



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE AGUASCALIENTES
CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIDAD EN MEDICINA DEL ENFERMO EN ESTADO CRÍTICO Y
TERAPIA INTENSIVA

SECRETARÍA DE SALUD DEL ESTADO DE AGUASCALIENTES
CENTENARIO HOSPITAL MIGUEL HIDALGO

**TOMA DE DECISIONES MÉDICAS PARA INGRESO EN LA UNIDAD DE
CUIDADOS INTENSIVOS E IMPACTO ECONOMICO EN EL CENTENARIO
HOSPITAL MIGUEL HIDALGO**

PRESENTA

Alejandra Monserrat García Sandoval

PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA DEL ENFERMO
EN ESTADO CRÍTICO Y TERAPIA INTENSIVA

ASESOR (ES)

**Dr. José Salvador Martínez Cano
Dr. Roberto Alejandro Castillo González
Dra. Silvia Patricia Gutiérrez Martínez**

Aguascalientes, Ags., 15 de enero de 2013



Centenario
HOSPITAL
MIGUEL HIDALGO



DEPARTAMENTO DE
ENSEÑANZA E
INVESTIGACIÓN

DR. FELIPE DE JESÚS FLORES PARKMAN
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA

DR. JOSE SALVADOR MARTINEZ CANO
JEFE DEL SERVICIO DE TERAPIA INTENSIVA

DR. JOSE SALVADOR MARTINEZ CANO
PROFESOR TITULAR DEL CURSO



GOBIERNO DE AGUASCALIENTES

INV/186/12

Aguascalientes, Ags., a 26 de Junio de 2012

SUBCOMITÉ DE INVESTIGACIÓN DEL
CENTENARIO HOSPITAL MIGUEL HIDALGO

DRA. ALEJANDRA MONSERRAT GARCÍA SANDOVAL
M.R. II MEDICINA DEL ENFERMO EN ESTADO CRÍTICO
P R E S E N T E .

Estimada: Dra. García Sandoval

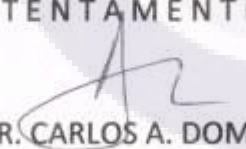
En cumplimiento de las buenas prácticas clínicas y la legislación mexicana vigente en materia de investigación clínica, el Subcomité de Investigación del Centenario Hospital Miguel Hidalgo, en su sesión del día 04 de Junio del 2012, **revisó y decidió aprobar** para que se lleve a cabo en este hospital el proyecto de tesis requisito para titulación de la Subspecialidad de Medicina del Enfermo en estado crítico, titulado:

“TOMA DE DECISIONES MÉDICAS PARA INGRESO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS E IMPACTO ECONÓMICO EN EL CENTENARIO HOSPITAL MIGUEL HIDALGO”.

Agradeceré se sirva enviar a este Subcomité, informes periódicos sobre el avance y reporte final una vez concluido.

Sin otro particular, me despido con un cordial saludo.

A T E N T A M E N T E


DR. CARLOS A. DOMÍNGUEZ REYES
SECRETARIO TÉCNICO DEL SUBCOMITÉ DE
INVESTIGACIÓN DEL C.H.M.H.

c.c.p. DR. FELIPE DE JESUS FLORES PARKMAN SEVILLA.- Jefe del Dpto. Enseñanza e Inv.

DR. SALVADOR MARTÍNEZ CANO.- Jefe del Servicio de Terapia Intensiva y Profesor Titular del Curso.

CADR/cjg*



www.aguascalientes.gob.mx
Galeana Sur No. 465, Col. Obraje | Aguascalientes, Ags.
C.P. 20230 | Tel: (01 449) 994 6720 | Fax: 994 6748

Centenario
HOSPITAL
MIGUEL HIDALGO 



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DE AGUASCALIENTES

ALEJANDRA MONSERRAT GARCÍA SANDOVAL
ESPECIALIDAD EN MEDICINA DEL ENFERMO EN ESTADO CRÍTICO
Y TERAPIA INTENSIVA
P R E S E N T E

Por medio de la presente se le informa que en cumplimiento de lo establecido en el Reglamento General de Docencia en el Capítulo XVI y una vez que su trabajo de tesis titulado:

“TOMA DE DECISIONES MÉDICAS PARA INGRESO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS E IMPACTO ECONOMICO EN EL CENTENARIO HOSPITAL MIGUEL HIDALGO”

Ha sido revisado y aprobado por su tutor y consejo académico, se autoriza continuar con los trámites de titulación para obtener el grado de:
Especialista en Medicina del Enfermo en Estado Crítico y Terapia Intensiva

Sin otro particular por el momento me despido enviando a usted un cordial saludo.

**ATENTAMENTE
“SE LUMEN PROFERRE”**

Aguascalientes, Ags., 14 de Enero de 2013.

**DR. RAÚL FRANCO DÍAZ DE LEÓN
DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD**

c.c.p. C. P. Ma. Esther Rangel Jiménez / Jefe de Departamento de Control Escolar
c.c.p. Archivo

AGRADECIMIENTOS

Agradezco de antemano al apoyo incondicional de mi familia porque por ellos he llegado hasta donde estoy.

Agradezco la hospitalidad que ha tenido hacia mí, el Centenario Hospital Miguel Hidalgo así como a la Universidad Autónoma de Aguascalientes, ya que me ha permitido continuar mi formación como ser humano así como profesional de la salud, ampliando la visión en cuanto a la interacción médico-paciente, rama fundamental de nuestra actividad médica.

A mis profesores quienes han logrado mejorar mi calidad como profesional de la salud, así como mi crecimiento intelectual.

A mis amigos quienes siempre estuvieron en los buenos y peores momentos y que me apoyaron de manera incondicional.

A esas personas especiales que siempre van a ser un eslabón importante tanto en la formación ética, moral y profesional que se me ha permitido forjar.

A mis compañeros quienes fueron punto clave para forjar carácter, desarrollar compañerismo y unidad.

Un último agradecimiento y no por eso el menos importante, agradezco a Dios, porque me permitió estar aquí, conocer, aprender, tener vivencias tanto agradables como desagradables, pero sobre todo el disfrutar al máximo de estos 2 años en mi formación como Médico del Enfermo en Estado Crítico.

Gracias por todo y vamos por más al 100%.

Dra. Alejandra Monserrat García Sandoval

DEDICATORIA

A mis padres Juan Manuel García y Alejandra Sandoval que me dieron la oportunidad de ser.

A mis hermanos Marycarmen y Juan Carlos que siempre estuvieron presentes

A mis sobrinos, a el resto de mi familia, amigos, compañeros y maestros.

INDICE GENERAL

Índice General	1
Índice de tablas	2
Índice de Gráficos	3
1. Resumen	4
2. Abstract	5
3. Introducción	6
4. Marco teórico	7
5. Planteamiento del problema	14
6. Hipótesis	15
7. Objetivos	
7.1 General	16
7.2 Específico	16
8 Material y Métodos	17
8.1. Tipo de estudio	17
8.2. Criterios de selección	17
8.2.1.Criterios de inclusión	17
8.2.2.Criterios de exclusión	17
8.2.3.Criterios de eliminación	17
8.3. Universo de estudio	17
8.4. Descripción General del Estudio	18
9 Resultados	19
10 Discusión	34
11 Conclusiones	36
12 Bibliografía	37
13 Anexos	39

INDICE DE TABLAS

TABLA 1. DISTRIBUCION SEGÚN EDAD Y GENERO	20
TABLA 2. RESULTADOS COMPARATIVOS SEGÚN GENERO	20
TABLA 3. DISTRIBUCION SEGÚN EDAD Y GENERO	27
TABLA 4. DISTRIBUCION COMPARATIVA SEGÚN GENERO	27



INDICE DE GRÁFICOS

GRAFICO 1. Distribucion de genero en la terapia intermedia durante el periodo estudiado	21
GRAFICO 2. Curva de frecuencia de los pacientes en el periodo de estudio en la terapia intermedia	21
GRAFICO 3. Personal que realiza la valoración para el ingreso del paciente a la unidad de cuidados intermedios	22
GRAFICO 4. Clasificacion de las prioridades en la terapia Intermedia	22
GRAFICO 5. Dias de estancia en la terapia intermedia	23
GRAFICO 6. Motivo de egreso de los pacientes de Cuidados intermedios	24
GRAFICO 7. Porcentaje del motivo de egreso de los pacientes de terapia intermedia	24
GRAFICO 8. Pacientes con ingreso administrativo a la terapia intermedia	25
GRAFICO 9. Causas más frecuentes de ingreso en la terapia intermedia	25
GRAFICO 10 Causas más frecuentes de ingreso en la terapia intermedia	26
GRAFICO 11 Distribución de género en la terapia general	28
GRAFICO 12 Curva de frecuencia de los pacientes en el periodo de estudio en la terapia general	28
GRAFICO 13 Pacientes Valorados	29
GRAFICO 14 Ingresos administrativos a la UCI	29
GRAFICO 15 Valoración por el personal médico en la UCI	30
GRAFICO 16 Prioridades UCI	30
GRAFICO 17 Causas de ingreso en la terapia general	31
GRAFICO 18 Días de estancia en la UCI	31
GRAFICO 19 Motivo de egreso de la terapia general	32

1. RESÚMEN

TOMA DE DECISIONES MÉDICAS PARA INGRESO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS E IMPACTO ECONOMICO EN EL CENTENARIO HOSPITAL MIGUEL HIDALGO

García Sandoval Alejandra Monserrat, Martínez Cano José Salvador. Castillo González Roberto Alejandro. Gutierrez Martínez Silvia Patricia

INTRODUCCIÓN. La responsabilidad que supone desempeñar el papel de elector de uno entre varios pacientes “elegibles” para ser admitidos en las Unidades de Cuidados Intensivos es enorme, por cuanto equivale a establecer cuál de esas personas debe recibir mejor oportunidad de continuar viviendo, ocasionalmente en la práctica no existen posibilidades de ofrecerles la asistencia requerida por carecer de los recursos indispensables, tanto en recursos materiales como económicos. Así, uno de los dilemas más trascendentales que enfrenta el médico intensivista contemporáneo es cuándo decidir el ingreso de un paciente en la UCI, y una vez ingresado y tratado con una serie de técnicas de soporte vital, si la evolución no resulta satisfactoria, por cuánto tiempo mantenerlas. Tales decisiones poseen importantes implicaciones éticas y económicas ya que según la evolución al paciente se le puede llegar a someter a un largo y costoso proceso ya sea para su egreso de la unidad o antes de morir.

OBJETIVO. Evaluar el impacto que tiene una adecuada selección de pacientes candidatos a ingresar a la unidad de cuidados intensivos, tanto en lo económico como días de estancia.

METODOLOGÍA. El presente estudio es observacional, prospectivo, descriptivo, y longitudinal. Incluyendose todos los pacientes que se ingresan a la unidad de cuidados intensivos (unidad de cuidados intensivos intermedios así como unidad de cuidados intensivos generales) evaluando el motivo del ingreso del paciente a la unidad, tipo de prioridad, patología de ingreso y los días de estancia así como el motivo del egreso.

RESULTADOS. Se observó que aquellos pacientes que no tuvieron una valoración previa a la unidad de cuidados intensivos, y que su admisión fue de tipo administrativo, se prolongaron los días de estancia y por lo tanto el incremento de costos de estadía.

CONCLUSIONES. Es importante evaluar de manera objetiva a cada uno de los pacientes que se ingresan a la Unidad de cuidados Intensivos, ya que de esto depende la estancia en la unidad, y por lo tanto los costos que se generan para la institución.

Palabras clave: Unidad de cuidados intensivos, paciente en estado crítico días de estancia, costos.

2. ABSTRACT

MEDICAL DECISIONS FOR ADMISSION TO THE INTENSIVE CARE UNIT AND ECONOMIC IMPACT IN THE MIGUEL HIDALGO CENTENARY HOSPITAL

García Sandoval Alejandra Monserrat, Martínez Cano José Salvador. Castillo González Roberto Alejandro. Gutierrez Martínez Silvia Patricia.

