Clínica Uros entre el 01 de mayo al 31 de julio de 2010	57
Grafica 12. Distribución porcentual según tiempo transcurrido desde la solicitud del servicio al ingreso de los usuarios a la unidad de cuidados intensivos de la Clínica Uros entre el 01 de mayo al 31 de julio de 2010	58
Grafica 13. Plan de manejo instaurado al ingreso de los usuarios de la unidad de cuidados intensivos de la Clínica Uros entre el 01 de mayo al 31 de julio de 2010	59
Grafica 14. Distribución porcentual según destino al egreso de los usuarios de la unidad de cuidados intensivos de la Clínica Uros entre el 01 de mayo al 31 de julio de 2010	59
Grafica 15. Plan de manejo al egreso de los usuarios que fueron hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos de la Clínica Uros entre el 01 de mayo al 31 de julio de 2010.	60

Grafica 16.	Distribución porcentual de la mortalidad según tiempo de hospitalización de los usuarios que ingresaron a la unidad de cuidados intensivos de la Clínica Uros entre el 01 de mayo al 31 de julio de 2010.	61
--------------------	---	----

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo A Factores condicionantes de la atención en salud	84

RESUMEN

OBJETIVO: El presente estudio describe el perfil epidemiológico de los pacientes que ingresaron a la unidad de cuidado intensivo adulto de la clínica UROS S.A. de la ciudad de Neiva, teniendo en cuenta las variables sociales, demográficas, de morbilidad, mortalidad, y de factores intrínsecos y extrínsecos resultantes de la prestación de la atención en salud.

MATERIAL Y MÉTODOS. Se presentaron 106 pacientes; de los cuales solo 104 cumplieron con los criterios de inclusión debido a dos reingresos a los cuales se les realizó el seguimiento durante toda su estancia en la unidad.

El estudio fue de tipo descriptivo prospectivo en el que se tomó como unidad de análisis toda la población que ingresó a la unidad durante un periodo de tres meses comprendido entre el 1 de Mayo y el 31 de Julio de 2010.

RESULTADOS. Durante este período se aplicó la encuesta a 104 pacientes de los cuales el 46% perteneció al sexo masculino, el promedio de edad fue de 61 años, con una mediana de 64 años, el 62.51% perteneció al régimen subsidiado y el 33.65% pertenecieron al régimen contributivo. El 24.9% padecieron algún evento cardiovascular, donde el infarto agudo del miocardio y la angina inestable con un 17,2% ocuparon el primer lugar. Las complicaciones respiratorias con un 21.2% fueron la segunda causa de ingreso. La mortalidad global de la unidad fue de un 21%, con una incidencia de eventos adversos del 13.46%.

Palabras clave: Perfil epidemiológico, Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), paciente crítico, morbilidad, mortalidad. Eventos adversos.

SUMMARY

OBJECTIVE: This study describes the epidemiological profile of patients admitted to adult intensive care unit of the clinic UROS SA the city of Neiva, taking into account of social, demographic, morbidity, mortality, and intrinsic and extrinsic factors resulting from the provision of health care

MATERIAL AND METHODS. There were 106 patients, of whom only 104 met the inclusion criteria due to two re-entries to which they perform monitoring throughout their stay in the unit.

The study was a descriptive prospective study was taken as the unit of analysis the entire population that admission to the unit for a period of three months between May 1 and July 31, 2010.

RESULTS. During this period the survey was applied to 104 patients, of whom 46% were males, average age was 61 years with a median of 64 years, 62.51% belonged to the subsidized and 33.65% belonged to contributory scheme. 24.9% suffered a cardiovascular event, where the acute myocardial infarction and unstable angina, 17.2% were in first place. Respiratory complications were 21.2% in the second cause of admission. The overall mortality of the unit was 21%, with an incidence of adverse events of 13.46%.

Keywords: Epidemiological profile, Intensive Care Unit (ICU), critically ill patients, morbidity, mortality. Adverse events.

INTRODUCCION

La unidad de cuidados intensivos (UCI) 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. Debido a que el estado de estas personas es crítico, la UCI es un área dotada de infraestructura y equipos altamente especializados en la que trabajan profesionales y personal entrenado, que proporcionan atención acorde a las características de este tipo de pacientes; en aras de suplir sus necesidades básicas relacionadas con la fisiología (respirar con normalidad, comer y beber, excretar desechos, movimiento y mantenimiento de la postura adecuada, descansar y dormir, mantener una temperatura corporal adecuada), la seguridad (higiene corporal y evitar peligros del entorno), la autoestima (comunicarse, expresar emociones, necesidades, miedos), con la pertenencia grupal (culto a una religión) y con la auto-actualización (trabajar, recrearse y satisfacer su curiosidad). Estas necesidades que son básicas de todo ser humano y que debido al problema de salud no pueden satisfacerse, más aún en los pacientes críticos que muestran gran o total dependencia; es entonces, donde el rol del profesional de Enfermería actúa y desempeña un papel fundamental en el tratamiento y recuperación del paciente.

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

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

Por ende, entender el proceso dinámico de salud-enfermedad en las UCI de nuestro medio implica conocer la situación de salud de cada paciente que es hospitalizado en la unidad, relacionarla con la morbilidad, mortalidad, estudiar los factores condicionantes asociados a la morbilidad: personal de salud debidamente especializado y entrenado, disponibilidad de equipos biomédicos, insumos, seguridad, utilizar indicadores asistenciales que evalúen la eficacia de

nuestra labor y la eficiencia de la prestación de los servicios, priorizar en los problemas encontrados y orientar intervenciones que mejoren la calidad en la atención y que de cierto modo se conviertan en factores protectores para la recuperación del mismo¹.

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

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

En nuestro medio, desde la creación de las unidades de cuidado intensivo en la ciudad de Neiva, solo se encontró un estudio publicado, en el que se analizan algunas de las variables sociodemográficas y de morbimortalidad de los pacientes hospitalizados en la UCI del Hospital Universitario de Neiva entre 1997 y 1998⁴. Desde entonces no se ha documentado ningún perfil epidemiológico que caracterice las condiciones del paciente hospitalizado en las UCI; a excepción de 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 2004, Aspectos relevantes de los pacientes con diagnóstico de Sepsis en UCI. Caracterización Epidemiológica, factores de riesgo, agentes etiológicos y patrones de riesgo de los pacientes con infección urinaria nosocomial 2007 a 2008, y en la clínica Medilaser durante el 2008 sobre

Resistencia Bacteriana en pacientes infectados en la Unidad de Cuidados Intensivos.

La clínica UROS S.A. Institución prestadora de servicios de salud IPS de III nivel de atención, ubicada en la carrera 6 No 16 35 del barrio Quirinal de la ciudad de Neiva, la cual cuenta con una unidad de cuidados intensivos adultos y una neonatal, presta servicios de atención en salud a población del régimen subsidiado, vinculado y contributivo de Neiva y región Surcolombiana. Locativamente la unidad de cuidados intensivos Adulto cuenta con once camas debidamente habilitadas y un grupo de personal capacitado y entrenado compuestos por Médicos, Enfermeros, Fisioterapeutas, auxiliares de Enfermería y personal administrativo; a demás de contar con infraestructura y tecnología de punta la clínica ha logrado un auge y desarrollo con que contribuye al bienestar de la población Neiva, Huilense y sur colombiana.

Por ende, la necesidad de conocer cuál es el perfil epidemiológico de los pacientes hospitalizados en la UCI adulto de la clínica UROS de Neiva, 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 institucionales según necesidades específicas y justificadas con realidades encontradas.

En la UCI, el registro bioestadístico se realiza de carácter obligatorio pero de forma somera; donde se refleja la morbimortalidad, promedio ingreso, complicaciones, infecciones nosocomiales. Por lo tanto se planteó describir el perfil epidemiológico del paciente críticamente enfermo que ingresa a la UCI donde resaltamos que es: novedoso por ser el primer estudio realizado en la clínica por profesionales de enfermería, a partir del cual; nos permite desarrollar nuevos proyectos investigativos y orientar planes de mejoramiento o intervenciones a partir de éstos resultados; Útil porque se espera, identificar la caracterización de la población, morbimortalidad, estado socioeconómico, principales patologías que se presentan, estado de salud previo, y así lograr determinar el impacto de los programas de promoción y prevención; Además, sirve como base para realizar estudios de seguimiento epidemiológico y microbiológico de los pacientes e identificar los factores asociados a la morbilidad; y factible ya que se cuenta con la participación de personal de enfermería que labora en la misma institución, lo cual facilita la accesibilidad a la información, logrando abarcar todos los puntos que se pretenden desarrollar.

De acuerdo a lo anteriormente expuesto y motivados por la realización de la Especialización de Cuidado Crítico en Enfermería en la Universidad Surcolombiana, se decide abordar este estudio en la unidad de Cuidado

Intensivo Adulto de la clínica UROS S.A. de la ciudad de Neiva como requisito de grado en el área de investigación y en aras de caracterizar la población atendida en la clínica teniendo en cuenta factores sociodemográficos, morbilidad, mortalidad y factores de riesgo tanto del paciente como del ambiente lo que traduce el primer perfil epidemiológico de la población de UCI adulto de la clínica.

1. OBJETIVOS

1.1 OBJETIVO GENERAL

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

1.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

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

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

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

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

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

2. MARCO REFERENCIAL

2.1 ANTECEDENTES

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

La Organización Mundial de la Salud recomienda 4-4,75 camas por 1000 habitantes para hospitales en poblaciones de más de 100.000 habitantes; 3-4 camas por 1000 en poblaciones de 25.000-100.000 habitantes y 2,5-3 camas/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 Johns Hopkins de Baltimore (EEUU), creó la primera UCI para atender el posoperatorio 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 anestesia⁶.

Así mismo, durante la década de los 40's, hubo dos acontecimientos que tuvieron gran influencia en el desarrollo de las UCI, uno de ellos fue la segunda guerra mundial, que requirió infraestructura para atender los grandes heridos de la guerra, y el segundo fue la poliomielitis que se dio en Europa Y EEUU,

cuyos afectados necesitaron cuidados respiratorios avanzados y tratamientos con ventiladores artificiales, denominados en ese entonces “el pulmón de acero”. Simultáneamente se producía un importante desarrollo tecnológico y los anestesiólogos adquirían conocimientos y habilidades para la entubación endotraqueal y el tratamiento posoperatorio de los pacientes quirúrgicos, por lo que aparecieron en la mayoría de hospitales las unidades de cuidados posoperatorios. Esta evolución 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 SHAI0 y Hospital Militar; en el departamento del Huila en 1997, se inicia con la unidad de cuidados intensivos polivalente en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva.

De acuerdo a los antecedentes existentes y a la necesidad de crear unidades de cuidado intensivo, en Colombia el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) reglamentan que en las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) de tercer y cuarto nivel de complejidad, dentro de sus requisitos mínimos, se incluya la unidad de cuidados intensivos. En tanto, para un hospital de este nivel es prioritario contar con recurso humano calificado para asegurar una mejor asistencia a los pacientes que requieran procedimientos de alta complejidad.

Las características de una 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, 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 continúa, bombas de infusión enteral y parenteral, desfibrilador, marcapasos externo digital, equipo de órganos de los sentidos, ventilador de transporte, electrocardiógrafo digital, estimulador de nervio periférico, marcapasos interno transitorio (unicameral y/o bicameral), fuente central de oxígeno, aire comprimido y vacío, carro de paro, entre otros; los cuales permiten una identificación oportuna del diagnóstico que orienta hacia un tratamiento individualizado de acuerdo a la patología de cada usuario, logrando así disminuir complicaciones y niveles de mortalidad⁷.

A nivel de estructura física las UCI 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 deposito de material estéril e insumos, área para deposito de equipos, área de aseo, las camas deben estar dispuestas de manera que permitan el monitoreo y control visual permanente, tomas eléctricas suficientes para mantener los equipos conectados, debe contar con lavamanos para visitantes y/o personal asistencial a la entrada del servicio⁸.

En cuanto a recurso humano la UCI 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 área⁹.

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.

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

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%¹⁰.

Un estudio realizado en el hospital universitario de Neiva “Hernando Moncaleano Perdomo” el cual investigo sobre los aspectos epidemiológicos de los pacientes atendidos en la UCI 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 numero de ingresos proceden de la ciudad de Neiva, el sistema de salud al cual se encuentran inscritos es del SISBEN y el diagnostico de egreso en mayor proporción es de origen cardiovascular.

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

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

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

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

Esta categoría excluye pacientes con enfermedades crónicas subyacentes y pacientes terminales

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

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

2.2.2.4 Prioridad III. Pacientes inestables, críticamente enfermos, pero que tienen reducidas posibilidades de recuperación por la enfermedad de base o por la condición aguda del momento, Pueden recibir tratamiento intensivo pero con limitaciones en algunas maniobras: Intubación, Reanimación cardio 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 cardíaca (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 cráneo 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 mayo 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 presores, Hipotensión postural con caída de la PAS mayor de 20 mmHg

post bolo de 1000 ml, Sangrado masivo: pérdida de 30% o más de la volemia o que requiere más de 6 unidades de sangre en 24 horas, PT mayor de 12 s
Pancreatitis: 3 o más criterios de Ranson, Ajuste fino Pre-operatorio, IAM 6 meses antes

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

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

2.3 PERFIL EPIDEMIOLOGICO

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

En Colombia, el decreto reglamentario 3518 del 09 de Octubre del 2006 el cual “reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública, SIVIGILA, para la provisión en forma sistemática y oportuna, de información sobre la dinámica de los eventos que afecten o puedan afectar la salud de la población, con el fin de orientar las políticas y la planificación en salud pública; tomar las decisiones para la prevención y control de enfermedades y factores de riesgo en salud; optimizar el seguimiento y evaluación de las intervenciones; racionalizar y optimizar los recursos disponibles y lograr la efectividad de las acciones en esta materia, propendiendo por la protección de la salud individual y colectiva”. Bajo los principios de eficacia, eficiencia, calidad, previsión, y unidad; y la integralidad de los componentes del sistema de vigilancia epidemiológica se recopilara, analizara, interpretara, actualizara, divulgara y evaluara de forma sistemática y oportuna la información de los eventos en salud encontrados

durante el desarrollo del presente estudio. Con el fin de adoptar no solo acciones de prevención y control en salud pública, sino también, medidas administrativas y protocolos en salud que mejoren las falencias y calidad de atención en cada institución prestadora de servicios de salud (IPS) objeto de estudio.

