

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

BRAYANT ANDRADE MENDEZ  
CLAUDIA PATRICIA CELIS MELGAR

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

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

BRAYANT ANDRADE MENDEZ  
CLAUDIA PATRICIA CELIS MELGAR

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

Asesora  
MARIA YEDME SANCHEZ PASTRANA  
Magister Salud Pública, Especialista en Salud Familiar Integral

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

**Nota de aceptación:**

-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----

-----  
Firma del presidente del jurado

-----  
Firma del jurado

-----  
Firma del jurado

Neiva, 8 de Noviembre de 2010

## DEDICATORIA

*A Dios por darnos bendiciones para nuestro crecimiento espiritual e intelectual.*

*Dedicamos este trabajo en especial a nuestras familias, por su compañía y estímulo a lo largo del camino siempre infinito de la formación en Cuidado Crítico.*

*Este trabajo de investigación es una parte de mi vida y comienzo de otras etapas por esto y más, la dedico a Dios y a mis padres.*

*Claudia*

*A mis hijos Juan Esteban y María Camila, motor de mi vida y eje fundamental de todas las acciones que ejecuto a diario. A mis pacientes de la unidad de Cuidado Intensivo que gracias a ellos he podido aplicar todos mis conocimientos aprendidos durante este proceso de formación y he contribuido con mis cuidados en el mejoramiento del estado de salud.*

*Brayant*

## **AGRADECIMIENTOS**

Los autores expresan sus agradecimientos a:

A Dios quien nos dio la fe, la fortaleza, la salud y la esperanza para terminar este trabajo;

A la docente María Yedme Sánchez, Magister Salud Pública, Especialista en Salud Familiar Integral, quien con su conocimiento, experiencia y perseverancia fue pieza indispensable en este proceso investigativo y desarrollo profesional.

A todos los docentes de la Especialización de Cuidado Crítico, porque con su experiencia y sabiduría nos orientaron y motivaron al proceso de investigación clínica.

A los directivos de la Clínica Saludcoop Neiva, quienes permitieron desarrollar este estudio en la UCI-A.

A nuestros compañeros y amigos de la especialización quienes compartieron muchas experiencias y la alegría de estudiar la planeación del cuidado en el paciente en estado crítico.

A nuestros padres, por su apoyo incondicional y porque fueron quienes nos enseñaron a luchar para alcanzar las metas, y que el logro de estas solo depende de nosotros...

A todos mil gracias...

## CONTENIDO

	<b>Pág.</b>
INTRODUCCIÓN	16
1 OBJETIVOS	19
1.1 OBJETIVO GENERAL	19
1.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	19
2 MARCO REFERENCIAL	20
2.1 ANTECEDENTES	20
2.1.1 Situación global del Cuidado Crítico en Latinoamérica	20
2.2 GENERALIDADES DE LA UCI	20
2.2.1 Características de la persona que requiere atención en UCI-Adultos	23
2.2.2 Criterios para el ingreso de pacientes a una Unidad de Cuidado Intensivo	24
2.2.2.1 Alta Prioridad	24
2.2.2.2 Prioridad I	24
2.2.2.3 Prioridad II	24
2.2.2.4 Prioridad III	25
2.2.2.5 Prioridad IV	25
2.2.2.6 Baja prioridad	25
2.3 PERFIL EPIDEMIOLOGICO	26
2.3.1 Indicadores y factores condicionantes para la atención de pacientes Hospitalizados en Unidades de Cuidado Intensivo	28
2.3.2 Método A.P.A.C.H.E. II o A.P.A.C.H.E. Simplificado	29
2.3.3 Escala TISS	30
2.3.4 Clasificación Internacional de Enfermedades 10° (CIE 10).	30
2.3.5 Eventos Adversos	31
3 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	34
4 DISEÑO METODOLÓGICO	39
4.1 TIPO DE ESTUDIO	39

	<b>Pág.</b>	
4.2	POBLACION	39
4.3	METODO, TECNICA E INSTRUMENTO	39
4.3.1	Método	39
4.3.2	Técnica	40
4.3.3	Instrumento	40
4.4	VALIDEZ Y CONFIABILIDAD	40
4.5	RECOLECCION DE LA INFORMACION	40
4.6	PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	41
4.6.1	Análisis de los datos	41
5	CONSIDERACIONES ÉTICAS	42
6	RESULTADOS	43
6.1	CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	43
6.1.1	Edad	43
6.1.2	Sexo	44
6.1.3	Escolaridad	45
6.1.4	Ocupación	45
6.1.5	Estado civil	46
6.1.6	Nivel Socioeconómico	47
6.1.7	Seguridad Social	48
6.1.8	Procedencia	49
6.2	CARACTERÍSTICAS DE LA MORBILIDAD	51
6.2.1	Diagnóstico al ingreso	51
6.3	SISTEMAS FUNCIONALES ALTERADOS	54
6.3.1	Comorbilidad	55
6.3.2	Tipificación de la complejidad del estado de salud del paciente al ingreso a la unidad	58
6.3.3	Procedencia según servicio Hospitalario	59
6.3.4	Plan de manejo medico	61
6.4	ESTANCIA HOSPITALARIA	62
6.4.1	Egreso UCI-A.	64
6.5	CARACTERÍSTICAS DE LA MORTALIDAD	66
6.6	EVENTOS ADVERSOS	68
6.7	FACTORES CONDICIONANTES PRESENTES EN LA MORBIMORTALIDAD	69

		<b>Pág.</b>
7	DISCUSIÓN	71
8	CONCLUSIONES	79
9	RECOMENDACIONES	81
	BIBLIOGRAFIA	83
	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	86
	ANEXOS	89



## LISTA DE TABLAS

		Pág.
<b>Tabla 1</b>	Relación de pacientes según Estado Civil vs. Edad, UCI Adultos Clínica Saludcoop, Neiva, Mayo 1 a 31 Julio de 2010	47
<b>Tabla 2</b>	Relación de los diez primeros diagnósticos de ingreso con el lugar de residencia, UCI Adultos Clínica Saludcoop, Neiva, Mayo 1 a Julio 31 de 2010	54
<b>Tabla 3</b>	Relación No. diagnósticos de origen Cardiovascular con comorbilidad HTA, UCI Adultos Clínica Saludcoop, Neiva, mayo 1 a julio 31 de 2010	56
<b>Tabla 4</b>	Relación No. diagnósticos de origen Respiratorio con comorbilidad EPOC, UCI Adultos Clínica Saludcoop, Neiva, mayo 1 a julio 31 de 2010	57
<b>Tabla 5</b>	Relación No. de pacientes según clasificación APACHE II al ingreso, UCI – A, Clínica SALUDCOOP Neiva, Mayo 1 a Julio 31 de 2010	58
<b>Tabla 6</b>	Relación No. de pacientes según clasificación Escala TISS 28, UCI Adultos Clínica Saludcoop Neiva, Mayo 1 a 31 Julio de 2010	59
<b>Tabla 7</b>	Relación de los diez primeros diagnósticos de ingreso con días hospitalarios. UCI Adultos, Clínica Saludcoop, Neiva, Mayo 1 a Julio 31 de 2010	63

## LISTA DE GRAFICOS

		Pág.
<b>Grafico 1</b>	Relación No. de pacientes según edad, UCI Adultos Clínica Saludcoop Neiva, mayo 1 a julio 31 de 2010	43
<b>Grafico 2</b>	Relación de pacientes según edad y sexo, UCI Adultos Clínica Saludcoop, Neiva, Mayo 1 a Julio 31 de 2010	44
<b>Grafico 3</b>	Nivel de escolaridad de los pacientes, UCI Adultos Clínica Saludcoop Neiva, mayo 1 a julio 31 de 2010	45
<b>Grafico 4</b>	Ocupación de los pacientes, UCI Adultos Clínica Saludcoop Neiva, mayo 1 a 31 julio de 2010	46
<b>Grafico 5</b>	Estado civil de los pacientes, UCI Adultos Clínica Saludcoop Neiva, mayo 1 a 31 julio de 2010	46
<b>Grafico 6</b>	Relación de pacientes según Estrato socioeconómico, UCI Adultos Clínica Saludcoop Neiva, mayo 1 a 31 julio de 2010	48
<b>Grafico 7</b>	Relación de pacientes según régimen de seguridad social, UCI Adultos Clínica Saludcoop Neiva, mayo 1 a 31 julio de 2010	48
<b>Grafico 8</b>	Relación de pacientes según procedencia, UCI Adultos Clínica Saludcoop Neiva, mayo 1 a 31 julio de 2010	49
<b>Grafico 9</b>	Relación de pacientes según procedencia de Municipios del Departamento del Huila, UCI Adultos Clínica Saludcoop, Neiva, Mayo 1 a 31 Julio de 2010	50
<b>Grafico 10</b>	Relación de los diez primeros diagnósticos de ingreso, UCI Adultos Clínica Saludcoop, Neiva, mayo 1 a 31 julio de 2010	51

	<b>Pág.</b>
<b>Grafico 11</b> Relación de pacientes según edad y los principales diagnósticos de ingreso, UCI Adulto, Clínica Saludcoop, Neiva, Mayo 1 a Julio 31 de 2010	52
<b>Grafico 12</b> Relación No. de pacientes según sexo y los principales diagnósticos de ingreso, UCI Adulto, Clínica Saludcoop, Neiva, Mayo a Julio de 2010	53
<b>Grafico 13</b> Relación No. de pacientes según sistemas funcionales alterados, UCI Adultos Clínica Saludcoop, Neiva, mayo 1 a julio 31 de 2010	55
<b>Grafico 14</b> Relación No. de pacientes según sexo con las comorbilidades (HTA, EPOC, DM). UCI Adultos Clínica Saludcoop, Neiva, Mayo 1 a Julio 31 de 2010	57
<b>Grafico 15</b> Relación de pacientes según Servicio Hospitalario de procedencia, UCI Adultos Clínica Saludcoop, Neiva, Mayo 1 a 31 Julio de 2010	59
<b>Grafico 16</b> Relación tiempo transcurrido entre la solicitud del servicio y el tiempo que ingresa el paciente a la unidad, UCI Adultos Clínica Saludcoop, Neiva, Mayo 1 a Julio 31 de 2010	60
<b>Grafico 17</b> Relación No. pacientes y el plan de manejo médico inicial, UCI Adultos Clínica Saludcoop, Neiva, Mayo 1 a 31 Julio de 2010	61
<b>Grafico 18</b> Relación plan de Manejo postoperatorio como motivo de ingreso, UCI Adultos Clínica Saludcoop, Neiva, Mayo 1 a 31 Julio de 2010	62
<b>Grafico 19</b> Relación No. pacientes y días hospitalarios, UCI Adultos Clínica Saludcoop, Neiva, Mayo 1 a 31 Julio de 2010	62
<b>Grafico 20</b> Relación de pacientes según el diagnostico al egreso, UCI Adultos Clínica Saludcoop, Neiva, Mayo 1 a 31 Julio de 2010	64

	<b>Pág.</b>
<b>Grafico 21</b> Relación No. de pacientes según edad y los principales diagnósticos de egreso, UCI Adulto, Clínica Saludcoop, Neiva, Mayo 1 a Julio 31 de 2010	65
<b>Grafico 22</b> Relación de pacientes según destino al egreso, UCI Adulto Clínica Saludcoop, Neiva, Mayo 1 a 31 Julio de 2010	65
<b>Grafico 23</b> Relación No. de pacientes y el tiempo en que se presento la muerte, UCI-A, Clínica Saludcoop, Neiva, Mayo 1 a Julio 31 de 2010	66
<b>Grafico 24</b> Relación No. pacientes según causas de defunción, UCI Adultos de la Clínica Saludcoop, Neiva, Mayo 1 a 31 Julio de 2010	67
<b>Grafico 25</b> No. de muertes relacionada con la estancia hospitalaria, UCI Adulto de la clínica Saludcoop, Neiva, Mayo1 a Julio 31 de 2010	67
<b>Grafico 26</b> Relación de pacientes según eventos adversos presentes, UCI Adultos de la Clínica Saludcoop, Neiva, Mayo 1 a 31 Julio de 2010	68
<b>Grafico 27</b> Presencia de eventos adversos relacionada con estancia hospitalaria. UCI Adulto de la clínica Saludcoop, Neiva, Mayo 1 a Julio 31 de 2010	69

## LISTA DE ANEXOS

	<b>Pág.</b>
<b>Anexo A.</b> Proyecto “perfil epidemiológico de los pacientes que ingresan a las unidades de cuidado intensivo adulto, Neiva, mayo a julio de 2010”	90
<b>Anexo B.</b> Proyecto “perfil epidemiológico de los pacientes que ingresan a las unidades de cuidado intensivo adulto, neiva, mayo a julio de 2010”	94
<b>Anexo C.</b> Diagnostico ingreso, UCI Adultos Clínica Saludcoop Neiva, mayo 1 a 31 julio de 2010	98
<b>Anexo D.</b> Sistema funcional alterado, UCI Adultos Clínica Saludcoop, Neiva, mayo 1 a julio 31 de 2010	100
<b>Anexo E.</b> Diagnósticos ingreso relacionado con HTA, UCI Adultos Clínica Saludcoop, Neiva, mayo 1 a julio 31 de 2010	101
<b>Anexo F.</b> Diagnósticos ingreso relacionado con EPOC, UCI Adultos Clínica Saludcoop, Neiva, mayo 1 a julio 31 de 2010	103
<b>Anexo G.</b> No. Diagnostico al egreso, UCI Adultos Clínica Saludcoop, Neiva, Mayo 1 a 31 Julio de 2010	105

## RESUMEN

**INTRODUCCION:** La Unidad de Cuidados Intensivos Adultos (UCI-A) 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 continua. Se decidió analizar el perfil epidemiológico de los usuarios que ingresan a la UCI-A de la Clínica SALUDCOOP que permitan plantear estrategias de mejoramiento en la atención de enfermería.

**MATERIALES Y METODOS:** Estudio de tipo descriptivo, prospectivo. Se tomaron como referencia todos los pacientes que ingresaron a la UCI-A de la Clínica SALUDCOOP de Neiva en un periodo de tres meses. Se utilizó la técnica de revisión documental de la Historia Clínica y observación del área. La tabulación de los datos se realizó por medio del programa EPI-INFO versión 6,04.

**RESULTADOS:** Se analizaron 100 formularios; observando que más del 50% de los pacientes se ubican en el rango de edad de mayores de 60 años, una media de 63 años, el 52,6% corresponde al sexo masculino, la escolaridad del 53,7% de los pacientes es el nivel de primaria. El 99% de los pacientes proceden de la región Surcolombiana. El principal diagnóstico al ingreso fue el IAM (19%) que en su gran mayoría fue presentado por mayores de 60 años, se destaca que el 77% de los pacientes al ingreso presentaban comorbilidades y de estos el 46% presentaban HTA. El promedio de estancia hospitalaria fue de 1 a 3 días, la proporción de mortalidad fue de un 7,5% después de 48 horas de ingreso a la unidad y un 6,3% de eventos adversos.

**CONCLUSIONES:** La población objeto de atención en la UCI-A son los adultos mayores, los cuales presentan enfermedades crónicas no transmisibles que no se controlan apropiadamente llevando a complicaciones, originando la atención en terapia intensiva; por tal motivo los planes de atención de Enfermería deben estar direccionados a el cuidado de pacientes con patologías de origen cardiovascular y respiratorio, haciendo hincapié en la educación y la prevención en todos los niveles de atención.

**PALABRES CLAVES:** Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), Enfermería, perfil epidemiológico, diagnóstico de ingreso, comorbilidad, mortalidad, eventos adversos.

## ABSTRACT

**INTRODUCTION :** The Adult Intensive Care Unit (ICU-A) is a highly complex specialized service aimed at providing comprehensive care to people in critical health conditions that require constant attention and continues. It was decided to analyze the epidemiological profile of users who enter the ICU-A Clinic Saludcoop that suggest strategies for improvement in nursing care.

**MATERIALS AND METHODS:** Descriptive study prospective. Taken as a reference all patients admitted to ICU-A Clinic Saludcoop of Neiva in a period of three months. Technique was used document review of the clinical history and of the area. The tabulation of the data was performed using EPI-INFO version 6.04.

**RESULTS:** 100 forms were analyzed, noting that over 50% of patients are placed in the age group over 60 years, an average of 63 years, 52.6% were male, 53.7% schooling patients is the primary level. 99% of patients from the region Surcolombiana. The primary diagnosis at admission for AMI (19%) the vast majority were submitted by over 60 years, highlighted that 77% of patients had comorbidities on admission and of these 46% had hypertension. The average hospital stay was 1 to 3 days, the mortality rate was 7.5% after 48 hours of admission to the unit and 6.3% of adverse events.

**CONCLUSIONS:** The population of the ICU-A are the elderly, who have chronic diseases are not controlled properly leading to complications, resulting in intensive care, for this reason the nursing care plans should be directed to the care of patients with diseases of cardiovascular and respiratory systems, with emphasis on education and prevention at all levels of care.

**KEYWORDS:** Intensive Care Unit (ICU), nursing, epidemiological profile, admission diagnosis, comorbidity, 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 su estado es delicado; 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, debido al problema de salud no pueden satisfacerse más aún en los pacientes críticos que muestran gran o total dependencia; es entonces, donde el papel del profesional de Enfermería actúa y desempeña un rol fundamental en el tratamiento y recuperación del paciente.

Existen sin embargo otros factores, no dependientes directamente del paciente, que pueden influir en los resultados finales del cuidado durante la estancia en la UCI. Existen factores extrínsecos e intrínsecos derivados de métodos de tratamiento invasivos y no invasivos que son determinantes y por ende 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 Cardiológico 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 mismo<sup>1</sup>.

El perfil epidemiológico es el estudio de la morbilidad, la mortalidad y los factores de riesgo, teniendo en cuenta las características geográficas, la población y el tiempo; se convierte entonces en la primera herramienta en el proceso de planificación de una intervención en salud. 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 UCIs individuales, sólo un estudio interhospitalario publicado en 1995<sup>2</sup> 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 otras<sup>3</sup>; 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%

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 1998<sup>4</sup>. 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<sup>5</sup>, 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<sup>6</sup>, y en la clínica Medilaser durante el 2008 sobre Resistencia Bacteriana en pacientes infectados en la Unidad de Cuidados Intensivos<sup>7</sup>.

La necesidad de conocer cuál es el perfil epidemiológico de los pacientes hospitalizados en la UCI de la clínica Saludcoop de Neiva, es la de observar los aspectos socio demográficos, sus indicadores de morbilidad, mortalidad, principales complicaciones y relacionar estos con la proyección de programas asistenciales de intervención tanto médicos como de Enfermería y administrativos según necesidades específicas, justificadas con realidades encontradas.

En la UCI, el registro bioestadístico se realiza de carácter obligatorio pero de forma somera; donde se refleja la 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 se resalta que es: novedoso por ser el primer estudio realizado en la Clínica Saludcoop de la ciudad de Neiva por profesionales de enfermería, permitiendo así, desarrollar nuevos estudios investigativos a partir de éstos resultados; Útil porque se espera, identificar la caracterización de la población hospitalizada, estado socioeconómico, estado de salud previo, morbimortalidad y así lograr determinar el impacto de los programas de promoción y prevención; Además, sirve como base para realizar estudios de seguimiento administrativo, epidemiológico, microbiológico entre otros, que conduzcan a identificar factores asociados a la morbilidad; y factible ya que se cuenta con la participación del profesional de enfermería que labora en la Unidad de esta Institución hospitalaria logrando obtener la información directa que se quiere analizar e Interpretar.

## **1. OBJETIVOS**

### **1.1 OBJETIVO GENERAL**

Analizar el perfil epidemiológico de los usuarios que ingresan a la Unidad de Cuidados Intensivos Adulto de la Clínica SALUDCOOP que permita 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 los servicios de cuidado crítico.

Determinar los posibles factores condicionantes de la prestación del servicio a los pacientes que ingresan a las unidades 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, el diseño de planes de atención en enfermería acordes con la situación de la unidad.

## 2. MARCO REFERENCIAL

### 2.1 ANTECEDENTES

**2.1.1 Situación global del Cuidado Crítico en Latinoamérica<sup>8</sup>.** 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 (OMS) recomienda de 4 a 4,75 camas por 1000 habitantes para hospitales en poblaciones de más de 100.000 habitantes; 3 a 4 camas por 1000 en poblaciones de 25.000-100.000 habitantes y 2,5 a 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 Intensivo para la región podría ser de 2,5 a 3 camas /1000 habitantes. 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 anestesia<sup>9</sup>.

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 E.E.U.U, cuyos afectados necesitaron cuidados respiratorios avanzados y tratamientos

con ventiladores artificiales, denominados en ese entonces “el pulmón de acero”. Simultáneamente se producía un importante desarrollo tecnológico y los anestesiólogos adquirían conocimientos y habilidades para la entubación endotraqueal y el tratamiento posoperatorio de los pacientes quirúrgicos, por lo que aparecieron en la mayoría de hospitales las unidades de cuidados posoperatorios. Esta evolución llevó al anestesiólogo Peter Safar, en 1958, al desarrollo de una unidad de cuidado especial en el hospital de Johns Hopkins Bayview (Hasta entonces Baltimore City Hospital) de EE.UU. Este hospital se dotó con personal propio y por primera vez se habló de UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO.

Más adelante, a medida que se iban introduciendo nuevos avances tecnológicos como el masaje cardíaco cerrado, la desfibrilación cardíaca y nuevos modos de ventilación mecánica, se creaba la necesidad, 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 cardíacas. Esta situación potenciada por el desarrollo tecnológico y de la medicina en general, permitió orientar lo que hoy en día conocemos como unidades de cuidado intensivo y su importancia como apoyo para la atención integral en salud de algunos usuarios con enfermedades que comprometen de manera abrupta su integridad física, dentro de su contexto fisiológico, social, cultural y moral.

