

CARACTERIZACIÓN DE LOS PACIENTES DE UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS

Pérez Hernández Kenia Berenice (1), Pratz Andrade Ma. Teresa (2)

1 [Licenciatura en Enfermería y Obstetricia, Departamento de Enfermería y Obstetricia sede Guanajuato, División de Ciencias de la Salud, Campus León, Universidad de Guanajuato] | Dirección de correo electrónico: [keny_bere_nice@hotmail.com]

2 [Departamento de Enfermería y Obstetricia sede Guanajuato, División de Ciencias de la Salud, Campus León, Universidad de Guanajuato] | Dirección de correo electrónico: [mpratz@ugto.mx]

Resumen

Introducción. El perfil epidemiológico se utiliza generalmente para orientar los planes de salud pública, identifica la morbilidad y mortalidad en grupos específicos, y describe a la población en general frente a la salud, con el fin de dictaminar políticas en este aspecto. Las unidades de cuidados intensivos pediátricos cuentan con importantes avances tecnológicos, lo que hace favorable la evolución y pronóstico de niños gravemente enfermos en todo el mundo. **Metodología.** Estudio descriptivo retrospectivo, en el cual a través de las bitácoras de registros de ingresos y egresos de una unidad de cuidados intensivos pediátricos de un hospital de tercer nivel de atención se analizaron variables sociodemográficas y clínicas de 349 pacientes del 2015 al 2016. **Resultados.** De los pacientes ingresados en la unidad, el 49% fue a causa de problemas cardiovasculares, específicamente de patología congénita. El servicio que frecuentemente deriva pacientes a la unidad es el quirófano (73.4%). La mortalidad es de 8.6%. En relación a la presencia de UPP al ingreso se encontraron 4.6% casos y al egreso 6%. **Conclusión.** Con la investigación realizada se logró la identificación de resultados favorables que muestran el buen manejo de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos.

Abstract

Introduction. The epidemiological profile is generally used to guide public health plans, identifies morbidity and mortality in specific groups, and describes the general population in relation to health, in order to dictate policies regarding this. Pediatric intensive care units have important technological breakthroughs, making the evolution and prognosis of severely ill children around the world favorable. **Methodology.** Retrospective descriptive study in which, through the registers of admissions and exits of a unit of pediatric intensive care of a hospital of care of third level, variables sociodemographic and clinics were analyzed of 349 patients of 2015 to 2016. **Results.** Of the patients admitted to the unit, 49% was due to cardiovascular problems, specifically congenital pathology. The service that frequently derives patients to the unit is the operating room (73.4%). Mortality is 8.6%. In relation to the presence of UPP to the income, 4.6% cases were found and at the exit 6%. **Conclusion.** With the research carried out, the identification of favorable results showing the good management of the pediatric intensive care unit was achieved.

Palabras Clave

Caracterización; Unidad de Cuidados Intensivos; Pediátricos.

INTRODUCCIÓN

Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos

La unidad de cuidados intensivos es un servicio de salud especializado en instituciones de tercer nivel de complejidad, y tiene unos estándares para prestación de servicios a la comunidad, con requisitos en recurso humano, físico y tecnológico, descritas en la Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA3-2013 para la organización y funcionamiento de las unidades de cuidados intensivos. [1]

El niño gravemente enfermo enfrenta una situación clínica de disfunción severa de uno o más sistemas orgánicos, que, si no se trata de forma efectiva y precoz, aumenta significativamente el riesgo de secuelas y de muerte. Por ello, las unidades de cuidados intensivos pediátricos (UCIP) asisten a pacientes en el grupo de edad de 29 días a 18 años incompletos, siendo que en algunos hospitales se opta por la franja etaria máxima de atención de 14 años de edad.