INTRODUCTION. The responsibility that comes with playing the role of one voter between patients "eligible" for admission to the intensive care units is huge, because it is equivalent to establish which of these people should get better chance to continue living, occasionally in practice there is no possibility to offer the assistance required by lack of essential resources, both material and financial resources. So, one of the most significant dilemmas facing contemporary intensive care physician is deciding when a patient was admitted to the ICU, and once admitted and treated with a series of life support, if evolution is not satisfactory, how keep time. Such decisions have important ethical implications and economic developments since according to patient can get to undergo a long and costly process either for or discharge from the unit before dying.

OBJECTIVE. Evaluate the impact of appropriate selection of patients eligible to enter the intensive care unit, both economically and days of stay.

METHODOLOGY. The present study is an observational, prospective, descriptive, and longitudinal. Including all patients admitted to the ICU (intensive care unit as well as intermedium and general intensive care unit) evaluating the patient's reason for admission to the unit, priority type, income pathology and days of stay and the reason for the discharge.

RESULTS. It was observed that patients who did not have an evaluation prior to the intensive care unit, and that its admission was administrative, lasted the length of stay and therefore increased costs of Stay.

CONCLUSIONS. It is important to objectively evaluate each of the patients admitted to the Intensive Care Unit, as this depends on the unit stay, and therefore the costs are generated for the institution.

Keywords: Intensive care unit, critically ill patient length of stay, costs.

3. INTRODUCCIÓN

Los avances técnicos-científicos modifican constantemente la concepción del hombre. El ser humano aparece como una entidad cada vez más compleja, tal complejidad se pone de manifiesto de manera notable en el campo médico, en donde las ciencias biológicas, enfrentan relaciones con las ciencias sociales, confrontando de esta manera los problemas del hombre enfermo a través del montaje de una avanzada tecnología.

Los sistemas derivados de esta última, sobre la base del razonamiento, de los recursos humanos y materiales, llevaron a la concepción del cuidado progresivo del paciente y del establecimiento de niveles de atención en los que se discrimina la cantidad y calidad de los cuidados a brindar.

En la actualidad los servicios de Cuidados Intensivos, son áreas de atención hospitalaria, destinada a la recepción de pacientes en estado crítico, con patologías de base o bien de novo que requieren tratamiento médico o quirúrgico, con posibilidades de recuperación que exigen asistencia médica y cuidados de enfermería permanente y además de la eventual utilización de equipos especializados, que permiten establecer un tratamiento seguro, eficaz y oportuno. La aplicación sistemática de las múltiples posibilidades terapéuticas modernas que se utilizan en las situaciones de peligro para la vida son las que permiten continuar con un tratamiento específico para el paciente en estado crítico.

El tratamiento intensivo, supone agotar todas las posibilidades terapéuticas para la situación temporal de las funciones orgánicas (sistema cardiovascular, respiratorio, renal) suprimidas o en falla, sin abandonar por ello el tratamiento simultáneo de la enfermedad fundamental que ha causado estos trastornos. El tratamiento intensivo tiene por objetivo restablecer las funciones vitales alteradas de cierto sistema orgánico en un número determinado de tiempo y recuperar los valores límites necesarios para la recuperación y de la continuación de la vida en condiciones aceptables.

El fin primordial de una Unidad de Cuidados Intensivos no sólo es el de preservar la vida del individuo, sino también el reingresarlo a sus actividades habituales de la vida diaria, con la mejor calidad de vida posible

4. MARCO TEÓRICO

En los años 30's, se inició en Alemania la preparación de locales para el cuidado de los pacientes postoperados, F. Saverbruch y M. Kirchner, establecieron este tipo de atención en sus clínicas. Las epidemias de poliomielitis obligaron a concentrar a los pacientes con parálisis respiratoria en unidades de Cuidados respiratorios Artificiales. Los indicios de la medicina intensiva en sentido actual, se dio a partir de los años 50's. Muy pronto evolucionaron estas entidades a un campo de evaluación específica a cargo de los médicos anestesiólogos, a quienes se encomendó la vigilancia y mantenimiento de las funciones vitales, no solo en la operación sino también en el periodo postoperatorio. (1-5)

Las demandas de servicios médicos tales como la medicina crítica son probablemente los que más a menudo exceden la disponibilidad de recursos. En el contexto de estas limitadas condiciones, las instituciones y los proveedores individuales de estas atenciones se ven obligados a usar algunas definiciones éticas para distribuir equitativa y eficientemente los recursos disponibles.(1-3, 15)

La mayoría de los médicos opinan que los beneficios que otorgan las unidades de cuidados intensivos deberían ser reservadas para aquellos pacientes que poseen condiciones médicas reversibles, es decir, que tienen una "perspectiva razonable de recuperación".(2)

El concepto de agrupar a los pacientes de acuerdo a la severidad de la enfermedad que los aqueja existe desde hace por lo menos 100 años. Sin embargo, esto no fue aceptado hasta el nacimiento de las primeras unidades de quemados y los centros de trauma en la década de los 40. El estímulo para este cambio fue inicialmente de tipo administrativo, ya que el cuidado de los pacientes podía ser hecho más eficientemente agrupando al personal especializado y los equipos adecuados en un recinto apropiado. (1,4)

Desgraciadamente, hasta la fecha, hay pocos estudios que hayan examinado las indicaciones y los resultados de los cuidados en estas unidades. Además, es difícil clasificar a los pacientes adecuadamente. Por ejemplo, Kraiss y cols. evaluaron 196 pacientes que fueron sometidos a endarterectomía carotídea durante un periodo de dos

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

años y no hallaron diferencias significativas en los resultados ni complicaciones entre el grupo admitido a UCI y aquellos que fueron enviados a salas de cuidados habituales. (2)

En 1983, la primera conferencia de consenso sobre medicina crítica condujo al National Institute of Health a señalar que la práctica clínica ha conducido a expandir las indicaciones de admisión a las unidades de pacientes críticos. Posteriormente la sociedad de medicina crítica emite una guía de recomendaciones en relación a los criterios de admisión y alta desde estas unidades. Por otra parte, el desarrollo de nuevos productos farmacéuticos y tecnologías han hecho que los cuidados en estas unidades sean cada vez de mayor costo. Además, al mismo tiempo que las demandas aumentan, la capacidad de satisfacerlas se restringen debido al inadecuado reembolso, al crecimiento de las restricciones en los cuidados en salud y a la falta de personal. Por este motivo, cada vez toma mayor importancia el definir claramente los criterios de ingreso, alta y triage en estas unidades. (1,5)

Muchas instituciones de salud han respondido a este desafío con la creación de unidades de cuidados intermedios, que no son más que unidades de menor complejidad o de descarga que sean capaces de proveer cuidados graduados que se ajusten a las necesidades de cada paciente. Hay reportes que sugieren que estas unidades pueden reducir los costos, optimizar el uso de las unidades de cuidados intensivos, evitar las readmisiones y disminuir la tasa de mortalidad hospitalaria. (3)

Roger Bone, en un análisis reciente sobre las indicaciones de ingreso y alta precoz desde estas unidades, enfatizó la necesidad de contar con métodos objetivos para identificar a aquellos pacientes que podrían ser manejados en unidades menos complejas y sin ir en desmedro de los resultados. Además, poder identificar a los pacientes que se encuentran en riesgo de presentar malos resultados como potenciales admisiones a unidades de mayor complejidad.(4,5)

Hay dos condiciones en las que el manejo en UCI no ofrece beneficios sobre el cuidado convencional. Esto ocurre cuando los pacientes se encuentran ubicados en los extremos del espectro de riesgo vital, es decir, riesgo demasiado bajo o muy alto de muerte.

" Demasiado bien para beneficiarse"

" Demasiado enfermos para beneficiarse"

Es difícil definir estas dos poblaciones basándose exclusivamente en el diagnóstico. Por ej: Brett y cols estudió a los pacientes con sobredosis de drogas que son comúnmente admitidos en UCI y demostró que aquellos sin criterios clínicos de alto riesgo no requerían intervenciones en estas unidades. Sin embargo, 70 % de estos pacientes fueron ingresados para ser observados.(1,8)

Existen instrumentos para evaluar la severidad y pronóstico de los pacientes críticos, los cuales sumados al juicio clínico representan la mejor manera disponible actualmente para determinar dichos parámetros. Sin embargo, estos instrumentos predictores han sido aplicados a pacientes que ya han sido admitidos en la UCI y no han sido probados como instrumentos de tamizaje preadmisión.

Existen sistemas que definen a la mayor parte de los pacientes que serán beneficiados con la atención en UCI (prioridad 1) y aquellos que no lo harán al ingresar a ella (prioridad 4). (3,8-10)

Prioridad 1: son pacientes inestables con necesidad de monitoreo y tratamiento intensivo que no puede ser entregado fuera de estas unidades. En estos pacientes generalmente no hay límites para la prolongación de la terapia que están recibiendo. Pueden incluir pacientes post-operados, con insuficiencia respiratoria que requieren soporte ventilatorio, que están en shock o inestabilidad circulatoria, que necesitan monitoreo invasivo y/o drogas vasoactivas. (3-14)

Prioridad 2: Estos pacientes requieren monitoreo intensivo y potencialmente pueden necesitar una intervención inmediata y no se han estipulado límites terapéuticos. Por ejemplo pacientes con estados co-mórbidos quienes han desarrollado una enfermedad severa médica o quirúrgica. (3-14)

Prioridad 3: Pacientes que pueden recibir tratamiento intensivo para aliviar su enfermedad aguda, sin embargo, se le puede colocar límite a los esfuerzos terapéuticos, tales como no intubar o no efectuar reanimación cardiopulmonar si la requirieran.

Ejemplos: pacientes con enfermedades malignas metastásicas complicadas con infección, tamponamiento cardíaco u obstrucción de la vía aérea. (3-14)

Prioridad 4: Son pacientes no apropiados para cuidados en UCI. Estos deberían ser admitidos sobre una base individual, bajo circunstancias inusuales y bajo la supervisión del jefe de la unidad. Estos pacientes se pueden clasificar en las siguientes dos categorías:

- Pacientes que se beneficiarían poco de los cuidados brindados por una UCI, basados en un bajo riesgo de intervención activa que no podría ser administrada en forma segura en una unidad que no fuera una UCI (demasiado bien para beneficiarse). Incluyen pacientes con cirugía vascular periférica, cetoacidosis hemodinámicamente estable, insuficiencia cardíaca congestiva leve, sobredosis de drogas sin alteración de conciencia, etc.
- Pacientes con enfermedad terminal e irreversible que enfrentan un estado de muerte inminente (demasiado enfermos para beneficiarse). Por ejemplo: daño cerebral severo irreversible, falla multiorgánica irreversible, cáncer metastásico que no ha respondido a quimio y/o radioterapia (salvo que el paciente esté en un protocolo específico), pacientes capaces de tomar decisiones que rechazan el monitoreo invasivo y los cuidados intensivos por aquellos destinados sólo al confort, muerte cerebral que no son potenciales donadores de órganos, pacientes que se encuentran en estado vegetativo persistente, etc. (3-14)

Existen otros sistemas que pueden definir el ingreso por modelo diagnóstico. Este se basa en un listado de condiciones o enfermedades específicas que determinan admisiones apropiadas a las unidades de cuidados intensivos.

Sistema Cardiovascular (4-6)

- Infarto agudo del miocardio complicado
- Shock cardiogénico
- Arritmias complejas que requieren monitoreo continuo e intervención
- Insuficiencia cardíaca congestiva con falla respiratoria y/o que requieran soporte hemodinámico

- TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS
- Emergencias hipertensivas
 - Angina inestable con inestabilidad hemodinámica, disrritmias o dolor torácico persistente
 - Paro cardíaco reanimado
 - Tamponamiento cardíaco o constricción con inestabilidad hemodinámica
 - Aneurisma disecante de la aorta
 - Bloqueo AV completo u otro que requiera marcapaso.