En Latinoamérica la primera unidad de cuidado intensivo adulto aparece en 1956 en Argentina, en Colombia entre 1964 y 1969 en el hospital San Juan de Dios, Clínica SHAIÓ 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 cuidado intensivo. 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 UCIs deben contar según lo dispuesto en la norma de requisitos de habilitación con equipos de ventilación mecánica de presión y de volumen de II y de III generación, monitores de signos vitales invasivo y no invasivo de última generación, camas de cuidados intensivos electro hidráulicas, computador de gasto cardiaco, oximetría de pulso continua, bombas de infusión enteral y parenteral, desfibrilador, marcapasos externo digital, equipo de órganos de los sentidos, ventilador de transporte, electrocardiógrafo digital, estimulador de nervio periférico, marcapasos interno transitorio (unicameral y/o bicameral), fuente central de oxígeno, aire comprimido y vacío, carro de paro, entre otros; los cuales permiten una identificación oportuna del diagnóstico que orienta hacia un tratamiento individualizado de acuerdo a la patología de cada usuario, logrando así disminuir complicaciones y niveles de mortalidad<sup>10</sup>.

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 servicio<sup>11</sup>.

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 área<sup>12</sup>.

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%<sup>13</sup>.

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 38.038.079<sup>14</sup>.

**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 intensivos:

- La primera es la inestabilidad hemodinámica que puede amenazar la vida del paciente.
- La segunda son los criterios específicos basados en guías fisiológicas y la tercera son indicaciones por patología.

Con relación a la primera clasificación, El Médico de la UCI es la persona encargada de evaluar y establecer si un paciente amerita o no manejo en la Unidad de Cuidado Intensivo; para esto se han creado los criterios de ingreso para pacientes que potencialmente se beneficiarían de ingresar a la UCI los cuales se pueden dividir en alta o baja prioridad:

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

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

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



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

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

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

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

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

Laboratorio: Sodio Menor de 110 o Mayor de 170mEq/l, Potasio Menor de 2.0 o Mayor de 7.0mEq/l, Pao2 Menor de 50, pH Menor de 7.1 o Mayor de 7.7, Glicemia Mayor de 600mg/dl, Calcio Mayor 15 mg/dl, Lactato Mayor de 3 Electrocardiograma (E.K.G.): fibrilación ventricular o taquicardia ventricular, bloqueo cardíaco completo

Hallazgos físicos: Anisocoria, inconsciencia, quemadura mayor de 20%, anuria, coma, convulsiones, cianosis, taponamiento cardiaco. 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: Leucocitos mayor de 30000 o menor de 4000, BUN mayor de 20 mg/dl, PaO<sub>2</sub> menor de 60 mmHg (aire ambiente), Compromiso multilobar, Plaquetas menor de 80000, confusión mental.

Asma: Dificultad para hablar, alteración de conciencia, FEV<sub>1</sub> y/o FEP menor de 40% del predicho, Pulso paradójico mayor de 18 mmHg, Neumotórax o Neumomediastino, PaO<sub>2</sub> menor de 65 mmHg con 40% O<sub>2</sub>, PaCO<sub>2</sub> mayor de 40 mmHg

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

Sangrado Digestivo: Sangrado persistente o resangrado, Inestable hemodinámicamente, PAS menor de 100 mmHg o PAM menor de 60 mmHg, Uso de vasopresores, Hipotensión postural con caída de la PAS mayor de 20 mmHg post bolo de 1000 ml, Sangrado masivo: pérdida de 30% o más de la volemia o que requiere más de 6 unidades de sangre en 24 horas, PT mayor de 12 s

Pancreatitis: 3 o más criterios de Ranson, Ajuste fino Pre-operatorio, IAM 6 meses antes. Cirugía mayor no-cardíaca en paciente clase funcional III o IV, Cirugía mayor no-cardíaca y fracción de eyección menor de 35%, Cirugía mayor vascular

Cuidado Post-operatorio: IAM 6 meses antes, Cirugía mayor no-cardíaca en paciente clase funcional III o IV, Cirugía mayor no-cardíaca y fracción de eyección menor de 35%, Cirugía mayor vascular, Cirugía Cardiotorácica mayor, EPOC con VEF<sub>1</sub> pre-operatorio menor de 2L y/o PaCO<sub>2</sub> 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 20% de la superficie corporal<sup>15</sup>

### **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 salud<sup>16</sup>.

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 de la institución prestadora de servicios de salud (IPS) objeto de estudio.

Para la realización del presente perfil epidemiológico se tienen en cuenta cuatro categorías importantes que son: aspectos socio demográficos, morbilidad, mortalidad y los factores condicionantes asociados a la morbimortalidad 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 otras<sup>17</sup>.

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

**2.3.2 Método A.P.A.C.H.E. II o A.P.A.C.H.E. Simplificado<sup>18</sup>.** 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 variable<sup>19</sup>. Se incorpora la edad y se cuantifica el estado de salud previo. Consta de los tres apartados:

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

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

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

La puntuación total de A.P.A.C.H.E. se obtiene sumando los puntos correspondientes a cada uno de los apartados mencionados.

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

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

**2.3.3 Escala TISS<sup>20</sup>.** 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 veintiocho 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 ítems en nuestro servicio para calcular la necesidad de horas de cuidados de enfermería de acuerdo al siguiente esquema:

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

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

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

**2.3.4 Clasificación Internacional de Enfermedades 10° (CIE 10)<sup>21</sup>.** 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.

La CIE-10 fue desarrollada en 1992 para rastrear estadísticas de mortalidad. La OMS publica actualizaciones menores anuales y actualizaciones mayores cada tres años según la morbilidad.

La Resolución 1895 de 2001 adopta para la codificación de morbilidad para Colombia, la clasificación internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud décima revisión (CIE 10), la cual rige a partir de 1 de enero de 2003<sup>22</sup>.

**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 paciente<sup>23</sup>.

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 mejora<sup>24</sup>.

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 acontecimientos<sup>25</sup>.

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 Bunch<sup>26</sup>. 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 emocional<sup>27</sup>.

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	ESCALA DE MEDICION / INDICADOR	FORMA DE MEDIR LAS VARIABLES
Sociodemográficas	Edad	Número de años cumplidos en el momento de recolección de la información	Numérica Proporción	Edad en años cumplidos iniciando desde los 14 años
	Sexo	Condición biológica al nacer	Nominal Razón de masculinidad.	Masculino Femenino
	Escolaridad	Formación alcanzada con base en último nivel cursado y aprobado	Ordinal Proporción de medidas de tendencia central (media, mediana, moda)	Ninguno, primaria incompleta, primaria completa, secundaria incompleta, secundaria completa, técnica, universitaria o postgrado.
	Ocupación	Actividad que realiza el paciente del cual obtiene sus ingresos para suplir sus necesidades o en la que ocupa la mayor parte de su tiempo.	Nominal Proporción de medidas de tendencia central	Ninguna Empleado Empleado Independiente. Oficios del hogar Estudiante Otro. Cuál _____
	Estado civil	Condición relacionada con el establecimiento y	Nominal Proporción	Soltero, casado, viudo, separado, unión libre.

		sostenimiento de una relación de pareja.		
	Estrato socioeconómico	Categorización según metodología definida en Colombia para medir nivel de pobreza	Ordinal Medidas de tendencia central	1, 2, 3, 4, 5, 6.
	Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS	Régimen a través del cual se hace parte del SGSSS.	Nominal Proporción	Contributivo, subsidiado, vinculado, SOAT, régimen especial o desplazado
	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	Nominal	Taxonomía del CIE 10 Sistemas funcionales alterados: (SNC, SNA, CVC, RESP, REN, GTI,). Especialidades médicas tratantes.
	Clasificación al ingreso	Tipificación de la complejidad del estado de salud del paciente al ingreso a la unidad.	Ordinal Proporción	Clasificación APACHE TISS 28
	Servicio de procedencia	Área de referencia hospitalaria que envía el paciente a la unidad de cuidado intensivo.	Nominal Proporción	Institucional: Observación, Urgencias, salas de Cirugía, hospitalización, consulta externa, entre otras. Extrainstitucional: Observación,

				Urgencias, salas de Cirugía, hospitalización, consulta externa, entre otras
	Tiempo previo al ingreso a la unidad	Tiempo total desde el inicio del evento que dio origen al ingreso a la UCI hasta el momento en que recibe la primera atención en la unidad.	Numérica	Intervalos por horas.
	Plan de Manejo inicial	Estándares planteados para el tratamiento de cada patología basados en la evidencia clínica instaurados al ingreso del usuario a la unidad.	Nominal proporción	Necesidad de soporte ventilatorio, apoyo vasoactivos e inotrópico, monitoreo hemodinámico, sedación, Antibioticoterapia, manejo de posoperatorio de cirugía mayor, control de trombolisis.
	Tiempo de duración del plan de manejo inicial	Tiempo total transcurrido desde el inicio de la aplicación del plan de manejo inicial hasta su modificación	Numérica	Intervalos por horas.
	Días hospitalización en la UCI	Número total de días que permanece el paciente en la UCI.	Numérica Promedio de estancia hospitalaria	No. De Días estancia desde el ingreso hasta el egreso de la UCI
	Diagnóstico al Egreso	Diagnóstico principal según CIE 10 con el cual egresa el paciente de la UCI	Nominal	Primer diagnóstico citado en el documento de egreso.
	Destino al egreso	Lugar al que el paciente es remitido luego de su alta de	Nominal Proporción	Casa, Hospitalización en la misma

		la UCI		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 reemplazo 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	Nominal	Porcentaje de mortalidad
	Causa de defunción	Diagnostico principal de la causa de defunción según CIE 10	Nominal	Diagnostico principal como causa de defunción descrito en la epicrisis.
Factores condicionantes presentes en la morbimortalidad	Factores condicionan tes relacionado s 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"> <li>▪ Sistema Nervioso, Cardiovascular, Respiratorio, Renal, GI, Endocrino</li> <li>▪ Condición diagnóstica y terapéutica establecida al ingreso por el APACHE</li> </ul>
	Factores condicionan tes relacionado s con la institución	Estándares de prestación del servicio relacionados con el ambiente	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cumplimiento de manual de limpieza y desinfección hospitalaria</li> </ul>
		Estándares de prestación del servicio relacionados con el personal de salud	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Recurso humano disponible las 24 horas de acuerdo a la normatividad</li> </ul>
		Estándares de prestación del	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Disponibilidad de insumos y</li> </ul>

		servicio relacionados con los insumos, medicamentos y equipos		medicamentos de acuerdo a la normatividad <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Infraestructura y disponibilidad de Equipos biomédicos con sus respectivos mantenimientos (preventivo y correctivo) de acuerdo a la normatividad</li> </ul>
Eventos adversos	Establecer los tipos de eventos adversos en la UCI A.	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 desarrollo con la metodología de estudio tipo descriptivo, prospectivo; durante un periodo de 3 meses, se midió cada una de las dimensiones de las variables de manera independiente y luego se integraron las mediciones, lo cual permitió dar respuesta de forma global al interrogante planteado. La medición de las variables se realizo 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 información sobre cada una de ellas.

### 4.2 POBLACION

En esta investigación se tomaron como referencia todos los pacientes que ingresaron a la unidad de cuidado intensivo (UCI) Adulto de la Clínica SALUDCOOP de la ciudad de Neiva desde el 1 de Mayo al 31 de julio del año 2010; la Unidad de análisis la constituye aquellos pacientes que son atendidos en la unidad de cuidados intensivos; y la unidad de información será la historia clínica de los pacientes hospitalizados en está. Para el presente estudio se tomo el total de la población de pacientes que ingresaron en la UCI-A durante el periodo 1 de mayo al 31 de julio del 2010.

Según datos estadísticos de la UCI de la Clínica SALUDCOOP Neiva con 6 cubículos, atendió un Promedio de 111 pacientes en el último trimestre del 2009, con un porcentaje ocupacional de 80%, un giro cama de 6.1, un promedio estancia de 4.3 días, y un porcentaje de mortalidad después de las 48 horas de 8%

### 4.3 METODO, TECNICA E INSTRUMENTO

**4.3.1 Método.** Se utilizaron dos tipos de método: en el directo con la observación y en el indirecto por medio de la revisión de historia clínica; entre las ventajas se encuentra que se reunieron los datos de forma directa por medio de la observación e indirecta por los registros que se han realizado en la historia clínica.

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

**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 (Anexo A) y una lista de chequeo (Anexo B) para complementar la observación realizada en la unidad.

#### **4.4 VALIDEZ Y CONFIABILIDAD**

La validez del instrumento se obtuvo observando si este permitía medir los atributos que se deseaban evaluar, por lo cual se sometió a una revisión y aplicación de su contenido por expertos en investigación.

La confiabilidad del instrumento se determinó a través de la aplicación de una prueba piloto que posteriormente arrojó algunos ajustes que se tuvieron en cuenta en el instrumento final.

#### **4.5 RECOLECCION DE LA INFORMACION**

Los investigadores recolectaron la información en la UCI-A de forma directa, durante los turnos mañana, tarde y noche, mediante la aplicación del formulario de recolección extrayendo de la historia clínica la información en dos momentos: al ingreso y al egreso del paciente. Se tomó la determinación que para aquellos pacientes que a 31 de Julio no habían egresado de la unidad se realizaría seguimiento hasta el siete de agosto del 2010, teniendo en cuenta los datos al ingreso y los hechos registrados durante la estancia en la unidad.

Para la evaluación de los factores condicionantes a la atención de los usuarios, se realizó mediante la aplicación de la lista de verificación de los factores condicionantes del paciente y la institución, la cual se realizó una vez a la semana el día viernes en cualquiera de los tres turnos por parte de cada investigador.

En las situaciones en las que el paciente egrese durante un turno en que los investigadores no se encuentren 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.

Los casos de reingreso se consideran como una nueva hospitalización en la misma unidad durante el periodo de estudio como complicación de la misma patología al ingreso; de lo contrario será considerado como un ingreso nuevo.



Una vez recopilada la información inherente a cada sujeto de investigación, se procedió a ingresar los datos en el programa EPI-INFO versión 6.04 para su posterior análisis.

#### **4.6 PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN**

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

**4.6.1 Análisis de los datos.** Una vez que los datos fueron codificados y transferidos al programa EPI-INFO versión 6,04, los investigadores procedieron a analizarlos de forma univariante y posteriormente por medio de tablas bivariantes y gráficos (barras, histogramas y circulares), que mostraron las frecuencias y porcentajes de cada una de las variables; se realizó un análisis de estadística descriptiva para cada una de sus variables y luego se describió la relación entre éstas; además se utilizaron las medidas de tendencia central como la media, mediana y la moda.

Se realizó el cruce de las siguientes variables:

- \* Edad – Sexo
- \* Lugar de residencia – Diagnostico al ingreso
- \* Comorbilidades – Sexo
- \* Diagnostico ingreso - Sexo
- \* Días hospitalización – Tiempo fallecimiento
- \* Días hospitalización - Mortalidad
- \* Evento adverso – Días hospitalización

Indicadores:

Frecuencia de Morbilidad = No. Ingresos durante el periodo

Proporción de 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 desarrollará 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 realizarán intervenciones o modificación en variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales, y solo se basará en la revisión de historias clínicas y la información obtenida será registrada en un instrumento diseñado que permitirá construir el perfil epidemiológico de los pacientes que ingresan a la unidad de Cuidado Intensivo Adulto de la clínica Saludcoop de la ciudad de Neiva; Además se salvaguardará 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 los investigadores son enfermeros de la unidad de cuidado intensivo, para la recolección de la información se solicitó autorización por escrito ante la Administración de la Clínica Saludcoop de Neiva; además se presentó la propuesta de investigación en aras de la aprobación por el comité de Ética de la Universidad Surcolombiana. En este estudio se garantizó el respeto a la dignidad de las personas, su libertad y autodeterminación, prevenir daños, tensiones y salvaguardar la vida privada y la confidencialidad de la identidad de los sujetos participantes.

## 6. RESULTADOS

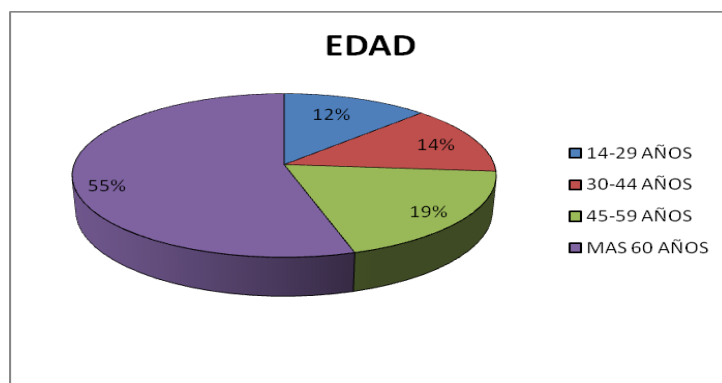
Posterior a la recolección de la información en la UCI Adultos (UCI-A) de la clínica Saludcoop Neiva, se realizó el procesamiento de la información, garantizando el completo diligenciamiento de los formatos de recolección de información estructurados con base a la variables determinadas, luego utilizando el sistema EPI INFO versión 6,04 se creó la base de datos, donde fueron digitados 100 formularios, que se relacionan con 95 nuevos ingresos y cinco (5) reingresos; se ejecuto la tabulación y el análisis uni y bivariado obteniendo los resultados que se presentan a continuación:

### 6.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

El grupo de estudio integrado por 95 pacientes se caracteriza por los siguientes aspectos sociodemográficos:

**6.1.1 Edad.** Grupo integrado por pacientes que se encuentran en un rango de edad variado, se identificó como edad mínima de 14 años y como edad máxima de 91 años:

**Gráfico 1.** Relación No. de pacientes según edad, UCI Adultos Clínica Saludcoop Neiva, mayo 1 a julio 31 de 2010



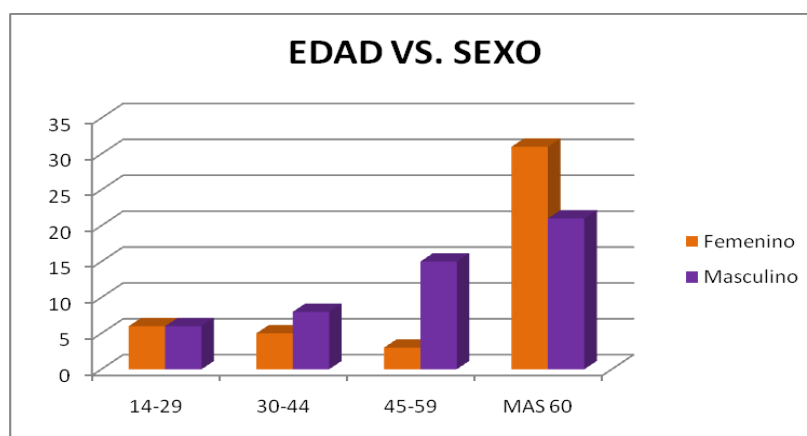
Fuente: Registros de Historia clínica.

Más del 50% de los pacientes atendidos en la UCI-A durante el periodo de estudio se ubican en el rango de edad de mayores de 60 años, una media de 63 años y el mayor número de pacientes se sitúan según la moda en los 51 años, este rango de edad caracteriza al adulto y adulto mayor, es decir que las condiciones biosociales del mayor número de personas que ingresan a la UCI-A están alteradas y podría ser un factor condicionante de enfermedad severa; esta característica demográfica se relaciona con el estudio realizado en la ciudad de Pereira en el año de 2004; sin embargo el rango de adolescentes

y adulto joven lo integran el 12% de los pacientes que se encuentran alcanzado su identidad, definiéndose a sí mismo como persona y como ser social, logrando la seguridad en sí mismo, con un proyecto de vida abierto como ser útil a la sociedad.

**6.1.2 Sexo.** La relación de hombre / mujer, es relativamente igual, no demarca una diferencia de alta frecuencia; el mayor porcentaje 52,6% corresponde al sexo masculino, es decir que por cada 10 mujeres que ingresan a la Unidad lo hacen 11 hombres. Este grupo de hombres oscila entre 14 años como edad mínima y 86 años como edad máxima; sobresale entre ellos el grupo de edad entre 60 y 80 años.

**Gráfico 2.** Relación de pacientes según edad y sexo, UCI Adultos Clínica Saludcoop, Neiva, Mayo 1 a Julio 31 de 2010.



Fuente: Historia clínica

La relación entre el sexo y la edad de los pacientes que ingresaron a la unidad tiene alta variabilidad. Más del 50% de los ingresos a la UCI-A corresponden a pacientes con una edad superior a los 60 años, de los cuales el 33% de las mujeres que ingresaron están en ese rango, con la presencia de la edad más avanzada de 91 años y en menor proporción con un 21% están los varones. Este resultado está relacionado con un nivel de esperanza para vivir más alto por parte de las mujeres, según lo reportado por el informe DANE en el 2009 el cual reporta que la población femenina, su edad promedio es de 77 años, mientras que en hombres es de 70 años.

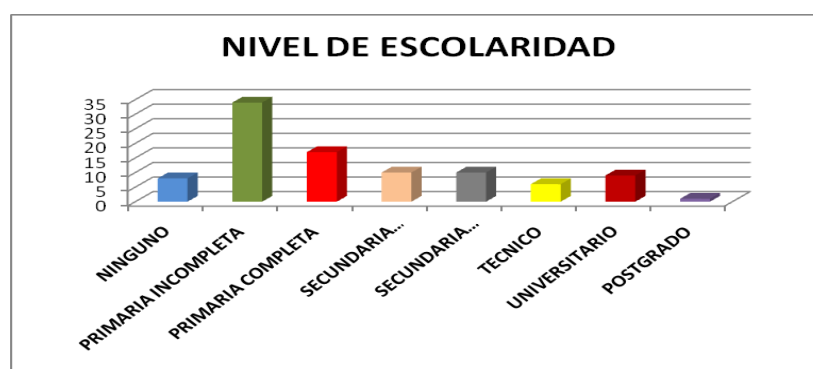
Se resalta el rango de edad de los 45 a 59 años, el cual, hay mayor representación de los hombres con una relación 5 hombres a 1 mujer. En los demás rangos de edad, la relación hombre mujer está casi equilibrada.

Los hallazgos de la presente investigación se relacionan con los hallazgos del estudio de UCI-A de Pereira en el que predomina el sexo masculino con el 59,3%; pero difiere a las estadísticas DANE, en el cual la mayor proporción de

población son mujeres con un 51,2% en el territorio colombiano. La edad máxima de ingreso de la mujer a la UCI-A es de 91 años.