La atención especializada al niño en estado grave comenzó a partir de 1980 con el crecimiento del número de esas unidades en todo el mundo. Este hecho contribuyó a aumentar las inversiones en tecnología y en investigaciones, resultando en la producción de nuevos equipos y de drogas utilizadas para el soporte de vida, aumentando la exigencia de la producción e implantación de protocolos clínicos, que, sin duda, contribuyeron a la reducción de la mortalidad infantil del 15% al 20% al 3% en las UCIP's; entre las décadas de 1980 y 1990. [2]

La evolución y el pronóstico de un niño en estado crítico en la UCIP son influenciadas por algunos factores intrínsecos al paciente como la preexistencia de comorbilidades, la gravedad clínica en la admisión y la edad del paciente. Además, existe la influencia de los factores relacionados a la asistencia a la salud como la experiencia del equipo asistente, la disponibilidad de recursos materiales, el empleo de protocolos clínicos asistenciales, entre otros. Adicionalmente, el conocimiento del perfil clínico y epidemiológico del niño críticamente enfermo es de fundamental importancia para la planificación de acciones de salud capaces de atenuar los diversos factores involucrados en la evolución final del niño grave atendido en esos sectores.

Los servicios de salud de alta calidad son guiados por indicadores de morbilidad y mortalidad, y su asociación directa con grupos de edad asistidas. Los estudios de caracterización de la población asistida a nivel terciario pueden ser capaces de inducir mejoras en la calidad de la atención a la salud del niño, incluido el nivel primario, en el que las medidas de prevención y tratamiento siguen siendo ineficaces.

Las inadecuaciones de los servicios de salud pública en el país, sobre todo en la atención primaria, contribuyen a la sobrecarga del sector terciario de la salud, incluyendo los cuidados intensivos pediátricos. Esto se debe al bajo financiamiento en el sector, a la alteración del perfil epidemiológico de las causas de muerte en la infancia y al descrédito de la población en los programas de prevención y promoción de la salud. [3]

Es por todo lo anterior, que el objetivo del estudio fue describir las características clínicas de los pacientes que ingresaron a la UCIP de un hospital de tercer nivel de atención, durante el año 2015 al 2016.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo, obteniendo la información a través de las bitácoras de registros de ingresos y egresos de los pacientes atendidos en una UCIP de un hospital de tercer nivel de atención en el estado de Guanajuato del 2015 al 2016.

Se obtuvo información sobre datos clínicos de los pacientes registrados, como fecha de ingreso y egreso, diagnóstico, sistema alterado por la patología, servicio de procedencia, UPP al ingreso y egreso, tiempo de estancia, destino de egreso y morbilidad.

Los datos fueron analizados en el paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 19, obteniéndose estadística descriptiva.

El estudio se apegó a lo estipulado en el reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud, de acuerdo al Artículo 16 del Capítulo I, se protegió la privacidad de los pacientes, y no será proporcionada a personas ajenas al estudio, firmando una carta de confidencialidad por parte de las investigadoras.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Los datos fueron obtenidos de las bitácoras de registros de ingresos y egresos de la unidad, en las cuales no se tienen registros de edad y sexo de los pacientes, no obstante, en la UCIP se ingresan pacientes que van desde los 30 días de nacido hasta los 16 años. Durante los años 2015 y 2016 fueron admitidos en la UCIP 349 pacientes. En la distribución de admisión anual correspondiente a esta población, no se observa mayor diferencia entre el año 2015 y 2016, siendo para el primer año 51% y 49% para el segundo. El tiempo de estancia hospitalaria fue desde 0 hasta 42 días, con una media de 5.35 días.

En los ingresos por cada mes, en octubre del año 2015 se obtuvo el mayor porcentaje de ingresos (11.1%) y el menor ingreso fue en el mes de Diciembre. Para el año 2016, el mes en que se obtuvo mayor ingreso fue Abril (11.2%) y Agosto fue el mes con menor ingresos a la UCIP (6.2%). Por lo que no se encuentra alguna relación con los períodos vacacionales, es decir, que el movimiento de los pacientes en la unidad es indistinta a los períodos de descanso de la población general.