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

La variable se presenta como una propiedad no constante, que cambia o puede cambiar en un individuo o varios individuos dentro de un grupo o varios grupos, que posee un conjunto de datos o valores cualitativos o cuantitativos que representan una característica estudiada de un objeto, por consiguiente las variables tenidas en cuenta son:

Variables Cuantitativas

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

Variables Cualitativas

- Sexo: Condición orgánica que distingue al hombre de la mujer
- Ocupación: Actividad que se realiza un persona del cual obtiene sus ingresos para suplir sus necesidades o en la que ocupa la mayor parte de su tiempo.
- Estado civil: Condición relacionada con el establecimiento y sostenimiento de una relación de pareja.
- Escolaridad: Formación alcanzada con base en último nivel cursado y aprobado.
- Pertenencia SGSSS: Forma o régimen a través del cual se hace parte del SGSSS.

- Sitio de referencia: Institución o servicio en el que estaba el paciente antes de llegar a la UCI.
- Lugar de residencia: Lugar en el que vive, donde tiene su núcleo familiar.
- Morbilidad: Proporción de personas que enferman en un lugar durante un período de tiempo determinado en relación con la población total de ese lugar.
- Complicaciones: situación que agrava y alarga el curso de una enfermedad y que no es propia de ella.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La puntuación total de A.P.A.C.H.E. se obtiene sumando los puntos correspondientes a cada uno de los apartados mencionados. El método A.P.A.C.H.E. II es útil para estratificar a los pacientes críticos por grupos en

base al riesgo de mortalidad que presentan, independientemente de la enfermedad de base. Presenta una correlación significativa con el riesgo de muerte. Estas predicciones no tienen una aplicación individual pero permiten evaluar y comparar resultados entre distintas unidades o distintos programas de tratamiento.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Según el Ministerio de la Protección Social el listado de referencia de eventos adversos trazadores de la calidad de la atención en salud son 46, de los cuales son más relevantes en UCI: accidentes postransfusionales, complicación de procedimiento, infección nosocomial, convulsión febril intrahospitalaria, pacientes con trombosis venosa profunda, pacientes con neumonías broncoaspirativas, pacientes con úlceras por presión, shock hipovolemico post-

parto, distocia inadvertida, maternas con convulsión intrahospitalaria, cirugía en parte equivocada o en paciente equivocado, pacientes con hipotensión severa en post – quirúrgico, pacientes con infarto en las siguientes 72 horas post – quirúrgico, reingreso a la unidad por la misma causa antes de 72 horas, suicidio de pacientes internados, caídas desde su propia altura intra – institucional, retención de cuerpos extraños en pacientes internados, quemaduras por electrocauterio, flebitis en sitios de venopunción, luxación post - quirúrgica en reemplazo de cadera, asalto sexual en la institución, neumotórax por ventilación mecánica, deterioro del paciente en la clasificación en la escala de Glasgow sin tratamiento, reacción medicamentosa, reacción alimentos, TEP paciente hospitalizado no previsto a su ingreso, ECV paciente hospitalizado no previsto a su ingreso, falla renal POP, hipoglicemia en paciente hospitalizado (menor de 50mg/dl), no cumplimiento de órdenes medicas, inadecuada o no preparación de paciente para procedimiento, inoportunidad en la realización de terapias (física, lenguaje, ocupacional, respiratoria), reintubación de paciente no prevista.

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

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

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

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

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

Cumpliendo con el derecho que tiene el paciente y la familia de este, la información sobre su patología, pronóstico, procedimientos, medicamentos y demás comentarios propios de la atención es proporcionada por el médico especialista durante la estancia en la unidad y en el momento de la visita de los familiares. En las 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	Intervalos	Edad en años cumplidos iniciando desde los 14 años
	Sexo	Condición biológica al nacer	Nominal	Masculino Femenino
	Escolaridad	Formación alcanzada con base en último nivel cursado y aprobado	Ordinal	Ninguno, primaria incompleta, primaria completa, secundaria incompleta, secundaria completa, técnica, universitaria o postgrado.
	Ocupación	Actividad que realiza el paciente del cual obtiene sus ingresos para suplir sus necesidades o en la que ocupa la mayor parte de su tiempo.	Nominal	Ninguna Empleado Empleado Independiente. Oficios del hogar Estudiante Otro. Cuál
	Estado civil	Condición relacionada con el establecimiento y sostenimiento de una relación de pareja.	Nominal	Soltero, casado, viudo, separado, unión libre.
	Estrato socioeconómico	Categorización según metodología definida en Colombia para medir nivel de pobreza	Nominal	1, 2, 3, 4, 5, 6.
	Sistema General de Seguridad	Régimen a través del cual se hace parte del SGSSS.	Nominal Proporción	Contributivo, subsidiado, vinculado, SOAT, régimen especial o desplazado

	Social en Salud SGSSS			
	Lugar de Residencia	Lugar en el que vive, donde tiene su núcleo familiar.	Nominal 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	proporciones	Taxonomía del CIE 10 Sistemas funcionales alterados: (SNC, SNA, CVC, RESP, REN, GTI,). Especialidades médicas tratantes.
	Clasificación al ingreso	Tipificación de la complejidad del estado de salud del paciente al ingreso a la unidad.	Ordinal	Clasificación APACHE TISS 28
	Servicio de procedencia	Área de referencia hospitalaria que envía el paciente a la unidad de cuidado intensivo.	Nominal	Institucional: Observación, Urgencias, salas de Cirugía, hospitalización, consulta externa, entre otras. Extraintucional: 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 instaurados al ingreso del	Nominal	Necesidad de soporte ventilatorio, apoyo vasoactivos e inotrópico, monitoreo hemodinámico, sedación, Antibioticoterapia, manejo de

		usuario a la unidad.		posoperatorio de cirugía mayor, control de trombolisis.
	Tiempo de duración del plan de manejo inicial	Tiempo total transcurrido desde el inicio de la aplicación del plan de manejo inicial hasta su modificación	Intervalos	Intervalos por horas.
	Días hospitalización en la UCI	Número total de días que permanece el paciente en la UCI.	Numérica	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 replazo 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.	Nominal	Los 32 eventos adversos (prevenibles y no prevenibles) definidos para el área de la UCI

4 DISEÑO METODOLÓGICO

4.1 TIPO DE ESTUDIO

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

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

4.2 POBLACION

En esta investigación no se determinó unidad de análisis puesto que se tomó toda población de pacientes que ingresaron a la unidad de cuidado intensivo (UCI) Adulto de la clínica Uros S.A. de la ciudad de Neiva desde el 1 de Mayo al 31 de julio del año 2010; con seguimiento a los pacientes que fueron hospitalizados en los últimos dos días hasta los primeros quince días del mes de agosto de 2010 en caso de que el estado de salud así lo requiriera; y la unidad de información fue la historia clínica de los pacientes hospitalizados y la lista de chequeo que permitió evaluar los factores condicionantes propios de los pacientes y los relacionados con el ambiente.

4.3 METODO, TECNICA E INSTRUMENTO

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

4.3.2 Técnica. Se utilizó la técnica de entrevista directa con los familiares de los pacientes al ingreso en caso de imposibilidad para la comunicación o la revisión documental de la Historia Clínica de remisión e ingreso a la unidad con el fin de obtener la información de los aspectos socio demográficos y la observación del área (Unidad de cuidados intensivos) plasmados en el instrumento y lista chequeo.

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

4.4 VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

La confiabilidad se obtuvo una vez aplicada la prueba piloto a un total de quince (15) pacientes, lo cual correspondió al 25% del total de ingresos del mes de marzo de 2010. Al evaluar y analizar los resultados obtenidos; se realizaron los ajustes necesarios una vez que se comprobó la medición de los ítems que deseaban evaluar. La validez se consiguió una vez se concertó el instrumento final con los docentes expertos en investigación y comité ético de la universidad Surcolombiana.

4.5 RECOLECCION DE LA INFORMACION

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

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

En las situaciones en las que el paciente ingreso o egreso de la unidad durante un turno (tiempo) en que el investigador no se encuentre en la unidad, se recurrió a la

revisión del libro de ingresos y egresos (censo hospitalario) obteniendo datos de identificación para la posterior búsqueda de la historia clínica sistematizada o física en el servicio donde se encuentre hospitalizado el paciente o en el área de facturación. En las ocasiones en que el usuario tubo una estancia corta menor de seis horas en la unidad ya fuese por egreso de la institución y/o fallecimiento, se procedió a llamar a los familiares para realizar la respectiva entrevista y obtener los datos complementarios no registrados en la historia clínica institucional, necesarios para el análisis.

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

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

4.6 PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

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

4.6.1 Análisis de los datos. Una vez codificados los datos y transferidos al programa EPI-INFO versión 6,04, los investigadores analizaron por medio de tablas bivariantes y gráficos (barras, histogramas y circulares), que mostraron las frecuencias y porcentajes de cada una de las variables; se realizo un análisis de estadística descriptiva para cada una de sus items y luego describieron la relación entre éstas. Se utilizaron medidas de variabilidad que indicaron la dispersión de los datos en la escala de medición, las cuales reflejaron los intervalos y estos a su vez designaron distancias o un número de unidades en la escala de medición. La medida de variabilidad utilizada fue el rango.

Se realizó el cruce de las siguientes variables:

- Diagnostico de Ingreso Vs sexo
- Diagnostico de Ingreso Vs Edad
- Diagnostico de ingreso Vs estrato socioeconómico
- Diagnostico de ingreso Vs Eventos adversos
- Eventos adversos Vs Días de hospitalización

Indicadores:

- Morbilidad = No. Ingresos durante el periodo
- Mortalidad = $\text{No. Muertes en el periodo} / \text{Total egresos en periodo} * 100$
- Promedio estancia = $\text{No. Total días estancia de los pacientes en el periodo} / \text{Total pacientes que egresaron en el periodo} * 100$
- Porcentaje ocupacional = $\text{No. Total días cama ocupada en el periodo} / \text{No. Total días cama disponible en el periodo} * 100$
- Giro cama = $\text{No. Total pacientes que ingresaron en el periodo} / \text{camas disponibles en el periodo}$
- Incidencia de eventos adversos = $\text{No. Total eventos adversos reportados en el periodo} / \text{Total ingresos en el periodo} * 100$

5. CONSIDERACIONES ÉTICAS

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

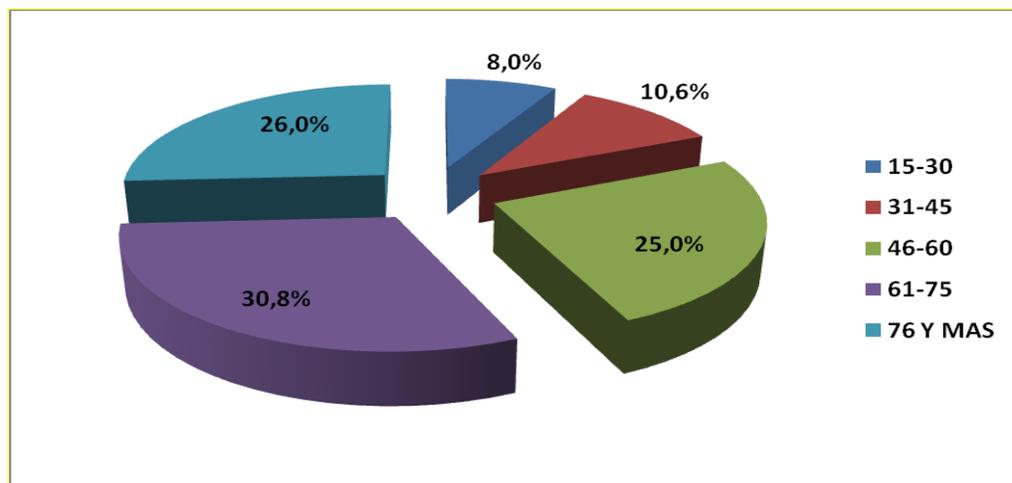
Teniendo en cuenta que el grupo de los investigadores estaba conformado por un empleado de la institución y un agente externo que pertenecía a la especialización en cuidado critico de la universidad surcolombiana; para la recolección de la información se solicito autorización por escrito ante las directivas de la institución en cabeza de la dirección médica, la cual emitió carta de respuesta a la solicitud realizada, (Ver anexo No. 5); además de presentar la propuesta de investigación en aras de la aprobación por el comité de Ética de la Universidad Surcolombiana. En este estudio se garantizo el respeto a la dignidad de las personas, su libertad y autodeterminación, prevención de daños, tensiones y salvaguardar la vida privada y la confidencialidad de la identidad de los sujetos participantes.