**6.1.3 Escolaridad.** El grado de escolaridad es muy variado, encontrándose pacientes con ningún grado de escolaridad (8) y un solo paciente con el máximo grado de postgrado en Maestría.

**Gráfico 3.** Nivel de escolaridad de los pacientes, UCI Adultos Clínica Saludcoop Neiva, mayo 1 a julio 31 de 2010

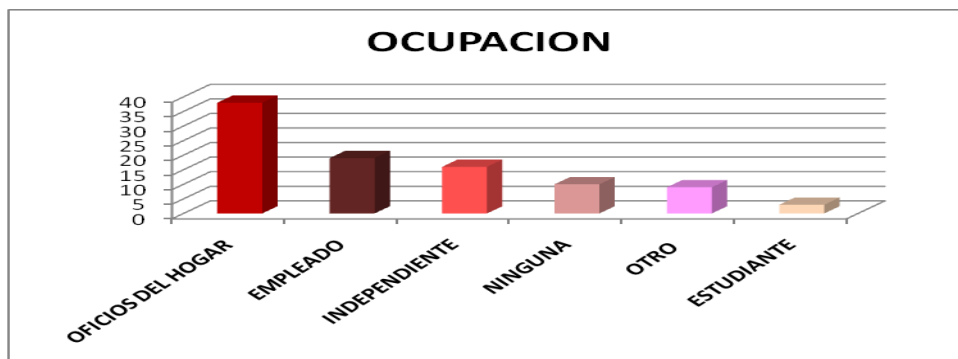


Fuente: Historia clínica

El nivel de escolaridad de los pacientes que ingresaron durante el periodo de estudio a la UCI-A se encontró la mayor proporción en el nivel de primaria con un 53,7% y de este porcentaje se resalta un 36% con primaria incompleta y solo un 10% de los ingresos refieren estudios universitarios. Estos hallazgos se relacionan con el bajo nivel educacional que presenta nuestra población huilense y colombiana según resultados del DANE. Lo que puede ser factor de riesgo para enfermar ya que deriva en déficit de auto cuidado frente al conocimiento, actitud y la práctica tanto en la promoción de la salud como en la prevención de la enfermedad, hechos que se observaron durante la recolección de la información; estos sucesos hacen difícil la comprensión del cuidado y el autocuidado para el mantenimiento de la salud.

**6.1.4 Ocupación.** En este grupo de pacientes solo 10 (10,5%) no tienen ninguna ocupación y se destacan 3 (3%) que son estudiantes

**Gráfico 4.** Ocupación de los pacientes, UCI Adultos Clínica Saludcoop Neiva, mayo 1 a 31 julio de 2010.

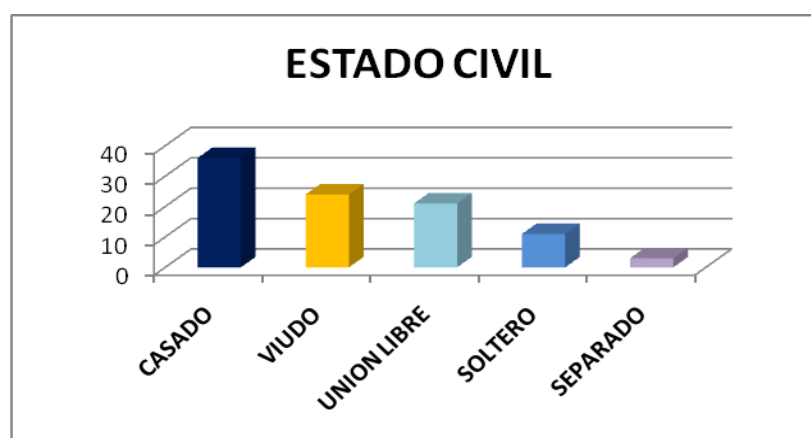


Fuente: Historia clínica

La mayoría de pacientes que ingresaron a la unidad refieren como actividad en la cual ocupan la gran parte de su tiempo, los oficios del hogar con un 40%, resultado comparado según la variable sexo-femenino que en su 90% refieren realizar esta actividad. El 20% de los pacientes manifiestan tener un empleo dependiente y un 17% actividades independientes. El 10% de las personas no refieren realizar ninguna actividad, respuesta de la gran mayoría de personas mayores de 60 años y el 9% de los registros hacen referencia a otra actividad, dentro de ellas se resaltan los pensionados y agricultores. El porcentaje más bajo de 3% representa el ingreso de pacientes que son estudiantes de secundaria menores de 20 años.

**6.1.5 Estado civil.** El estado civil es muy variado, encontrándose pacientes con pareja estable (57) y pacientes sin pareja (38).

**Gráfico 5.** Estado civil de los pacientes, UCI Adultos Clínica Saludcoop Neiva, mayo 1 a 31 julio de 2010.



Fuente: Historia clínica

De los 95 pacientes que ingresaron a la unidad durante el periodo de estudio, el 38% refiere estar casado y el 22% en unión libre, que de una y otra manera se convierte en factor de apoyo y de compañía; concepto tomado de salud familiar. Es de resaltar el estado de viudez (25%) presente en los mayores de 60 años, los cuales están solos, con un débil apoyo emocional y déficit en prácticas de cuidado, control de enfermedades de base como la HTA, Diabetes y el EPOC, que si no se tratan apropiadamente presentan complicaciones que desencadenan en enfermedades críticas que requieren ingreso a la unidad, y finalmente se encuentran los solteros y separados en 15% que pueden tener el apoyo de su familia nuclear o extensa.

**Tabla 1.** Relación de pacientes según Estado Civil vs. Edad, UCI Adultos Clínica Saludcoop, Neiva, Mayo 1 a 31 Julio de 2010

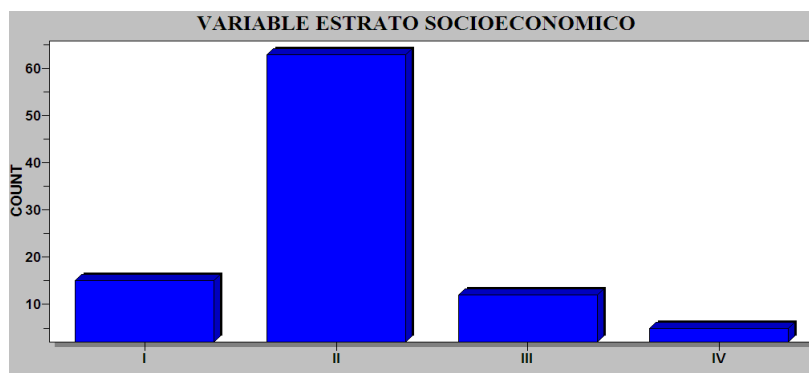
<b>ESTADO CIVIL / EDAD</b>	<b>14-29</b>	<b>30-44</b>	<b>45-59</b>	<b>MAS 60</b>	<b>TOTAL</b>
CASADO	1	5	8	22	<b>36</b>
VIUDO	0	0	0	24	<b>24</b>
UNION LIBRE	6	4	6	5	<b>21</b>
SOLTERO	5	4	2	0	<b>11</b>
SEPARADO	0	0	2	1	<b>3</b>
<b>TOTAL</b>	<b>12</b>	<b>13</b>	<b>18</b>	<b>52</b>	<b>95</b>

Fuente: Historia clínica

Analizando las variables edad y estado civil, se concreta que los pacientes mayores de 60 años están viudos en un 46% y un 42% casados, el estado de viudez se hace más frecuente en la edad avanzada, donde incide la compañía como factor protector. El grupo de 30 a 59 años conformados por treinta y un (31) pacientes en edad productiva; el 74% de ellos presentan pareja estable (casados y unión libre) descritos en los cuatro intervalos de edad, con la evidencia del apoyo familiar. Los pacientes jóvenes (14 a 29 años) se hallan en uniones libres y solteros en casi igual proporción, contando con apoyo de su núcleo familiar o iniciando la vida en pareja.

**6.1.6 Nivel Socioeconómico.** El estrato socioeconómico se ubica en los cuatro primeros estratos siendo muy representativo el estrato II.

**Gráfico 6.** Relación de pacientes según Estrato socioeconómico, UCI Adultos Clínica Saludcoop Neiva, mayo 1 a 31 julio de 2010.

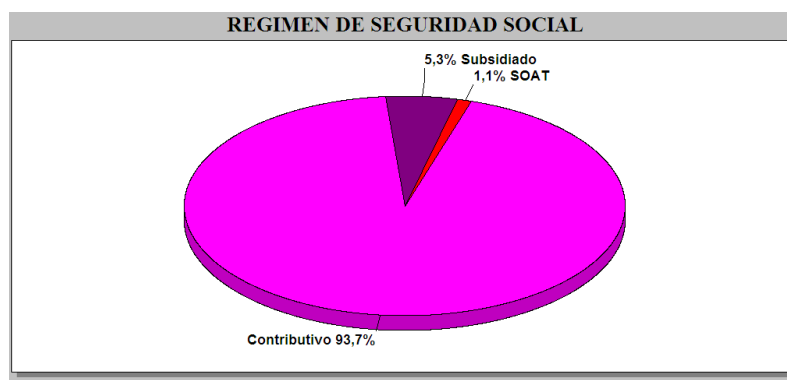


Fuente: Historia clínica

Con base en los seis estratos determinados por el DANE para el reconocimiento del nivel socioeconómico de la población, se encontró que el 100% de los pacientes están clasificados entre el primer y el cuarto estrato; La mayoría (94%) de los pacientes que ingresaron a la unidad en el periodo de estudio, su estrato socioeconómico se ubica entre el I, II y III estrato, según su nivel socioeconómico reciben subsidio para la utilización de los servicios públicos y se resalta el nivel II con un 66%, lo que además se relaciona con el nivel de pobreza de Colombia según los datos del DANE. Es de resaltar que la gran mayoría de la población en estudio está en el régimen contributivo, pero con un nivel de ingresos bajos, que podría relacionarse con un factor de riesgo asociado a enfermar por algunas necesidades básicas insatisfechas.

**6.1.7 Seguridad Social.** El régimen de salud predominante en los pacientes de la unidad es el contributivo

**Gráfico 7.** Relación de pacientes según régimen de seguridad social, UCI Adultos Clínica Saludcoop Neiva, mayo 1 a 31 julio de 2010.



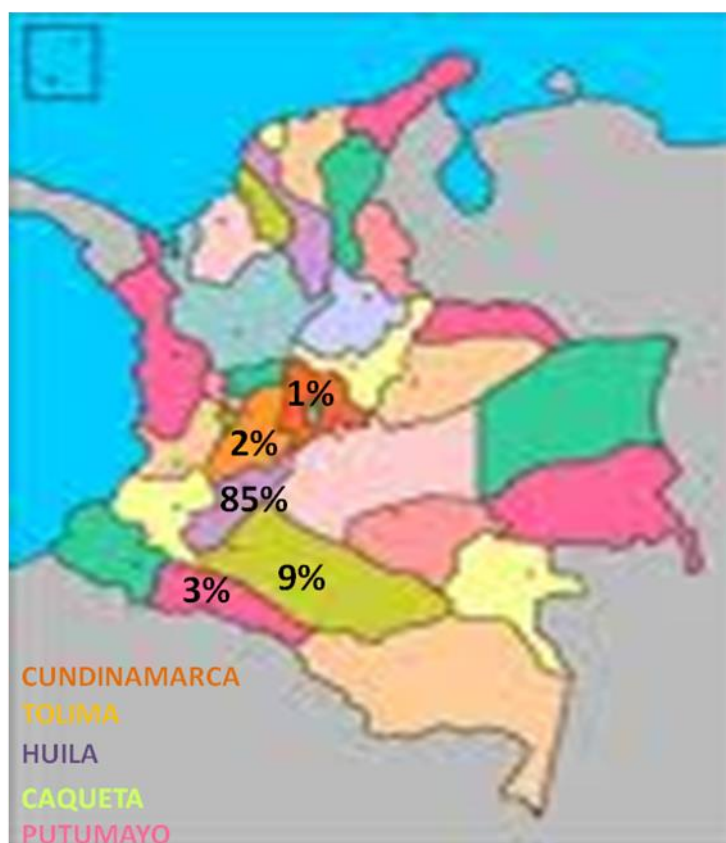
Fuente: Historia clínica



El mayor porcentaje de pacientes a estudio se ubican en el régimen contributivo con un 93,7%, debido a que esta institución pertenece al grupo Saludcoop que tiene a su cargo los afiliados a las EPS Cafesalud, Cruz Blanca y Saludcoop. Solo con un 5,3% se encuentran ingresos de pacientes del régimen subsidiado que corresponden a la EPSS Cafesalud y un mínimo porcentaje SOAT

**6.1.8 Procedencia.** El 99% de los pacientes a quienes se les hizo el seguimiento durante los tres meses proceden de la región Surcolombiana, destacándose el Departamento del HUILA con el 85% y el 62% residen en la ciudad de Neiva.

**Gráfico 8.** Relación de pacientes según procedencia, UCI Adultos Clínica Saludcoop Neiva, mayo 1 a 31 julio de 2010.

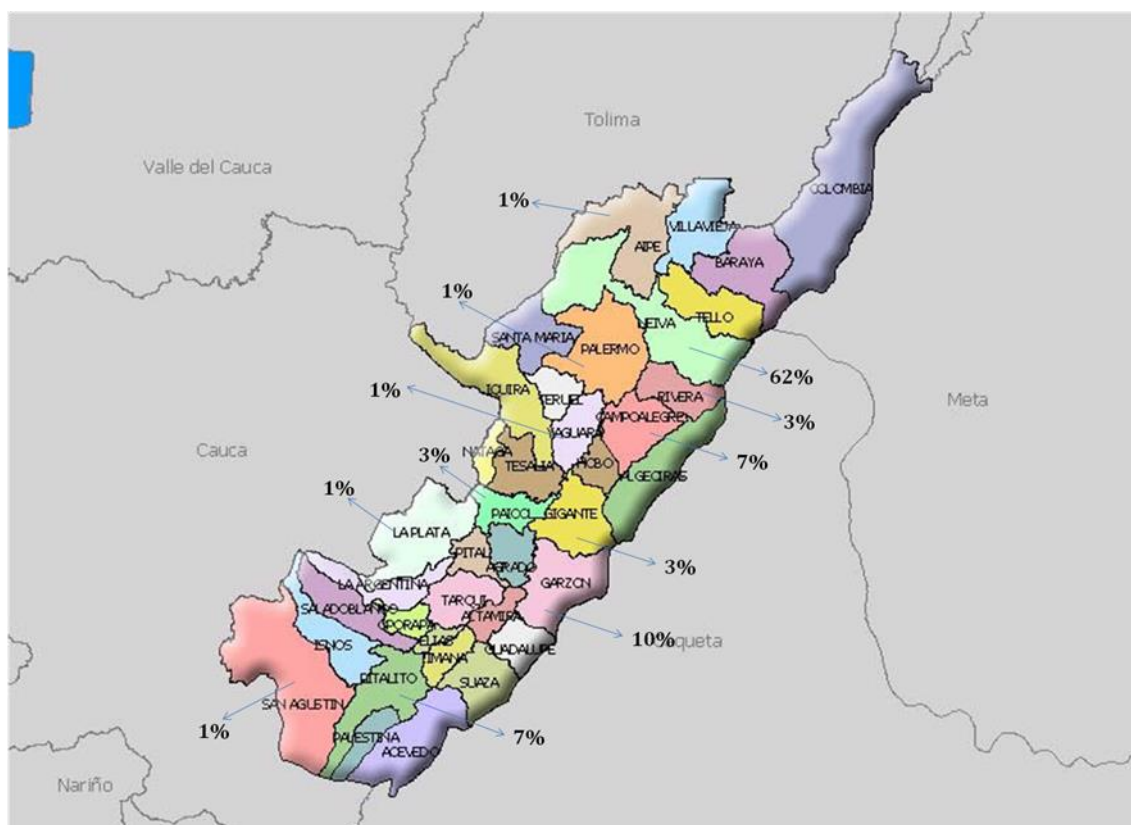


Fuente: Historia clínica

El mayor porcentaje (85%) de los ingresos correspondió a pacientes provenientes del departamento del Huila, seguido el Caquetá con 9%, Putumayo 3% y con solo 2% el departamento de Tolima y 1% Cundinamarca. Estos resultados se deben a que esta unidad se halla ubicada en la capital del

departamento del Huila y es sitio estratégico de referencia de los departamentos del Surcolombiano que no poseen un tercer nivel de atención, sin embargo la distancia en algunos momentos entorpece la oportunidad en la atención y prontitud al ingreso a la unidad. Los dos casos del Tolima y Cundinamarca se debieron a la falta de disponibilidad de cama UCI en esos departamentos. Es de resaltar que el 82% de los ingresos provienen de la zona urbana de los Departamentos del Huila, Tolima y Cundinamarca; un 18% de los pacientes provienen del área rural que corresponden a Huila, Caquetá y Putumayo.

**Gráfico 9.** Relación de pacientes según procedencia de Municipios del Departamento del Huila, UCI Adultos Clínica Saludcoop, Neiva, Mayo 1 a 31 Julio de 2010



Fuente: Historia clínica

Teniendo en cuenta los 81 pacientes que ingresaron a la UCI provenientes del departamento del Huila, en su mayoría (62%) residen en la ciudad de Neiva, capital de este departamento y en orden decreciente aparecen los municipios de Garzón, Campoalegre, Pitalito entre otros, lo que está de acuerdo con la distribución poblacional del departamento del Huila. Este hecho beneficia al grupo familiar y al propio paciente, pues permite acompañamiento de los seres queridos del usuario en estado crítico y el restante 38% cuando el grupo

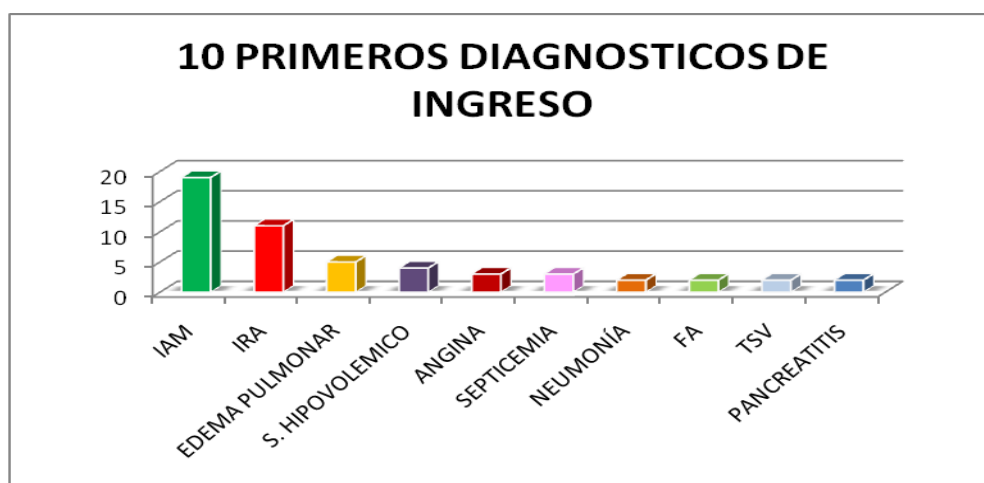
familiar reside en lugares distantes a Neiva, se hace difícil el desplazamiento de la familia, los pacientes manifiestan mayor grado de estrés y ansiedad por motivos económicos para el desplazamiento y que un alto porcentaje no poseen familiares en Neiva que brinden apoyo (vivienda, alimentación) a los familiares. Esto es manifestado por familiares y pacientes observados durante el periodo de estudio.

## 6.2 CARACTERÍSTICAS DE LA MORBILIDAD

En esta sección se relatan los sucesos relacionados con la causa de ingreso, que en su gran mayoría hace referencia a la inestabilidad hemodinámica, causa clasificada como diagnóstico principal, por presentar la alta frecuencia entre los pacientes seguidos durante el periodo de estudio, refiriendo las alteraciones cardiovasculares, que en primer lugar aparece el infarto agudo de miocardio (IAM) con un 20%; factores relacionados con los antecedentes patológicos, servicio de referencia, tiempo al ingreso a la unidad, plan de manejo al ingreso que justifica la terapia intensiva. Durante el periodo de seguimiento se concretaron los siguientes indicadores administrativos: Porcentaje ocupacional: 69%; Promedio estancia: 3,7 días  
Giro Cama: 5,5 pacientes por cama por mes.

**6.2.1 Diagnóstico al ingreso.** Causa que motivo el ingreso del paciente a la UCI A, según criterios establecidos en el MAPIPOS y que se menciona según la Taxonomía del CIE 10, Sistemas funcionales alterados: (SNC, SNA, CVC, RESP, REN, GTI,). Especialidades médicas tratantes. Relación entre el diagnóstico principal con antecedente patológico de EPOC y HTA

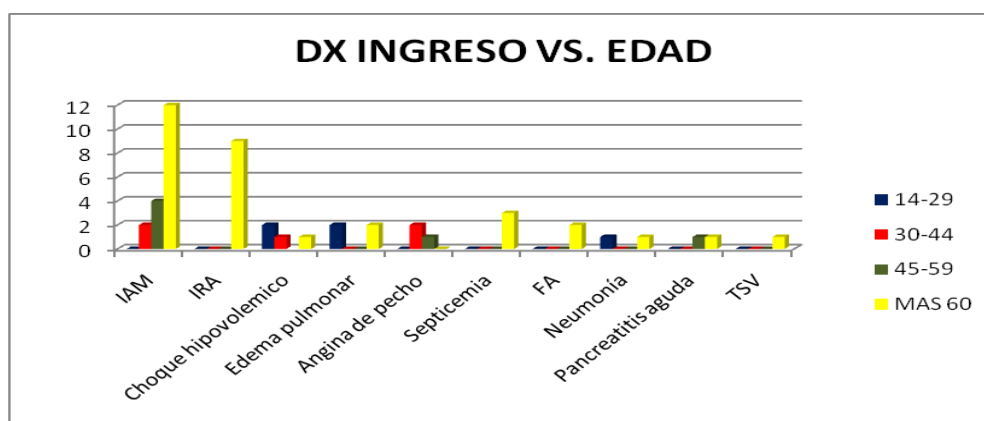
**Gráfico 10.** Relación de los diez primeros diagnósticos de ingreso, UCI Adultos Clínica Saludcoop, Neiva, mayo 1 a 31 julio de 2010.