Sistema Respiratorio (4-6)

- Insuficiencia respiratoria aguda que requiera soporte ventilatorio
- Embolía pulmonar con inestabilidad hemodinámica
- Pacientes en unidades de intermedio que inicien deterioro respiratorio
- Necesidad de cuidados respiratorios de enfermería que no pueda brindarse en unidades de menor complejidad
- Hemoptisis masiva
- Falla respiratoria con intubación inminente
- Obstrucción de la vía aérea postoperatoria

Desórdenes Neurológicos (4-6)

- Accidente vascular cerebral con deterioro del estado de conciencia
- Coma: metabólico, tóxico o anóxico
- Hemorragia intracraneal con riesgo potencial de herniación
- Hemorragia subaracnoídea aguda
- Meningitis con alteración del estado de conciencia o compromiso respiratorio
- Afecciones del SNC o neuromusculares con deterioro del estado neurológico o de la función pulmonar
- Estatus epilepticus
- Muerte cerebral o muerte cerebral potencial quienes estén siendo agresivamente manejados mientras se determina su condición de donante
- Vasoespasmo
- Trauma craneal severo

Sobredosis de drogas (4-6)

- Ingestión de drogas con inestabilidad hemodinámica
- Ingestión de drogas con alteración significativa del estado de conciencia
- Ingestión de drogas con riesgo de aspiración pulmonar
- Convulsiones post-ingesta de drogas

Desórdenes gastrointestinales (4-6)

- Hemorragia digestiva masiva incluyendo hipotensión, angina, sangrado incoercible o la presencia de condiciones co-mórbidas
- Falla hepática fulminante o subfulminante
- Pancreatitis aguda severa
- Perforación esofágica con o sin mediastinitis.

Sistema Endocrino (4-6)

- Cetoacidosis diabética con inestabilidad hemodinámica, alteración de conciencia, insuficiencia respiratoria, acidosis severa y alteraciones hidroelectrolíticas graves
- Tormenta tiroídea o coma mixidematoso con inestabilidad hemodinámica
- Estado hiperosmolar con coma o inestabilidad hemodinámica
- Otras condiciones endocrinas como crisis adrenales con inestabilidad circulatoria
- Hipercalcemia severa con alteración de conciencia y necesidad de monitoreo hemodinámico
- Hipo o hipernatremia con convulsiones y alteracion de la conciencia
- Hipo o hipermagnesemia con compromiso hemodinámico, de conciencia, convulsiones y/o arritmias
- Hipo o hiperkaliemia con disrritmias o debilidad muscular severa
- Hipofosfatemia con debilidad muscular

Quirúrgicos (4-6)

- Pacientes postoperatorios con necesidad de monitoreo hemodinámico, soporte ventilatorio y cuidado de enfermería intensivo (drenajes, ostomías,etc)

Misceláneas (4-6)

- Shock séptico
- Monitoreo hemodinámico
- Condiciones clínicas con altos requerimientos de cuidados de enfermería (por ej: uso de ventilación mecánica no invasiva, etc)
- Injurias ambientales (radiación, ahogamiento, hipo o hipertermia)
- Terapias nuevas o experimentales con potenciales complicaciones (trombolisis de infartos cerebrales, tromboembolismo pulmonar, etc)
- Postoperatorio de transplantes (renal, hepático y pulmonar)
- Cirugía en enfermedad pulmonar obstructiva crónica

Otro sistema de criterio de ingreso es el modelo por parámetros objetivos, el cual tiene el objetivo de estandarizar la atención de salud, protocolos de acreditación para ser aplicados en cada hospital en forma individual que incluyen: signos clínicos, parámetros laboratoriales e imagenológicos como criterios de ingreso a unidades de cuidados críticos. (1, 4-6)

5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Uno de los grandes retos de la medicina actual estriba en conocer la utilidad y las limitaciones que el nuevo desarrollo tecnológico tiene y orientar racionalmente el uso de las medidas de soporte vital hacia la preservación de la vida de aquellos enfermos con situaciones patológicas recuperables, que puedan proseguir su vida personal con una calidad de la misma aceptable, así como limitarlas en los casos que la medicina de hoy no puede resolver.

La responsabilidad que supone desempeñar el papel de elector de uno entre varios pacientes “elegibles” para ser admitidos en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) es enorme, por cuanto equivale a establecer cuál de esas personas debe recibir mejor oportunidad de continuar viviendo, pues aunque todos son merecedores de ello por su propia condición de seres humanos, por ende, ocasionalmente en la práctica no existen posibilidades de ofrecerles la asistencia requerida por carecer de los recursos indispensables, tanto en recursos materiales como económicos. Así, uno de los dilemas más trascendentales que enfrenta el médico intensivista contemporáneo es cuándo decidir el ingreso de un paciente en la UCI, y una vez ingresado y tratado con una serie de técnicas de soporte vital, si la evolución no resulta satisfactoria, por cuánto tiempo mantenerlas. Tales decisiones poseen importantes implicaciones éticas y económicas ya que según la evolución al paciente se le puede llegar a someter a un largo y costoso proceso ya sea para su egreso de la unidad o antes de morir.

Con los avances científicos y técnicos, y el aumento de la expectativa de vida, se ha ido incrementando el número de ancianos y, por consiguiente, que en las UCI ingresen con más frecuencia personas de edad avanzada; factor a considerar en la toma de decisión para el ingreso en ellas.

Por lo tanto la presente investigación, pretende definir en base a las evidencias bibliográficas reportadas, cuales son las causas más frecuentes de ingreso a la unidad de cuidados intensivos, el cumplimiento de criterios de ingreso, así como la repercusión económica que genera la estancia de un paciente en esta unidad.

6. HIPOTESIS

Dado el planteamiento del problema y la evidencia clínica en la institución se plantea la siguiente hipótesis

¿Si se lleva a cabo la adecuada selección de pacientes que ingresan a la Unidad de Cuidados Intensivos, se reducirán de manera significativa los costos generados para el Centenario Hospital Miguel Hidalgo?



7. OBJETIVOS

7.1. GENERAL

Evaluar el impacto que tiene una adecuada selección de pacientes candidatos a ingresar a la unidad de cuidados intensivos, tanto en lo económico como días de estancia.

7.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Registrar las patologías más frecuentes de ingreso a la unidad de cuidados intensivos.
- Registrar el motivo por el cual fue ingresado a la unidad de cuidados intensivos, tal como:
 1. Prioridad tipo 1
 2. Prioridad tipo 2
 3. Prioridad tipo 3
 4. Prioridad tipo 4
- Registrar patología de ingreso
- Registrar días de estancia
- Registrar motivo del egreso

8. MATERIAL Y MÉTODOS

8.1. TIPO DE ESTUDIO

El presente estudio es observacional, prospectivo, descriptivo, y longitudinal, realizado en el Centenario Hospital Miguel Hidalgo

8.2 CRITERIOS DE SELECCIÓN

8.2.1 INCLUSION

- Todos los pacientes que se ingresan a la Unidad de Cuidados Intensivos (Terapia General y Terapia Intermedia) en el CHMH.
- Genero hombre y mujer
- Todos los pacientes mayores de 16 años, independientemente de la patología de ingreso

8.2.2. EXCLUSION

- Pacientes menores de 16 años, quienes por ser pacientes en estado crítico y no obtener un espacio en una unidad de cuidados intensivos pediátricos, se ingresan a la unidad.

8.2.3. ELIMINACION

- Dadas las características de cada uno de los pacientes y la finalidad del estudio no se aplicó en el estudio

8.3 UNIVERSO DE ESTUDIO

Todos los pacientes mayores a 16 años ingresados a la Unidad de Cuidados Intensivos (tanto en la terapia general, como en la terapia intermedia), en un periodo comprendido de marzo de 2011 a octubre de de 2012

8.4 DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO

Posterior al ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos se registrará al paciente, según la hoja de recolección de datos, en donde se evalúa a que área es asignado (terapia general o terapia intermedia).

Se clasifica a cada uno de los pacientes en cuando a edad, genero, asi mismo como si el paciente presento valoración por parte del servicio o no presentó valoración.

Aquellos pacientes que reciben valoración por parte de la unidad, se evalúa que miembro del equipo de terapia Intensiva, la realiza, siendo así, médico adscrito o bien médico residente (ya sea de primer o segundo año).

Cabe mencionar que aquellos pacientes que reciben una valoración por los médicos adscritos, se incluyen a los que provienen del sector privado.

Dentro del rubro del tipo de ingreso de cada uno de los pacientes se clasifican en aquellos pacientes que tienen ingreso administrativo, es decir, aquellos pacientes provenientes del sector privado, aquellos pacientes que por falta de un espacio en el hospital solicitan que continúe manejo en la unidad, o bien aquellos pacientes en los cuales provienen de otros hospitales y son aceptados por autoridades hospitalarias, en pro de apoyo en el manejo del paciente en estado crítico.

Se clasifica a los pacientes según el tipo de prioridad que tienen.

Se clasifican las causas de ingreso a la unidad de cuidados intensivos, así como las que tienen mayor número de ingreso según aparatos y sistemas

Se clasifica a los pacientes según su estancia hospitalaria y los motivos de egres, según la unidad correspondiente.

Así mismo para realizar el análisis en cuanto a los gastos por día de un paciente de cuidados intensivos, según las causas más comunes de ingreso.

9. RESULTADOS

El análisis estadístico de los datos expresados en el documento se llevó a cabo mediante el programa de SPSS versión 20.0 For Windows, de manera automatizada, realizándose análisis mediante la "T" de Students y X cuadrada.

Se definieron durante el estudio variables tanto de tipo numérico, como nominal.

Las variables numéricas, correspondieron a la edad, medida en años, así como los días de estancia.

Las variables nominales correspondieron a: genero, si se presentó valoración previo a su ingreso, así como quien realizó la valoración (adscrito o residente), si se presentó ingreso administrativo, y las generalidades del tipo de prioridades, el tipo de patología de ingreso a la unidad así como los motivos de egreso.

De un total de 603 pacientes evaluados en este periodo, 353 se ingresaron a la unidad de terapia general y 248 se ingresaron a la unidad de terapia intermedia. 2 de los pacientes fueron excluidos, ya que eran menores de 16 años, pero su patología requería de apoyo de una unidad de cuidados intensivos.

Para fines prácticos se decidió hacer el análisis tanto de la terapia intermedia, así como de la terapia general, ya que durante el estudio se observaron datos que no se presentaban en ambas zonas y que condicionaban ciertas diferencias significativas principalmente en la admisión hospitalaria.

Para la terapia intermedia se obtuvieron los siguientes resultados

En un total de 248 pacientes en el rango estudiado se observa:

TERAPIA INTERMEDIA

EDAD	2011-2012		FRECUENCIA		PROMEDIO		DESVIACIÓN ESTANDAR	
	F	M	F	M	F	M	(F-Fm)	(M-Mm)
< 15	1	0	0,0097	0,0000	15,0	0,0	23,1	0
16 A 20	18	26	0,1748	0,1793	324,0	468,0	361,8	543,4
21 A 30	37	43	0,3592	0,2966	943,5	1096,5	466,2	576,2
31 A 40	10	17	0,0971	0,1172	355,0	603,5	26	57,8
41 A 50	9	25	0,0874	0,1724	409,5	1137,5	66,6	165
51 A 60	6	9	0,0583	0,0621	333,0	499,5	104,4	149,4
61 A 70	13	9	0,1262	0,0621	851,5	589,5	356,2	239,4
71 A 80	6	10	0,0583	0,0690	453,0	755,0	224,4	366
> 81	3	6	0,0291	0,0414	243,0	486,0	128,7	252,6
TOTAL	103	145	1,0000	1,0000	3927,5	5635,5	1757,4	2349,8
PROMEDIO					38,1	38,9		
							17,06	22,81