6. RESULTADOS

Se realizó el respectivo seguimiento durante tres meses a los usuarios que ingresaron a la unidad de cuidado intensivo adulto del 01 de Mayo a 31 de Julio de 2010, tiempo definido para la recolección de la información. Se obtuvo un total de 106 pacientes; de los cuales solo 104 cumplieron con los requisitos de inclusión debido a dos reingresos. Una vez ejecutada la prueba piloto, se realizaron los ajustes pertinentes al instrumento y lista de chequeo; lo que permitió desarrollar los ítems sociodemográficos, morbilidad, mortalidad y factores de riesgo derivados de la atención en salud, se realizó seguimiento hasta el día 15 de agosto de 2010 a un total de tres usuarios con estancia prolongada en la unidad, con lo que finalmente se pudo ingresar, tabular, procesar y analizar la información. Al describir y analizar los indicadores epidemiológicos y de gestión durante el periodo de estudio se obtuvo una mortalidad global del 21%, un promedio de estancia días hospitalarios de 102, porcentaje ocupacional del 91%, giro cama de 9.4 pacientes y una incidencia de eventos adversos del 13.46%.

6.1 ASPECTOS SOCIODEMOGRAFICOS

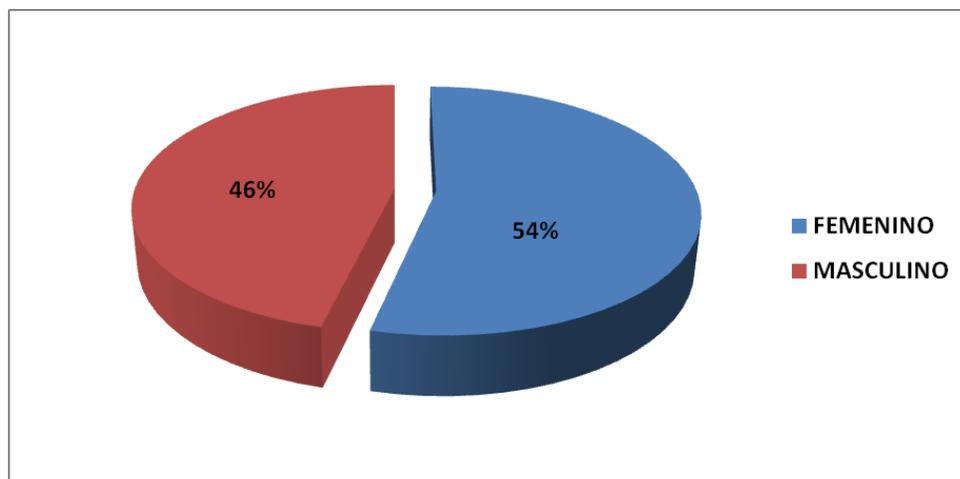
Grafica 1. Distribución porcentual según grupo etáreo de los usuarios hospitalizados en la unidad de cuidados intensivo de la clínica uros entre el 01 de mayo al 31 de julio de 2010



Fuente: Historia clínica

El 56,8% del total de los pacientes que ingresaron a la UCI Adultos se encuentran en un rango de edad superior a los 61 años, y en segunda proporción se encuentra el rango de 41 a 60 años con un 25%, lo que refleja que el 82% de los pacientes que ingresan a la UCI son mayores de 45 años. El promedio de edad durante el periodo observado fue de 61 años, con una mediana de 64 años, la edad mínima fue de 15 y la máxima de 91 años. En contraste con los estudios de Dennis y Colaboradores (2002) y el de Caracterización epidemiológica del paciente crítico en un hospital de tercer nivel de atención en Pereira (2004) donde la edad promedio (mediana) encontrada fue de 53 años; Se puede concluir que la mayor proporción de la población estudiada pertenece al grupo de adulto mayor, seguida de la etapa de adulto medio.

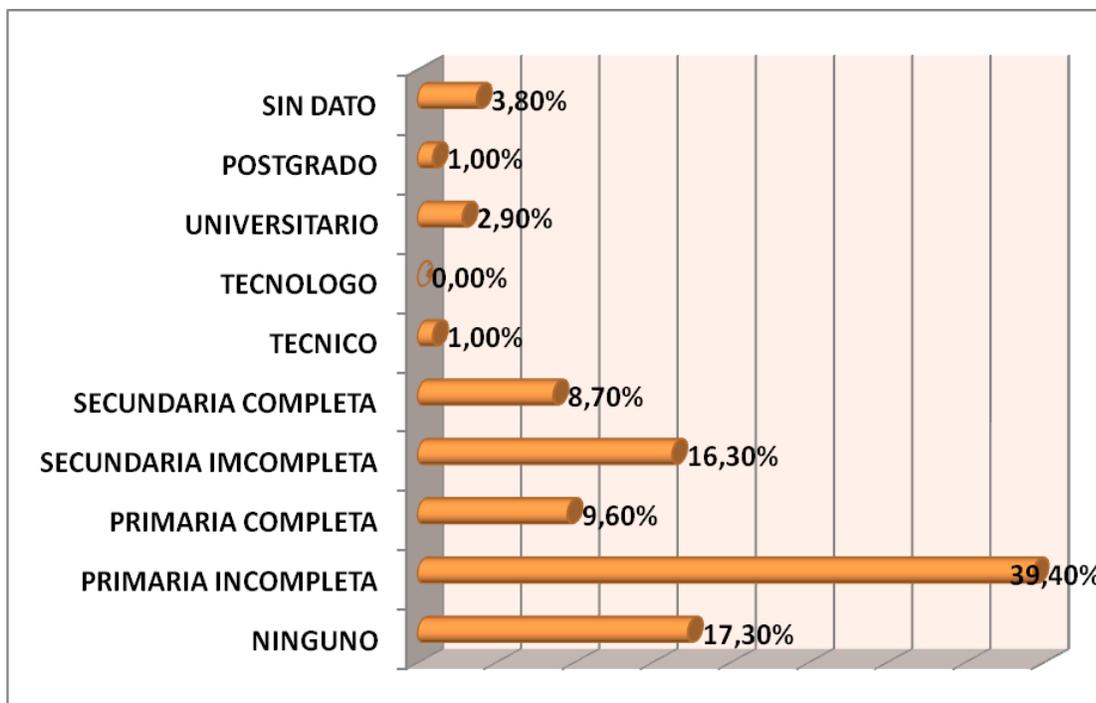
Grafica 2. Distribución porcentual por sexo de los usuarios hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos de la clínica uros entre el 01 de mayo al 31 de julio de 2010



Fuente: Historia clínica

Durante el periodo de estudio se encontró que el 54% del total de la población estudiada correspondió al sexo femenino y el 46% al sexo masculino, lo que se relaciona a las estadísticas del DANE, el cual durante su último censo realizado en el 2005, se encontró que la mayor proporción de población colombiana son mujeres con un 51,2% y defiriendo con los resultados de investigaciones previas como la del estudio de UCI A de Pereira en el que predomina el sexo masculino con el 59,3% y Dennis y colaboradores donde la mayoría de los pacientes eran varones (56,8%).

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



Fuente: Historia clínica

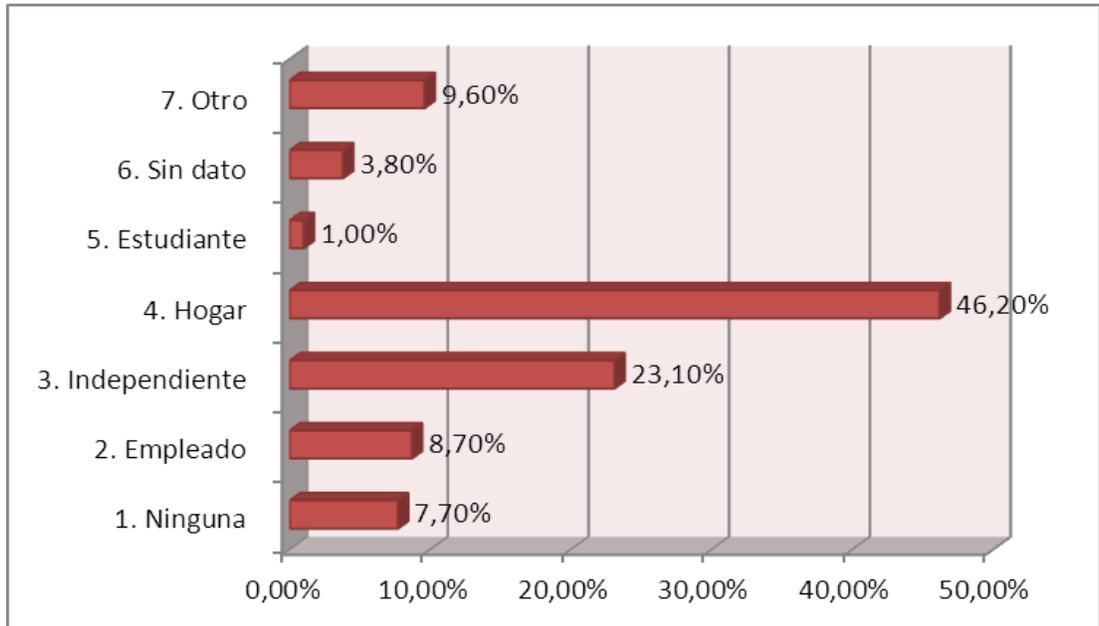
La grafica anterior denota una marcada diferencia entre los pacientes sin ningún tipo de educación, primaria y secundaria incompleta, media, técnica, superior y postgrado. Si se consideraran éstos cuatro grupos como analfabetismo, baja escolaridad (primaria y secundaria incompleta), media escolaridad (secundaria completa y técnica) y alta escolaridad (universitario y postgrado) se encontraría que el 17,30% son analfabetas, el 65,3% tienen un nivel de escolaridad bajo, el 9,7% tiene un nivel de escolaridad medio y el 3,9% de los usuarios tiene un nivel de escolaridad superior. Aunque la clínica Uros S.A. es una IPS que pertenece al sector privado, se destaca que la mayor proporción de usuarios atendidos tienen un nivel de escolaridad muy bajo, posiblemente se deba a la contratación con el régimen subsidiado y vinculado. Según el último censo del perfil educativo del departamento del Huila realizado en el 2004 donde se describe un cubrimiento del 52% de la población²⁶; se puede suponer que la escolaridad es un factor importante que puede estar interviniendo en la morbilidad sentida en la UCI al momento de evitar factores de riesgo asociados al cuidado de la salud.

Tabla 1. Distribución porcentual según nivel de escolaridad de los usuarios hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos de la clínica uros entre el 01 de mayo al 31 de julio de 2010

ESCOLARIDAD	NIVEL ESCOLARIDAD	%	IC
SIN DATO		3.80%	
POSTGRADO	SUPERIOR	3.9%	(1.5 – 9.5)
UNIVERSITARIO			
TECNOLOGO	MEDIO	9.7%	(5.3 – 16.8)
TECNICO			
SECUNDARIA COMPLETA			
SECUNDARIA INCOMPLETA	BAJO	82.6%	(74.3 – 88.8)
PRIMARIA COMPLETA			
PRIMARIA INCOMPLETA			
NINGUNO (ANALFABETISMO)			

Al determinar los intervalos de confianza para hallar diferencias estadísticas se encontró que el 82, 6% de la población (analfabetismo, primaria y secundaria incompleta) (IC 74,3 – 88.8), el 9,7 educación media (secundaria incompleta, técnico y tecnólogo) (IC 5.3 – 16.8) y el 3.9% con educación superior (universitarios y postgrado) (IC 1.5 – 9.5); Diferencias estadísticamente significativas para la baja escolaridad

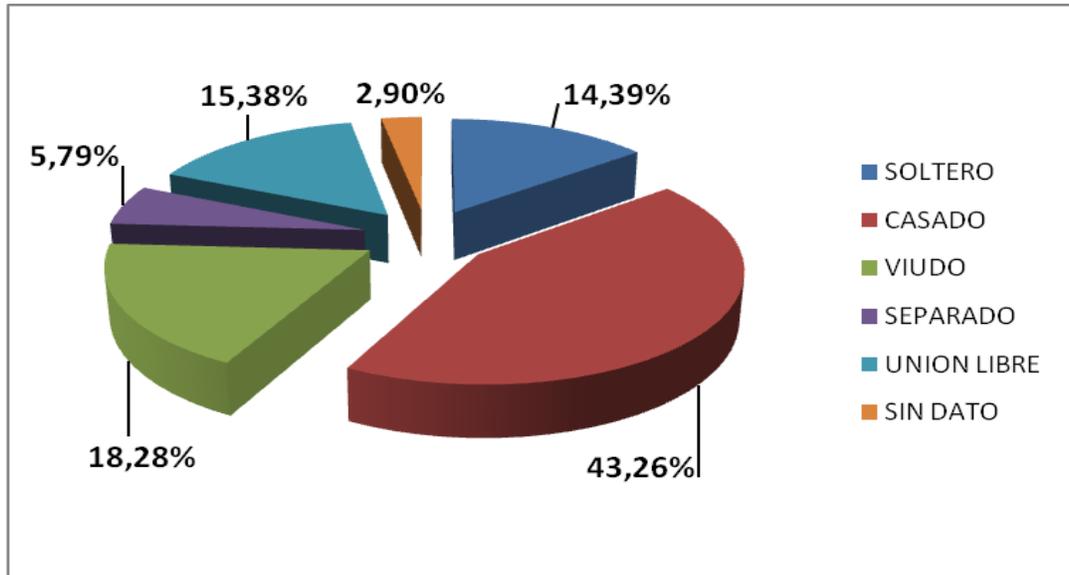
Grafica 4. Distribución porcentual según ocupación de los usuarios hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos de la clínica uros entre el 01 de mayo al 31 de julio de 2010



Fuente: Historia clínica.

Durante el periodo de estudio, teniendo en cuenta la población según sexo donde el 54% son femeninas y la edad promedio es mayor de 61 años para ambos sexos, sugiere la posible explicación del porque el 46% de la población ocupa su tiempo en oficios del hogar. Aunque el 23,10% realizan actividades independientes, el 9,60% se ocupan en otras actividades, el 8,70% son empleados, y un 7,70% no tiene ninguna ocupación, La grafica anterior describe que aproximadamente el 60% del total de los pacientes en estudio son dependientes de otras personas para su sostenimiento.