Fuente: Historia clínica

Con base en los registros de las historia clínica de los pacientes que ingresaron durante el periodo de estudio (Anexo C), se concreto que el principal diagnóstico de ingreso de los pacientes a la UCI-A fue el Infarto Agudo de Miocardio (IAM) en todas sus presentaciones con un 19%, resultado que se asemeja en los hallazgos expuestos en el estudio de Dennis y colaboradores; seguido de la Insuficiencia Respiratoria Aguda (IRA) con un 11%, la cual se presentó como complicación de una enfermedad respiratoria aguda o crónica agudizada. Posteriormente aparece el edema pulmonar con un 5,3% como complicación a una enfermedad de tipo cardiovascular y el Shock hipovolemico con un 4,2% de origen multifactorial. El restante 59,5% de los diagnósticos, su frecuencia no se hace repetitivo durante el periodo de estudio y para una mejor comprensión e interpretación se agruparan posteriormente por sistema alterado. Se resalta en este estudio que todas las historias presentan el código CIE 10 por patología y es de tipo sistematizado, lo que facilita al medico el diligenciamiento de las mismas según la normatividad en salud.

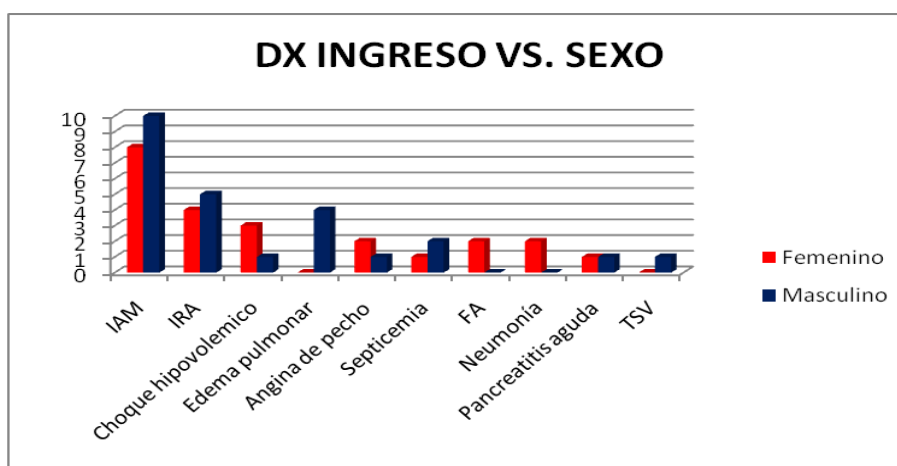
**Gráfico 11.** Relación de pacientes según edad y los principales diagnósticos de ingreso, UCI Adulto, Clínica Saludcoop, Neiva, Mayo 1 a Julio 31 de 2010.



Fuente: Historia clínica

El mayor número de Ingresos a la UCI-A fue a causa de IAM (19 pacientes) que en su gran mayoría (67%) están en el rango de edad de mayores de 60 años, dato que es similar a la insuficiencia respiratoria aguda que en su totalidad lo padecieron los pacientes de esta edad; hallazgo relacionado con la mayor frecuencia de Comorbilidades, deterioro de los sistemas funcionales por la edad, y que en su gran mayoría resulta como complicación de la patología de base. Los otros diagnósticos están distribuidos casi equitativamente en los grupos etáreos.

**Gráfico 12.** Relación No. de pacientes según sexo y los principales diagnósticos de ingreso, UCI Adulto, Clínica Saludcoop, Neiva, Mayo a Julio de 2010.



Fuente: Historia clínica

Teniendo en cuenta los diez primeros diagnósticos de ingreso a la UCI-A, se evidencia que el IAM fue el mayor diagnóstico de ingreso presentado en el periodo de estudio, se presenta en mayor proporción en el sexo masculino igualmente ocurre con los casos de insuficiencia respiratoria aguda. El hecho del mayor número de casos de IAM en el sexo masculino se relaciona con los datos obtenidos en el estudio de síndrome coronario agudo en UCI en el centro de salud panamericano en el año de 2006 al 2008, el cual encontró la mayor incidencia de IAM en sexo masculino con un 47,5% del total de ingresos los cuales tenían antecedente de HTA.

**Tabla 2.** Relación de los diez primeros diagnósticos de ingreso con el lugar de residencia, UCI Adultos Clínica Saludcoop, Neiva, Mayo 1 a Julio 31 de 2010.

Diagnostico de ingreso	DEPARTAMENTO					Total
	Caquetá	Cundinamarca	Huila	Putumayo	Tolima	
Angina de pecho	0	0	3	0	0	3
Choque hipovolemico	0	0	4	0	0	4
Edema pulmonar	0	0	4	0	0	4
FA	1	0	1	0	0	2

IAM	1	0	16	1	1	19
IRA	0	0	8	1	0	9
Neumonía	0	0	2	0	0	2
Pancreatitis	0	0	2	0	0	2
Septicemia	0	0	3	0	0	3
TSV	0	0	1	0	0	1
<b>TOTAL</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>44</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>49</b>

Fuente Historia Clínica

Con base en los diez primeros diagnósticos de ingreso de los pacientes en el periodo de estudio, se destaca el departamento del Huila, con el 85% del total de los ingresos son residentes en este departamento, su morbilidad está relacionada con alteraciones cardiovasculares y respiratorias, que orden decreciente le siguen el IAM, falla respiratoria, Choque hipovolemico, edema pulmonar y angina. Por su alta frecuencia de ingresos es difícil precisar las causas propias de morbilidad por departamento y estos resultados solo se pueden relacionar a nivel local.

### 6.3 SISTEMAS FUNCIONALES ALTERADOS

Conjunto de órganos que conforman un sistema dinámicamente relacionados, formando una actividad y logrando un número de objetivos para mantener la homeostasis del organismo; cuando uno o más órganos de un sistema presentan alteraciones se altera el control orgánico desencadenando la presencia de enfermedad.

**Gráfico 13.** Relación No. de pacientes según sistemas funcionales alterados, UCI Adultos Clínica Saludcoop, Neiva, mayo 1 a julio 31 de 2010.



Fuente: Historia clínica

El principal sistema funcional alterado al ingreso, que justifico la estancia en la unidad a los pacientes que se les hizo el seguimiento, fue el sistema cardiovascular con un 35%, en donde éste agrupa patologías como el síndrome coronario agudo (IAM, angina), falla cardiaca y alteraciones electromecánicas del corazón. Posteriormente se encuentra el sistema respiratorio con un 24%, dentro de las cuales la insuficiencia respiratoria fue la más común. El 13% corresponde a las alteraciones del sistema nervioso central (SNC), que en gran proporción corresponde a posoperatorios de craneotomía para resección de tumor cerebral y drenajes de hematomas (Anexo D). Estos resultados difieren en orden con respecto al estudio de de UCI A de Pereira en donde ellos hallaron como principal sistema alterado el respiratorio y en segundo lugar el cardiovascular. Como se menciona anteriormente la patología común al ingreso de nuestro estudio es la de origen cardiovascular, dato que se relaciona con las estadísticas de morbilidad a nivel nacional y mundial; las cuales surgen como complicaciones en su gran mayoría por una HTA mal tratada y el déficit de hábitos de vida saludables.

**6.3.1 Comorbilidad.** Es el término médico, que hace referencia a la presencia de uno o más trastornos, además de la enfermedad o alteración primaria, que pueden predisponer la aparición de una nueva patología de características más complejas en la presentación de manifestaciones y en el tratamiento de ella.

**Tabla 3.** Relación No. diagnósticos de origen Cardiovascular con comorbilidad HTA, UCI Adultos Clínica Saludcoop, Neiva, mayo 1 a julio 31 de 2010

HTA			
Principal Diagnostico de ingreso	SI	NO	TOTAL
ANGINA DE PECHO	0	1	1
ANGINA INESTABLE	0	2	2
ARRITMIA POR REENTRADA VENTRICULAR	1	0	1
BLOQUEO AV COMPLETO	1	0	1

CARDIOMIOPATIA ISQUEMICA	0	1	1
CRISIS HIPERTENSIVA	1	0	1
DOLOR PRECORDIAL	0	1	1
FIBRILACION Y ALETEO AURICULAR	2	0	2
IAM	9	6	15
IAM PARED INFERIOR	1	1	2
ICC	1	0	1
INFARTO SUBENDOCARDICO	2	0	2
PARO CARDIACO CON RESUCITACION EXITOSA	1	0	1
TAQUICARDIA SUPRAVENTRICULAR	3	0	3
TRAUMATISMO DEL CORAZON CON HEMOPERICARDIO	0	1	1
<b>TOTAL</b>	<b>22</b>	<b>13</b>	<b>35</b>

Fuente: Historia clínica

En el 46% de los pacientes que ingresaron a la UCI Adultos presentaban como antecedente patológico la HTA, la cual es una enfermedad crónica no transmisible que se hace más evidente en las personas de mayor de edad como la población que ingresa a esta unidad y dicha patología promueve la aparición de nuevas enfermedades especialmente las de origen cardiovascular como complicación de la misma; por tal motivo se resalta que un 63% de los pacientes con alteración del sistema cardiovascular al ingreso presentaban previamente HTA, la cual afecta alrededor del 20% de la población adulta de los países desarrollados o en vía de desarrollo, y se resalta que las personas con HTA tienen de 2-4 veces más riesgo de presentar enfermedad cardiovascular, según la guía colombiana de atención de HTA del 2005.

**Tabla 4.** Relación No. diagnósticos de origen Respiratorio con comorbilidad EPOC, UCI Adultos Clínica Saludcoop, Neiva, mayo 1 a julio 31 de 2010

<b>EPOC</b>			
<b>Principal Diagnostico de ingreso</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>TOTAL</b>
EDEMA PULMONAR	1	3	4
EMBOLIA PULMONAR	0	1	1
EPOC SOBREINFECTADO	1	0	1
INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA	8	2	10
NEUMONIA NO ESPECIFICADA	1	1	2
<b>TOTAL</b>	<b>11</b>	<b>7</b>	<b>18</b>

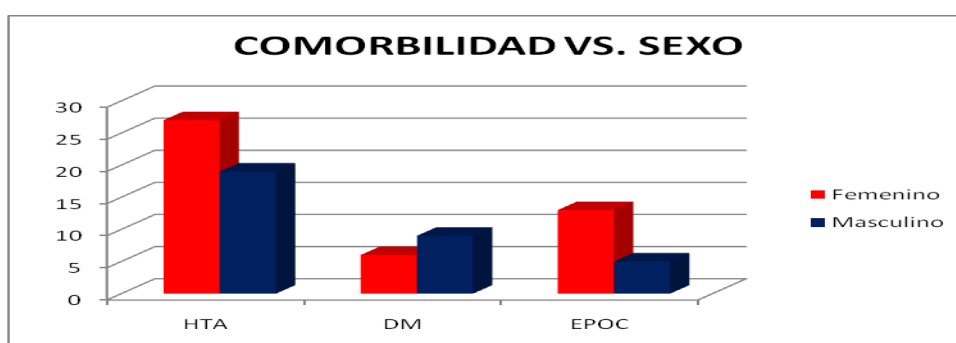
Fuente: Historia clínica



El 18% de los pacientes que ingresaron a la UCI presentaban como antecedente patológico la presencia de EPOC, el cual en su gran mayoría (61%) ocasiono descompensación, generando la falla respiratoria aguda que fue el diagnostico principal de ingreso de este tipo de pacientes.

Es de resaltar que el 77% de pacientes al ingreso presentaban enfermedades crónicas de base, las cuales se describen en primer lugar la HTA (46%) seguida del EPOC (18%), Diabetes Mellitus (14%), dislipidemias (4%) y otras en menor proporción. Se destaca que un 28% manifestaban tener dos o más antecedentes patológicos, lo que condiciona en un mayor riesgo de desencadenar alteraciones funcionales que terminen en la UCI. Solo un 23% de los ingresos no refirió tener comorbilidades al ingreso a la unidad.

**Gráfico 14.** Relación No. de pacientes según sexo con las comorbilidades (HTA, EPOC, DM). UCI Adultos Clínica Saludcoop, Neiva, Mayo 1 a Julio 31 de 2010.



Fuente: Historia clínica

El 46% de las personas que ingresaron a la UCI A refirió tener como antecedente patológico la HTA, que en el 60% de ellos lo refieren padecer las mujeres, lo cual se relaciona con la literatura ya que el sexo femenino es un factor de riesgo no modificable para HTA. El EPOC manifestado por el 18% del total de ingresos se presenta en una relación de tres mujeres por cada hombre, dato relacionado con el consumo de cigarrillo, tabaco y la exposición al humo de leña en sus labores domesticas, ya que se tiene en cuenta que el mayor numero de ingresos fueron mujeres mayores de 60 años que en su actividades del hogar la forma de preparar los alimentos era con estufa de leña, y solo hasta hace unos 30 años se inicio el uso del gas natural domiciliario el cual en sus inicios fue recurso disponible de las grandes ciudades capitales y después se maximizo al resto del país; se resalta que en la actualidad la zona rural no posee este servicio público. Por último la presencia de Diabetes Mellitus se presenta más en los hombres. Observando este panorama se concluye que las mujeres padecen de mayor número de Comorbilidades que el hombre, lo que podría condicionar que con estos factores de riesgo, sin un tratamiento

apropiado, sin medidas preventivas en el primer nivel de atención generen mayor número de ingresos a la unidad.

**6.3.2 Tipificación de la complejidad del estado de salud del paciente al ingreso a la unidad.** La clasificación de los pacientes con respecto a los resultados fisiológicos relacionados con la severidad de la enfermedad al ingreso ejecutada por el médico (Escala APACHE II) y la cuantificación de la necesidad de cuidado de Enfermería del paciente en estado crítico (TISS 28); no se encontraron datos de estos durante la revisión, lo que impide hacer una valoración de la complejidad del paciente y el riesgo de morir al ingreso a la unidad.

**Tabla 5.** Relación No. de pacientes según clasificación APACHE II al ingreso, UCI – A, Clínica SALUDCOOP Neiva, Mayo 1 a Julio 31 de 2010

<b>Clasificación apache</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>NO</b>	100	100,0%
<b>Total</b>		100,0%

Fuente: Historia clínica

En la revisión de historias clínicas de los pacientes que ingresaron en el periodo de estudio, ningún médico realizó el método APACHE a estos pacientes, como método que refieren los diferentes estudios de evaluación de las unidades de cuidado intensivo, como mecanismo de evaluación de la severidad de la enfermedad al ingreso y predictor del riesgo de morir durante la atención en la unidad; el cual si se hubiera tenido, sería de gran importancia para poder compararlos con otros estudios y establecer que tan complejos son los pacientes que se atienden en la ciudad de Neiva.

**Tabla 6.** Relación No. de pacientes según clasificación Escala TISS 28, UCI Adultos Clínica Saludcoop Neiva, Mayo 1 a 31 Julio de 2010

<b>Clasificación Escala TISS 28</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>NO</b>	100	100,0%
<b>Total</b>	100	100,0%

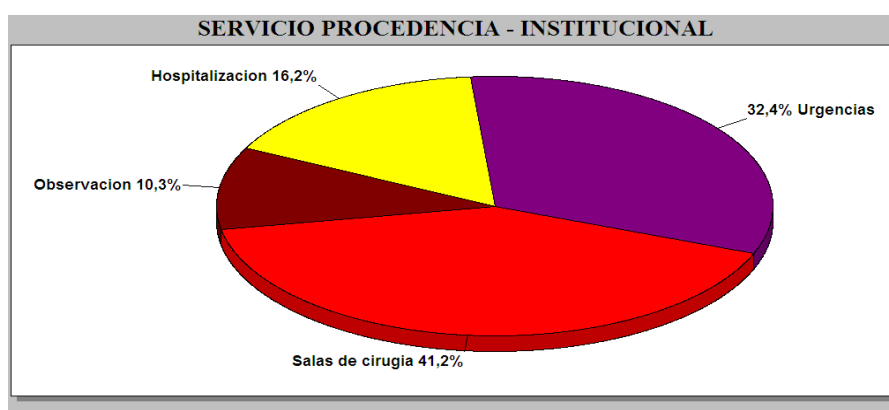
Fuente: Historia clínica

La revisión de Historias clínicas también permitió identificar que ningún profesional de enfermería realiza la escala TISS 28, la cual evalúa y cuantifica

la calidad de cuidado de enfermería que requiere cada paciente en estado crítico en términos de tiempo y personal necesario para ejecutar labores como monitoreo hemodinámico, administración y control de medicamentos, realización de procedimientos entre otras actividades inherentes al personal de enfermería. Lo cual debería realizarse como pauta administrativa de calidad y para estar al nivel de otras unidades especializadas, con grupos de Enfermería organizados, experimentados que prestan cuidados de enfermería de alta calidad, enfocando sus acciones al cuidado directo del usuario y la familia.

**6.3.3 Procedencia según servicio Hospitalario.** Servicio hospitalario originario donde se le prestaba atención al paciente, que por complicación de la patología o requerimiento de un servicio de mayor complejidad que brinde atención especializada, requiere manejo en la UCI-A.

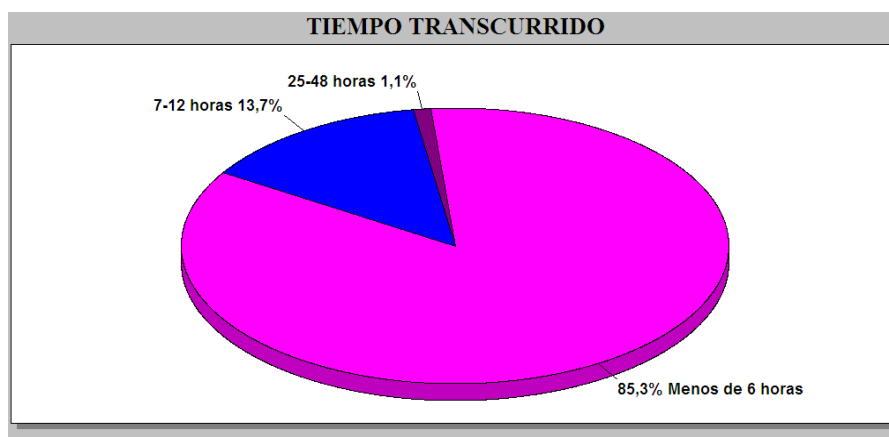
**Gráfico 15.** Relación de pacientes según Servicio Hospitalario de procedencia, UCI Adultos Clínica Saludcoop, Neiva, Mayo 1 a 31 Julio de 2010.



Fuente: Historia clínica

El mayor número de ingresos (72%) de pacientes a la unidad provienen de la misma clínica Saludcoop Neiva, la cual es una institución de tercer nivel de complejidad; y el servicio que más aporta pacientes a la unidad, fue el servicio de salas de cirugía con un 41,2% que en su gran mayoría ingresan a control de su posoperatorio por la complejidad de la cirugía y en un muy bajo porcentaje por complicaciones de la misma o relacionadas con la anestesia. En orden decreciente se encuentran los servicios de urgencias con 32,4%, hospitalización con 16,2% y por último observación adultos con un 10,3%. El 28% de los pacientes que ingresan a esta UCI-A provienen de otras instituciones de primer, segundo y tercer nivel, donde el servicio que más remite pacientes es urgencias con un 70,4%, realizando un manejo inicial al paciente, para posteriormente enviarlo al tercer nivel; solo un 11% de los pacientes extrahospitalarios provienen de otras UCI de la ciudad de Neiva, motivados estos traslados por solicitud de la familia del paciente o auditoría médica.

**Gráfico 16.** Relación tiempo transcurrido entre la solicitud del servicio y el tiempo que ingresa el paciente a la unidad, UCI Adultos Clínica Saludcoop, Neiva, Mayo 1 a Julio 31 de 2010

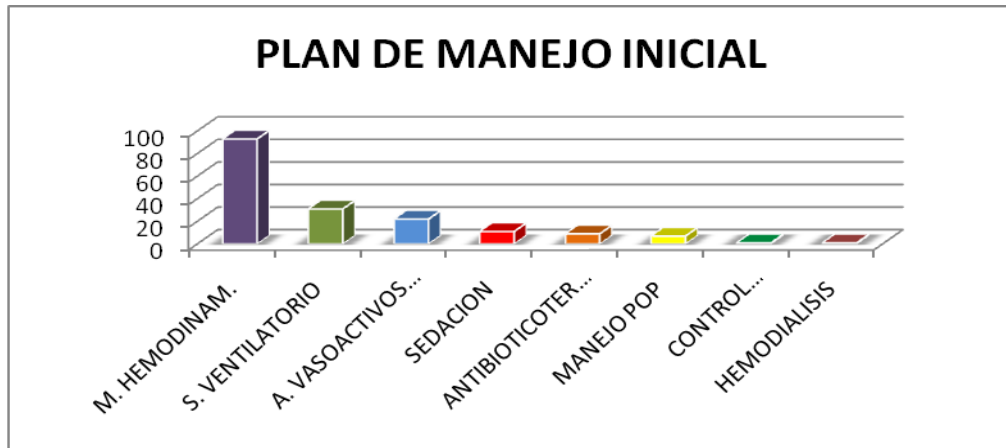


Fuente: Historia clínica

El ingreso a la unidad se realizó en su gran mayoría (85,3%) en un tiempo inferior a seis horas, lo que es un buen predictor para el paciente crítico y se relaciona este tiempo corto de ingreso con la mayoría de ingresos a nivel intrainstitucional y provenientes del Departamento del Huila. El 13,7% hace relación a ingresos entre 7 y 12 horas, que tienen que ver con pacientes remitidos de otros Departamentos que por distancia geográfica o alteración en la consecución de ambulancia apropiada para el transporte hace que los ingresos se tarden más y solo 1,1%, que representan ingresos posterior a 24 horas, es un caso aislado de un paciente remitido del Putumayo que requería traslado en ambulancia aérea la cual su consecución es más difícil.