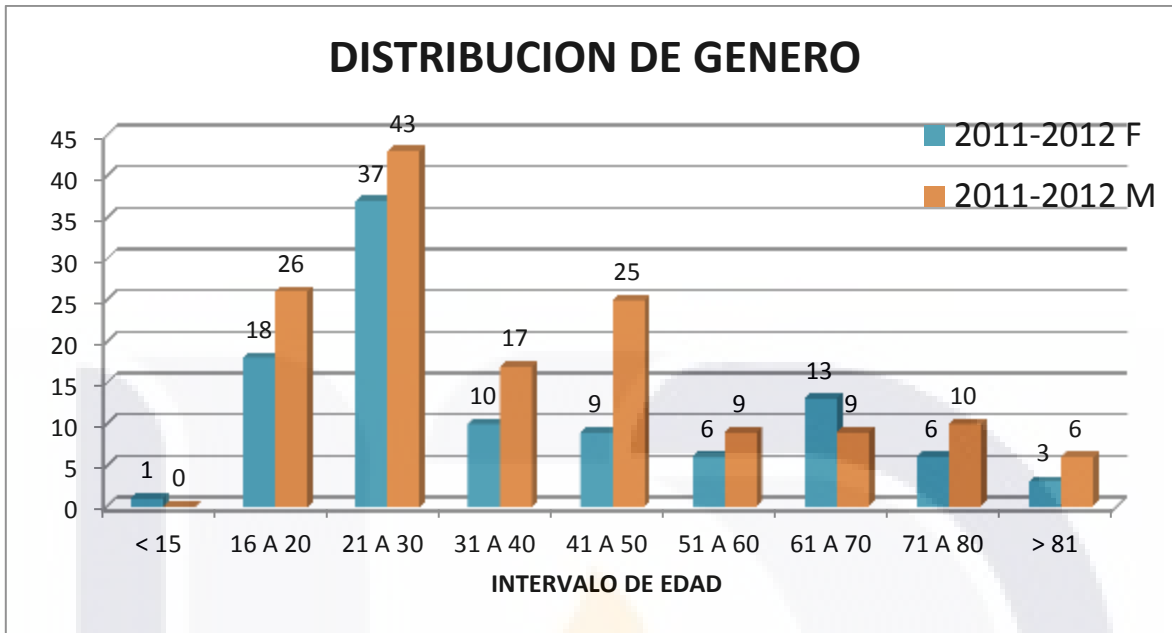
TABLA 1. Distribución según edad y género

RESULTADOS COMPARATIVOS SEGÚN GENERO

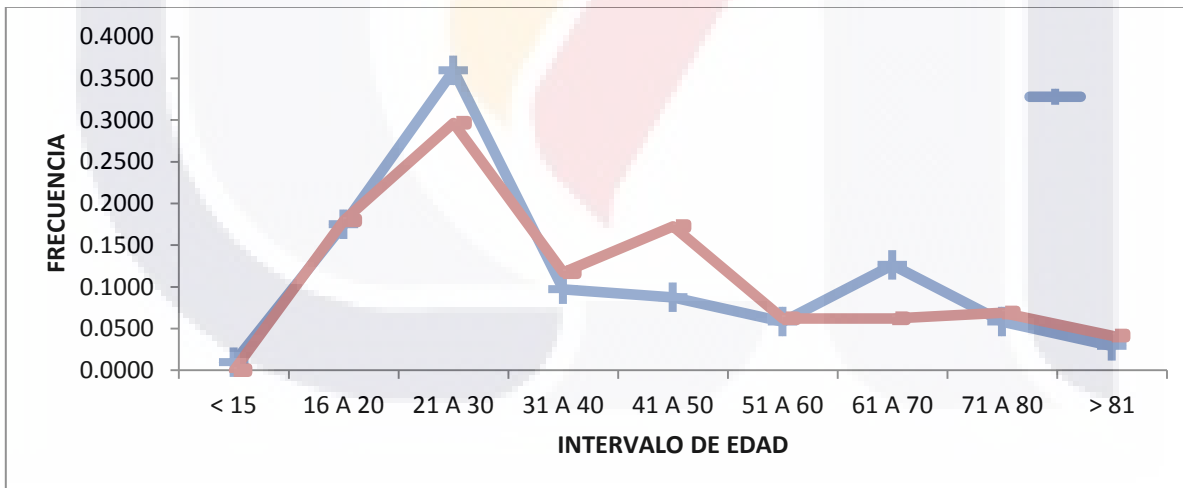
	Femenino	Masculino
Datos totales	103	145
Edad Promedio (años)	38.10	38.90
Desviación estándar (años)	17.06	22.81
Moda	21 a 30	21 a 30
Sesgo	Asimetría positiva	Asimetría positiva

TABLA 2. Resultados comparativos según género

Histograma de pacientes atendidos en la terapia intermedia del Hospital Miguel Hidalgo

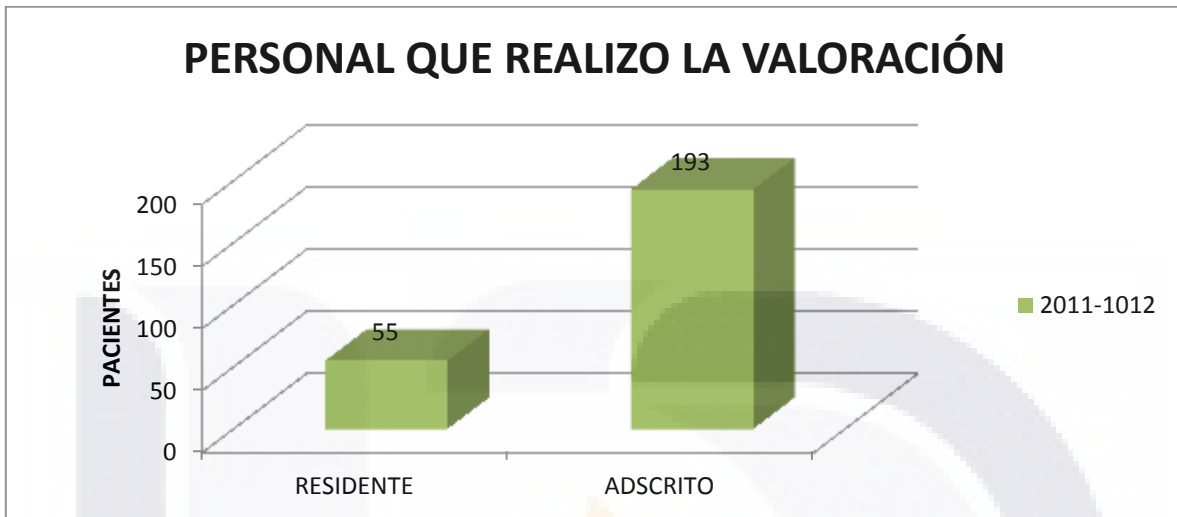


GRAFICA 1.DISTRIBUCION DE GENERO EN LA TERAPIA INTERMEDIA DURANTE EL PERIODO ESTUDIADO



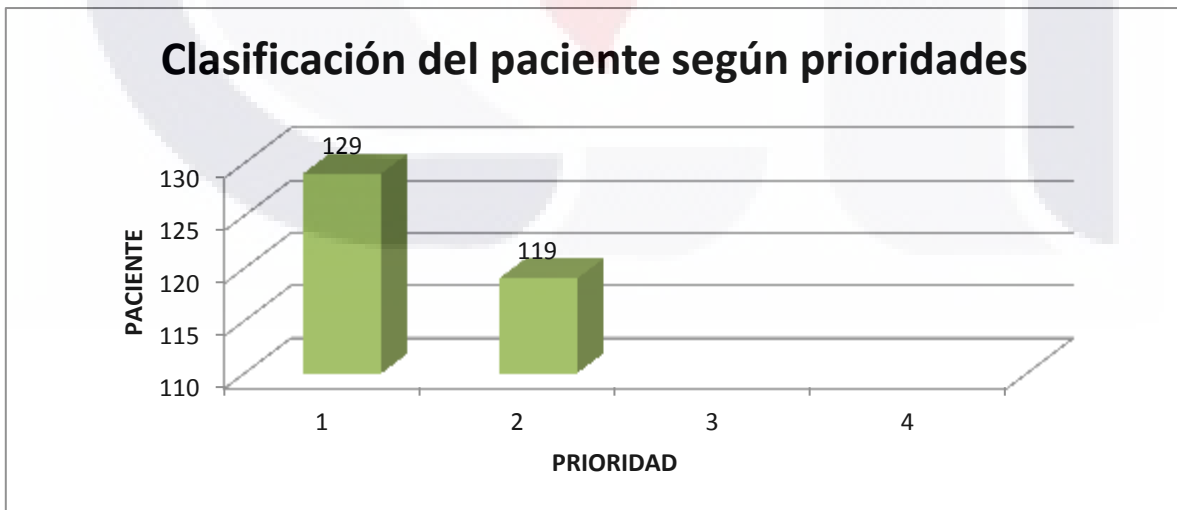
GRAFICA 2. Curva de frecuencia de los pacientes atendidos en el periodo de estudio en la Terapia Intermedia en el Hospital Miguel Hidalgo

Los pacientes que fueron valorados previo a su ingreso a la unidad, fueron por personal capacitado para esta toma de decisiones, por lo tanto la distribución del personal que realizó la valoración del paciente quedó de la siguiente manera:



GRAFICA 3. PERSONAL QUE REALIZA LA VALORACIÓN PARA EL INGRESO DEL PACIENTE A LA UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS

Como se comentó de manera previa, el clasificar a los pacientes por prioridades, permite evaluar las necesidades de cada uno de los pacientes, determinando así también los costos que puedan generar su estancia hospitalaria. Un total de 129 pacientes para prioridad 1 y 119 pacientes para prioridad 2



GRAFICA 4. CLASIFICACION POR PRIORIDADES EN LA TERAPIA INTERMEDIA

Dado que un servicio de terapia tiene como finalidad el restablecimiento de las constantes vitales del paciente durante un periodo determinado, se observó la distribución de los pacientes según su estancia de tal manera que los días de estancia por cada paciente tienen una moda la cual se genera en promedio de 1 a 5 días, hablando de pacientes de la terapia intermedia.

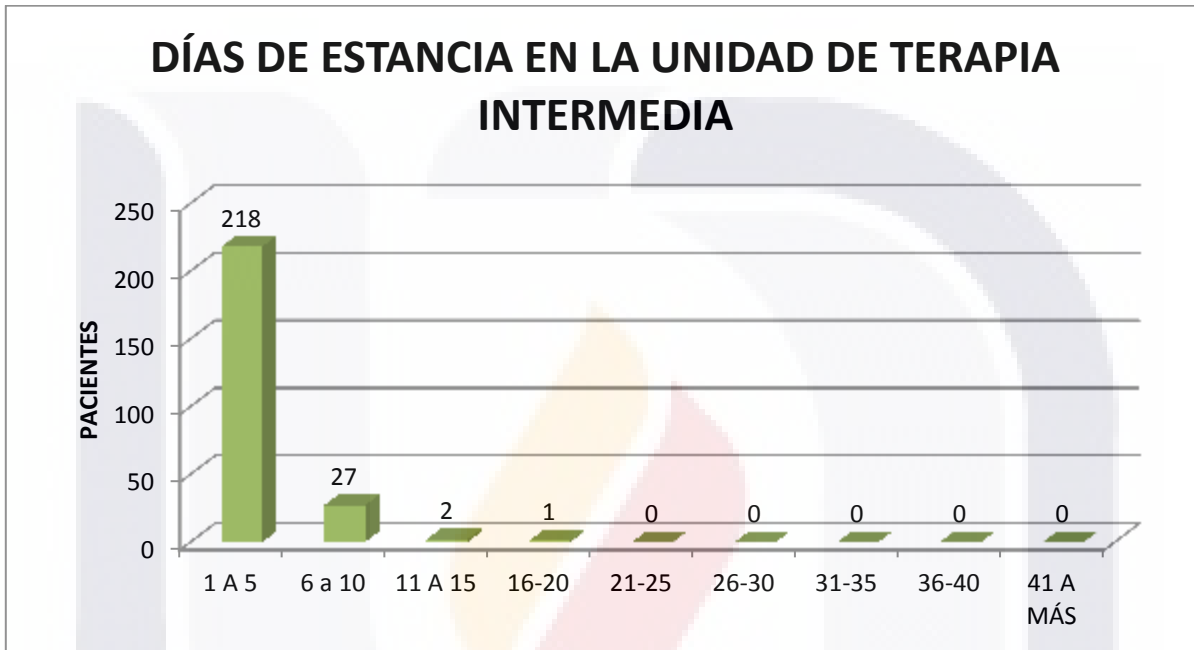


GRAFICO 5. DIAS DE ESTANCIA EN LA TERAPIA INTERMEDIA

Posterior a un promedio habitual de días de estancia, se logran egresar los pacientes, siendo las causas de egreso las siguientes 207 pacientes egresan por mejoría 7 por defunción, 3 pacientes por pase a otro hospital, 23 pacientes que por sus necesidades pasaron a la unidad de cuidados intensivos, terapia general uno de los pacientes se rehusó al tratamiento médico y decidió firmar su alta voluntaria, y 7 pacientes los cuales ingresados a la unidad, valorados, por sus condiciones se dieron de alta de la unidad posterior a su estabilización, con la finalidad de recepción de otros pacientes que requerían el apoyo de la unidad.