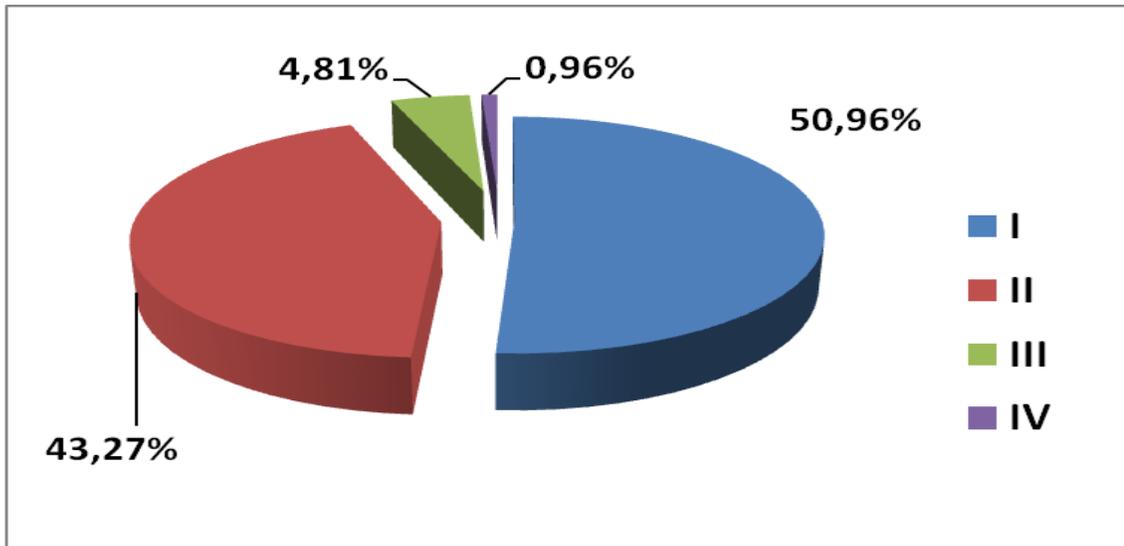
Grafica 5. Distribución porcentual según estado civil de los usuarios hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos de la clínica uros entre el 01 de mayo al 31 de julio de 2010.



Fuente: Historia clínica

El 43,26% de la población refirió estar casado. El 18,28% manifiesta ser viudo; teniendo en cuenta que el promedio de edad de la población a estudio fue de 64 años, se asocia más a esta condición de estado civil. El 15,38% convive en unión libre y el 14,39% es soltera. No se documentó en los estudios de referencia la asociación entre el estado civil y la morbimortalidad, estos hallazgos son coherentes con la base de datos de la población objeto de atención de la clínica.

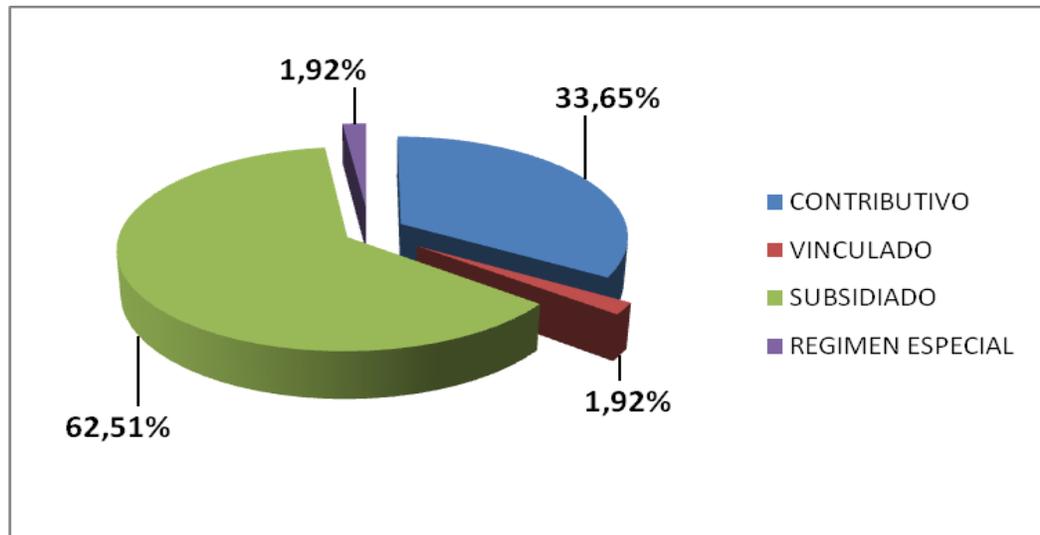
Grafica 6. Distribución porcentual según estrato socioeconómico de los usuarios hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos adultos de la clínica uros entre el 01 de mayo al 31 de julio de 2010



Fuente: Historia clínica

El 94% de la población estudiada se encuentra distribuida en los niveles socioeconómicos muy bajo-bajo (estrato I) y bajo (estrato II) con un 50.96% y 43.27%; el cual se incrementa al 99% si se agrega el nivel medio-bajo (estrato III). Se encontró que la clínica atiende en su mayoría población de estrato socioeconómico bajos inscrita al régimen subsidiado, Aunque parte de la población del régimen contributivo se encuentra dentro de estas cifras lo que sugiere una posible relación entre el nivel socioeconómico y riesgo de hospitalización en UCI.

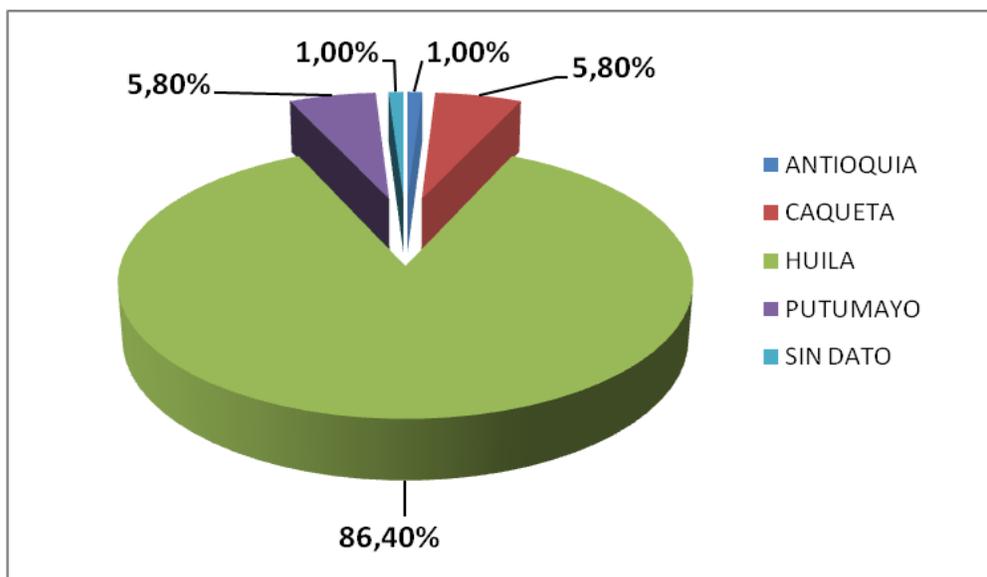
Grafica 7. Distribución porcentual según seguridad social de los usuarios hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos de la clínica uros entre el 01 de mayo al 31 de julio de 2010.



Fuente: Historia clínica

El 62.51% del total de la población atendida pertenece al régimen subsidiado y el 33.65% de los usuarios pertenecen al régimen contributivo, se resalta que aunque la clínica es una IPS privada, presta servicios de salud a IPSs, EPS y población pobre no cubierta por el POS (vinculado). No fue posible determinar la relación del total de usuarios que atiende la clínica por régimen de seguridad social con los hallazgos encontrados.

Grafica 8. Distribución porcentual según lugar de procedencia de los usuarios hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos de la clínica uros entre el 01 de mayo al 31 de julio de 2010.



Fuente: Historia clínica

Tabla 2. Distribución porcentual según municipio de origen del departamento del huila de los usuarios que ingresaron a la unidad de cuidados intensivos adultos de la clínica uros durante el 01 de mayo a julio 31 de 2010

MUNICIPIO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Neiva	42	40,38%
Pitalito	16	15,38%
Timana	6	5,77%
Otros	40	38,46%
TOTAL	104	100,00%

Fuente: Historia clínica

Durante el tiempo de estudio se obtuvo que el 86.40% (90) de la población atendida fue procedente del departamento del Huila, donde el 40.38% pertenece al municipio de Neiva, el 15.38% al municipio de Pitalito y el 5.77% al municipio de Timana. Llama la atención que el municipio de Timana remite más pacientes que otros municipios grandes del departamento como Garzón y la plata; debido tal vez al tipo de contratación.

6.2 MORBILIDAD

Tabla 3. Distribución porcentual de las primeras 10 causas de morbilidad según clasificación cie 10 al ingreso de los usuarios que ingresaron a la unidad de cuidados intensivos adultos de la clínica uros durante el 01 de mayo a julio 31 de 2010

ORDEN	PRINCIPAL DIAGNÓSTICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	Falla ventilatoria	14	13,50%
2	Emergencia hipertensiva órgano blanco cerebro	8	7,70%
3	IAM CEST	7	6,70%
4	Edema agudo de pulmón	5	4,80%
5	IAM SEST	4	3,80%
6	Sepsis de vías urinarias	4	3,80%
7	Síndrome coronario agudo	4	3,80%
8	Angina inestable	3	2,90%
9	Choque séptico	3	2,90%
10	Inminencia de falla ventilatoria	3	2,90%
	Otros	49	47,2%
	Total	104	100%

Fuente: Historia clínica

La tabla anterior denota que el 24.9% de los usuarios hospitalizados padecieron algún evento cardiovascular; dentro de las cuales el síndrome coronario agudo con o sin elevación del segmento ST y la angina inestable representan el 17.2% y la emergencia hipertensiva con órgano blanco cerebro se encuentra en segundo lugar con un 7.70%. El 21.2% de los usuarios presento alteraciones respiratorias, donde la falla ventilatoria representa el primer lugar con un 13.50%, seguido del edema agudo de pulmón 4.8% y la inminencia de falla ventilatoria con un 2.90%. Esto se relaciona con los hallazgos descritos en el estudio de Dennis y colaboradores donde predomina las patologías cardiovasculares con un 10.8% y lo reportado con el estudio de caracterización epidemiológico del paciente crítico en una institución de tercer nivel de atención Pereira 2004 donde 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.

Tabla 4. Distribución porcentual de comorbilidades de los usuarios que ingresaron a la unidad de cuidados intensivos adultos de la Clínica Uros durante el 01 de mayo a julio 31 de 2010

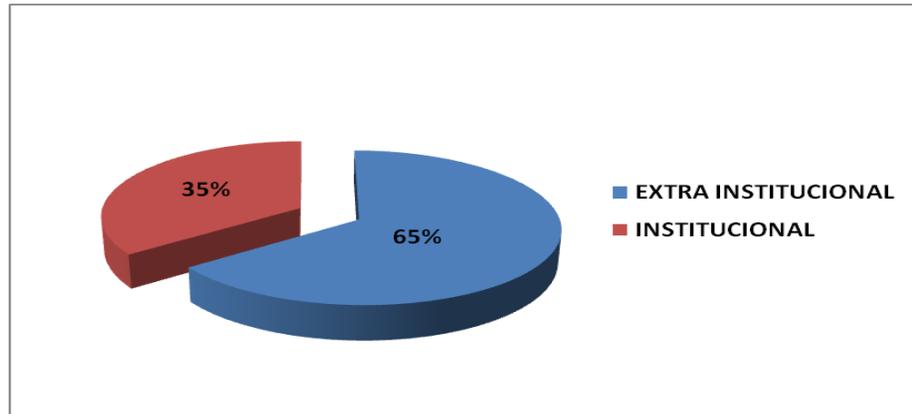
COMORBILIDADES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
HTA	49	47,12%
DM	25	24,04%
IRC	24	23,08%
EPOC	13	12,50%
ASMA	5	4,81%
Ninguno	6	5,77%

Fuente: Historia clínica

Se encontró que la mayoría de pacientes padecieron de enfermedades crónicas de base al ingreso en el 94.23%, en la cual la hipertensión arterial ocupó el primer lugar con un 47.12%, diabetes mellitus 24.04%, insuficiencia renal 23.08% y el EPOC 12.50%. A diferencia de los hallazgos del estudio realizado en Pereira en el 2004 a los pacientes en estado crítico en una unidad de tercer nivel de atención, donde solo el 25.5% presentó una enfermedad crónica de base; de las cuales las afecciones respiratorias ocuparon el primer lugar siendo el EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica) la principal con un 32.4%, La diabetes mellitus en un 24.3% y cardiopatías en un 18.9%.

Del total de la población estudiada solo el 5.77% no presentó antecedentes patológicos al ingreso.

