

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
UNAN MANAGUA
RECINTO UNIVERSITARIO “RUBÉN DARÍO”
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**



**TESIS MONOGRAFICA PARA OPTAR AL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD Y
EPIDEMIOLOGÍA**

“Auditoría del expediente clínico en la unidad de Cuidados Intensivos de Adulto (UCIA) del Hospital Escuela Regional “Asunción”, Juigalpa – Chontales, Noviembre 2017”.

Autor:

Lic. Luis Margarito Jiménez Díaz
Residente III año

Tutor Científico:

Tutor Metodológico:

Dr. José Ochoa Brizuela
Médico y Cirujano
Msc. Salud Pública

Managua, Febrero 2018

INDICE

Dedicatoria	
Agradecimiento	
Carta de Aprobación	
Resumen	
I.- Introducción	01
II.- Planteamiento del problema.....	03
III.- Antecedentes	04
IV.- Justificación	06
V.- Objetivos	08
VI.- Marco Teórico	09
VII.- Diseño Metodológico	16
VIII.- Resultados	23
IX.- Discusión	26
X.- Conclusiones	28
XI.- Recomendaciones	29
XII.- Bibliografía	30
XIII.- Anexos	31
Ficha de recolección de información	
Cuadros	
Gráficos	

DEDICATORIA

Con todo mi amor y cariño a mi amada esposa Lesly Morales por su sacrificio y esfuerzo, por creer en mi capacidad, aunque hemos pasado momentos difíciles siempre ha estado brindándome su comprensión, cariño y amor, porque en todo momento fue un apoyo incondicional en mi vida, fue la felicidad encajada en una sola persona, fue mi todo reflejado en otra persona, a la cual yo amo demasiado, y por la cual estoy dispuesto a enfrentar todo y en todo momento.

Este mismo furor y pasión con la que describo el perfecto e incondicional apoyo de mi esposa, fue el mismo con el que desarrollé cada parte y punto de esta tesis, y por esto mismo puedo afirmar y pronosticar su éxito y agrado para cada uno de sus lectores.

A mis amados hijos Luisito y Ashly Jiménez por ser mi fuente de motivación e inspiración para poder superarme cada día y así poder luchar para que la vida nos depare un futuro mejor.

AGRADECIMIENTOS

Primeramente, a Dios por darme el don de la perseverancia para alcanzar la meta deseada.

A mi hermanita Bárbara quien con sus palabras de aliento no me dejaban decaer para que siguiera adelante y cumpla con mis ideales.

A mi tutor Doctor José Francisco Ochoa Brizuela gracias por su paciencia, dedicación, motivación y aliento, ha hecho fácil lo difícil, ha sido un privilegio poder contar con su guía y ayuda.

A mis compañeros quienes compartieron sus conocimientos, alegrías y tristezas y a todas aquellas personas que durante estos tres años estuvieron a mi lado apoyándome y lograron que este sueño se hiciera realidad.

Gracias a todos.

CARTA DE APROBACION

Considerando la importancia que representa la atención urgente para tratar un estado de salud complicado en las salas de atención a pacientes en estado crítico, y que es necesario contar con los recursos completos e ideales para garantizar el funcionamiento adecuado de la unidad de cuidados intensivos, hemos considerado de suma importancia realizar una evaluación de la efectividad de la sala de UCIA, ya que garantizando su funcionamiento estaremos contribuyendo a la disminución de la mortalidad, estancias prolongadas, costos de hospitalización, menos complicaciones y menos traumas psicológicos al paciente y a la familia.

Considero que este estudio permite identificar y analizar a profundidad las brechas que limita una adecuada atención médica de urgencia a los pacientes en estado de gravedad, los resultados obtenidos de este estudio ayudarán al fortalecimiento de la gestión e intervención del funcionamiento de la sala de UCIA, y de esta manera poder contribuir a la disminución de las complicaciones y la tasa de mortalidad

Dr. José Francisco Ochoa
Médico Salubrista

RESUMEN

La presente tesis se basó en un estudio descriptivo de corte transversal sobre la eficiencia en el manejo de la unidad de cuidados intensivos del adulto (UCIA) del Hospital Escuela Regional "Asunción", Juigalpa – Chontales, tomando como universo y muestra los pacientes ingresadas en la UCIA en el período de estudio y de los recursos humanos que laboran en la unidad, la información se obtuvo de 2 fuentes primarias con el personal de salud y secundaria con los expedientes clínicos, obteniendo los siguientes resultados:

Permanencia de 1 médico especialista y del personal de enfermería debidamente experta en la atención de pacientes críticos, Irregularidad en la integralidad de los pases de visitas, la calidad de las notas de recibo y las notas de evolución fueron adecuadas, así como el registro de los signos vitales, parámetros hemodinámicos y la administración.