**6.3.4 Plan de manejo médico.** Estándares planteados para el tratamiento de cada patología basados en la evidencia clínica y guías de manejo instaurados al ingreso del usuario a la unidad, que en su totalidad necesitan monitoreo hemodinámico y en menor proporción apoyo ventilatorio, administración de medicamentos vasoactivos entre otros.

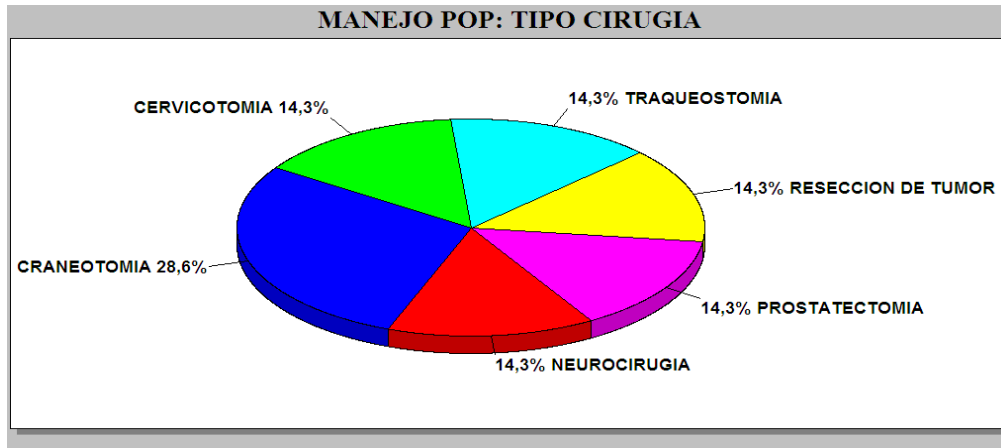
**Gráfico 17.** Relación No. pacientes y el plan de manejo médico inicial, UCI Adultos Clínica Saludcoop, Neiva, Mayo 1 a 31 Julio de 2010



Fuente: Historia clínica

En el 100% de los pacientes desde el momento que ingresan hasta que egresan de la unidad requieren como plan de manejo inicial el monitoreo hemodinámico. Posteriormente al monitoreo, un 32% de pacientes al ingreso requirieron soporte ventilatorio, 22% de los pacientes requirió apoyo inicial con inotrópicos o vasopresores, 11% sedación y relajación, como mecanismo coadyuvante para el inicio y mantenimiento de la ventilación mecánica; en menor proporción aparecen la Antibioticoterapia, el manejo del posoperatorio, trombolisis y hemodiálisis. Es de resaltar que los datos que se presentan en mayor porcentaje son claros criterios de ingreso a la UCI y se relacionan con los principales sistemas funcionales afectados (cardiovascular y respiratorio).

**Gráfico 18.** Relación plan de Manejo postoperatorio como motivo de ingreso, UCI Adultos Clínica Saludcoop, Neiva, Mayo 1 a 31 Julio de 2010



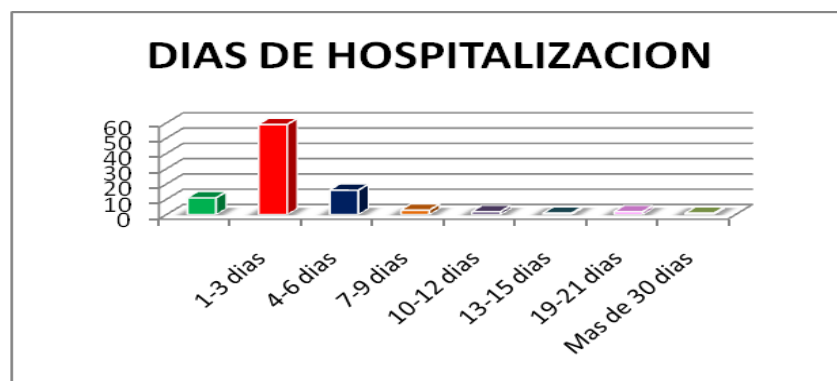
Fuente: Historia clínica

El 7% de los pacientes que ingresaron a la unidad con plan de manejo médico inicial de control POP, se debe a cirugías de alta complejidad como aquellas de tipo de Neurocirugía que se observó en un 71,5% de ellas, como craneotomías y cirugías de columna, las cuales requieren un manejo especial intensivo y valoración frecuente en busca de complicaciones propias o asociadas a la intervención quirúrgica, por tal motivo indican la atención de terapia intensiva.

#### 6.4 ESTANCIA HOSPITALARIA

Hace referencia al tiempo de permanencia del paciente en la unidad, donde se tiene en cuenta la diferencia entre el día y hora de ingreso con el egreso, para calcular el tiempo total de permanencia del paciente.

**Gráfico 19.** Relación No. pacientes y días hospitalarios, UCI Adultos Clínica Saludcoop, Neiva, Mayo 1 a 31 Julio de 2010



Fuente: Historia clínica

El 59 % de los pacientes presentó una estancia en la unidad de 1 a 3 días; posteriormente un 16% una estancia de 4 a 6 días. Se resalta el hecho de estancias menores a 24 horas en un 11% de los pacientes, evidenciado en los posoperatorios o pacientes con poco criterio al ingreso. Solo un paciente tuvo

una estancia superior a 30 días, ya que presentaba una traqueomalacia de difícil manejo y retiro del ventilador. Se hace énfasis en que el promedio estancia para este periodo de estudio fue de 3,7 días; estos resultados se relacionan con los hallados en el estudio de Pereira el cual obtuvo una mediana de estancia de 3 días y el 71,5% de los pacientes una estancia entre 1-5 días. Se hace hincapié en la importancia del cuidado de enfermería con aquellos pacientes que su estancia es prolongada ya que tienen más riesgos de alteraciones en la piel, infecciosas, delirium, lo que se convierte en un reto para el profesional de poder evitar estas potenciales complicaciones, prestando mayor acompañamiento al paciente y la familia, ya que a medida que pasa el tiempo se observan con mayor ansiedad y alteraciones psicósomáticas.

**Tabla 7.** Relación de los diez primeros diagnósticos de ingreso con días hospitalarios. UCI Adultos, Clínica Saludcoop, Neiva, Mayo 1 a Julio 31 de 2010.

Principal Diagnostico de ingreso	Menos de 24 horas	1-3 días	4-6 días	7-9 días	10-12 días	13-15 días	19-21 días	Más de 30 días	TOTAL
<b>IAM</b>	1	14	4	0	0	0	0	0	19
<b>IRA</b>	0	5	2	0	2	0	2	0	11
<b>EDEMA PULMONAR</b>	0	3	1	0	0	0	1	0	5
<b>CHOQUE HIPOVOLEMICO</b>	1	2	1	0	0	0	0	0	4
<b>ANGINA DE PECHO</b>	0	3	0	0	0	0	0	0	3
<b>SEPTICEMIA</b>	1	1	0	0	1	0	0	0	3
<b>FA</b>	0	1	1	0	0	0	0	0	2
<b>NEUMONIA</b>	0	2	0	0	0	0	0	0	2
<b>PANCREATITIS AGUDA</b>	1	1	0	0	0	0	0	0	2
<b>TSV</b>	0	1	1	0	0	0	0	0	2
<b>TOTAL</b>	4	33	10	0	3	0	3	0	53

Fuente: Historia clínica

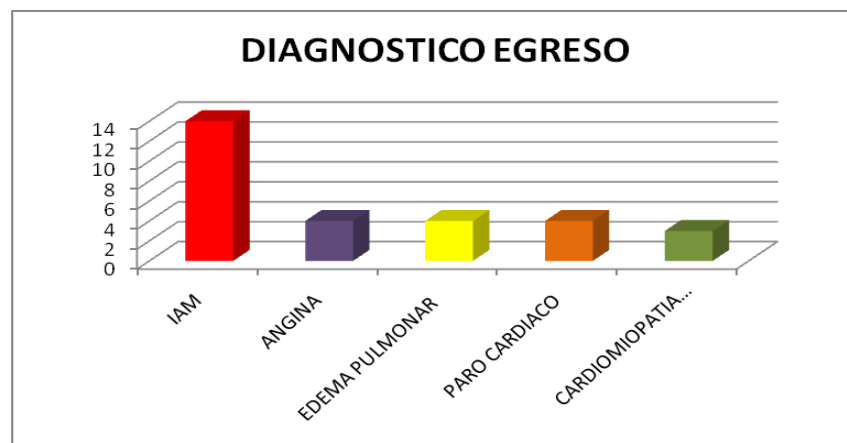
La mayoría de pacientes (59%) que ingresaron a la UCI presentaron una estancia hospitalaria corta de 1 a 3 días, en cual aparecen las patologías de origen cardiovascular en un gran porcentaje, donde el IAM el diagnóstico más común al ingreso, en su 73% de casos presentaron esta estancia corta, ya que no presentaron complicaciones y según las recomendaciones de la guías de manejo médico la observación en UCI de estos paciente se debe hacer los primeros tres días de sucedido el evento.

Se destacan las patologías de origen respiratorio con una estancias más prolongados con relación a los otros diagnósticos, relacionado este hecho por el uso de la ventilación mecánica, la cual en pacientes con EPOC y alteraciones graves de la oxigenación requieren mayor tiempo de este tratamiento y el retiro debe ser progresivo, el cual después de suspendida la

ventilación mecánica, requieren altas concentraciones de oxígeno, terapia respiratoria continua, manejo broncodilatador y vigilancia hemodinámica continua, lo que justifica su estancia en terapia intensiva.

**6.4.1 Egreso UCI-A.** Es la salida definitiva de un paciente de la unidad, puede ser vivo o muerto; en la primera condición puede ser su egreso por mejoría, traslado a otra institución (remisión) y retiro voluntario. En este proceso se hace énfasis en el diagnóstico médico al egreso, plan de manejo médico para continuar con la recuperación de las funciones vitales alteradas.

**Gráfico 20.** Relación de pacientes según el diagnóstico al egreso, UCI Adultos Clínica Saludcoop, Neiva, Mayo 1 a 31 Julio de 2010.

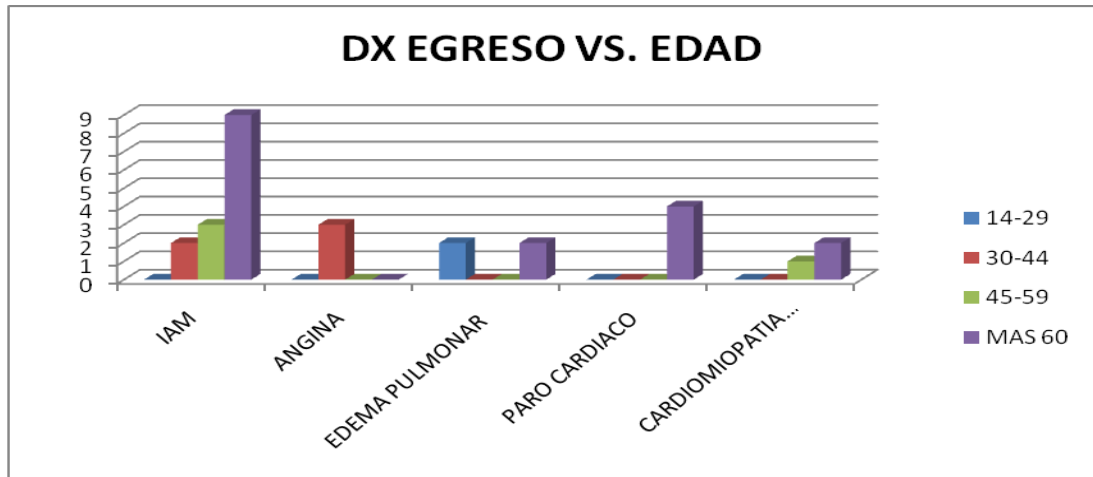


Fuente: Historia clínica

El mayor porcentaje (14%) de los diagnósticos de egreso hacen referencia al infarto agudo del miocardio, lo cual se relaciona con el más frecuente diagnóstico al ingreso, difiere este hecho en un 6%, ya que durante la estancia a estos pacientes le practicaron curva enzimática en especial Troponina la cual arrojaba datos negativos por tal motivo al egreso su diagnóstico fue de síndrome coronario agudo tipo angina inestable o dolor torácico. En tercer lugar se encuentra el edema pulmonar resuelto y el EPOC, que inicialmente ocasionaron la insuficiencia respiratoria aguda, requiriendo apoyo ventilatorio la cual fue la causa de ingreso a la unidad. Posteriormente aparecen un gran número de diagnósticos con menor frecuencia y gran variabilidad.

**Gráfico 21.** Relación No. de pacientes según edad y los principales diagnósticos de egreso, UCI Adulto, Clínica Saludcoop, Neiva, Mayo 1 a Julio 31 de 2010.



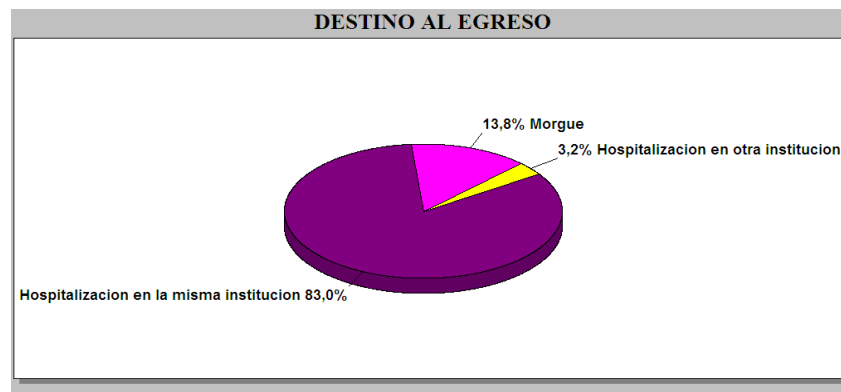


Fuente: Historia clínica

Teniendo en cuenta los diagnósticos de egreso de los pacientes durante el periodo de estudio, el IAM se presentó con mayor frecuencia (64%) en el grupo de mayores de 60 años directamente proporcional como se presentó al ingreso.

El grupo de 30-44 años el diagnóstico de egreso más común fue la angina. Se destaca el paro cardíaco como causa de egreso en los mayores de 60 años, relacionado con la mortalidad. El grupo de 14 – 29 años se destaca el diagnóstico de egreso por edema pulmonar resuelto, ya que esta fue una complicación pos anestésica que originó el ingreso a la unidad y que afortunadamente no ocasionó la muerte de estos pacientes.

**Gráfico 22.** Relación de pacientes según destino al egreso, UCI Adulto Clínica Saludcoop, Neiva, Mayo 1 a 31 Julio de 2010



Fuente: Historia clínica

El 83% de los pacientes, el destino al egreso fueron los servicios de hospitalización en la misma clínica Saludcoop Neiva para continuar con su plan de manejo médico, en su gran mayoría tratamiento antihipertensivo, oxígeno terapia y un escaso porcentaje terminar esquema de antibióticos. El 13,8% de

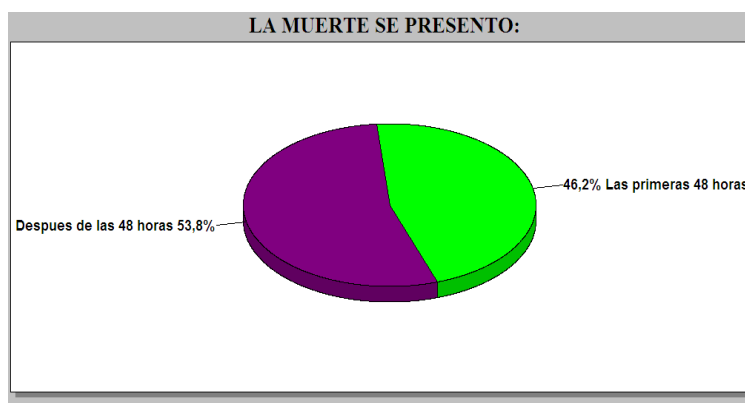
pacientes tuvo como destino final la morgue, resultado inferior con respecto a lo observado en Pereira el cual la mortalidad fue de un 27%.

Tres pacientes se remitieron a otra institución, dos de ellos a un segundo nivel de complejidad por solicitud de la familia para continuar manejo en hospitalización y el paciente restante se remitió al IV nivel de la ciudad de Bogotá para manejo por electrofisiología por cardiodesfibrilador disfuncional.

## 6.5 CARACTERÍSTICAS DE LA MORTALIDAD

En esta sección se relatan los sucesos relacionados con la causa de egreso por motivo del fallecimiento del paciente, que en gran proporción fue por paro cardiaco. En cuanto el tiempo de estancia se hace hincapié en aquellas defunciones ocurridas después de 48 horas al ingreso, las cuales son consideradas como mortalidad UCI.

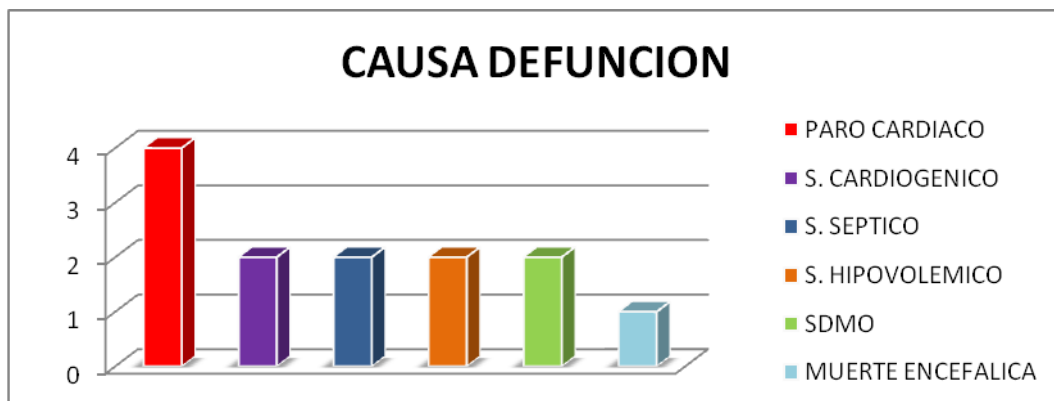
**Gráfico 23** Relación No. de pacientes y el tiempo en que se presento la muerte, UCI-A, Clínica Saludcoop, Neiva, Mayo 1 a Julio 31 de 2010



Fuente: Historia clínica

La proporción de mortalidad en este periodo de estudio fue de 13,7% (13 pacientes); con base en los criterios que se manejan a nivel de unidades de cuidado intensivo se tiene en cuenta como mortalidad UCI, las muertes ocurridas posterior a las 48 horas después del ingreso a la unidad y lo que equivale a 7,5%. Resultado que es muy inferior con respecto al estudio de Pereira que arrojó una proporción de mortalidad de 27% en un periodo de estudio similar de tres meses.

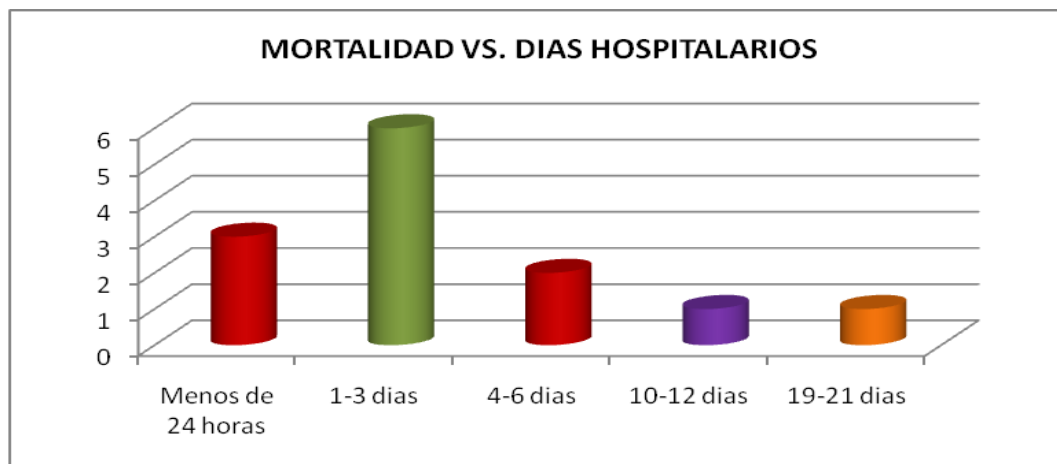
**Gráfico 24.** Relación No. pacientes según causas de defunción, UCI Adultos de la Clínica Saludcoop, Neiva, Mayo 1 a 31 Julio de 2010



Fuente: Historia clínica

La mayor causa de muerte que se encontró fue el paro cardiaco, la cual es un diagnóstico multicausal y no específico de la causa en sí que llevo al deceso. Posteriormente aparecen como causas de fallecimiento el Shock Cardiogenico, séptico e hipovolemico; diagnósticos con que ingresaron estos pacientes, con soporte vasoactivo y ventilatorio en la mayoría de los casos, los cuales desde su ingreso tenían un mal pronóstico, manifestado en la historia clínica. Se resalta que el 92% (12 pacientes) de las defunciones se presentaron en pacientes mayores de 60 años.