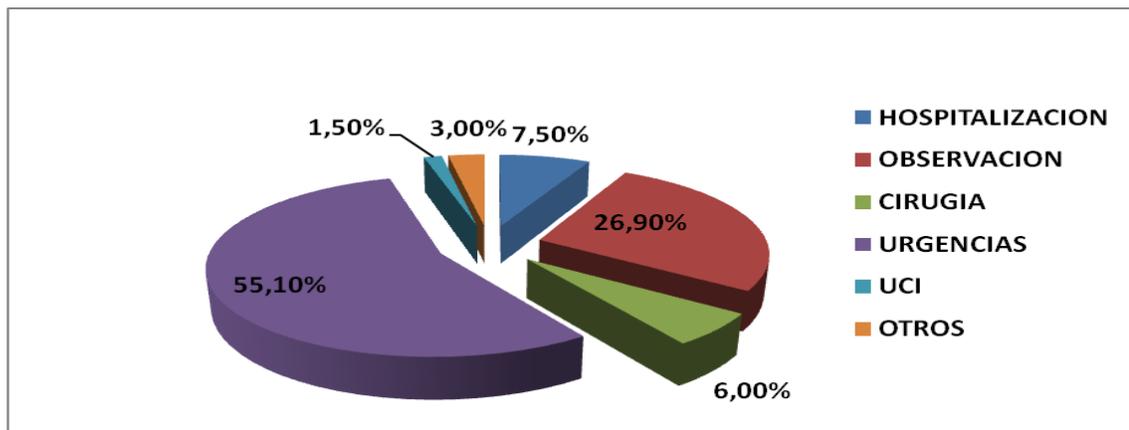
Grafica 9. Distribución porcentual según servicio de procedencia de los usuarios hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos de la clínica uros entre el 01 de mayo al 31 de julio de 2010



Fuente: Historia clínica

El 65% (85) de la población atendida durante el periodo de estudio procedieron de una institución diferente, lo cual evidencia la importancia de la unidad de cuidados intensivos de la clínica uros como centro de referencia en la red de servicios de salud a pacientes con severo compromiso de su estado de salud.

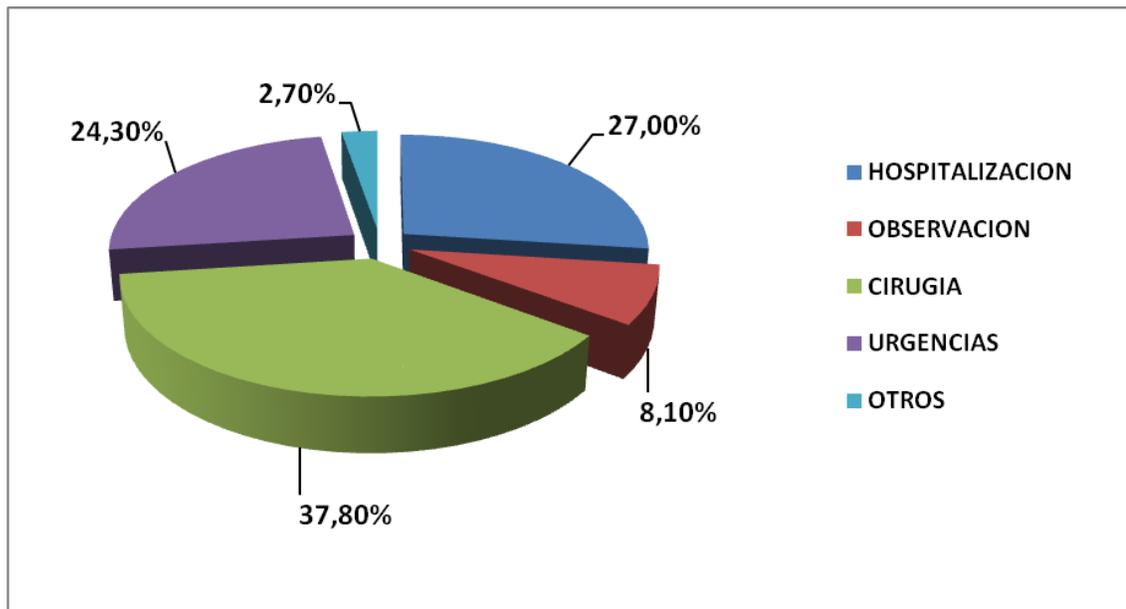
Grafica 10. Distribución porcentual según servicio de procedencia extra institucional de los usuarios hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos de la Clínica Uros entre el 01 de mayo al 31 de julio de 2010



Fuente: Historia clínica

Del total de usuarios que procedían de otra instituciones (65%), el 82% procedió de los servicios de observación – urgencias, seguidos de hospitalización y salas de cirugía con un 7,5 y 6% respectivamente. se destaca los servicios de observación y urgencias como los de mayor referencia y contrareferencia.

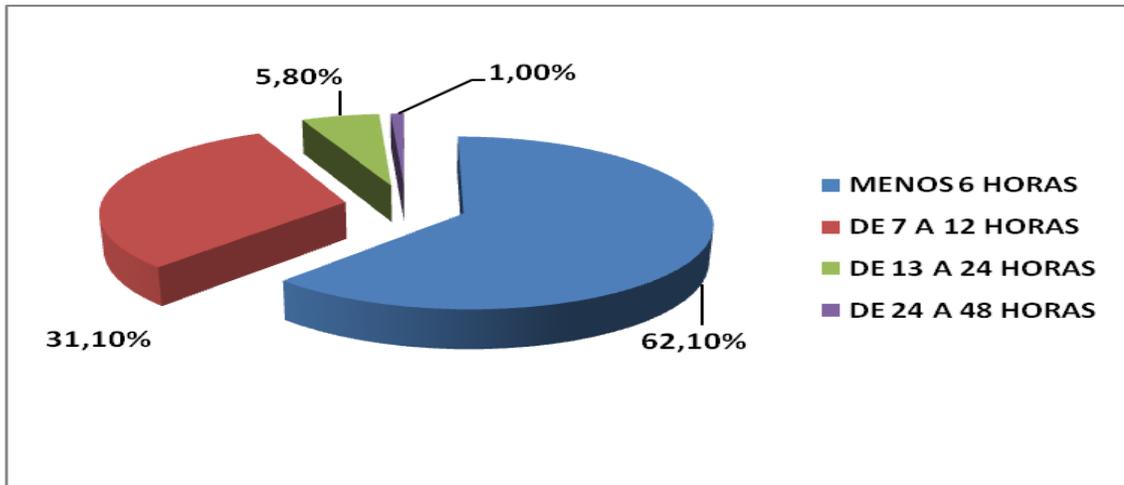
Grafica 11. Distribución porcentual según servicio de procedencia intra institucional de los usuarios hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos de la Clínica Uros entre el 01 de mayo al 31 de julio de 2010



Fuente: Historia clínica

Del 35% (19) de los usuarios que ingresaron a la unidad de Cuidado Intensivo de la clínica UROS, el 37,80% procede del servicio de salas de cirugía, no se logro establecer si el ingreso fue provisto o surgió por complicaciones postquirúrgicas no esperadas. Seguido por los servicios de observación-urgencias con un 32.40% y hospitalización con 27%. Es importante resaltar la importancia que tiene la unidad de cuidados intensivos como apoyo a los diferentes servicios que son ofrecidos en la institución.

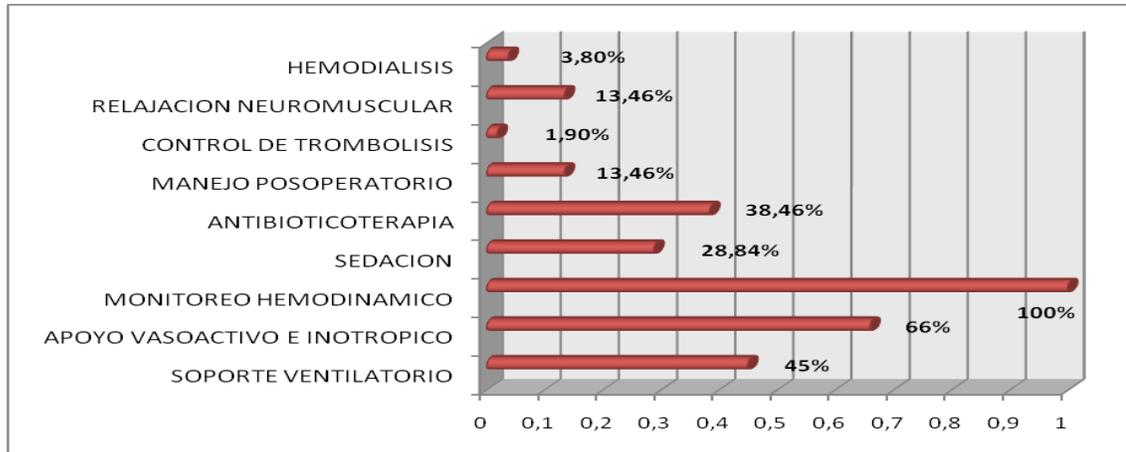
Grafica 12. Distribución porcentual según tiempo transcurrido desde la solicitud del servicio al ingreso de los usuarios a la unidad de cuidados intensivos de la Clínica Uros entre el 01 de mayo al 31 de julio de 2010.



Fuente: Historia clínica

Al determinar el tiempo transcurrido desde la solicitud de UCI y el ingreso del paciente a la unidad, se encontró que 62,10% tardó menos de 6 horas; el 29,10% entre 7 y 12 horas y el 6,8% tardó más de 12 horas. Llama la atención el alto porcentaje (37,9%) de usuarios que tardaron más de seis horas luego de haber sido aceptada la remisión; Teniendo en cuenta que los pacientes que son remitidos a la unidad de cuidado intensivo requieren atención oportuna orientada a la recuperación, rehabilitación o prevención de secuelas derivadas de su patología; la instauración temprana de la terapia intensiva se convierte en un indicador decisivo en el pronóstico del paciente, por lo tanto, desde el momento en que el paciente entra en situación crítica, peor es el resultado, considerando la supervivencia al episodio como tal²⁷.

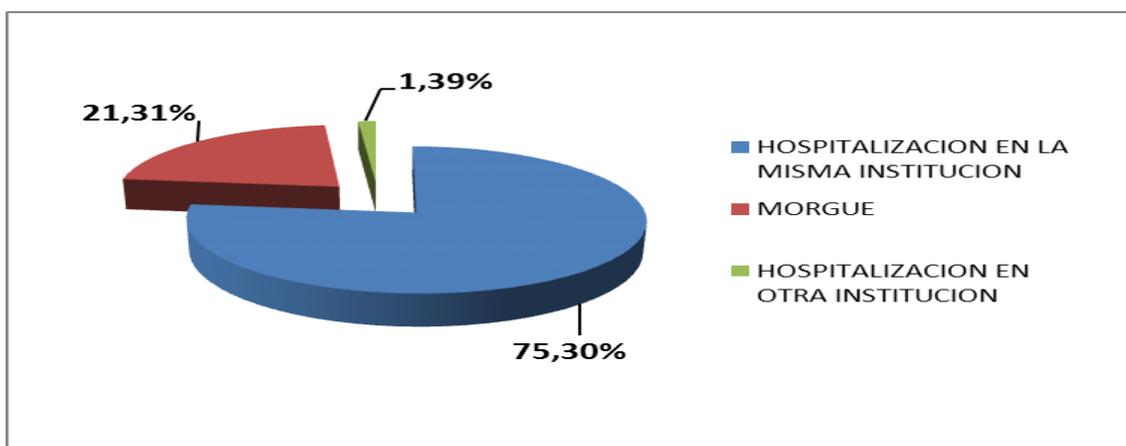
Grafica 13. Plan de manejo instaurado al ingreso de los usuarios de la unidad de cuidados intensivos de la Clínica Uros entre el 01 de mayo al 31 de julio de 2010



Fuente: Historia clínica

De la grafica anterior se pudo concluir que el 100% de los pacientes que ingresaron a la unidad de cuidados intensivos requirieron monitoreo hemodinámico; el 66% requirieron apoyo vasoactivo e inotrópico y el 45% requirió apoyo ventilatorio. Solo el 38.46% requirió antibiótico terapia de entrada, toda vez que el soporte ventilatorio se presentó en mayor porcentaje; De igual forma la sedación se instauró solo en un 28,84%.

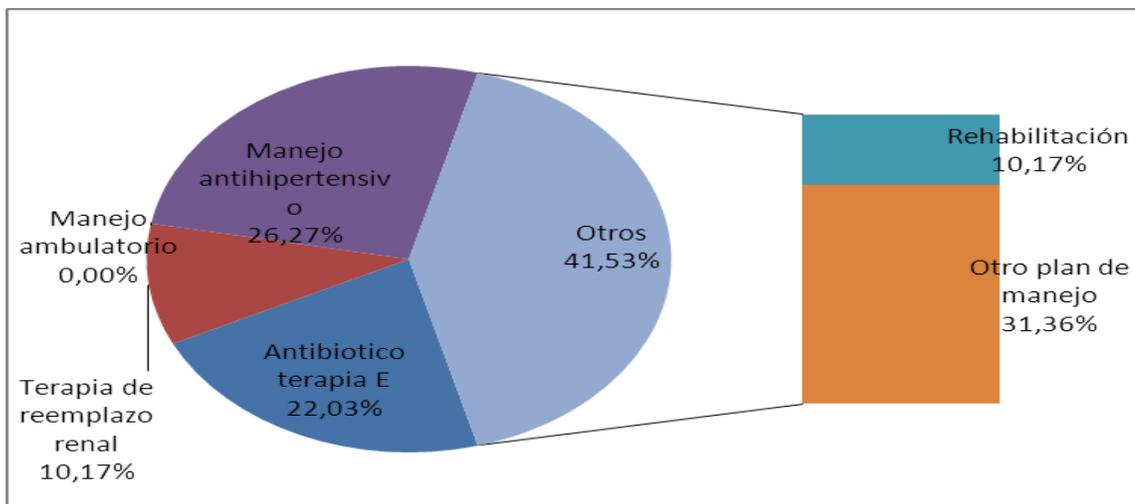
Grafica 14. Distribución porcentual según destino al egreso de los usuarios de la unidad de cuidados intensivos de la Clínica Uros entre el 01 de mayo al 31 de julio de 2010



Fuente: Historia clínica

El comportamiento del egreso de la población durante el tiempo de estudio, mostró una supervivencia del 76,69% (72), el cual en su gran mayoría (75.30%) fue hospitalizada en la misma institución. El 21,31% falleció (21) lo que refleja una alta mortalidad para el periodo en estudio. Lo anterior refleja que la clínica cuenta con un servicio de hospitalización suficiente para continuar prestando servicios a los usuarios que egresan de las UCI.