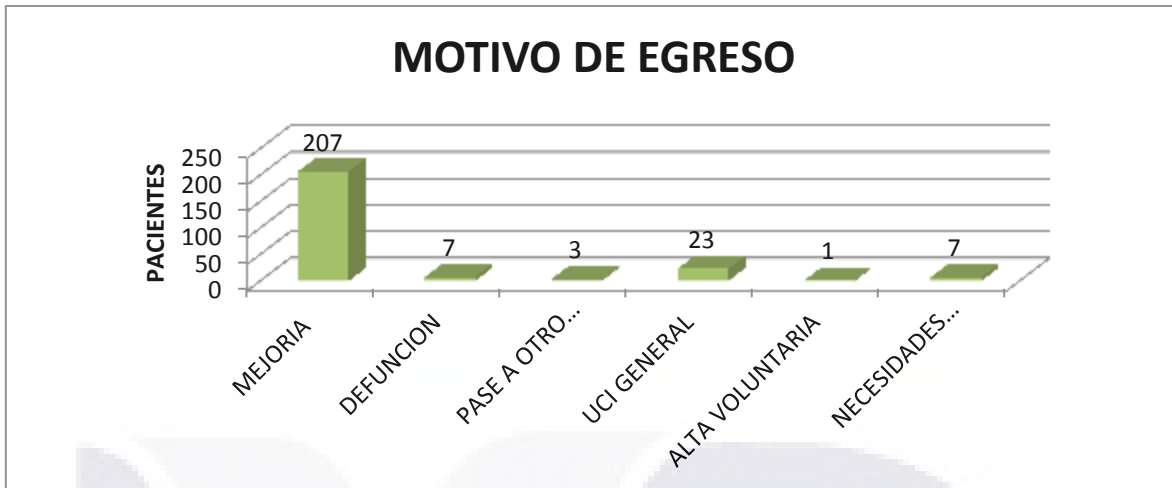


GRAFICO 6. MOTIVO DE EGRESO DE LOS PACIENTES DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS

El porcentaje obtenido por el motivo de egreso es el siguiente:

Un 83.47% de los pacientes que ingresan a la unidad de cuidados intermedios egresan por mejoría. Solo el 2.82% del total fallecieron; aquellos pacientes derechohabientes son trasladados a su hospital e derechohabencia y esto tuvo correspondencia al 1.21%, dado que hay pacientes que a su ingreso se evalúa como prioridad 1, y sus condiciones así lo requirieron pasaron a la UCI general un 9.27%, y en ocasiones dadas las necesidades se requirió de estabilización del paciente para lograrlo egresar a otra área del hospital, siendo así que por necesidades del servicio tuvieron que egresar de la unidad correspondiendo a un 2.82%

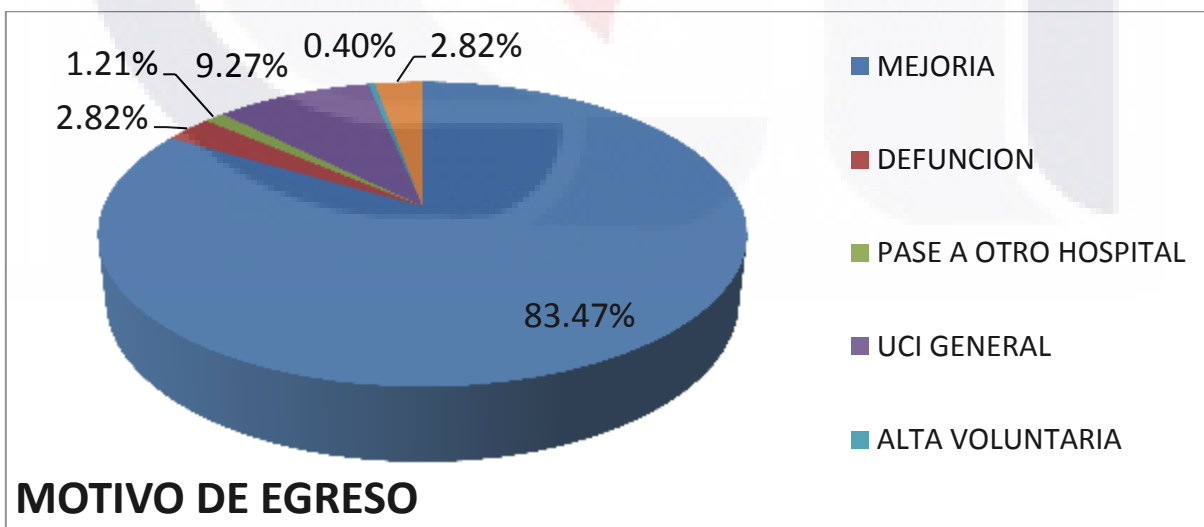


GRAFICO 7. PORCENTAJE DEL MOTIVO DEL EGRESO DE LOS PACIENTES DE LA TERAPIA INTERMEDIA

Haciendo el análisis, los pacientes que ingresan a la terapia intermedia, mayormente son de tipo administrativo, es decir, son aquellos pacientes que en su momento pertenecen al sector privado y son ingresados dados los criterios de su propio médico a la unidad.

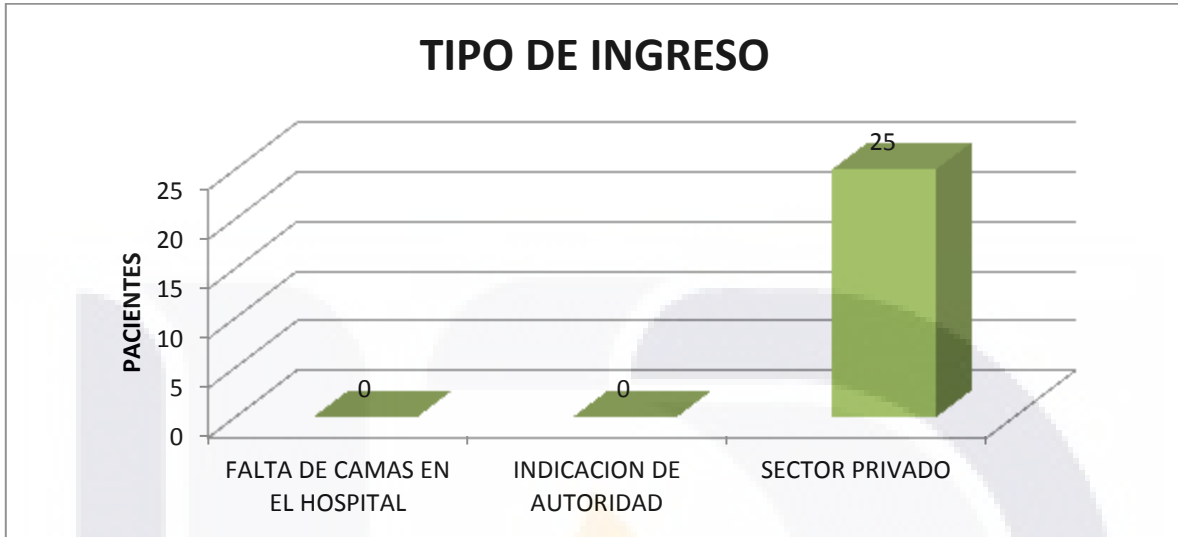


GRAFICO 8. PACIENTES CON INGRESOS ADMINISTRATIVOS A LA TERAPIA INTERMEDIA

Uno de los puntos finales a evaluar en los pacientes ingresados a la unidad es el tipo de patologías que se presentan para su ingreso.

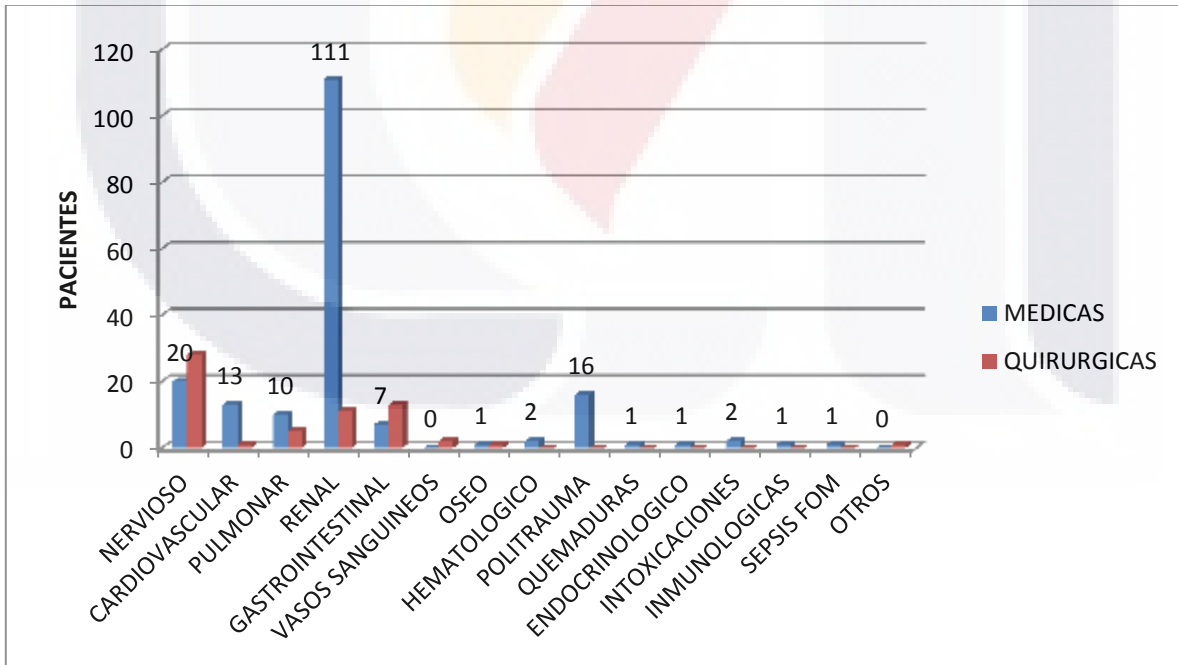


GRAFICO 9. CAUSAS MAS FRECUENTES DE INGRESO EN LA TERAPIA INTERMEDIA

Casi el 50% de los pacientes que ingresan a la terapia intermedia son por patología renal, seguidas por las patologías de sistema nervioso, gastrointestinal, pulmonar, politraumatismo y causas de origen cardiovascular como principales causas de atención en la unidad de cuidados intermedios.