**Gráfico 25.** No. de muertes relacionada con la estancia hospitalaria, UCI Adulto de la clínica Saludcoop, Neiva, Mayo1 a Julio 31 de 2010



Fuente: Historia clínica

Del total 13.7% de las muertes presentada en la UCI-A durante el periodo de estudio, más del 46% (6 Pacientes) de los fallecimientos ocurrieron en los

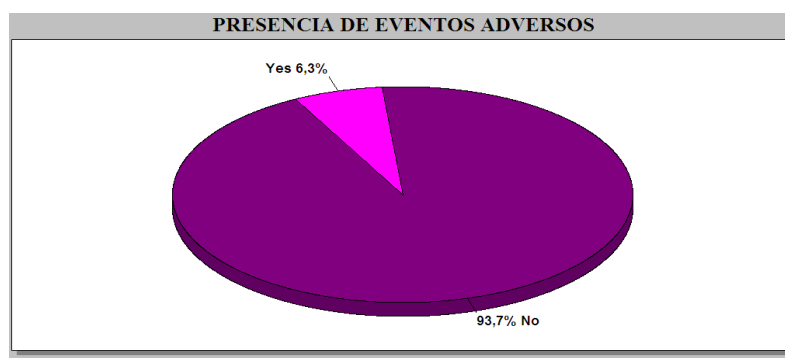
pacientes con estancia de 1 a 3 días y este rango fue la mayor estancia observada (59%). Se resalta 3 pacientes que fallecieron en las primeras 24 horas, debido a su condición crítica al ingreso; teniendo en cuenta lo anterior, el 70 % de las muertes ocurren en un periodo inferior a tres días de estancia,

datos que difieren de los hallazgos del estudio de Pereira, el cual indica que a partir del quinto día de hospitalización la mortalidad aumenta. Hecho que se puede relacionar con posibles complicaciones como infecciones nosocomiales y otros eventos adversos que logran aumentar la estancia y aumentar la mortalidad.

## 6.6 EVENTOS ADVERSOS

Son las lesiones o complicaciones causadas a los pacientes durante cualquier fase de la atención en la unidad por parte del equipo de salud, generalmente prevenibles y no relacionados directamente con la patología o condición clínica; los cuales aumentan los costos de la atención, la estancia hospitalaria y aumentan el riesgo de morir; por último se hace la relación del tiempo de estancia con la ocurrencia de estas complicaciones.

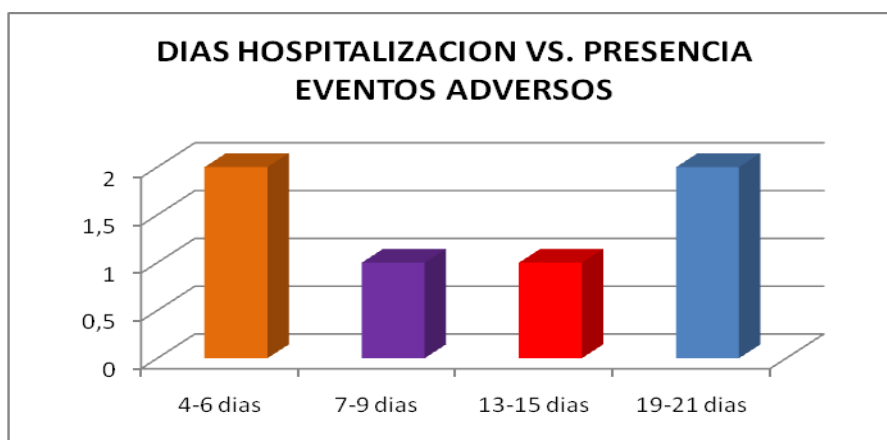
**Gráfico 26.** Relación de pacientes según eventos adversos presentes, UCI Adultos de la Clínica Saludcoop, Neiva, Mayo 1 a 31 Julio de 2010



Fuente: Historia clínica

La gran mayoría de pacientes (93,7%) durante su estancia en la unidad no presentaron eventos adversos, solo un 6,3% (6 pacientes) presentaron evento adverso asociado a infección nosocomial tipo neumonía a ventilación mecánica (4 pacientes), un caso de neumotórax por implante de catéter central y un hemotórax por toracentesis; aunque es un porcentaje de adversidad bajo, este debería ser igual a cero, el cual brinde un 100% de seguridad al paciente que sea atendido en esta unidad. Es de resaltar que los casos de infecciones nosocomiales se reportaron al comité de epidemiología de la clínica, el cual realizó el estudio de caso y planteó recomendaciones para el servicio. Para evitar estos hechos lamentables, se debe revisar los manuales de funciones y estudio puntual de cada caso para plantear acciones de mejoramiento y evitar la presencia de estas adversidades.

**Gráfico 27.** Presencia de eventos adversos relacionada con estancia hospitalaria. UCI Adulto de la clínica Saludcoop, Neiva, Mayo 1 a Julio 31 de 2010



Fuente: Historia clínica

La presencia de eventos adversos de la UCI-A durante el periodo de estudio fue de un 6%, los pacientes (2 pacientes) que presentaron neumotórax y hemotórax como iatrogenia fueron en los primeros días de estancia (4-6 días), los otros cuatro eventos adversos están relacionados con la presencia de infecciones nosocomiales la cual es directamente proporcional al tiempo de estancia, ya que por muchos factores adicionales al tiempo de estancia como la edad, el uso de métodos invasivos como catéter central, ventilación mecánica, sonda vesical, comorbilidades pueden predisponer la presencia de infecciones intrahospitalarias. Lo que motiva al personal de salud a poner más atención en este tipo de pacientes para prevenir estos eventos adversos.

## **6.7 FACTORES CONDICIONANTES PRESENTES EN LA MORBIMORTALIDAD**

Los factores condicionantes que pueden estar relacionados con la morbimortalidad se evaluaron mediante la aplicación semanal de la lista de chequeo todos los viernes en la tarde durante los tres (3) meses de estudio, encontrando los siguientes resultados:

- En un 100% se cumple lo normado en el manual de limpieza y desinfección de la unidad, el cual se desarrolla diariamente por el personal de SERVIACTIVA y auxiliares de enfermería.
- El recurso humano que labora en la unidad durante cada turno es el siguiente: Un médico internista, un Enfermero profesional, un Terapeuta Respiratorio (sin especialización en el área) y dos (2) auxiliares de enfermería

con diplomado en Cuidado Intensivo; este personal hace presencia en la UCI-A sin importar el número de pacientes que haya en la unidad. Es de resaltar que la fisioterapeuta asiste a la unidad dependiendo el número de terapias físicas programadas a los pacientes, es decir que este profesional está disponible según la necesidad del servicio. Teniendo una relación de un profesional de la salud por los seis pacientes y 1 auxiliar de enfermería a cargo de tres (3) pacientes.

- En la evaluación de los equipos e insumos necesarios para el funcionamiento normal de la unidad, según lo reglamentado en la resolución 1043 de 2006 de los estándares mínimos de habilitación se cumple en su totalidad, excepto por la ausencia del estimulador de nervio periférico.
- La disponibilidad de medicamentos para los pacientes ingresados en la unidad es eficiente, pero es de resaltar la inoportunidad en el inicio de la nutrición enteral del paciente en estado crítico debido a trámites administrativos con la autorización de los formatos NO POS (CTC).

## 7. DISCUSIÓN

El estudio de perfil epidemiológico de los pacientes que ingresaron a la unidad de Cuidado Intensivo Adulto de la clínica Saludcoop de la ciudad de Neiva, se realizó en un periodo de tres meses, recolectando 100 formularios, de los cuales 95 de ellos corresponden a nuevos ingresos y cinco reingresos. Se utilizaron cuestionarios previamente validados, con una recolección de información estandarizada y completa por el grupo de investigadores lo cual permitió minimizar sesgos de información.

Con respecto a los resultados, las características sociodemográficas que se resaltan en el grupo de pacientes que ingresaron durante el periodo de estudio se encuentran en un rango de edad variado, una edad mínima de 14 años y como edad máxima 91 años; más del 50% de los pacientes se ubican en el rango de edad de mayores de 60 años, una media de 63 años. El mayor número (52,6%) de ingresos corresponde al sexo masculino, es decir que por cada 10 mujeres que ingresan lo hacen 11 hombres; estos resultados se relacionan con el estudio realizado en una UCI-A de la ciudad de Pereira en el año de 2004, con una duración similar de tres meses, el cual reporta una mediana de edad de 53 años, predominando los pacientes de sexo masculino con un 59,3%; similar son los resultados del estudio de Dennis y colaboradores reportando edad promedio de 53 años y mayor número de varones al ingreso.

La escolaridad de los pacientes se encuentra en mayor proporción en el nivel de primaria con un 53,7% y de este porcentaje se resalta un 36% con primaria incompleta y solo un 10% de los ingresos refieren estudios universitarios. Estos hallazgos se relacionan con el bajo nivel educacional que presenta nuestra población huilense y colombiana según resultados del DANE, lo que puede ser factor de riesgo para enfermar ya que deriva en déficit de auto cuidado, la comprensión de la patología y prácticas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. La escolaridad reportada por el estudio de Pereira es muy variada, el 11,7% tiene un nivel de estudios secundarios incompletos, y sólo un 3,4% presenta estudios universitarios completos.

La mayoría de pacientes que ingresaron a la unidad refieren como actividad en la cual ocupan la gran parte de su tiempo los oficios del hogar con un 40%, resultado comparado con los ingresos del sexo femenino que en su 90% refieren realizar esta actividad. El 20% de los pacientes manifiestan tener un empleo dependiente, con un 17% actividades independientes. Un 10% de las personas no refieren realizar ninguna actividad, respuesta de la gran mayoría de personas mayores de 60 años. La mayoría de pacientes (60%) manifiestan tener una pareja estable (casado y unión libre), el estudio de UCI-A de Pereira encontró un 35,2% casados y un 24,1% de solteros.

Es de resaltar el estado de viudez presente en los mayores de 60 años, los cuales están solos, con pobre apoyo emocional y déficit en prácticas de autocuidado, control de enfermedades de base como la HTA, Diabetes y el EPOC, que si no se tratan apropiadamente presentan complicaciones que desencadenan en enfermedades críticas que requieren ingreso a la unidad.

El estrato socioeconómico de los pacientes que ingresaron a la unidad, la máxima proporción (66%) se encuentran en estrato II y la mínima de 6% en el estrato IV, en los estratos V y VI no se ubico ningún paciente; es decir que el 94% de los pacientes según la clasificación del DANE hacen parte del grupo poblacional que reciben subsidio para utilización de los servicios públicos. La gran mayoría (94%) de la población a estudio está en el nivel contributivo, resaltando que esta UCI-A atiende con prioridad a los pacientes de las EPS del grupo Saludcoop.

El 99% de los pacientes que ingresaron a la unidad durante los tres meses de estudio proceden de la región Surcolombiana, destacándose el Departamento del HUILA con el 85% y el 62% residen en la ciudad de Neiva, teniendo en cuenta que la UCI-A se encuentra ubicada en esta capital que es sitio estratégico de referencia. Es de resaltar que el 82% de los ingresos provienen de la zona urbana y un 18% del área rural, resultado que se relaciona con los hallazgos del estudio de UCI-A de Pereira en el 2004 el cual halló un 74% de procedencia urbana y 17% del área rural. La organización panamericana de la salud (OPS) en su boletín del 2005 para Colombia reporta que la población urbana representa el 71% de la población total y la esperanza de vida al nacer aumentó a 74 años según el informe del DANE en el 2009. Sin embargo difiere de la encontrada, ya que se evidencio una edad máxima de 91 años, por tal motivo la población que requiere más atención en la UCI-A son los mayores de 60 años.

El análisis de la morbilidad y la mortalidad se realizó de manera continua, mediante la revisión de la historia clínica la cual esta sistematizada, los diagnósticos médicos se enuncian según el código CIE 10 por patología, lo que facilita al personal asistencial el diligenciamiento de la historia clínica según la normatividad en salud. Los pacientes que ingresan no sólo tienen una patología aguda que los lleva al estado crítico, sino las enfermedades crónicas que están presentes complican su manejo y oscurecen su pronóstico, donde las principales consecuencias son la estancia prolongada y mayor severidad de la enfermedad, entre otros. El diagnóstico médico de ingreso más frecuente fue el IAM en todas sus presentaciones, el cual se presentó en mayor proporción en los hombres y adultos mayores de 60 años, este grupo etareo presenta mayor número de comorbilidades, los cuales se van deteriorando los sistemas funcionales con la edad. El estudio Dennis y colaboradores reportan resultado similar de mayor número de ingresos a causa de IAM con un 7,1%. El estudio de síndrome coronario agudo en UCI en el centro de salud panamericano en el año de 2006 al 2008, el cual encontró la mayor incidencia de IAM en sexo masculino con un 47,5% del total de ingresos los cuales tenían antecedente de HTA previamente.



El principal sistema funcional alterado al ingreso, que justifico la estancia en la unidad fue el sistema cardiovascular con un 35%, en donde este agrupa patologías como el síndrome coronario agudo (IAM, angina), falla cardiaca y alteraciones electromecánicas del corazón. Posteriormente se encuentra el sistema respiratorio con un 24%, dentro de las cuales la insuficiencia respiratoria fue la más común. El 13% corresponde a las alteraciones del sistema nervioso central (SNC), que en gran proporción corresponde a posoperatorios de craneotomía para resección de tumor cerebral y drenajes de hematomas. Estos resultados difieren en orden con respecto al estudio de UCI-A de Pereira en donde ellos hallaron como principal sistema alterado el respiratorio con un 21,4% y en segundo lugar el cardiovascular con un 17,9%. Las estadísticas de morbilidad a nivel nacional y mundial, refieren a las patologías de origen cardiovascular como las más frecuentes, las cuales surgen como complicaciones en su gran mayoría por una HTA mal tratada y déficit de hábitos de vida saludables.

Los antecedentes patológicos son un factor de gran importancia para la presencia de nuevas patologías o complicaciones de las mismas; el 46% de los pacientes que ingresaron a la UCI Adultos presentaban como antecedente patológico la HTA, la cual es una enfermedad crónica no transmisible que se hace más evidente en las personas de mayor edad como la población que ingresa a esta unidad y dicha patología promueve la aparición de nuevas enfermedades, especialmente las de origen cardiovascular como complicación de la misma; por tal motivo se resalta que un 63% de los pacientes con alteración del sistema cardiovascular al ingreso presentaban previamente HTA, la cual afecta alrededor del 20% de la población adulta de los países desarrollados o en vía de desarrollo, y se resalta que las personas con HTA tienen de 2-4 veces más riesgo de presentar enfermedad cardiovascular, según la guía colombiana de atención de HTA del 2005. Estudios epidemiológicos han señalado como primera causa de morbimortalidad en los países desarrollados la enfermedad cardiovascular total. El DANE del 2001 reporto alrededor del 26% de las defunciones totales para este año distribuidas en enfermedad hipertensiva, isquemia coronaria, falla cardiaca y ECV.

La presencia de EPOC como antecedente patológico al ingreso de los pacientes se presento en un 18%, el cual en su gran mayoría (61%) ocasiono descompensación, generando la falla respiratoria aguda que fue el diagnostico principal de ingreso de este tipo de pacientes, que está relacionado con el uso de ventilación mecánica como criterio de ingreso. Es de resaltar que el 77% de pacientes al ingreso presentaban enfermedades crónicas de base, las cuales se describen en primer lugar la HTA (46%) seguida del EPOC (19%), Diabetes Mellitus (15%), dislipidemias (4%) y otras en menor proporción. Se destaca que un 28% manifestaban tener dos o más antecedentes patológicos, lo que condiciona en un mayor riesgo de desencadenar alteraciones funcionales que terminen en la UCI. Según los datos reportados en el estudio de Pereira en el 2004, Los pacientes ingresados a la Unidad el 25.5% presentó una enfermedad crónica de base.

La HTA y el EPOC se presento en mayor proporción en el sexo femenino, ya que en la primera el sexo es un factor de riesgo no modificable de enfermedad y la exposición al humo de leña y tabaco condicionan la presencia de EPOC como enfermedad crónica que amerita un manejo medico apropiado y aplicación de cuidados específicos para evitar complicaciones, las cuales en un gran porcentaje conllevan a alteraciones hemodinámicas y ventilatorias que originan el ingreso a la UCI-A.

La tipificación del paciente en estado crítico no es realizada por el médico, el cual realiza el ingreso a la unidad y no aplica el método APACHE II a estos pacientes. Esta escala aparece enunciado en los diferentes estudios de evaluación de las unidades de cuidado intensivo, como mecanismo de clasificación de la severidad de la enfermedad al ingreso y predictor del riesgo de morir durante la atención en la unidad. Dennis y colaboradores mencionan en su estudio de 20 UCI-A de Colombia que el incremento en un punto en las escalas de APACHE II y III se asoció con el incremento en la probabilidad de muerte hospitalaria del 14 y el 4%, respectivamente. En igual medida se encuentra la ausencia de ejecución de la escala de TISS 28 por parte del personal de Enfermería, la cual permite evaluar la necesidad de cuidado, cualificarlo y cuantificarlo, teniendo en cuenta las recomendaciones del Consejo Internacional de Enfermería (CIE), protocolos que exigen la aplicación directa del cuidado por parte del profesional y la no delegación, pero hasta que objetivamente no se sustenten todas las actividades desarrolladas por el personal, no se podrá exigir ante las directivas de las instituciones la vinculación de más personal.

Los pacientes que ingresan a la unidad en su mayoría proceden de la misma clínica Saludcoop, una institución de tercer nivel de complejidad, que brinda servicios con prioridad a los usuarios de las EPS del grupo Saludcoop. El 28% de los pacientes que ingresan a esta UCI-A provienen de otras instituciones de primer, segundo y tercer nivel, donde el servicio que mas remite pacientes es urgencias, donde le realizan un manejo inicial, para posteriormente enviarlo al tercer nivel; solo un 11% de los pacientes extrainstitucionales provienen de otras UCI-A de la ciudad de Neiva, motivados estos traslados por solicitud de la familia del paciente o auditoria medica.

El porcentaje ocupacional para el periodo de estudio fue del 69%, con promedio estancia de 3,7 días, El giro cama de 5,5 pacientes mensual. El estudio de Pereira presento una mediana de estancia de 3 días. Durante la observación de la UCI-A Saludcoop se presentaron casos de solicitud de cama en la unidad por parte de pacientes de la misma clínica, pero no fue posible el ingreso a la unidad por estar ocupadas en el momento, lo que motivo a remitir pacientes a otras UCIs fuera de la institución. Este hecho es de revisar por parte de las directivas de la clínica, las cuales tendrían que evaluar la necesidad de ampliar el número de camas en la institución teniendo en cuenta la alta demanda y la totalidad de afiliados a los cuales presta los servicios de salud.

El ingreso a la unidad se realizó en su gran mayoría (85,3%) en un tiempo inferior a seis horas, lo que es un buen predictor para el paciente crítico y se relaciona este tiempo corto de ingreso con la mayoría de ingresos a nivel intrahospitalario y provenientes del Departamento del Huila. Es claro que entre más larga es la distancia geográfica puede tardar el ingreso a la unidad, lo que podría desencadenar complicaciones adicionales a la patología crítica motivo de la remisión, pero esto debe ser evaluado mediante un estudio de casos.

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; en este estudio fue menor que el reportado UCI-A de Pereira y por estudios americanos multicéntricos e internacionales, que mostraron un rango de uso de la ventilación mecánica en el paciente de UCI en un 62,1%, mayor que el observado en el presente estudio (32%), lo cual se debe probablemente a la presencia de antecedentes patológicos de origen respiratorio, al tipo de lesión que compromete con mayor frecuencia la vía aérea, es decir, el paciente con patología pulmonar desarrolla más fácilmente falla respiratoria que lleva a un alto uso de esta herramienta, mientras que el paciente sin patología pulmonar tiene menor probabilidad de tener complicaciones pulmonares que lleven al uso de la ventilación mecánica. A su vez se destaca que en el estudio de Pereira el 76.6% recibió ventilación mecánica en un rango de 1–7 días y el 17.7% recibió ventilación mecánica prolongada más de 7 días, y un pequeño porcentaje, 3.5%, recibió ventilación por más de 21 días.

Los pacientes que ingresaron a la unidad con plan de manejo médico inicial de cuidado del posoperatorio, corresponden a un 7% del total de ingresos y corresponden aquellas de tipo de Neurocirugía (craneotomías y cirugías de columna), las cuales requieren un manejo especial intensivo y valoración frecuente en busca de complicaciones propias o asociadas a la intervención quirúrgica, por tal motivo indican la atención de terapia intensiva. El estudio de Pereira reporta un 6,9% este motivo de ingreso (cuidado POP).

La mayoría (59%) de los pacientes presentó una estancia promedio en la unidad de 1 a 3 días y estancias menores a 24 horas en un 11% de los pacientes, evidenciado en los posoperatorios o pacientes con poco criterio al ingreso, datos que tienen que ser evaluados por las directivas de la institución, ya que ingresos de pacientes con poco criterio estaría negando el ingreso de pacientes con evidente necesidad del cuidado intensivo lo que origina remisión a otras instituciones con aumento de costos y riesgo de complicaciones y hasta la muerte por los traslados interinstitucionales. Los pacientes con diagnóstico de IAM presentaron una estancia promedio de 1-3 días, por no presentar complicaciones, en su mayoría Killip I, los cuales ameritan monitoreo hemodinámico y terapia anti-isquémica durante las primeras 72 horas al ocurrido el evento para luego continuar manejo en hospitalización, según las guías de manejo de síndrome coronario agudo institucionales. Los pacientes que al ingreso presentaron falla respiratoria, requirieron ventilación mecánica,

por ende necesitaron más días estancia para mejorar este evento y todo lo que conlleva al retiro de la ventilación mecánica invasiva, manejo de oxigenoterapia y terapia broncodilatadora. los hallazgos del estudio de UCI-A de Pereira, la patología neurológica presentó un mayor promedio de días estancia (8 días), esto posiblemente se relaciona con su condición neurológica que por lo general presenta compromiso del Drive Respiratorio, lo cual exige uso prolongado de ventilación mecánica y predispone al desarrollo de complicaciones como neumonías asociadas al ventilador, atelectasias, dependencia del ventilador, entre otras, lo cual complica el manejo del paciente y finalmente aumenta la mortalidad. Se hace hincapié en la importancia del cuidado de enfermería con aquellos pacientes que su estancia es prolongada, ya que tienen más riesgos de alteraciones en la piel, infecciosas, delirium, lo que se convierte en un reto para el profesional de poder evitar estas potenciales complicaciones prestando mayor acompañamiento al paciente y la familia, evidenciando que a mayor estancia en la unidad, mayor ansiedad y alteraciones psicósomáticas.