Grafica 15. Plan de manejo al egreso de los usuarios que fueron hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos de la Clínica Uros entre el 01 de mayo al 31 de julio de 2010.

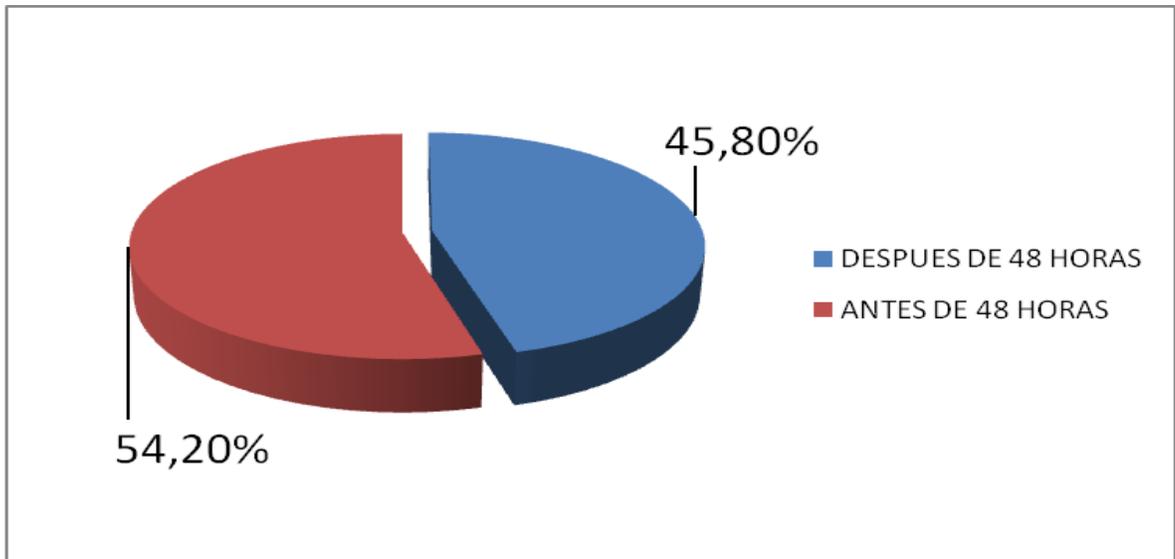


Fuente: Historias Clínicas

Teniendo en cuenta las causas de ingreso de la población objeto de estudio; donde se describe las patologías cardiovasculares en el 24,9% se evidencia al egreso en primer lugar el manejo antihipertensivo y medidas anti isquémicas en el 26.2%, En segundo lugar la antibióticoterapia con el 22% dada en respuesta a alteraciones respiratorias donde se utiliza como medida profiláctica y de manejo a los procesos sépticos que originaron la causa de ingreso. Se destaca la rehabilitación y la terapia de reemplazo renal con un 10% respectivamente; y otras terapias según el seguimiento por especialidad tratante en el servicio de hospitalización con el 42%. Al igual como describe en la literatura sobre las complicaciones por enfermedades crónicas de origen cardiovascular y metabólico como la hipertensión y la diabetes, en nuestro estudio también se evidencia este fenómeno donde el manejo antihipertensivo con un 26% y el manejo de la falla renal con un 10% encabeza la opción terapéutica en la rehabilitación e integración del paciente.

6.3 MORTALIDAD

Grafica 16. Distribución porcentual de la mortalidad según tiempo de hospitalización de los usuarios que ingresaron a la unidad de cuidados intensivos de la Clínica Uros entre el 01 de mayo al 31 de julio de 2010.



Fuente: Historia clínica

Del 21,31% (21) del total de defunciones presentadas durante el periodo de estudio; el 54,20% (11) se presentó antes de 48 horas; esta mortalidad no se atribuye directamente a la UCI, pues en ellas se relacionan las condiciones críticas del paciente, condiciones de traslado y tratamiento previo. Por lo que se resalta la importancia de evaluar el manejo previo y la oportunidad en los sistemas de referencia y contrarreferencia. El 45,80% (10) después de 48 horas. Lo que refleja una mortalidad durante la hospitalización en la UCI menor del 50%.

Tabla 5. Causas de mortalidad de los pacientes internados en la unidad de cuidados intensivos de la Clínica Uros entre el 01 de mayo al 31 de julio de 2010

CAUSA DE LA DEFUNCIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Falla multiorganica	4	16,70%
Choque hipovolémico	2	8,30%
Falla ventilatoria	2	8,30%
Choque mixto prolongado	2	8,30%
Accidente cerebro vascular hemorrágico extenso	1	4,20%
Actividad eléctrica sin pulso	1	4,20%
Choque cardiogénico	1	4,20%
Choque séptico de origen pulmonar	1	4,20%
Colapso circulatorio por sepsis	1	4,20%
Edema agudo del pulmón	1	4,20%
Emergencia hipertensiva	1	4,20%
IAM colapsante	1	4,20%
NAC por e coli multiresistente	1	4,20%
Pop laparotomía por resección de íleon por necrosis	1	4,20%
Trauma cráneo encefálico severo	1	4,20%

Fuente: Historias Clínicas y Actas de Defunción.

Se analizó la causa básica de defunción y no la causa final de muerte; donde se encontró que las patologías de causa cardiovascular ocupan el primer lugar con un 37,6%; Donde de la mortalidad por shock hipovolémico, eventos cerebrovasculares y de origen cardiaco se presentaron en un 8,30%. Si se continúa la agrupación de patologías por sistemas afectados encontramos que la falla multiórganica originada por sepsis ocupó el segundo lugar; la cual se suman enfermedades sépticas tales como: choque séptico de origen pulmonar, NAC por E. coli multirresistente y colapso circulatorio por sepsis; se obtiene una mortalidad por sepsis del 29,3%. Las de orden pulmonar con un 12,5% ocupan el tercer lugar donde se destaca la falla ventilatoria con un 8.3%.

6.4 EVENTOS ADVERSOS

Tabla 6. Proporción de eventos adversos presentados en los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos adultos de la Clínica Uros entre el 01 de mayo al 31 de julio de 2010.

TOTAL EGRESOS EN EL PERIODO	FRECUENCIA	INCIDENCIA EVENTOS ADVERSOS %
104	14	13,46

Tabla 7. Distribución de los eventos adversos derivados de la atención clínica en pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos de la Clínica Uros entre el 01 de mayo al 31 de julio de 2010

EVENTOS ADVERSOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Incumplimiento de órdenes médicas por inoportunidad	5	4,80%
Complicación por procedimientos realizados	3	2,88%
Infección nosocomial	2	1,93%
Retiro accidental de catéteres	2	1,93%
Pacientes con úlceras por presión	1	0,96%
Hipoglicemia en paciente hospitalizado < 50mg/dl	1	0,96%
Total	14	13,46%

Fuente: Historias Clínicas

La tabla No 7 y No 8. Enumera los eventos adversos presentados durante la hospitalización en la unidad de cuidados intensivos. De los 14 eventos adversos presentados durante el periodo de estudio (13,46%). se encontró que el 4,80% (5) correspondieron al incumplimiento de ordenes medicas por inoportunidad, el 2,88% se presentó por complicaciones de procedimientos realizados, las infecciones nosocomiales y los retiros accidentales de catéteres se presentaron en igual proporción 1,93% (2) y las ulceras por presión y las hipoglicemias cada uno con un 0,96% respectivamente.

Tabla 8. Complicaciones derivadas de la realización de procedimientos en pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos de la Clínica Uros entre el 01 de mayo al 31 de julio de 2010

COMPLICACIONES DE LOS PROCEDIMIENTOS	FRECUENCIA	%
Neumo tórax pos paso catéter venoso central	1	0.96
Neumotórax a tensión pos paso catéter venoso central	1	0.96
Neumotórax derecho por paso de catéter mahurka- no disposición de tubo de tórax para drenaje	1	0.96
Total	3	2.8

Fuente: Historia Clínica

Del 2.88% de las complicaciones presentadas por la realización de procedimientos realizados, el 100% se derivan de procedimientos de instauración de dispositivos invasivos; donde las principales complicaciones afectan al sistema respiratorio.

Tabla 9. Infecciones nosocomiales presentadas durante la estancia hospitalaria en la unidad de cuidados de la Clínica Uros entre el 01 de mayo al 31 de julio de 2010

INFECCIONES NOSOCOMIALES PRESENTADAS	FRECUENCIA	%
Klebsiella en tubo oro traqueal	1	0.96
Neumonía nosocomial asociada a ventilación mecánica	1	0.96
TOTAL	2	1.92

Fuente Historia Clínica

Las infecciones nosocomiales son descritas como un problema trascendental en todas las unidades asistenciales en donde representan una importante causa de morbimortalidad, prolongamiento de la estancia y aumento de costos hospitalarios, entre otros. La tabla No 8 resume las infecciones nosocomiales presentadas durante el tiempo de estudio donde se relaciona en un 100% (2) a la ventilación mecánica; el instrumento no permitió especificar el origen de la infección por lo tanto se asume como un sesgo del estudio.

6.5 FACTORES CONDICIONANTES DE LA ATENCION EN SALUD

Mediante una lista de chequeo diseñada para evaluar los factores condicionantes de la atención en salud se evaluaron en trece ocasiones semanales durante el periodo de estudio los siguientes ítems: manual de limpieza y desafección hospitalaria, recurso humano disponible, disponibilidad de insumos y equipos y disponibilidad de medicamentos; donde se resaltan los siguientes hallazgos:

- Manual de limpieza y desinfección hospitalaria: Se encontró que en la unidad se cumple con el manual de desinfecciones parcialmente ya sea con el aseo terminal al egreso del paciente o semanalmente de forma general a la unidad. Aclarando que en dos ocasiones no se contó con solución desinfectante tipo jabón quirúrgico y solución glicerizada recurriéndose a soluciones iodadas para técnicas de asepsia en cuatro oportunidades no hubo disponibilidad para cambio de guardianes.
- Recurso Humano Disponible. El personal que labora en la unidad, se encuentra debidamente entrenado y capacitado para la atención de pacientes en estado crítico; A pesar de que en la unidad no se aplica ninguna escala de valoración como el APACHE II o la escala TISS 28 para la clasificación de pacientes según complejidad; se pudo establecer que no se cumple con el manual de funciones establecido por la institución ya que el Enfermero profesional dedica cerca del 80% de su tiempo a realizar actividades administrativas relacionadas con la unidad y los auxiliares de Enfermería y son quienes se encargan de administrar medicamentos y demás actividades relacionadas con el cuidado directo distribuidos por número de pacientes en cada turno.
- Disponibilidad de insumos, y equipos. Se encontró que no siempre hay disponibilidad de estos al momento de ser requeridos por el paciente, se pudo establecer que algunas veces no se cuenta con la dotación total, es el caso de las gasas, soluciones desinfectantes, tubos para toma de muestras de sangre, supragel, guardianes por unidad y kit de terapia respiratoria, no se cuenta con el sistema de vacío, y algunas veces los monitores se encontraron averiados, motivo por el cual no eran habilitadas las camas.

Es importante definir que la atención integral que requiere la hospitalización del paciente crítico debe ser máxima y la IPS como tal está en la obligación de ofrecer todos los requerimientos necesarios para esa atención, de lo contrario el proceso de recuperación, rehabilitación y reintegración se verá condiciona y limitada.

- Disponibilidad de medicamentos. De farmacoterapia ordenada solo en una ocasión se encontró la no disponibilidad de un medicamento.

6.6 ANALISIS BIVARIADO

Tabla 10 Diagnósticos de ingreso según edad de los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos de la Clínica Uros entre el 01 de mayo al 31 de julio de 2010

TOP 10	PRINCIPAL DIAGNÓSTICO	ENTRE 15 Y 30	31 - 45	46 - 60	61 - 75	MAYORES DE 75	TOTAL
1	Falla ventilatoria	2 (1,92%)	1 (0,96%)	0 (0,00%)	7 (6,73%)	4 (3,85%)	14 (13,46%)
2	Emergencia hipertensiva órgano blanco cerebro	0 (0,00%)	0 (0,00%)	4 (3,85%)	3 (2,88%)	1 (0,96%)	8 (7,69%)
3	IAM CEST	0 (0,00%)	0 (0,00%)	2 (1,92%)	3 (2,88%)	2 (1,92%)	7 (6,73%)
4	Edema agudo de pulmón	1 (0,96%)	1 (0,96%)	0 (0,00%)	2 (1,92%)	1 (0,96%)	5 (4,81%)
5	IAM SEST	0 (0,00%)	0 (0,00%)	2 (1,92%)	1 (0,96%)	1 (0,96%)	4 (3,85%)
6	Sepsis de vías urinarias	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	2 (1,92%)	2 (1,92%)	4 (3,85%)
7	Síndrome coronario agudo	0 (0,00%)	1 (0,96%)	2 (1,92%)	1 (0,96%)	0 (0,00%)	4 (3,85%)
8	Angina inestable	0 (0,00%)	0 (0,00%)	2 (1,92%)	1 (0,96%)	0 (0,00%)	3 (2,88%)
9	Choque séptico	0 (0,00%)	1 (0,96%)	0 (0,00%)	2 (1,92%)	0 (0,00%)	3 (2,88%)
10	Inminencia de falla ventilatoria	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1 (0,96%)	2 (1,92%)	3 (2,88%)
	Otros	5 (4,81%)	7 (6,73%)	14 (13,46%)	9 (8,65%)	14 (13,46%)	49 (47,12%)

Fuente: Historia clínica

La tabla anterior presenta la distribución de los pacientes ingresados durante el periodo de estudio a la UCI según diagnóstico de ingreso y grupo etario; Se encontró como primera causa de morbilidad las patologías cardiovasculares; 26 casos (24.96%); donde el Infarto agudo de miocardio con 12.5% afecto principalmente al grupo de edad entre 46 y 60 años. Como segunda causa las afecciones respiratorias con 22 casos (21%); afecto principalmente al grupo mayor de 61 años; donde la falla respiratoria aguda con 13,46% (14), fue la principal causa de que origino el ingreso a UCI. La sepsis, fue el tercer grupo de patologías que reporto un 5,36% (6) casos, que afecto principalmente al grupo etáreo mayor de 61 años.