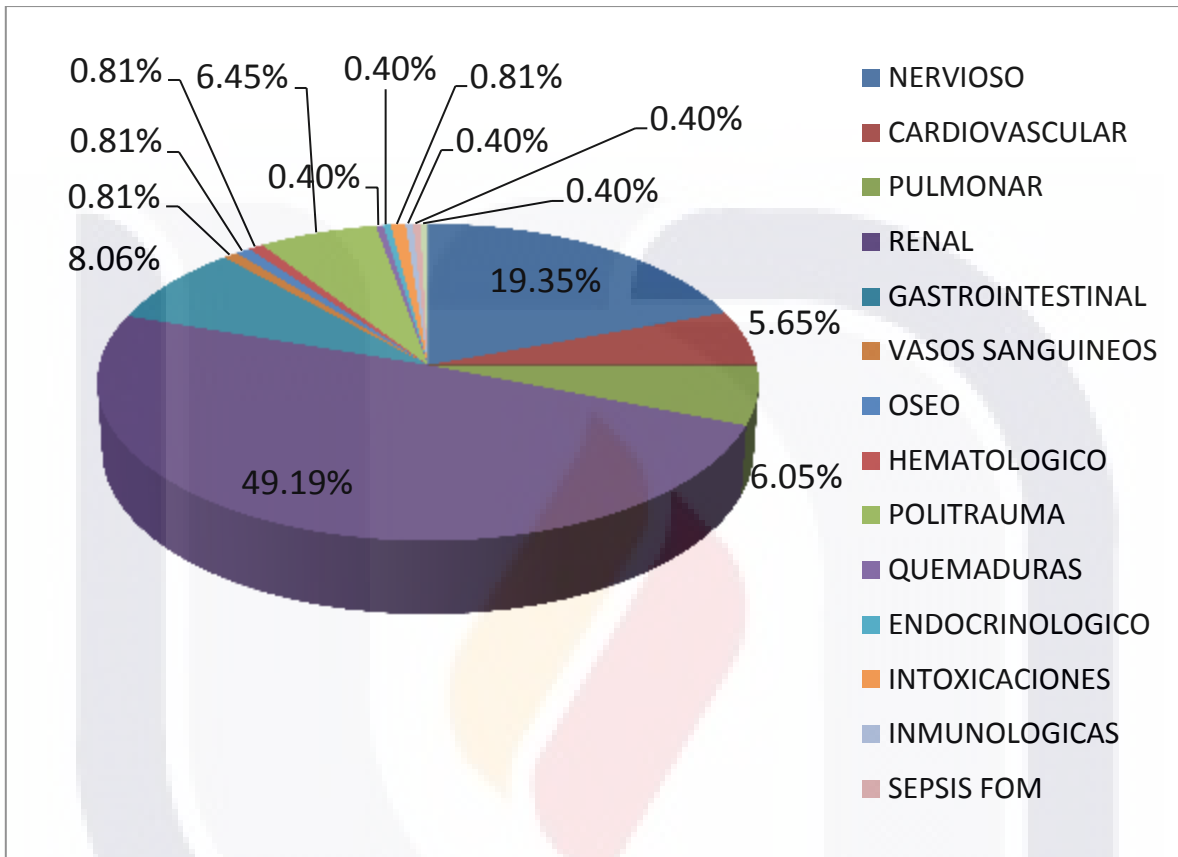


GRAFICO 10. CAUSAS MAS FRECUENTES DE INGRESO A LA TERAPIA INTERMEDIA

Es importante conocer las causas de mayor ingreso a la unidad de cuidados intermedios ya que de esto depende de los cuidados que requieran cada uno de los pacientes.

El otro punto importante es que no solo la terapia intermedia fue evaluada, sino la terapia general en este mismo periodo, en donde se observa un mayor número de ingresos, que en ocasiones por el exceso de demanda de los pacientes se requiere del apoyo de la terapia intermedia para el manejo del paciente en estado crítico

Se realiza también el análisis en la unidad de cuidados intensivos (Terapia General) de los pacientes que ingresan en el periodo marzo 2011-octubre 2012. Encontrando los siguientes resultados:

TERAPIA GENERAL

EDAD	2011-2012		FRECUENCIA		PROMEDIO		DESVIACIÓN ESTANDAR	
	F	M	F	M	F	M	(F-Fm)	(M-Mm)
< 15	0	1	0,000 0	0,004 5	0,0	15,0	0	23,9
16 A 20	11	39	0,083 3	0,176 5	198,0	702,0	221,1	815,1
21 A 30	27	41	0,204 5	0,185 5	688,5	1045,5	340,2	549,4
31 A 40	22	38	0,166 7	0,171 9	781,0	1349,0	57,2	129,2
41 A 50	22	31	0,166 7	0,140 3	1001,0	1410,5	162,8	204,6
51 A 60	21	25	0,159 1	0,113 1	1165,5	1387,5	365,4	415
61 A 70	16	27	0,121 2	0,122 2	1048,0	1768,5	438,4	718,2
71 A 80	11	13	0,083 3	0,058 8	830,5	981,5	411,4	475,8
> 81	2	6	0,015 2	0,027 1	162,0	486,0	85,8	252,6
TOTAL	132	221	1,000 0	1,000 0	5874,5	9145,5	2082,3	3583,8
PROMEDIO					44,5	41,4		
							15,90	16,29

TABLA 3. Distribución según edad y género en la Terapia General.

	Femenino	Masculino
Datos totales	132	221
Edad Promedio (años)	44.5	41.4
Desviación estándar (años)	15.90	16.29
Moda	21 a 30	21 a 30
Sesgo	Asimetría positiva	Asimetría positiva

TABLA 4 Resultados comparativos según género

Histograma de los pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos: el mayor número de ingreso en la unidad de cuidados intensivos, es en el género masculino en etapa productiva a entre los 21-30 años, seguidos por los 16 a 20 años y de los 31-40 años; se observa una distribución más uniforme en el sexo femenino siendo su mayor pico a los 21-30 años, y un numero similar de los 31-50 años.

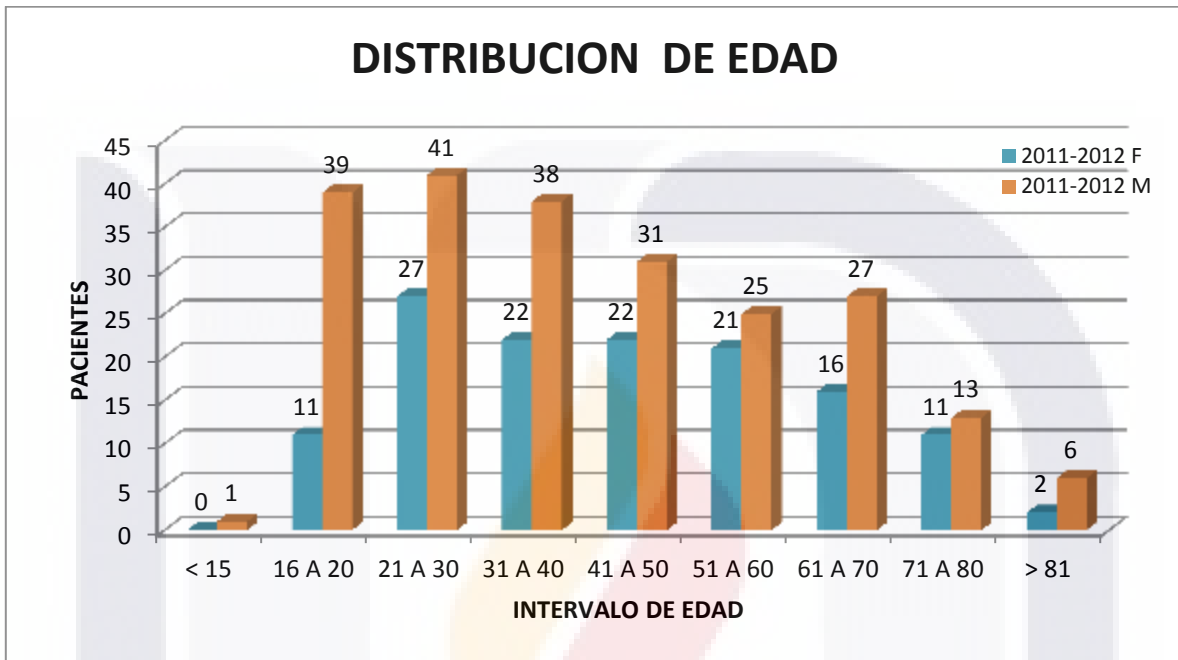


GRAFICO 11.DISTRIBUCION DE GENERO EN LA TERAPIA GENERAL

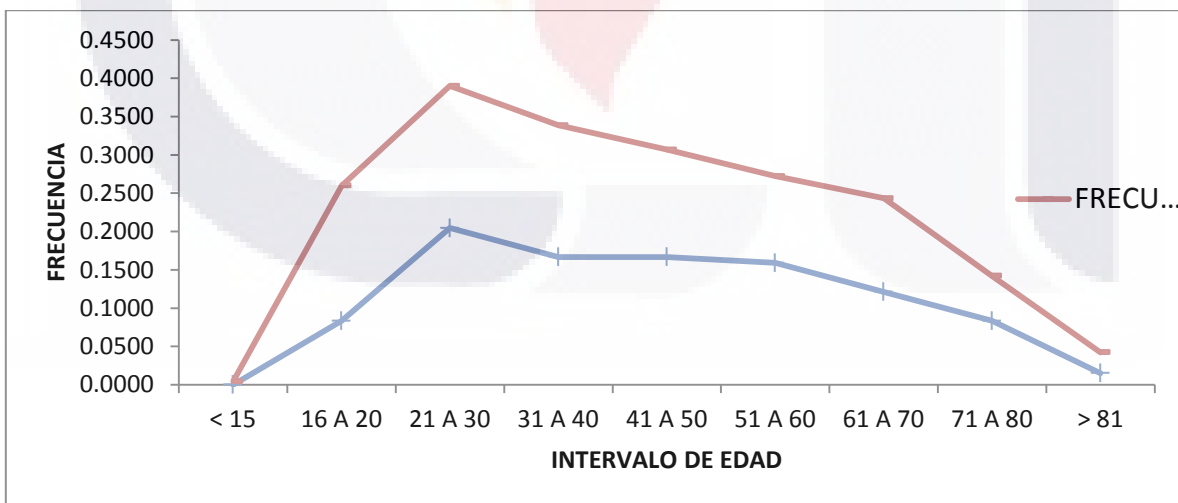


GRAFICO 12. CURVA DE FRECUENCIA DE LOS PACIENTES EN EL PERIODO DE ESTUDIO EN LA TERAPIA GENERAL EN EL HOSPITAL MIGUEL HIDALGO

Cuando se solicita el apoyo a la unidad de cuidados intensivos, al menos 237 pacientes son valorados, y 116 no son valorados y se les otorga el apoyo de la unidad.

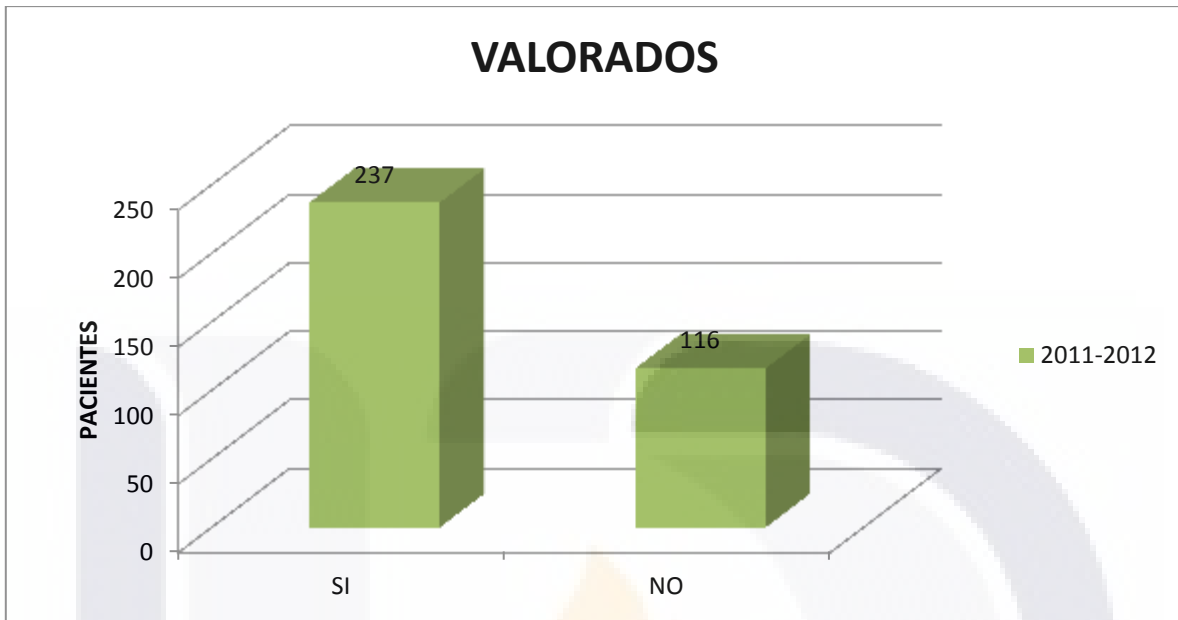


GRAFICO 13. PACIENTES VALORADOS PARA INGRESO A LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

De los pacientes que no fueron valorados, el motivo de su ingreso 32 pacientes fueron por parte del sector privado.