El mayor porcentaje (14%) de los diagnósticos de egreso hacen referencia al IAM, lo cual se relaciona con el más frecuente diagnóstico al ingreso, difiere este hecho en un 5%, ya que durante la estancia a estos pacientes le practicaron curva enzimática en especial Troponina I la cual arrojaba datos negativos por tal motivo al egreso su diagnóstico fue de angina inestable. En tercer lugar se encuentra el edema pulmonar resuelto y el EPOC, que inicialmente ocasionaron la insuficiencia respiratoria aguda, requiriendo apoyo ventilatorio la cual fue la causa de ingreso a la unidad. Posteriormente aparecen un gran número de diagnósticos con menor frecuencia y gran variabilidad.

El destino al egreso de los pacientes en su gran mayoría (83%) fue los servicios de hospitalización en la misma clínica Saludcoop Neiva para continuar con su plan de manejo médico, en su gran mayoría tratamiento antihipertensivo, oxigenoterapia y un escaso porcentaje terminar esquema de antibióticos.

La proporción de mortalidad en este periodo de estudio fue de 13,8% muertes según ingresos, con base en los parámetros que se manejan a nivel de unidades de cuidado intensivo se tiene en cuenta como mortalidad UCI, las muertes ocurridas posterior a las 48 horas después del ingreso a la unidad y este resultado equivale a 7,5%. Resultado que es muy inferior con respecto al estudio de Pereira que arrojó una mortalidad de 27% en un periodo de estudio similar de tres meses, dato que para hacer un mejor análisis se debería tener en cuenta el dato de APACHE para saber la complejidad de los pacientes y la probabilidad de morir. En el estudio de Dennis y colaboradores realizado en 20 UCIs de Colombia, refieren una mortalidad del 14% con el APACHE II.

La causa de defunción más frecuente fue el paro cardiaco, la cual es un diagnóstico multicausal y no específico del diagnóstico en sí que llevo al deceso. Posteriormente aparecen como causas de fallecimiento el Shock Cardiogenico, séptico e hipovolemico; diagnósticos con que ingresaron estos pacientes, con soporte vasoactivo y ventilatorio en la mayoría de los casos, los cuales desde su ingreso tenían un mal pronóstico, manifestado en la historia clínica. La revista Colombiana de cardiología del 2008 refiere que la primera causa de mortalidad de las personas de 45 a 65 años en el país es a causa de enfermedad isquémica del corazón de 107,3 por cada 100.000 habitantes. El 70% de las muertes se presentaron en los primeros tres días de estancia. En el estudio de Pereira 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 IAM con 7.6%. Se resalta en este estudio que a partir del quinto día estancia aumenta la mortalidad.

El 6,3% de los pacientes al egreso presentaron evento adverso asociado a infección nosocomial tipo neumonía a ventilación mecánica y un caso de neumotórax por implante de catéter central y un hemotórax; aunque es un porcentaje de adversidad bajo, este debería ser igual a cero, el cual brinde un 100% de seguridad al paciente que sea atendido en esta unidad. Es de resaltar que los casos de infecciones nosocomiales se reportaron al comité de epidemiología de la clínica, el cual realizo el estudio de caso y planteo recomendaciones para el servicio. Para evitar estos hechos lamentables, se debe revisar los manuales de funciones y estudio puntual de cada caso para plantear acciones de mejoramiento y evitar la presencia de estas adversidades. Es interesante realizar estudios de caso para evaluar la asociación causal de neumonía con el uso de la ventilación mecánica, para establecer medidas preventivas y protocolos claros. La frecuencia de los eventos adversos (E.A.) varía entre 1 y 22% dependiendo el servicio, la institución donde son medidos y el método utilizado para su medición; los eventos adversos son evitables y tiene gran impacto en la morbilidad y costos. Un estudio realizado por Gaitán y colaboradores en tres IPS colombianas en el 2006, reporto que los sitios más frecuentes de presentación de E.A. fueron: cirugía (31%), hospitalización (28%), obstetricia (17,7%), urgencias (9,4%), UCI (6,7%). Dos estudios realizados en 205 UCI en el mundo reportaron la frecuencia de E.A.: El primer estudio encontró 39 eventos serios por cada 100 días/paciente. En el 2009, el mismo grupo realizo un estudio sobre errores en la administración de medicamentos parenterales, encontrando 74,5 eventos por 100 días pacientes.

En la evaluación de los factores condicionantes del ambiente en la unidad, se cumple con la normatividad exigida en habilitación, en cuanto a personal asistencial idóneo para laborar en el servicio, pero se hace énfasis en el no cumplimiento de las directrices del CIE, el cual recomienda una relación de enfermero por cada dos pacientes, para poder brindar cuidado directo. En la infraestructura el único elemento que no cuentan es el estimulador de nervio periférico, el cual es necesario para la rehabilitación de personas con alteraciones musculares.

La falta de oportunidad de inicio de nutrición enteral al paciente en estado crítico por motivos administrativos como una autorización del NO POS, debe ser considerada por las directivas de la institución; se ha demostrado en muchos estudios en unidades de cuidado crítico polivalentes,

que el inicio temprano de la nutrición enteral a pacientes con el tracto gastrointestinal sano y sin contraindicaciones, promueve una rápida recuperación, disminuye la presencia de hemorragias de vías digestivas, neumonías, infecciones por traslocación bacteriana entre otras; de lo contrario con cada día de retraso en el inicio de la terapia enteral desencadena procesos como la gluconeogénesis, glucólisis, llevando al paciente a un metabolismo anaerobio, desnutrición, acidosis láctica entre otras complicaciones.

Durante el seguimiento se observó la existencia de las guías de manejo y protocolos de enfermería en la unidad, en donde describen funciones claras y específicas por parte del profesional de enfermería, el cual por falta de tiempo y realización de otras actividades administrativas, delega el cuidado directo y realización de actividades complejas que ameritan mayor conocimiento técnico-científico al auxiliar de enfermería; se resalta en este punto que la delegación no exime de responsabilidad de los hechos realizados por el auxiliar de enfermería máxime que es personal a cargo directamente. Por tal motivo los resultados de este estudio deben servir para planear protocolos y guías de manejo ajustadas al grupo poblacional al cual se tiene a cargo, teniendo en cuenta las características sociodemográficas, morbimortalidad, tipificación del riesgo entre otras. Estos planes de manejo deben ser diseñados según las indicaciones de la NANDA en lo relacionado a los diagnósticos de enfermería, lo que hace de nuestra profesión ser catalogada como seria y objetiva; prestando un cuidado científico, sistemático y que tenga indicadores de evaluación, los cuales se deben aplicar periódicamente para retroalimentar el desempeño del enfermero y asegurar al paciente en estado crítico un cuidado de calidad y eficiente, que cumpla con los objetivos y metas propuestas de forma individualizada que involucren al paciente y la familia.

## 8. CONCLUSIONES

El presente estudio permitió establecer el perfil epidemiológico de los pacientes hospitalizados en la UCI-A, puntualizando los siguientes aspectos:

- Características sociodemográficas: El mayor número de pacientes (52 pacientes) que ingresaron a la unidad hace relación a los mayores de 60 años, de sexo masculino, la mayoría de pacientes poseen pareja estable, escolaridad predominando la primaria. El mayor porcentaje (99%) provienen de la región Surcolombiana, especialmente el departamento del Huila y su capital Neiva.
- La morbilidad presentada es muy variada, resaltando la presencia en mayor porcentaje (20%) el IAM, seguido de la Falla Respiratoria Aguda. El principal sistema funcional alterado el cardiovascular y en segundo lugar el respiratorio. Se resalta que la mayoría de pacientes al ingreso presentaban comorbilidades, que en primer lugar aparece la HTA, que podría tener relación causal con el IAM como complicación de la misma y evidenciado este hecho en los pacientes mayores de 60 años. Las mujeres presentan mayor número de comorbilidades (HTA, EPOC) por tener factores de riesgo intrínsecos y extrínsecos. El servicio de procedencia intrahospitalario que más remitió pacientes a la unidad fue salas de cirugía seguido del servicio de urgencias. Los pacientes al ingreso a la unidad requirieron como plan de manejo medico en orden decreciente la ventilación mecánica y apoyo con medicamentos vasopresores. La estancia hospitalaria en mayor proporción fue de 1 a 3 días. Los médicos ni el enfermero realizo al ingreso la Tipificación de la complejidad del paciente. El diagnostico más frecuente al egreso fue el IAM y el 83% de los pacientes al egreso quedaron hospitalizados en la clínica Saludcoop para continuar manejo medico en pro de su recuperación y rehabilitación.
- La mortalidad presentada durante el seguimiento fue de una proporción 13,7% con base a los ingresos y las muertes ocurridas después de las 48 horas de ingreso a la unidad fue del 7,5%. La mayor causa de defunción fue el paro cardiaco presentada en su totalidad en los mayores de 60 años. La mortalidad se presento en mayor porcentaje en los tres primeros días de estancia.
- Durante el periodo de estudio se presentaron seis casos de eventos adversos, 4 neumonías asociadas a ventilación mecánica, un hemotórax y un neumotórax, que como menciona la literatura todos ellos son prevenibles y de cierta forma aumentan la estancia hospitalaria, costos, mayor uso de esfuerzos, alteración física y psicológica del paciente y la familia; casos que se deben individualizar para su evaluación y programación de planes de mejoramiento que eviten la presencia de ellos.

- En relación con los factores condicionantes de la prestación del servicio a los pacientes, se cumple con los requisitos mínimos de habilitación emanados por la ley; pero se hace hincapié al hecho tardío de inicio de la nutrición enteral en los pacientes, los cuales podrían presentar complicaciones ya antes descritas.
- El no cumplimiento de las recomendaciones del CIE en cuanto la distribución de personal de enfermería, como hecho de aplicación de cuidado directo y prevención de eventos adversos y la no aplicación de la escala TISS 28 para identificar la cantidad de personal de enfermería necesario para la aplicación de cuidado directo y de calidad a los pacientes ingresados a la unidad.
- Este estudio deja abierta una línea de investigación, que posibilita detectar la adecuación de las guías del Plan de Atención de Enfermería enfocado específicamente en las patologías más comunes en la UCI.



## 9. RECOMENDACIONES

Controlar la HTA significa disminuir el riesgo de Enfermedad Coronaria, ECV, Insuficiencia Renal; mejorar la expectativa de vida en la edad adulta con énfasis en la calidad de la misma y, sobre todo, una ganancia efectiva de años de vida saludables para el conjunto de los colombianos, lo que permitirá acercarnos en este campo a los países desarrollados.

La detección y el control de la HTA, DM y EPOC implican un enfoque multidimensional e interdisciplinario cuyo objetivo debe ser la prevención, la detección temprana y el tratamiento adecuado y oportuno que evite la aparición de complicaciones. Funciones que debe realizar el primer nivel de complejidad con base en la guías de atención establecidas por el Ministerio de la Protección Social y fortaleciendo los programas del adulto mayor, los cuales son la población a riesgo identificada por este estudio y corroborado por las estadísticas nacionales; sin embargo la prevención debe orientarse desde los primeros años de vida del proceso vital. Por tal motivo se resalta el gran papel que cumple el Profesional de Enfermería durante el proceso de salud-enfermedad con el fin de promover comportamientos saludables y realizar la intervención sobre el proceso de cambio en el estilo de vida (terapia no farmacológica) y control farmacológico.

El control epidemiológico constante en la Unidad de Cuidados Intensivos, ayudaría a realizar seguimiento y detección de casos que son de interés en salud pública en nuestra región, para luego tomar medidas antes que el paciente llegue a la Unidad, lo cual permitirá responder a la norma estándar descrita en la resolución 1439 de 2002 del Ministerio de Protección Social para las Unidades de Cuidado Intensivo.

Realizar posteriores estudios de seguimiento clínico, epidemiológico y microbiológico de los pacientes con Sepsis, para identificar los factores asociados a la mortalidad, detectada no sólo en este estudio sino también en el ámbito mundial.

Sugerir a las directivas la modificación del proceso administrativo de entrega y autorización de nutrición enteral, para que esta sea más oportuna el inicio de la terapia nutricional y así prevenir complicaciones potenciales.

Realizar estudios con respecto a la escala del TISS 28 para determinar la necesidad de personal de enfermería en la unidad y así hacer la solicitud ante las directivas de la clínica.

Implementar listas de chequeo para realización de cualquier procedimiento invasivo como método de prevención de eventos adversos y aplicación segura de terapias a los pacientes en estado crítico; y a su vez la retroalimentación y planificación de planes de mejoramiento vinculando a todo el personal que labora en la unidad.

Motivar el proceso de una auditoria recurrente para la identificación de eventos adversos propios de la unidad y de otros servicios que aseguren un seguimiento y control de los mismos para su prevención.

## BIBLIOGRAFÍA

ACUERDO NÚMERO 008 de 2009. Planes Obligatorios de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado. <http://www.pos.gov.co/Documents/Acuerdo%20008%20Dic%2029-09.pdf>

ANTHONY S. Fauci, Eugene Braunwald, Dennis L. Kasper, Stephen L. Hauser, Dan L. Longo, J. Larry Jameson, and Joseph Loscalzo, Eds. Harrison Principios de Medicina Interna. 17ª edición. 2009. Mc. Graw Hill Interamericana

Decreto Número 1011 de 2006. Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud [http://www.eevvm.com.co/dmdocuments/decreto\\_1011\\_de\\_2006\\_\\_3\\_de\\_abril\\_.pdf](http://www.eevvm.com.co/dmdocuments/decreto_1011_de_2006__3_de_abril_.pdf)

DUEÑAS, Carmelo, ORTIZ, Guillermo. Hacer El bien, bien hecho en UCI. 25 estrategias para implementar en pacientes críticos, basadas en La evidencia y en La experiencia. Acta Colombiana de Cuidado Intensivo. Volumen 9. Octubre 2009.

GAITAN H, ESLAVA J, RODRIGUEZ N. Incidencia y evitabilidad de Eventos Adversos en pacientes hospitalizados en tres instituciones hospitalarias en Colombia, 2006. Rev, salud Publica 2008.

Guías Colombianas de cardiología síndrome coronario agudo sin elevación del ST. Revista Colombiana de cardiología. Diciembre 2008, vol 15 suplemento 3

GONZÁLEZ, Marco Antonio, RESTREPO, Gustavo, SANIN Alvaro. Fundamentos en Medicina, Paciente en estado crítico. 3ª edición. 2003. Corporación para Investigaciones Biológicas. Medellín, Colombia

HIGGINS GUERRA, Luis Federico. Anestesiología Mexicana en internet. México. <http://www.anestesia.com.mx/histor2.html>

KOLLEF KE, SCHRAMM G, WILLS A. Predictors of 30 day mortality and hospital costs in patients with ventilator associated pneumonia attributed to potentially antibiotic resistant Gram-negative bacteria. Chest 2008.

Ley Número 1122 de 2007. Sistema General de Seguridad Social en Salud  
<http://www.pos.gov.co/Documents/Archivos/Ley%201122%20de%202007.pdf>

Ley 266 de 1996. Reglamenta la profesión de enfermería en Colombia.  
[http://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-105002\\_archivo\\_pdf.pdf](http://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-105002_archivo_pdf.pdf)

LOZANO LOSADA, Abner. Manual Práctico de Urgencias Médicas. 1999. Colección de texto didáctico.

\_\_\_\_\_, Abner. Manual de Temas Selectos de Medicina Crítica. 2002. Colección de texto didáctico.

\_\_\_\_\_, Abner. Urgencias en Medicina Interna. 2007. Colección de texto didáctico.

Ley 911 de 2004. Responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia.  
[http://www.elabedul.net/Documentos/Leyes/2004/Ley\\_911.pdf](http://www.elabedul.net/Documentos/Leyes/2004/Ley_911.pdf)

Resolución Número 1043 de 2006. Condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención  
[http://www.cruzrojacolombiana.org/normatividad/otras\\_leyes/decreto%201043%20de%202006%20auditoria.pdf](http://www.cruzrojacolombiana.org/normatividad/otras_leyes/decreto%201043%20de%202006%20auditoria.pdf)

Resolución Número 1446 de 2006. Sistema de Información para la Calidad.  
[http://www.cirugiaplasticafacial.org/noticias/noticias\\_descarga/anexo\\_tecnico\\_res\\_1446.pdf](http://www.cirugiaplasticafacial.org/noticias/noticias_descarga/anexo_tecnico_res_1446.pdf)

Resolución Numero 5261 de 1994. Artículo 28 y 29. Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.  
<http://www.minproteccionsocial.gov.co/vbecontent/library/documents/DocNewsNo195211.pdf>

SOCIEDAD COLOMBIANA DE CARDIOLOGÍA Y CIRUGÍA CARDIOVASCULAR. Guías Colombianas De Cardiología, Síndrome Coronario Agudo Con Elevación del ST. Revista colombiana de cardiología Volumen 17. Febrero 2010.

VALENTIN A, CAPUZZO M, GUIDET B, MORENO R, DOLANSKI L. Patient safety in intensive care: results from the multinational sentinel events evaluation study. Intensive care Med 2006.

\_\_\_\_\_,\_\_\_\_\_,\_\_\_\_\_,\_\_\_\_\_.Research group on quality improvement of the European Society of Intensive Care Medicine (ESICM); sentinel events evaluation (SEE), study investigators. Errors in the administration of parenteral drugs- an urgent safety issue in intensive care units. Br Med J 2009.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 
- <sup>1</sup> ANALISIS DE LA SITUACION DE SALUD ASIS, Guía para el análisis de los factores condicionantes en salud (demográficos y socioeconómicos), Ministerio de salud Republica del Perú. Oficina general de epidemiología. 2002. Página 1 – 4.
- <sup>2</sup> DENNIS RJ., PEREZ A, et al. “Factores Asociados con la Mortalidad de Colombia en Pacientes Admitidos en Cuidados Intensivos de Colombia”. Archivos de Bronconeumología 2002; 38(3): p.117-22
- <sup>3</sup> ESTRADA ÁLVAREZ, Jorge Mario. HINCAPIÉ CORREA, Jorge Andrés. BETANCUR P, Carmen Luisa. Caracterización epidemiológica del paciente crítico en una institución de tercer nivel de atención. Pereira Agosto-Noviembre de 2004. Fundación universitaria del área andina. Pag. 6. On Line: [www.revistainvestigaciones.funandi.edu.co](http://www.revistainvestigaciones.funandi.edu.co), 22 de Febrero de 2010.
- <sup>4</sup> ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN LA UCI ADULTOS DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE NEIVA. Mayo 1997 a mayo de 1998. Hemeroteca Universidad Surcolombiana, Febrero de 2010.
- <sup>5</sup> 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.
- <sup>6</sup> 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.
- <sup>7</sup> ACOSTA RICAURTE, Gustavo Adolfo. Aspectos relevantes de los pacientes con diagnostico de Sepsis UCI hospital universitario de Neiva Hernando Moncaleano Perdomo Diciembre de 1998 a Diciembre de 2002.
- <sup>8</sup> MD. CELIS RODRÍGUEZ, E. Desarrollo del Cuidado Intensivo en Latinoamérica. 007  
[http://www.asivamosensalud.org/descargas/Cuidado\\_Intensivo.pdf](http://www.asivamosensalud.org/descargas/Cuidado_Intensivo.pdf)
- <sup>9</sup> MARTÍNEZ ESTALELLA, G. Cuidados intensivos: necesidad de cuidados intermedios. 2002 [http://www.elsevier.es/watermark/ctl\\_servlet?sevier&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=142v13n03a13041044pdf001.pdf](http://www.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?sevier&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=142v13n03a13041044pdf001.pdf)

---

<sup>10</sup> MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Anexo Técnico No. 1 de la Resolución 1043 del 3 de abril de 2006. Colombia. 2006. Paginas: 92-93

<sup>11</sup> \_\_\_\_\_, Anexo Técnico No. 1 de la Resolución 1043 del 3 de abril de 2006. Colombia. 2006. Paginas: 49-50

<sup>12</sup> \_\_\_\_\_. Anexo Técnico No. 1 de la Resolución 1043 del 3 de abril de 2006. Colombia. 2006. Paginas: 6-7

<sup>13</sup> 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

<sup>14</sup> 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>

<sup>15</sup> COMITÉ CUIDADO CRÍTICO SOCIEDAD COLOMBIANA. Criterios de Ingreso a UCI. Colombia. 1999. <http://www.encolombia.com/medicina/neumologia/neum134-01criterios.htm>

<sup>16</sup> SIVIGILA. Perfil Epidemiológico Año 2007. [http://www.hospitalpablovibosa.gov.co/Documentos/SALA\\_SITUACIONAL/INDICADORES%20SOCIODEMOGRAFICOS/PERFIL%20EPIDEMIOLOGICO/PERFIL\\_EPIDEMIOLOGICO\\_2007.pdf](http://www.hospitalpablovibosa.gov.co/Documentos/SALA_SITUACIONAL/INDICADORES%20SOCIODEMOGRAFICOS/PERFIL%20EPIDEMIOLOGICO/PERFIL_EPIDEMIOLOGICO_2007.pdf)

<sup>17</sup> Ibid., p. 17.

<sup>18</sup> INSTITUTE FOR ALGORITHMIC MEDICINE. APACHE Score. Houston, TX, USA. 2006/2007, Chapter 30

<sup>19</sup> SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL DE NEIVA. Boletín Epidemiológico de Neiva. 2006. Página 5.