Tabla 11. Diagnósticos de ingreso vs según edad de los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos de la Clínica Uros entre el 01 de mayo al 31 de julio de 2010

EDAD SISTEMAS AFECTADOS	MENORES DE 45 AÑOS			MAYORES DE 45 AÑOS			TOTAL	
	N°	%	IC	N°	%	IC	N°	%
Cardiovascular	1	3,8	1,7-18,9	25	96,2	81,1-99,3	26	100
Pulmonar *	5	22,7	10,1-43,4	17*	77,3	56,6-89,9	22	100
Sepsis	1	14,3	2,6-51,3	6	85,7	48,7-97,4	7	100
TOTAL	7	12,8		48	87,27		55	100

*Usuarios de 46 a 60 años no presentaron afecciones pulmonares todos son mayores de 60.

La tabla anterior relaciona las primeras causas de morbimortalidad al ingreso agrupados según sistemas afectados Vs. Edad. Al determinar los intervalos de confianza, se pudo establecer que la edad respecto al diagnóstico de ingreso es estadísticamente significativa para las patologías cardiovasculares y pulmonares mientras que para sepsis no tiene ninguna diferencia estadísticamente significativa.

Tabla 12. Diagnósticos de ingreso según sexo de los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos de la Clínica Uros entre el 01 de mayo al 31 de julio de 2010

TOP	PRINCIPAL DIAGNÓSTICO	1. HOMBRE	2. MUJER	TOTAL
1	Falla ventilatoria	7 (6,73%)	7 (6,73%)	14 (13,46%)
2	Emergencia hipertensiva órgano blanco cerebro	4 (3,85%)	4 (3,85%)	8 (7,69%)
3	IAM CEST	2 (1,92%)	5 (4,81%)	7 (6,73%)
4	Edema agudo de pulmón	2 (1,92%)	3 (2,88%)	5 (4,81%)
5	IAM SEST	3 (2,88%)	1 (0,96%)	4 (3,85%)
6	Sepsis de vías urinarias	0 (0,00%)	4 (3,85%)	4 (3,85%)
7	Síndrome coronario agudo	2 (1,92%)	2 (1,92%)	4 (3,85%)
8	Angina inestable	1 (0,96%)	2 (1,92%)	3 (2,88%)
9	Choque séptico	2 (1,92%)	1 (0,96%)	3 (2,88%)
10	Inminencia de falla ventilatoria	1 (0,96%)	2 (1,92%)	3 (2,88%)
	Otros	24 (23,08%)	25 (24,04%)	49 (47,12%)

Fuente : Historia clínica

La tabla anterior relaciona la variable diagnóstico de ingreso con sexo. Se encontró que las principales patologías son del sistema cardiovascular con un (25%) de las cuales la padecieron en su mayoría mujeres con un 14 casos (13,46%) y los hombres con 12 casos (11,53%), en segundo lugar las patologías respiratorias en donde igualmente la padecieron en su mayoría mujeres con un (11,92%) y los hombres con (9,61%) y en tercer lugar las patologías de sepsis con 7 casos (6,72%) de las cuales 5 la padecieron mujeres (4,8%) y los hombres 2 (1,8%) concordando con la distribución porcentual por sexo de los sujetos en estudio en el cual la mayoría son mujeres con (54%) el restante 46% pertenece al sexo masculino, defiriendo con los resultados de investigaciones previas como la del estudio de UCI A de Pereira en el que predomina el sexo masculino con el

59,3% y Dennis y colaboradores donde la mayoría de los pacientes eran varones (56,8%).

Tabla 13. Diagnósticos de ingreso vs. sexo de los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos de la Clínica Uros entre el 01 de mayo al 31 de julio de 2010

10 PRIMERAS DIAGNOSTICOS DE INGRESO	HOMBRE			MUJER			TOTAL	
	N°	%	IC	N°	%	IC	N°	%
Cardiovascular	12	46,2	28,8-64,5	14	53,9	35,5-71,2	26	100
Pulmonar	10	45,5	26,9-65,3	12	54,6	34,7-73,1	22	100
Sepsis	2	28,6	8,22-64,1	5	71,4	35,9-91,7	7	100
TOTAL	24	43,6		31	56,4		55	

La tabla anterior describe los intervalos de confianza entre sexo y primeras causas de morbilidad agrupados según sistemas afectados el ingreso, la cual no se encontró ninguna diferencia estadísticamente significativa.

Tabla 14. Primeras causas de morbilidad respecto al estrato socioeconómico de los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos de la Clínica Uros entre el 01 de mayo al 31 de julio de 2010

TOP 10	PRINCIPAL DIAGNÓSTICO	ESTRATO 1	ESTRATO 2	ESTRATO 3	ESTRATO 4	TOTAL
1	FALLA VENTILATORIA	8 (7,69%)	4 (3,85%)	2 (1,92%)	0 (0,00%)	14 (13,46%)
2	EMERGENCIA HIPERTENSIVA ORGANO BLANCO CEREBRO	4 (3,85%)	2 (1,92%)	2 (1,92%)	0 (0,00%)	8 (7,69%)
3	IAM CEST	4 (3,85%)	3 (2,88%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	7 (6,73%)
4	EDEMA AGUDO DE PULMON	4 (3,85%)	1 (0,96%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	5 (4,81%)
5	IAM SEST	2 (1,92%)	2 (1,92%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	4 (3,85%)
6	SEPSIS DE VIAS URINARIAS	1 (0,96%)	3 (2,88%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	4 (3,85%)
7	SINDROME CORONARIO AGUDO	2 (1,92%)	2 (1,92%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	4 (3,85%)
8	ANGINA INESTABLE	2 (1,92%)	1 (0,96%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	3 (2,88%)
9	CHOQUE SEPTICO	1 (0,96%)	1 (0,96%)	1 (0,96%)	0 (0,00%)	3 (2,88%)
10	INMINENCIA DE FALLA VENTILATORIA	1 (0,96%)	1 (0,96%)	0 (0,00%)	1 (0,96%)	3 (2,88%)
	Otros	24 (23,08%)	25 (24,04%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	49 (47,12%)

Fuente: Historias clínicas

De acuerdo a la información que se observa en la tabla, puede existir una relación entre pertenecer al estrato socioeconómico 1 y 2, los con la patología de mayor frecuencia que son los trastorno del sistema cardiaco con un total de 24 casos (23.04%) y de las patologías respiratorias con 19 casos (18.24%); debido a que son la población más vulnerable.

7. DISCUSION

El presente estudio es la primera caracterización epidemiológica de los pacientes que ingresaron a la unidad de cuidados intensivos adultos de la Clínica UROS S.A; Se realizó una descripción detallada de cada uno de las variables estadísticas que una vez tabuladas y graficadas, nos permitió el análisis de los resultados obtenidos, a la vez que se resaltaron los principales aspectos de interés; estos fueron comparados con los hallazgos de otros autores, lo que luego de un proceso de síntesis nos permitió elaborar conclusiones y emitir recomendaciones.

Con respecto a los resultados sociodemograficos se encontró que el 85% de la población que ingreso a la UCI fue mayor de 45 años, con una mediana de 64 y una edad mínima fue de 15 y máxima de 91 años; El cual contrasta con otros estudios realizados como el de Dennis y Colaboradores (2002) y el de Caracterización epidemiológica del paciente critico en un hospital de tercer nivel de atención en Pereira (2004) donde la edad promedio (mediana) encontrada fue de 53 años. Es decir que en nuestro estudio la mayor proporción de la población estudiada perteneció al grupo de adulto mayor. Según procedencia el 86.40% de la población atendida perteneció al departamento del Huila, donde el 40.38% pertenece al municipio de Neiva, el 15.38% al municipio de Pitalito y el 5.77% al municipio de Timana. El 54% de total correspondió al sexo femenino y en cuanto al régimen de seguridad social en salud se encontró que el 62.51% pertenece al subsidiado y el 33.65% al contributivo. Según la distribución por niveles socioeconómicos, el 99% de la población se encuentra en los niveles socioeconómicos bajo, medio bajo y muy bajo clasificados entre los estratos III, II y I con un 4.81%, 43.27% y 50.96% respectivamente. Se relaciona el nivel de pobreza encontrado con la vinculación al sistema de seguridad social en salud el cual es en su mayoría régimen subsidiado y vinculado de la región sur colombiana.

En cuanto al nivel educativo se encontró que el 82,6% de los pacientes hospitalizados en la UCI Adultos tienen un nivel de escolaridad bajo, el 9,7% tiene un nivel de escolaridad medio y solo un 7,7% tienen un nivel de escolaridad superior; a pesar que la clínica es de carácter privado se esperaba que la mayor proporción de pacientes pertenezcan al contributivo; pero dada la contratación se estableció que un gran porcentaje de pacientes es de régimen vinculado y subsidiado, y éste va ligado al estrato socioeconómico bajo, donde probablemente se presenta mayor severidad de la enfermedad a causa de las condiciones que acompañan su estilo de vida.

Al analizar el tipo de actividad (ocupación) que realizaba el usuario al momento del ingreso se encontró que el 46% ocupa su tiempo en oficios del hogar y que el 60% del total de los pacientes en estudio son dependientes de otras personas para su sostenimiento. No se documentó en los estudios de referencia la asociación entre el estado civil y la morbimortalidad; en nuestro estudio se pudo establecer que el 43,26% de la población refirió estar casado y el 18,28% manifiesta ser viudo; teniendo en cuenta que el promedio de edad de la población a estudio fue de 64 años, se asocia más a esta condición de estado civil.

Al analizar la morbilidad; Se encontró que las patologías cardiovasculares continúan siendo las primeras causas de morbilidad, seguidas de las afecciones respiratorias y la sepsis. El género afectado con mayor frecuencia fueron las mujeres, teniendo en cuenta que en nuestro estudio fue mayor la proporción poblacional fue la población femenina con (54%) frente a un (46%) correspondiente al género masculino; difiere con los resultados de investigaciones previas como la del estudio de UCI A de Pereira en el que predomina el sexo masculino con el 59,3% y Dennis y colaboradores donde la mayoría de los pacientes eran varones (56,8%).

Se destaca que el 94.23% de la población objeto de estudio presentó algún antecedente patológico al ingreso; donde la hipertensión arterial ocupó el primer lugar con un 47.12%, diabetes mellitus 24.04%, insuficiencia renal 23.08% y el EPOC 12.50%. A diferencia de los hallazgos del estudio realizado en Pereira en el 2004 a los pacientes en estado crítico en una unidad de tercer nivel de atención, donde solo el 25.5% presentó una enfermedad crónica de base; de las cuales las afecciones respiratorias ocuparon el primer lugar siendo el EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica) la principal con un 32.4%, La diabetes mellitus en un 24.3% y cardiopatías en un 18.9%.

El 65% (85) de la población fue remitida de una institución diferente, lo cual evidencia la importancia de la unidad de cuidados intensivos de la clínica uros como centro de referencia y apoyo a la red de servicios de salud a pacientes en estado crítico, tanto como su tratamiento, rehabilitación y reintegración; en cuanto al tiempo transcurrido desde la solicitud de UCI y el ingreso del paciente a la unidad, se encontró que 62,10% tardó menos de 6 horas y cerca del 40% demoró más de 6 horas. No se desconoce las distancias de municipios y las dificultades de transporte para traslado del paciente, pero teniendo en cuenta que los pacientes que son remitidos a la unidad de cuidado intensivo requieren atención oportuna orientada a la recuperación, rehabilitación o prevención de secuelas derivadas de la patología; la instauración temprana de la terapia intensiva se convierte en un indicador decisivo en el pronóstico del paciente, por lo tanto,

desde el momento en que el paciente entra en situación crítica, peor es el resultado, considerando la supervivencia al episodio como tal²⁸.

En cuanto al tratamiento, El 100% de los pacientes requirió monitoreo hemodinámico; el 66% apoyo vasoactivo e inotrópico; la sedoanalgesia se aplicó en el 42.3% y el 45% requirió apoyo ventilatorio; La estabilización inicial es un proceso que evalúa al paciente desde el punto de vista respiratorio, cardiovascular y metabólico, como eventos importantes en la estabilidad fisiológica de todo paciente que ingresa a Unidad de cuidados intensivos. Solo el 38.46% requirió antibiótico terapia de entrada. Es de resaltar que el diagnóstico y plan de manejo, se instaura de acuerdo a la condición clínica, evaluación de paraclínicos, soporte diagnóstico y terapéutico que lo apoyen según las guías clínicas institucionales. Por lo tanto, los planes descritos anteriormente se asocian a patologías con mayor frecuencia en la unidad tales como cardiovasculares y respiratorias. Al egreso se presentó una supervivencia del 75,30% (72), la cual fue hospitalizada en la misma institución y solo el 1,39% (1) requirió remisión y hospitalización en otra institución especializada de cuarto nivel en la ciudad de Bogotá. Lo anterior refleja que la clínica cuenta con un servicio de hospitalización suficiente para continuar prestando servicios médicos complementarios y hospitalarios a los usuarios que egresan de la UCI. La supervivencia encontrada fue ligeramente mayor que la encontrada en el perfil epidemiológico de la UCI realizado en Pereira en el 2004 la cual fue del 73%.