Tabla 1. Ingresos a la UCIP por año

Años Meses	2015		2016	
	f	%	f	%
Enero	13	7.6	13	7.3
Febrero	17	9.9	17	9.6
Marzo	14	8.2	12	6.7
Abril	15	8.8	20	11.2
Mayo	12	7.0	15	8.4
Junio	12	7.0	14	7.9

Julio	12	7.0	15	8.4
Agosto	18	10.5	11	6.2
Septiembre	14	8.2	13	7.3
Octubre	19	11.1	17	9.6
Noviembre	15	8.8	14	7.9
Diciembre	10	5.9	17	9.6
Total	171	100	178	100

Fuente: Directa

n = 349

El servicio que mayormente deriva pacientes a la UCIP es quirófano (73.4%), seguido de hospitalización (13.5%), admisión hospitalaria (6.3%), otro hospital (3.4%) y hemodinamia (1.4%). (Tabla 2)

Tabla 2. Servicio que deriva al paciente en la UCIP

Servicios	f	%
Quirófano	256	73.4
Admisión continúa	22	6.3
Hospitalización	47	13.5
Otro hospital	12	3.4
Hemodinámia	5	1.4
Datos perdidos	7	2

Fuente: Directa

n = 349

El diagnóstico de ingreso de los pacientes son diversos, por tal razón, se clasificaron por sistemas, donde el sistema cardiovascular tiene mayor prevalencia (49%), específicamente de patología congénita, seguida del sistema neurológico (16.9%), y alteraciones onco-hematológicas (12.3%). (Tabla 3)

Tabla 3. Sistema alterado por la patología

Sistema	f	%
---------	---	---

Neurológico	59	16.9
Cardiovascular	171	49
Respiratorio	26	7.4
Gastrointestinal	14	4
Renal y urinario	8	2.3
Onco-hemato	43	12.3
Datos perdidos	28	8

Fuente: Directa

n = 349

El 84.5% de los pacientes que egresaron de la unidad fueron enviados a hospitalización para continuar con su recuperación, el 3.2% se enviaron a su hospital de referencia y la mortalidad fue del 8.6%. (Tabla 4)

Tabla 4. Servicio al que egresa el paciente

Servicio	f	%
Hospitalización	295	84.5
Hospital de referencia	11	3.2
Defunción	30	8.6
Datos perdidos	13	3.7

Fuente: Directa

n = 349

Al ingreso de los pacientes en la unidad se encontró que el 4.6% presentaban una úlcera de presión (UPP) y al egreso de la anterior se encontraron en el 6% de los pacientes con estas lesiones. El incremento de las lesiones fue del 1.4%, cifra pequeña en comparación con los tiempos de estancia hospitalaria y la complejidad de los pacientes que limitan su movilidad.

CONCLUSIONES

Con la investigación realizada se logró la identificación de los sistemas afectados por la patología que incidían en la UCIP, la aparición de UPP, la tasa de mortalidad, entre las demás variables, mostrando resultados favorables, es decir, muestran que el manejo en la unidad ha favorecido la sobrevida de los pacientes, en donde el recuso humano, físico y tecnológico, confluyen para el mejoramiento del paciente pediátrico crítico.

AGRADECIMIENTOS

A la Dirección de Apoyo a la Investigación y al Posgrado de la Universidad de Guanajuato por la oportunidad de participar en el Verano de Investigación Científica UG, 2018.

REFERENCIAS

[1]. 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. Investigaciones Andina [en línea] 2005, 7 [Fecha de consulta: 13 de julio de 2018] Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/2390/239017502002.pdf>.

[2]. Lago, Patrícia Miranda, Garros, Daniel, & Piva, Jefferson P. (2007). Terminalidade e conductas de final de vida en unidades de terapia intensiva pediátrica. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 19(3), 359-363. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-507X2007000300017>

[3]. Batista, Naycka Onofre Witt, Coelho, Maria Carlota de Rezende, Trugilho, Silvia Moreira, Pinasco, Gustavo Carreiro, Santos, Edige Felipe de Sousa, & Ramos-Silva, Valmin. (2015). Perfil clínico-epidemiológico de pacientes internados en unidad de cuidados intensivos pediátricos. *Journal of Human Growth and Development*, 25(2), 187-193. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.7322/JHGD.103014>