<sup>20</sup> 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>

<sup>21</sup> 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>

---

<sup>22</sup> RESOLUCION NÚMERO 1895 DE 2001. Colombia. 2001  
<http://www.minproteccionsocial.gov.co/vBecontent/library/documents/DocNewsNo238102.pdf>

<sup>23</sup> 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>

<sup>24</sup> 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](http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/6_Joaquin_Baneres_ppt.pdf)

<sup>25</sup> MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, Resolución 13437 de 1991 – Derechos de los pacientes, eventos adversos, Colombia

<sup>26</sup> BUNCH EH. Delayed clarification: information, clarifications and ethical decisions in critical care in Norway. *J Adv Nurs* 2000; 32 (6): 1485-1491

<sup>27</sup> ZAFORTEZA C, de Pedro JE, GASTALDO D, LASTRA P, SÁNCHEZ-CUENCA P. ¿Qué perspectiva tienen las enfermeras de unidades de cuidados intensivos de su relación con los familiares del paciente crítico? *Enferm Intensiva* 2003; 14 (3):109-119



---

# ANEXOS

---

**Anexo A** Proyecto “perfil epidemiológico de los pacientes que ingresan a las unidades de cuidado intensivo adulto, Neiva, mayo a julio de 2010”

## FORMATO DE RECOLECCION DE INFORMACION

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

### I. CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS

NUMERO DE HISTORIA CLINICA: \_\_\_\_\_ CODIGO \_\_\_\_\_

1. **EDAD:** (     ) Años cumplidos

2. **SEXO:** M \_\_\_\_\_ F \_\_\_\_\_

#### 3. NIVEL DE ESCOLARIDAD

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

#### 4. OCUPACION

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

#### 5. ESTADO CIVIL

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

#### 6. ESTRATO SOCIOECONOMICO

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

---

## 7. REGIMEN DE SALUD

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

## 8. LUGAR DE RESIDENCIA

Departamento \_\_\_\_\_ Municipio \_\_\_\_\_

## II. MORBILIDAD

9. a. Principal Diagnostico al ingreso: \_\_\_\_\_  
b. Código CIE 10 \_\_\_\_\_ c. Sin código \_\_\_\_\_

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

### 11. Clasificación al ingreso:

a. Clasificación Apache: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ PUNTAJE: \_\_\_\_\_  
b. Clasificación Escala TISS 28: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ PUNTAJE: \_\_\_\_\_

## 12. COMORBILIDADES

Asma \_\_\_\_\_ HTA \_\_\_\_\_ EPOC \_\_\_\_\_ DM \_\_\_\_\_  
IRC \_\_\_\_\_ TRM \_\_\_\_\_ Ninguno \_\_\_\_\_ Sin dato \_\_\_\_\_  
Otro \_\_\_\_\_ Cual \_\_\_\_\_

## 13. SERVICIO DE PROCEDENCIA

a. Institucional: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ Tiempo \_\_\_\_\_  
Observación \_\_\_\_\_ Urgencias \_\_\_\_\_ Salas de Cirugía \_\_\_\_\_  
Hospitalización \_\_\_\_\_ Consulta Externa \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_  
Cuál: \_\_\_\_\_  
b. Extrainstitucional: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ Cual entidad \_\_\_\_\_  
Tiempo \_\_\_\_\_  
Observación \_\_\_\_\_ Urgencias \_\_\_\_\_ Salas de Cirugía \_\_\_\_\_ UCI \_\_\_\_\_  
Hospitalización \_\_\_\_\_ Consulta Externa \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_Cuál \_\_\_\_\_

---

**14. TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE EL MOMENTO EN QUE SE SOLICITA EL SERVICIO HASTA EL INGRESO A LA UNIDAD**

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

**15. PLAN DE MANEJO INICIAL**

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

**16. FECHA DE INGRESO** \_\_\_\_\_ **Fecha de egreso** \_\_\_\_\_

**17. DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN**

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

**18. a. Diagnóstico al egreso:** \_\_\_\_\_  
**b. Código CIE 10** \_\_\_\_\_ **c. Sin código** \_\_\_\_\_

**19. DESTINO AL EGRESO**

- a. Casa \_\_\_\_ b. Hospitalización en la misma institución \_\_\_\_  
c. Hospitalización en otra institución \_\_\_\_ d. Morgue \_\_\_\_

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

**20. La muerte se presentó en:**  
a. Las primeras 48 horas \_\_\_\_ b. Después de las 48 horas \_\_\_\_

**21. Cual**            **fue**            **la**            **causa**            **de**            **defunción**  
\_\_\_\_\_

---

## 22. Plan de manejo al egreso

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

## III. EVENTOS ADVERSOS

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

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

**Anexo B.** Proyecto “perfil epidemiológico de los pacientes que ingresan a las unidades de cuidado intensivo adulto, Neiva, mayo a julio de 2010”

### LISTA DE CHEQUEO

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

**Código:** \_\_\_\_\_ **Servicio:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_ **Hora:** \_\_\_\_\_ **No. Pacientes en el servicio:** \_\_\_\_

#### I. FACTORES QUE PUEDEN ESTAR ASOCIADOS CON LA MORBIMORTALIDAD

##### 1. Factores institucionales:

- a. En la UCI se cumple el manual de limpieza y desinfección hospitalaria: SI \_\_\_  
NO\_\_
- b. Cumple el servicio con las normas sobre dotación de recurso humano las 24 horas del día:

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

---

**c. Se garantiza la disponibilidad de (INSUMOS, MEDICAMENTOS Y EQUIPOS) en el servicio: Equipos (Señale el equipo faltante):**

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

**Insumos: (Señale el insumo faltante)**

- a. Gasas
- b. Soluciones desinfectantes
- c. Jeringas
- d. Esparadrapo

- 
- e. Equipos de bomba de infusión
  - f. Apósitos
  - g. Equipos de infusión (macrogoteo, de transfusión, de nutrición)
  - h. Buretrol
  - i. Llave de tres vías
  - j. Multiflujos
  - k. Catéteres venosos (DRUM, central, introductor, electrodo de marcapaso y yelco)
  - l. Papelería
  - m. Batas
  - n. Sabanas
  - o. Almohadas
  - p. Inmovilizadores
  - q. Cobijas
  - r. Torundas de algodón
  - s. Tubos para muestras de laboratorio y cultivos
  - t. Electroodos
  - u. Gel conductor
  - v. Supragel
  - w. Guardianes por unidad
  - x. Canecas para desechos hospitalarios



---

y. Canecas para ropa

z. Compresero

aa. Guantes limpios

ab. Guantes estériles

ac. Tapabocas

ad. Gorros

ae. Soportes

af. Dispensador con toallas de papel

ag. Kit de terapia respiratoria

ah. Kit de terapia nutricional

**Medicamentos:**

Disponibilidad de medicamentos por paciente: SI \_\_\_\_\_ NO\_\_\_\_\_

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

---

**Anexo C.** Diagnostico ingreso, UCI Adultos Clínica Saludcoop Neiva, mayo 1 a 31 julio de 2010.

<b>Principal Dx al ingreso</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
ANGINA DE PECHO	1	1%
ANGINA INESTABLE	2	2%
ARRITMIA POR REENTRADA VENTRICULAR	1	1%
BLOQUEO AV COMPLETO	1	1%
CARDIOMIOPATIA ISQUEMICA	1	1%
CHOQUE CARDIOGENICO	1	1%
CHOQUE HIPOVOLEMICO	4	4%
CHOQUE NO ESPECIFICADO	1	1%
CRISIS HIPERTENSIVA	1	1%
DENGUE HEMORRAGICO	1	1%
DOLOR PRECORDIAL	1	1%
EDEMA CEREBRAL TRAUMATICO	1	1%
EDEMA PULMONAR	5	5%
EFEKTOS ADVERSOS DE RELAJANTE MUSCULAR	1	1%
EMBOLIA PULMONAR	1	1%
ENVENENAMIENTO POR PSICOTROPICOS	1	1%
EPOC SOBREINFECTADO	1	1%
ESTADO DE ARTRODESIS	1	1%
EVENTO POR DROGAS QUE AFECTAN EL SNC	1	1%
FIBRILACION Y ALETEO AURICULAR	2	2%
HEMORRAGIA SUBDURAL TRAUMATICA	1	1%
HEMORRAGIA Y HEMATURIA QUE COMPLICA UN PROCEDIMIENTO	1	1%
HSA POR TCE	1	1%
IAM	15	15%
IAM CARA INFERIOR	1	1%
IAM PARED INFERIOR	1	1%
ICC	1	1%
INFARTO SUBENDOCARDICO	2	2%
INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA	11	11%
LEUCEMIA LINFOBLASTICA AGUDA	1	1%
MIASTENIA GRAVIS	2	2%
NEUMONIA	1	1%
NEUMONIA NO ESPECIFICADA	1	1%
OTRAS FORMAS DE CHOQUE	1	1%
OTROS CUIDADOS POP CIRUGIA (TRAQUEOSTOMIA)	1	1%
PANCREATITIS AGUDA	2	2%
PARALISIS PERIODICA	1	1%
PARO CARDIACO CON RESUCITACION EXITOSA	1	1%

PERFORACION DEL INTESTINO	1	1%
PERITONITIS AGUDA	1	1%
POP TRAQUEOSTOMIA	1	1%
PURPURA TROMBOCITOPENICA	1	1%
SEPSIS DE TEJIDOS BLANDOS	1	1%
SEPTICEMIA	3	3%
SINDROME DE ARNOL CHIAVI	1	1%
SINDROME DE GUILLAIN BARRE	1	1%
SINDROME DE INFARTO CEREBELOSO	1	1%
STATUS EPILEPTICO	1	1%
TAQUICARDIA SUPRAVENTRICULAR	2	2%
TRASTORNO DISCO LUMBAR	1	1%
TRASTORNO VASCULAR DEL INTESTINO	1	1%
TRAUMATISMO DE LA CABEZA	1	1%
TRAUMATISMO DEL CORAZON CON HEMOPERICARDIO	1	1%
TRAUMATISMO MULTIPLE DEL CUELLO	1	1%
TROMBOCITOPENIA	1	1%
TUMOR DE MENINGES CEREBRALES	1	1%
TUMOR MALIGNO DE LA MAMA	1	1%
TUMOR MALIGNO DEL CEREBRO	1	1%
TUMOR MALIGNO DEL CEREBRO (POP CRANEOTOMIA)	1	1%
TUMOR MALIGNO DEL LOBULO FRONTAL	1	1%
TUMOR MALIGNO DEL OVARIO	1	1%
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: Historia clínica

---

**Anexo D** Sistema funcional alterado, UCI Adultos Clínica Saludcoop, Neiva, mayo 1 a julio 31 de 2010.

<b>Principal sistema alterado</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
CARDIOPULMONAR	5	5%
CARDIOVASCULAR	35	35%
ENDOCRINO	1	1%
GASTROINTESTINAL	9	9%
GINECOLOGICO	5	5%
HEMATOPOYETICO	2	2%
HEMODINAMICO	2	2%
INMUNOLOGICO	1	1%
OSTEOMUSCULAR	3	1%
RESPIRATORIO	24	24%
SNC	13	13%
Total	100	100,0%

**Anexo E** Diagnósticos ingreso relacionado con HTA, UCI Adultos Clínica Saludcoop, Neiva, mayo 1 a julio 31 de 2010

<b>HTA</b>			
<b>Principal Dx al ingreso</b>	<b>SI</b>	<b>No</b>	<b>TOTAL</b>
ANGINA DE PECHO	0	1	1
ANGINA INESTABLE	0	2	2
ARRITMIA POR REENTRADA VENTRICULAR	1	0	1
BLOQUEO AV COMPLETO	1	0	1
CARDIOMIOPATIA ISQUEMICA	0	1	1
CHOQUE CARDIOGENICO	0	1	1
CHOQUE HIPOVOLEMICO	0	4	4
CHOQUE NO ESPECIFICADO	1	0	1
CRISIS HIPERTENSIVA	1	0	1
DENGUE HEMORRAGICO	0	1	1
DOLOR PRECORDIAL	0	1	1
EDEMA CEREBRAL TRAUMATICO	0	1	1
EDEMA PULMONAR	3	2	5
EFFECTOS ADVERSOS DE RELAJANTE MUSCULAR	0	1	1
EMBOLIA PULMONAR	1	0	1
ENVENENAMIENTO POR PSICOTROPICOS	0	1	1
EPOC SOBREINFECTADO	0	1	1
ESTADO DE ARTRODESIS	0	1	1
EVENO POR DROGAS QUE AFECTAN EL SNC	0	1	1
FIBRILACION Y ALETEO AURICULAR	2	0	2
HEMORRAGIA SUBDURAL TRAUMATICA	1	0	1
HEMORRAGIA Y HEMATURIA QUE COMPLICA UN PROCEDIMIENTO	1	0	1
HSA POR TCE	1	0	1
IAM	9	6	15
IAM PARED INFERIOR	1	1	2
ICC	1	0	1
INFARTO SUBENDOCARDICO	2	0	2
INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA	6	5	11
LEUCEMIA LINFOBLASTICA AGUDA	0	1	1
MIASTENIA GRAVIS	2	0	2
NEUMONIA NO ESPECIFICADA	1	0	1

OTRAS FORMAS DE CHOQUE	0	1	1
OTROS CUIDADOS POP CIRUGIA (TRAQUEOSTOMIA)	1	0	1
PANCREATITIS AGUDA	2	0	2
PARALISIS PERIODICA	0	1	1
PARO CARDIACO CON RESUCITACION EXITOSA	1	0	1
PERFORACION DEL INTESTINO	0	1	1
PERITONITIS AGUDA	0	1	1
POP TRAQUEOSTOMIA	0	1	1
PURPURA TROMBOCITOPENICA	0	1	1
SEPSIS DE TEJIDOS BLANDOS	0	1	1
SEPTICEMIA	3	0	3
SINDROME DE ARNOL CHIAVI	1	0	1
SINDROME DE GUILLAIN BARRE	0	1	1
STATUS EPILEPTICO	0	1	1
SINDROME DE INFARTO CEREBELOSO	1	0	1
TAQUICARDIA SUPRAVENTRICULAR	2	0	2
TRASTORNO DISCO LUMBAR	1	0	1
TRASTORNO VASCULAR DEL INTESTINO	1	0	1
TRAUMATISMO DE LA CABEZA	1	0	1
TRAUMATISMO DEL CORAZON CON HEMOPERICARDIO	0	1	1
TRAUMATISMO MULTIPLE DEL CUELLO	0	1	1
TROMBOCITOPENIA	0	1	1
TUMOR DE MENINGES CEREBRALES	0	1	1
TUMOR MALIGNO DE LA MAMA	0	1	1
TUMOR MALIGNO DEL CEREBRO	0	1	1
TUMOR MALIGNO DEL CEREBRO (POP CRANEOTOMIA)	0	1	1
TUMOR MALIGNO DEL LOBULO FRONTAL	0	1	1
TUMOR MALIGNO DEL OVARIO	1	0	1
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

**Anexo F.** Diagnósticos ingreso relacionado con EPOC, UCI Adultos Clínica Saludcoop, Neiva, mayo 1 a julio 31 de 2010

<b>EPOC</b>			
<b>Principal Dx al ingreso</b>	<b>SI</b>	<b>No</b>	<b>TOTAL</b>
ANGINA DE PECHO	0	1	1
ANGINA INESTABLE	0	2	2
ARRITMIA POR REENTRADA VENTRICULAR	0	1	1
BLOQUEO AV COMPLETO	1	0	1
CARDIOMIOPATIA ISQUEMICA	0	1	1
CHOQUE CARDIOGENICO	0	1	1
CHOQUE HIPOVOLEMICO	0	4	4
CHOQUE NO ESPECIFICADO	0	1	1
CRISIS HIPERTENSIVA	0	1	1
DENGUE HEMORRAGICO	0	1	1
DOLOR PRECORDIAL	0	1	1
EDEMA CEREBRAL TRAUMATICO	0	1	1
EDEMA PULMONAR	1	3	4
EFFECTOS ADVERSOS DE RELAJANTE MUSCULAR	0	1	1
EMBOLIA PULMONAR	0	1	1
ENVENENAMIENTO POR PSICOTROPICOS	0	1	1
EPOC SOBREINFECTADO	1	0	1
ESTADO DE ARTRODESIS	1	0	1
EVENTO POR DROGAS QUE AFECTAN EL SNC	0	1	1
FIBRILACION Y ALETEO AURICULAR	1	1	2
HEMORRAGIA SUBDURAL TRAUMATICA	0	1	1
HEMORRAGIA Y HEMATURIA QUE COMPLICA UN PROCEDIMIENTO	1	0	1
HSA POR TCE	0	1	1
IAM	1	13	14
IAM PARED INFERIOR	1	1	2
ICC	0	1	1
INFARTO SUBENDOCARDICO	0	2	2
INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA	7	2	9
LEUCEMIA LINFOBLASTICA AGUDA	0	1	1
MIASTENIA GRAVIS	1	1	2

NEUMONIA NO ESPECIFICADA	1	1	2
OTRAS FORMAS DE CHOQUE	0	1	1
OTROS CUIDADOS POP CIRUGIA (TRAQUEOSTOMIA)	0	1	1
PANCREATITIS AGUDA	1	1	2
PARALISIS PERIODICA	0	1	1
PARO CARDIACO CON RESUCITACION EXITOSA	0	1	1
PERFORACION DEL INTESTINO	0	1	1
PERITONITIS AGUDA	0	1	1
POP TRAQUEOSTOMIA	0	1	1
PURPURA TROMBOCITOPENICA	0	1	1
SEPSIS DE TEJIDOS BLANDOS	0	1	1
SEPTICEMIA	0	3	3
SINDROME DE ARNOL CHIAVI	0	1	1
SINDROME DE GUILLAIN BARRE	0	1	1
SINDROME DE INFARTO CEREBELOSO	0	1	1
STATUS EPILEPTICO	0	1	1
TAQUICARDIA SUPRAVENTRICULAR	0	1	1
TRASTORNO DISCO LUMBAR	0	1	1
TRASTORNO VASCULAR DEL INTESTINO	0	1	1
TRAUMATISMO DE LA CABEZA	0	1	1
TRAUMATISMO DEL CORAZON CON HEMOPERICARDIO	0	1	1
TRAUMATISMO MULTIPLE DEL CUELLO	0	1	1
TROMBOCITOPENIA	0	1	1
TUMOR DE MENINGES CEREBRALES	0	1	1
TUMOR MALIGNO DE LA MAMA	0	1	1
TUMOR MALIGNO DEL CEREBRO	0	1	1
TUMOR MALIGNO DEL CEREBRO (POP CRANEOTOMIA)	0	1	1
TUMOR MALIGNO DEL LOBULO FRONTAL	0	1	1
TUMOR MALIGNO DEL OVARIO	0	1	1
<b>TOTAL</b>	18	77	95



**Anexo G** No. Diagnostico al egreso, UCI Adultos Clínica Saludcoop, Neiva, Mayo 1 a 31 Julio de 2010

<b>Diagnostico al egreso</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
ANGINA INESTABLE	3	3,2%
ANGINA PECHO	1	1,1%
BLOQUEO AV COMPLETO	1	1,1%
BRADICARDIA NO ESPECIFICADA	2	2,1%
CARDIOMIOPATIA ISQUEMICA	3	3,2%
CELULITIS DE LOS MIEMBROS	1	1,1%
CHOQUE	1	1,1%
CHOQUE CARDIOGENICO	2	2,1%
CHOQUE HIPOVOLEMICO	1	1,1%
DENGUE HEMORRAGICO	1	1,1%
DIARREA Y GASTROENTERITIS DE ORIGEN INFECCIOSO	1	1,1%
DM CON COMPLICACIONES	1	1,1%
DOLOR PRECORDIAL	1	1,1%
EDEMA CEREBRAL	1	1,1%
EDEMA CEREBRAL TRAUMATICO	1	1,1%
EDEMA PULMONAR	4	4,3%
EFEECTO TOXICO DE PLAGUICIDAS	1	1,1%
ENCEFALOPATIA NO ESPECIFICADA	1	1,1%
ENVENENAMIENTO POR AGENTES	1	1,1%
EPILEPSIA	2	2,1%
EPOC CON EXACERBACION	2	2,1%
EPOC EXACERBADO	1	1,1%
ESTADO DE ARTRODESIS	1	1,1%
ESTENOSIS SUBGLOTICA	1	1,1%
HEMORRAGIA SUBDURAL TRAUMATICA	1	1,1%
HEMORRAGIA Y HEMATURIA QUE COMPLICAN UN PROCEDIMIENTO	1	1,1%
HIPERPLASIA DE LA PROSTATA	1	1,1%
HIPOPOTASEMIA	1	1,1%
HTA	2	2,1%
IAM	14	14%
ICC	1	1,1%
INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA	1	1,1%
INSUFICIENCIA VENTRICULAR IZQUIERDA	1	1,1%

LESION DE SITIOS CONTIGUOS DEL CUELLO UTERINO	1	1,1%
LEUCEMIA PROMIELOCITICA AGUDA	1	1,1%
MASTENIA GRAVIS	2	2,1%
MUERTE CARDIACA SUBITA	1	1,1%
NEUMONIA	2	2,1%
OTRAS FORMAS DE CHOQUE	1	1,1%
OTRAS NEUMONIAS BACTERIANAS	2	1,1%
OTRAS SEPTISEMIAS	1	1,1%
PANCREATITIS AGUDA	2	2,1%
PARO CARDIACO	4	4,2%
PARTO POR CESAREA	2	2,1%
PERFORACION DEL INTESTINO	1	1,1%
PERITONITIS NO ESPECIFICADA	1	1,1%
PURPURA TROMBOCITOPENICA IDIOPATICA	1	1,1%
SECUELAS DE PROCEDIMIENTOS MEDICOS	1	1,1%
SECUELAS DE TCE	1	1,1%
SEPTICEMIA	1	1,1%
SINCOPE Y COLAPSO	1	1,1%
SINDROME DE GUILLAIN BARRE	1	1,1%
TAQUICARDIA VENTRICULAR	2	2,1%
TRASTORNO DE DISCO LUMBAR	1	1,1%
TRASTORNO VASCULAR AGUDO DE LOS INTESTINOS	2	2,1%
TRASTORNO VASCULAR DEL INTESTINO	1	1,1%
TRAUMATISMO DEL CORAZON CON HEMOPERICARDIO	1	1,1%
TRAUMATISMO SUPERFICIAL DEL CUELLO	1	1,1%
TRAUMATISMOS MULTIPLES DEL TORAX	1	1,1%
TUMOR MALIGNO DE LA MAMA	1	1,1%
TUMOR MALIGNO DEL LOBULO FRONTAL	2	2,1%
TUMOR MALIGNO DEL LOBULO TEMPORAL	1	1,1%
TUMOR MALIGNO DEL OVARIO	1	1,1%
TUMOR MALIGNO LOBULO FRONTAL	1	1,1%
<b>Total</b>	<b>99</b>	<b>100,0%</b>

---