En cuanto a la mortalidad presentada; el 54,20% (11) se presentó antes de 48 horas y el 45,80% (10) después de 48 horas. Aunque en nuestra muestra la mortalidad antes de 48 horas del ingreso no se asocia al cuidado dentro de la unidad, se denota la importancia de conocer las características propias del paciente una vez remitido y aceptado utilizando escalas de evaluación de índice de severidad como el APACHE II, tanto en la remisión como al ingreso a UCI y las gestiones administrativas implicadas en los procesos de referencia y contrarreferencia. La estimación de supervivencia y su comparación con la mortalidad real constituye un indicador de efectividad asistencial ampliamente utilizado en la atención al paciente crítico.

Dentro de las principales causas de defunción; La patología que presentó mayor mortalidad fue la sepsis con un 28,7% seguida de las patologías pulmonares con un 23,8% y la cardiovascular con 19,4%. Otras causas de mortalidad fueron el shock hipovolémico, neurológicas y las complicaciones cerebrovasculares con un 8,30%; Al igual que el estudio de una UCI de tercer nivel de complejidad en Pereira, 2004, en nuestro estudio, también la sepsis y patologías pulmonares fueron las primeras causas de morbilidad que facilitan el avance del paciente hacia

el estado crítico; favoreciendo estancia prolongadas, mayor severidad de la enfermedad, e incluso la muerte.

Teniendo en cuenta las causas de ingreso de la población objeto de estudio; donde se describe las patologías cardiovasculares en el 24,9% se evidencia al egreso el manejo antihipertensivo y medidas anti isquémicas en el 26.2%, En segundo lugar la antibióticoterapia con el 22% dada en respuesta a alteraciones respiratorias donde se utiliza como medida profiláctica y procesos sépticos que originaron la causa de ingreso; dentro de las otras causas la medicación y seguimiento por especialidad tratante en el servicio de hospitalización con el 42%, Se destaca la rehabilitación y la terapia de reemplazo renal con un 10% respectivamente. Al igual como describe en la literatura sobre las complicaciones por enfermedades crónicas de origen cardiovascular y metabólico como la hipertensión y la diabetes, en nuestro estudio también se evidencia este fenómeno donde el manejo de la falla renal 10% y el manejo antihipertensivo 26% encabeza la opción terapéutica en la rehabilitación e integración del paciente.

Respecto a los eventos adversos, La seguridad del paciente se considera una prioridad en la asistencia sanitaria, actividad cada vez más compleja, que entraña riesgos potenciales y en la que no existe un sistema capaz de garantizar la ausencia de efectos adversos, ya que se trata de una actividad en la que se combinan factores inherentes al sistema con actuaciones humanas. La tabla No6. Lista los eventos adversos presentados en la atención durante la hospitalización en la unidad de cuidados intensivos en el 13,46% del total de la población objeto de estudio; donde prevalece la complicación pos procedimientos con un 5,77%, seguida de complicaciones por inoportunidad donde el incumplimiento de ordenes medicas prescritas y las conductas terapéuticas inapropiadas representan el 3,94%, infecciones nosocomiales 1,92% y complicaciones derivadas del cuidado directo 1,92% en las que están las hipoglicemias y las úlceras por presión. La seguridad del paciente se considera una prioridad en la asistencia sanitaria, actividad cada vez más compleja, que entraña riesgos potenciales y en la que no existe un sistema capaz de garantizar la ausencia de efectos adversos, ya que se trata de una actividad en la que se combinan factores inherentes al sistema con actuaciones humanas. Es imposible evitar completamente el daño al paciente, toda acción humana conlleva un margen de error; sin embargo es posible identificar, estudiar, controlar y minimizar ese daño; en definitiva, gestionar el riesgo que pueda sufrir el paciente.

Del 5,77% de las complicaciones presentadas por la realización de procedimientos realizados, el 50% se derivan de procedimientos de instauración de dispositivos

invasivos, el 33% corresponden a retiros accidentales de dispositivos biomédicos y el 16% a la inoportunidad de estudios imagenológicos.

Las infecciones nosocomiales son vistas a nivel internacional como un problema trascendental en todas las unidades médicas, en donde representan una importante causa de morbimortalidad, prolongamiento de la estancia hospitalaria, elevación en los costos de la atención entre otros. Los factores asociados al desarrollo de infección nosocomial son múltiples y se hacen esfuerzos para minimizar su influencia. La tabla No 8 resume las infecciones nosocomiales presentadas durante el tiempo de estudio donde se relaciona en un 100% a la ventilación mecánica. Tal como se encontró en el estudio de Denis y colaboradores donde relacionan directamente la ventilación mecánica como causa potencial de complicaciones y su posible asociación con muerte intrahospitalaria; o como se describe en el estudio epidemiológico de Uci realizado en Pereira donde describen que el uso de la ventilación mecánica en la Unidad de Cuidados Intensivos es común, pero detrás de este soporte va ligado cierto grado de morbilidad, tanto que puede aumentar la mortalidad de los pacientes.

8 CONCLUSIONES

El perfil epidemiológico de la UCI de la Clínica UROS representa una herramienta importante en el conocimiento de las características de la población. Los resultados aportados evidencian la importante función que cumple la Unidad como centro de apoyo a la red de salud del sur colombiano. La información recopilada servirá para implementar planes de mejoramiento y seguimiento para que las administraciones y los profesionales adopten las medidas oportunas para evitar los eventos adversos y para mejorar la atención en salud prestada en la unidad.

Aunque se recolectó información valiosa para la realización del perfil epidemiológico, no se encontraron datos referentes a la realización de escalas de valoración de índices de severidad de la enfermedad a los pacientes que ingresaron a la UCI tales como el APACHE II y TISS 28.

Se estableció que el personal de enfermería dedica gran parte de su tiempo a la realización de actividades de tipo administrativo que obligan a delegar actividades relacionadas con el cuidado directo del paciente al personal técnico.

9. RECOMENDACIONES

La estandarización y fortalecimiento de procesos a través de estudios de control epidemiológicos permite ofrecer una atención de calidad en pro del bienestar del paciente hospitalizado siempre y cuando sus condiciones propias y del ambiente lo permitan.

Aplicar las escalas de valoración de severidad de la enfermedad de los pacientes que son remitidos a la unidad, tales como el APACHE II.

Considerar la evaluación del estado del paciente de acuerdo a la escala TISS 28 y de acuerdo a esto, establecer las horas de cuidado enfermero, para garantizar un cuidado directo y de calidad a los pacientes ingresados a la UCI.

Se sugiere implementar y/o fortalecer planes de mejoramiento que permitan mitigar los eventos adversos a través de programas de educación continúa.

Fortalecer el protocolo de infecciones nosocomiales de la unidad para determinar si estas fueron adquiridas previamente al ingreso a la UCI.

Se sugiere la disposición permanente de insumos, equipos medicamentos necesarios para la adecuada atención que requiere el paciente críticamente enfermo. .

BIBLIOGRAFIA

ARCE, Martha Cecilia, RAMÍREZ PLAZAS, Martha. 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.

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.

BERMUDEZ, Irma Susana, ZUNIGA, Pedro María, MOSQUERA VILLAREAL, Orlando. Resistencia Bacteriana en pacientes infectados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo entre el 1 de Mayo de 2003 al 30 de Abril de 2004.

CAVIEDES PEREZ, Giovanni. 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.

GÓMEZ FERREIRA, Ana, SALAS, Luis. Manual de Enfermería en Cuidados Intensivos. Enfermería de Cuidados Médico quirúrgicos. Monsa – Prayme. Ediciones. S.L. Edición 2008. Páginas: 1-4.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

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

² Dennis R, ACERO R, SALAS C, OREJUELA F. Evaluación del cuidado intensivo. Acta Medica Colombiana 1995;20:64-70

³ 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. Pág. 6. On Line: www.revistainvestigaciones.funandi.edu.co, 22 de Febrero de 2010.

⁴ HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE NEIVA . EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO. Aspectos epidemiológicos de los pacientes atendidos en la UCI adultos de la Mayo 1997 a mayo de 1998. Hemeroteca Universidad Surcolombiana, Febrero de 2010.

⁵ MD. CELIS RODRÍGUEZ, E. Desarrollo del Cuidado Intensivo en Latinoamérica. 2007 http://www.asivamosensalud.org/descargas/Cuidado_Intensivo.pdf. febrero 10 de 2010

⁶ MARTÍNEZ ESTALELLA, G. Cuidados intensivos: necesidad de cuidados intermedios. 2002 http://www.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13041044&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=142&ty=71&accion=L&origen=elsevier&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=142v13n03a13041044pdf001.pdf

⁷ MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Anexo Técnico No. 1 de la Resolución 1043 del 3 de abril de 2006. Colombia. 2006. Paginas: 92-93

⁸ _____ Anexo Técnico No. 1 de la Resolución 1043 del 3 de abril de 2006. Colombia. 2006. Paginas: 49-50

⁹ _____. Anexo Técnico No. 1 de la Resolución 1043 del 3 de abril de 2006. Colombia. 2006. Páginas: 6-7

¹⁰ 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

¹¹ MD. MUÑOZ, Paredes, Carlos Felipe. Estadísticas Sistema General De Seguridad Social En Colombia 2006 – 2007. Consultor Salud. <http://www.consultorsalud.com/biblioteca/documentos/2007/Estadisticas%20seguridad%20social%202007.pdf>

¹² <http://www.encolombia.com/medicina/neumologia/neum134-01criterios.htm>. consultada el 02 de febrero de 2010.

¹³ COMITÉ CUIDADO CRÍTICO SOCIEDAD COLOMBIANA. Criterios de Ingreso a UCI. Colombia. 1999. <http://www.encolombia.com/medicina/neumologia/neum134-01criterios.htm>

¹⁴ SIVIGILA. Perfil Epidemiológico Año 2007. http://www.hospitalpablovibosa.gov.co/Documentos/SALA_SITUACIONAL/INDICADORES%20SOCIODEMOGRAFICOS/PERFIL%20EPIDEMIOLOGICO/PERFIL_EPIDEMIOLOGICO_2007.pdf

¹⁵ Ibid., P. 17

¹⁶ INSTITUTE FOR ALGORITHMIC MEDICINE. APACHE Score. Houston, TX, USA. 2006/2007, Chapter 30

¹⁷ SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL DE NEIVA. Boletín Epidemiológico de Neiva. 2006. Página 5.

¹⁸ 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>

¹⁹ 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>

²⁰ MINISTERIO DE LA PROCCION SOCIAL. Resolución número 1895 DE 2001. Colombia.2001
<http://www.minproteccionsocial.gov.co/vBecontent/library/documents/DocNewsNo238102.pdf>

²¹ 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>

²² BAÑARES, Joaquin. Los sistemas de notificación de incidentes y eventos adversos. Plan de Calidad, Fundación Avedis Donabedian. Sistema Nacional de Salud. Madrid 2006
http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/6_Joaquin_Baneres_ppt.pdf

²³ MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, Resolución 13437 de 1991 – Derechos de los pacientes, eventos adversos, Colombia
<http://74.125.113.132/search?q=cache:kJAL7ILAx-8J:www.medicosgeneralescolombianos.com/RESOLUCION%252013437%2520DE%25201991%2520derechos%2520de%2520los%2520pacientes.doc+Resolucion+13437+de+1991&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=co>

²⁴ BUNCH EH. Delayed clarification: information, clarifications and ethical decisions in critical care in Norway. *J Adv Nurs* 2000; 32 (6): 1485-1491

²⁵ 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? *Enfermería Intensiva* 2003; 14 (3):109-119

²⁶ MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL Perfil del sector educativo del Departamento del Huila, , Abril 2004.

²⁷ SESGO DE RETRASO EN EL INGRESO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS COMO CAUSA DE MAL PRONÓSTICO O *LEAD TIME BIAS*. B. Vidal Tejedor, M. Micó Gómez, R. Abizanda Campos, R. Álvaro Sánchez, A. Belenguer Muncharaz, I. Mateu Campos y e. Bisbal Andrés. Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitario Asociado General de Castelló. Castellón. Madrid - España. 2008.

²⁸ SESGO DE RETRASO EN EL INGRESO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS COMO CAUSA DE MAL PRONÓSTICO O *LEAD TIME BIAS*. B. Vidal Tejedor, M. Micó Gómez, R. Abizanda Campos, R. Álvaro Sánchez, A. Belenguer Muncharaz, I. Mateu Campos y e. Bisbal Andrés. Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitario Asociado General de Castelló. Castellón. Madrid - España. 2008.

ANEXOS

Anexo A. Factores condicionantes de la atención en salud

VISITA	FECHA	HORA	N° PACIENTES	SE CUMPLE EL MANUAL DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN HOSPITALARIA	
				SI	NO
1	07/05/2010	14:00	8	X	
2	14/05/2010	19:00	7	X	
3	21/05/2010	13:00	9	X	
4	31/05/2010	10:00	9	X	
5	04/06/2010	20:00	7	X	
6	08/06/2010	10:00	7	X	
7	18/06/2010	15:30	7	X	
8	25/06/2010	20:00	7	X	
9	02/07/2010	09:40	7	X	
10	08/07/2010	09:45	9	X	
11	17/07/2010	20:00	7	X	
12	23/05/2010	21:00	7	X	
13	30/07/2010	21:00	7	X	