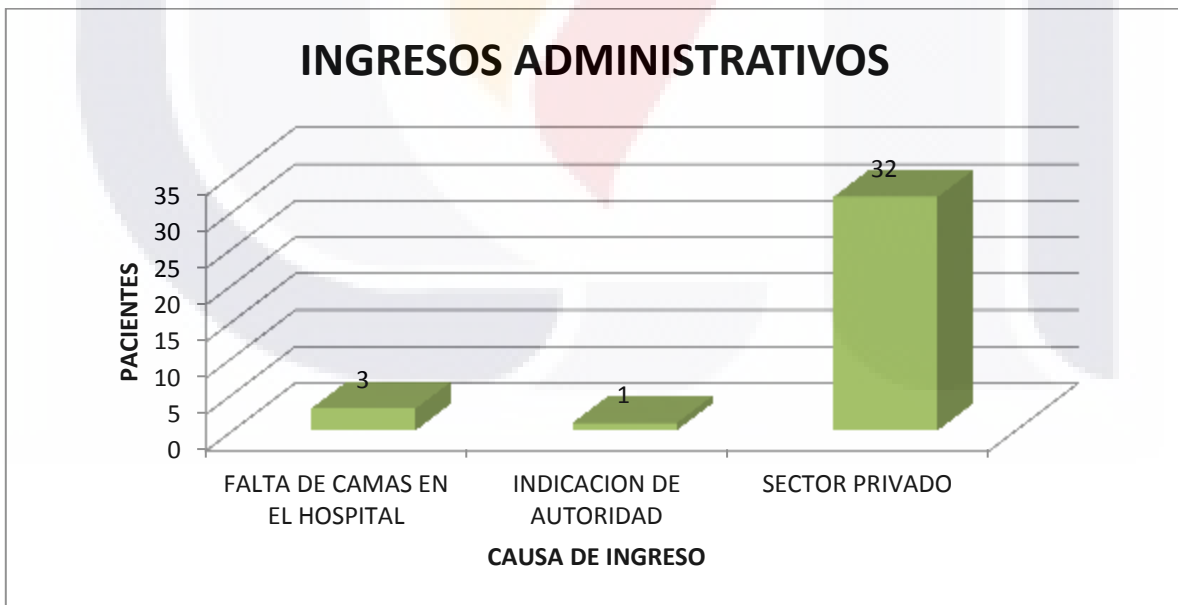


GRAFICO 14.INGRESOS ADMINISTRATIVOS A LA UCI

Dentro de los pacientes que fueron valorados, 223 pacientes fueron valorados por residentes, independientemente del año en el cual se encuentran cursando. Cabe señalar que esta situación desigual se ha dado por la valoración nocturna.

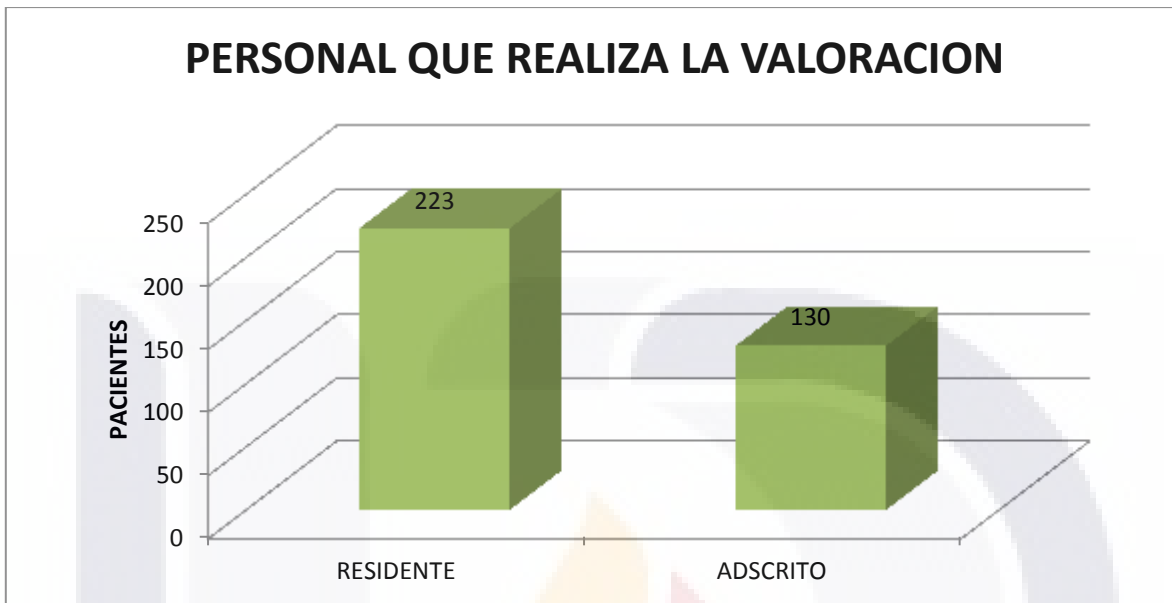


GRAFICO 15. VALORACION POR EL PERSONAL MEDICO EN LA UCI

A diferencia de la Terapia Intermedia, se incrementa el número de pacientes en prioridad 1 siendo un total de 267 pacientes, y para la prioridad 2 de 86 pacientes.

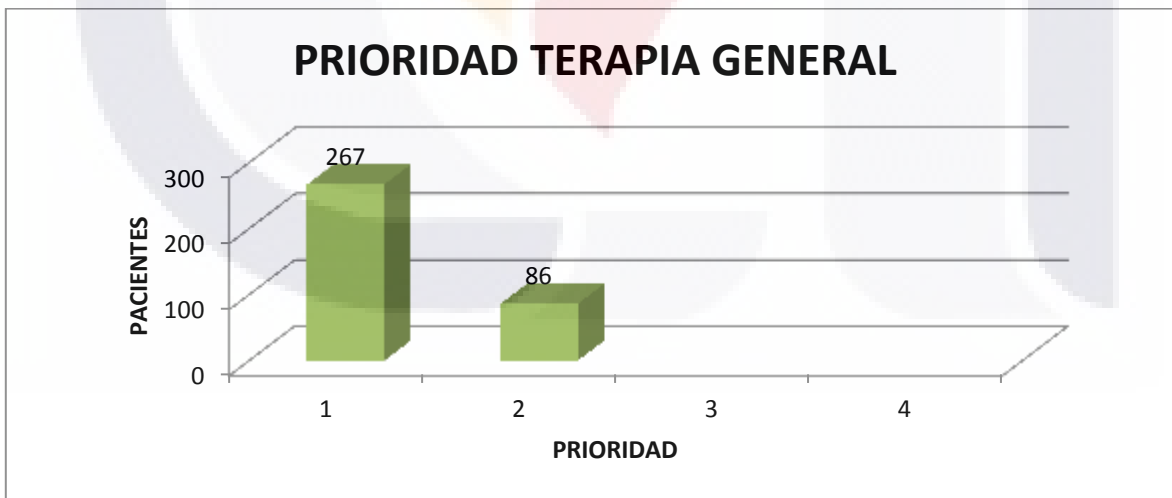


GRAFICO 16. PRIORIDADES DE LA UTI

Las causas más frecuentes de ingreso en la unidad de cuidados intensivos, son las de tipo neurologico, principalmente las de causa médica, seguidos de la causa pulmonar, y el paciente politrauma.

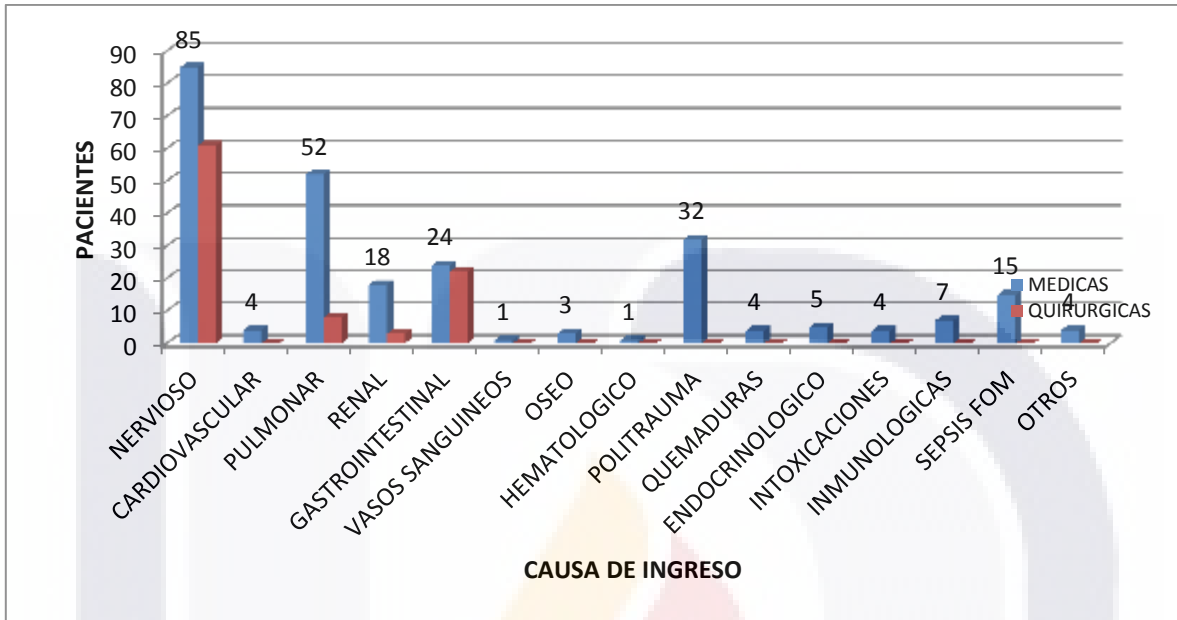


GRAFICO 17. CAUSAS DE INGRESO A LA TERAPIA GENERAL

También la moda de estancia en la unidad de cuidados intensivos independientemente del egreso del paciente es de 1 a 5 días.

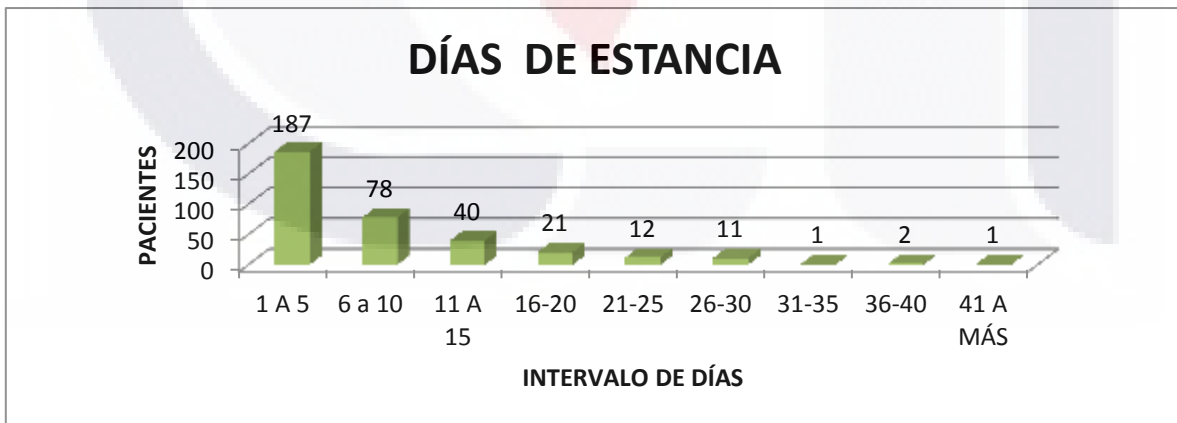


GRAFICO 18. DIAS DE ESTANCIA EN LA TERAPIA INTENSIVA

El motivo de egreso de los pacientes en la unidad de cuidados intensivos fue secundario a mejoría en 246 pacientes, correspondiente el 69.69%, 78 fallecieron corresponde a 22.1%, 29 pacientes por ser derechohabientes, pasan a otro hospital, lo que corresponde a 8.22%.

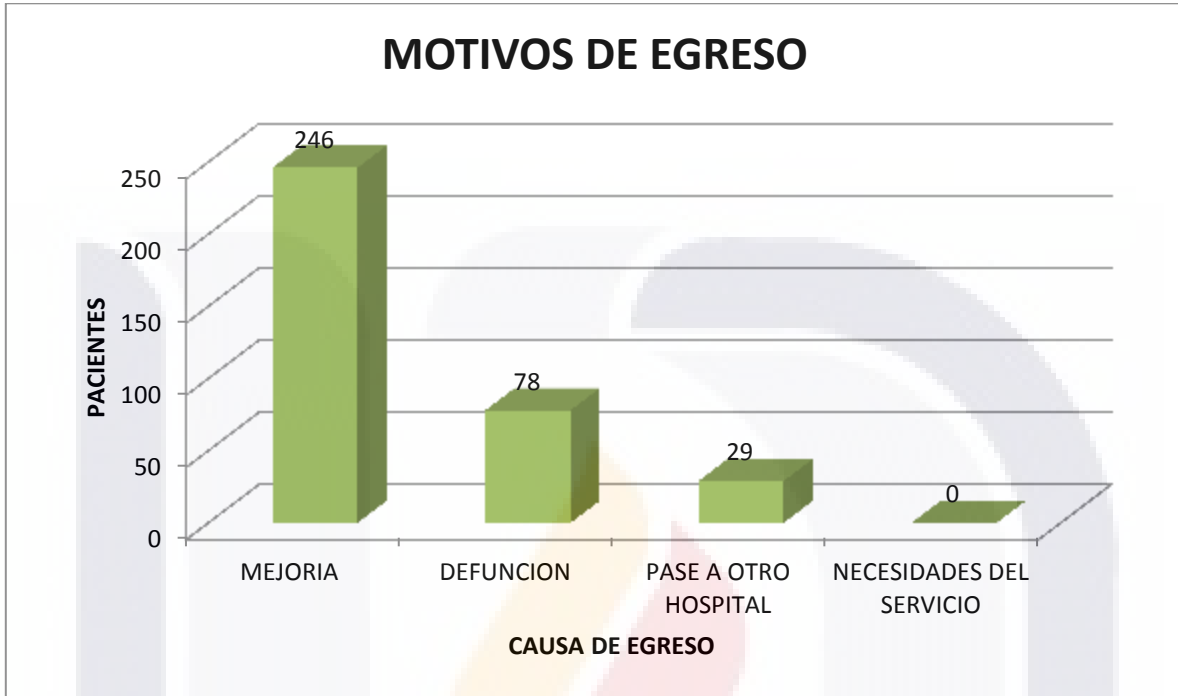


GRAFICO 19. MOTIVO DEL EGRESO DE LA TERAPIA GENERAL

10. DISCUSIÓN

Es sabido que el número de camas de cuidados intensivos está siempre por debajo de los requerimientos para un sector determinado de la población. Por otra parte, el costo de los cuidados críticos es cada vez más elevado, tanto en lo económico como en el stress que significa para el paciente y su familia.

El conocimiento de esta realidad ha llevado a buscar criterios comunes para admisión en unidad de paciente crítico, específicamente cuidados intensivos, de modo de distribuir en forma equitativa y eficiente los recursos disponibles, como se ha dicho, corrientemente escasos. Para desarrollar criterios de admisión a UCI, es necesario que exista un mecanismo confiable que sea capaz de distinguir aquellos pacientes que se beneficiarán de estas unidades de aquellos que no lo harán. Por lo tanto, siempre debemos preguntarnos qué tan diferentes pueden ser los resultados en pacientes de bajo riesgo dentro o fuera de la UCI, lo mismo que definir cuál grupo de pacientes tiene en realidad un 0% de posibilidades de sobrevivir.

También son importantes al momento de determinar la admisión de un caso la disponibilidad de camas, recursos humanos y técnicos, y, cada vez más, consideraciones éticas, que deben ser compartidas con la familia y el paciente en cada caso particular al momento de tomar decisiones.

Así, existen instrumentos para evaluar la severidad y pronóstico de los pacientes críticos, los que, sumados al juicio clínico, son la mejor manera disponible a la fecha para determinar dichos parámetros. Sin embargo, su utilidad sigue siendo discutible al momento de decidir frente al caso individual.

Probablemente lo que no se discute a la fecha es que debe ser ingresado el paciente inestable o gravemente enfermo potencialmente recuperable, lo que deja fuera a los pacientes terminales, cuya admisión debería ser más bien en unidades de cuidados paliativos. Lo que es más difícil definir es, en algunos casos, cuáles son pacientes realmente terminales. Toda unidad de cuidados intensivos debe incluir políticas de ingreso, egreso y triage. Estas deberían por lo menos anualmente ser revisadas por un grupo multidisciplinario. Además, debe existir una adecuada revisión de los resultados

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

obtenidos, respaldados por una base de datos, para así conocer las características de las admisiones, la toma de decisiones y la mortalidad ajustada para cada unidad. La incidencia de pacientes de bajo riesgo que ingresan sólo para monitoreo pueden ser usados para calibrar la eficiencia del proceso de admisión. Por otra parte, se deberían tener los cuidados necesarios para seguir la pista de los pacientes que fueron rechazados y así conocer, si a éstos en otras áreas, se les aseguró un resultado y una estadía hospitalaria equivalente. Las solicitudes denegadas o los traslados precoces que crearon conflictos como posponer el ingreso de dichos pacientes o crearon reingresos post-traslado, deberían dar lugar a una reevaluación permanentemente del proceso de toma de decisiones.

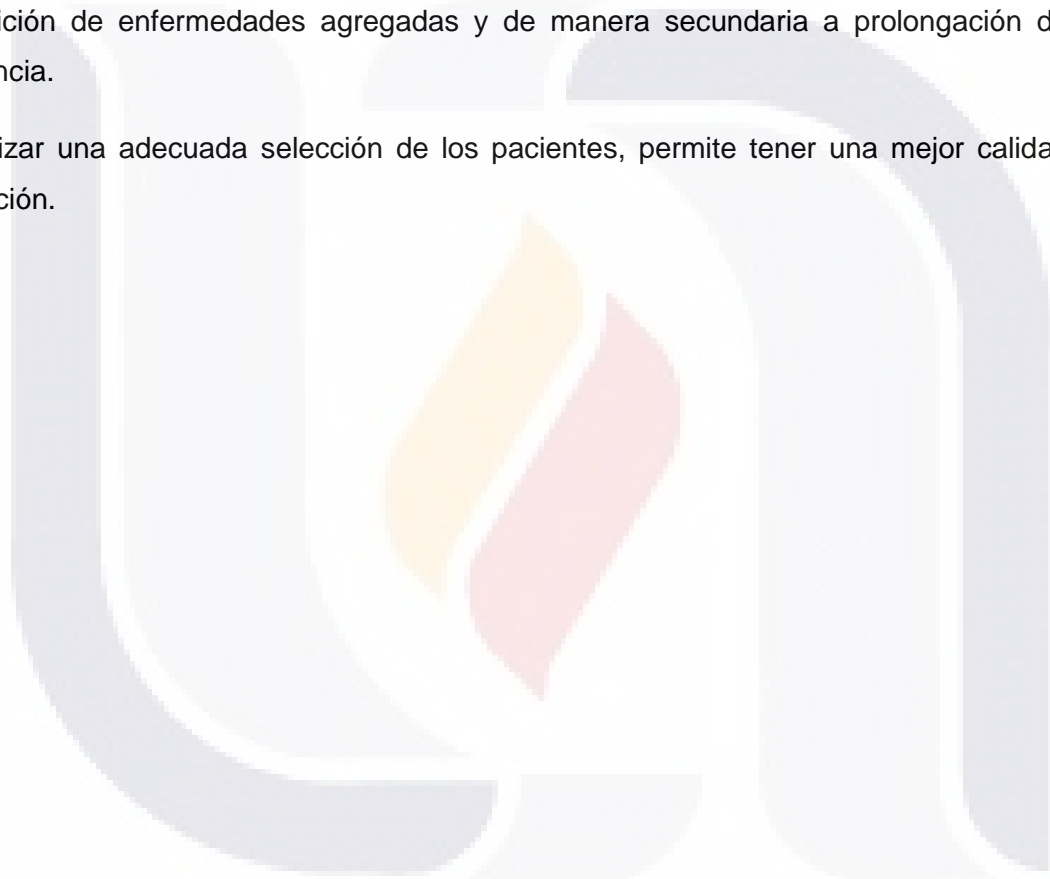
La calidad y eficiencia de una unidad de cuidados intensivos por la complejidad y el significado que reviste, debería ser continuamente reevaluada. Por lo tanto, examinar la objetividad de los criterios de admisión y descarga, a través de la mortalidad ajustada por gravedad y el número de readmisiones, constituyen una herramienta valiosa para readecuar y definir apropiadamente la utilización de esta importante y costosa unidad de atención

11. CONCLUSIÓN

Una adecuada selección de los pacientes que ingresan a la unidad de cuidados intensivos, permiten disminuir el tiempo de estancia así como los costos para el hospital.

Aquellos pacientes que ingresan por alguna causa administrativa, tienen mayor probabilidad de mantenerse en una unidad de cuidados intensivos de manera prolongada, ya que su limitación inicial en el diagnóstico, entorpece de manera práctica la aplicación de tratamiento y por lo tanto se ve reflejado de manera mediata a sus evolución con la aparición de enfermedades agregadas y de manera secundaria a prolongación de su estancia.

Realizar una adecuada selección de los pacientes, permite tener una mejor calidad de atención.



12. BIBLIOGRAFÍA

1. Protocolo de ingreso a la unidad de cuidados intensivos, Dra Rosibel Juarez Ponce Managua Nicaragua 2007. pp. 1-11
2. Society of Critical Care Medicine Ethics Committee: Consensus statements on the triage of Critical Ill patients. JAMA 1994;271: 1200-1203.
3. Kollef MH, Shuster DP : Predicting ICU outcomes with scoring systems: Underlying concepts and principles. Critical Care Clinics 1994; 10:1-18.
4. Bone RC, McElwee NE, Eubanks DH: Analysis of indications for intensive care unit admission - Clinical Efficacy Projects- American college of Chest Physicians. Chest 1993;104: 1806-1811.
5. Society of Critical Care Medicine Task Force on Guidelines: Recommendations for intensive care unit admission and discharge criteria. Crit Care Med 1988; 16: 807-808.
6. Zimmerman JE, Wagner DP, Knaus WA: The use of risk predictions to identify candidates for intermediate care units - Implications for intensive care utilization and cost. Chest 1995; 108: 490-499.
7. Kollef MH, Canfield DA, Zuckerman GR: Triage considerations for patients with acute gastrointestinal hemorrhage admitted to a medical intensive care unit. Crit Care Med 1995; 23: 1048-1054.
8. Brett AS, Rothschild N, Gray-Rerry M: Predicting the clinical course in intentional drug overdose: Implications for the use of the intensive care units. Arch Intern Med 1987; 147: 133-137.
9. Paz HL, Crilley PC, Weiner M: Outcome of patients requiring medical ICU admission following bone marrow transplantation. Chest 1993;104: 527-531.
10. Denardo SJ, Oye RK, Bellamy PE: Efficacy of intensive care for bone marrow transplant patients with respiratory failure. Crit Care Med 1989;17: 4-6.
11. Bone RC: Consensus statement on the triage of critically ill patients. JAMA 1994; 271: 1200-1203.
12. Task Force of the American College of Critical Care Medicine, Society of Critical Care Medicine. "Guidelines for intensive care unit admission, discharge and triage. Crit Care Med 1999;27: 633-638.

13. Accreditation Manual for Hospitals. Department of Publications JCAHO, Oakbrook Terrace, IL. Continuum of Care 1996;155-160.
14. Vega Stteb J. Medical Intensive Care Unit: admission and mortality. Rev Med Chile 1988;116(10):1034-40.
15. Hernández Rodríguez HP. Criterios de ingreso en cuidados intensivos. Rev Cubana Med 1984;23(2):183-90.



13. ANEXOS

Anexo . Hoja de Recolección de datos

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

EDAD_____	GENERO_____		
HUBO VALORACION	SI	NO	
VALORACION REALIZADA POR	ADSCRITO	RESIDENTE	
INGRESO ADMINISTRATIVO	SI	NO	
<ul style="list-style-type: none"> • FALTA DE CAMAS EN OTRA AREA DE HOSPITAL • INDICACION DE AUTORIDADES • PACIENTES PRIVADOS 			
TIPO DE PRIORIDAD*			
<ul style="list-style-type: none"> • PRIORIDAD 1 • PRIORIDAD 2 • PRIORIDAD 3 • PRIORIDAD 4 			
PATOLOGIA DE INGRESO			
MOTIVO DEL EGRESO	MEJORIA	DEFUNCION	MAXIMO BENEFICIO
DIAS DE ESTANCIA			