La información del estado de salud de los pacientes y de los procedimientos a realizar fue satisfactoria, a mayoría de los pacientes ingresados fueron mujeres y mayores de 50 años.

Las patologías que predominaron fueron enfermedades crónicas y las complicaciones del embarazo. La mayoría de los ingresos fueron desde la emergencia y de sala de operaciones.

El pronóstico de sobrevida fue en su mayoría bueno, el soporte ventilatorio y de aminas vaso activas fue utilizado en menos del 20%.

El 81% de los pacientes fueron egresados de manera satisfactorio, el porcentaje de fallecidos fue del 13%.

Dentro de las recomendaciones tenemos: Completamiento de la plantilla mínima de médicos internistas, completamiento de las notas médicas de ingreso, recibo y evolución.

Garantizar los pases de visitas conjunta de manera integral, continuar con el llenado adecuado de las notas de enfermería y registro de signos vitales y su interpretación en las notas de evolución

Mejorar la coordinación con los ESAFC para mejorar el seguimiento de los pacientes en APS y disminuir la descompensación de los pacientes crónicos

I.- INTRODUCCION

La Unidad de Cuidados Intensivos Adultos, atiende los pacientes más críticos de un hospital, bien sea por su enfermedad o por una situación que requiera un monitoreo especial. En esta unidad de cuidados intensivos, hay médicos y personal de enfermería las 24 horas del día altamente capacitado y entrenado para el manejo de pacientes críticos, además del manejo de insumos, equipamiento necesario y máquinas de soporte vital para la atención.

¿El ingreso a la UCI estaría limitado a pacientes críticamente enfermos con pocas expectativas de recuperación? Evidentemente que no. Reduciendo las admisiones inapropiadas a la UCI, puede mejorar la relación costo-efectividad, ya sea por reducción de la utilización total o por un mayor acceso para pacientes que sí pueden beneficiarse de la utilización de sus recursos. (F.L, 2001)

La Medicina Intensiva como la comprendemos ahora, tiene sus orígenes en la década de los años cincuenta. Sus progresos han sido constantes, dependiendo principalmente del desarrollo de innovaciones terapéuticas y tecnológicas. No cabe duda que los cuidados intensivos se impusieron, debido a la imperiosa necesidad que tenían los pacientes críticos, de ser asistidos permanentemente. (Cruz, 2005)

El objetivo principal del equipo de salud en la unidad de cuidados intensivos (UCI) es restaurar la salud (salvar la vida) de los pacientes en estado crítico, con padecimientos que tienen posibilidad de recuperación y requiriendo de medidas especializadas de soporte multiorgánico administradas por profesionistas especializados. A pesar de las medidas implementadas es esperable que del 5 al 40% de los pacientes en la UCI no sobrevivan. (TA, 2010)

Los pacientes que ingresan a cuidados intensivos son aquellos que tienen alguna condición grave de salud que pone en riesgo su vida y que por tal requieren de un

monitoreo constante de sus parámetros hemodinámicos, valoraciones frecuentes para la toma de decisión. (Takrouiri, 2015)

Un abordaje integral, oportuno y completo de los pacientes que ingresan a la UCI y el monitoreo adecuado del estado de salud, conllevará a disminuir complicaciones mayores y aumento de la mortalidad.

Un factor a considerarse es la ubicación de la estación de enfermería y la vigilancia de los médicos, sumado a la restricción de ingreso de la familia, el ruido constante de los equipos, el frío ocasionado por el aire acondicionado y la iluminación, hacen de la permanencia en la UCI una experiencia poco placentera además que está cargada de incertidumbre afectando la condición del paciente.

La supervivencia del paciente no sólo depende de la calidad de la atención médica o la respuesta del paciente a los procedimientos y medicamentos, sino también de la gravedad de la enfermedad o lesión y las condiciones previas del paciente. Cuando la posibilidad de sobrevivir es nula, surge otro objetivo importante de la UCI que es aliviar el sufrimiento.

II.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

El manejo de un paciente en la unidad de cuidados intensivos, merece un abordaje integral y dinámico, que incluye a todo los recursos disponible en la unidad y en algunos casos con personal externo, posterior a la atención del paciente pasamos a la parte de escritura donde quedan registrados todas las acciones que realizamos con los pacientes, por qué indicamos un medicamento o porque lo modificamos u omitimos, pero en este momento es donde hemos encontrado limitantes, ya que lo que escribimos lo hacemos de forma mecánica obviando aspectos importantes que justifican nuestro manejo, por lo que este estudio tiene como interrogante la siguiente;

¿Es adecuado el manejo del expediente clínico en la unidad de cuidados intensivos del adulto (UCIA) del Hospital Escuela Regional “Asunción”, Juigalpa – Chontales?

III.- Antecedentes:

El Ministerio de Salud, como parte del mandato del Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional para mejorar la calidad de atención a la población, disminuyendo las complicaciones y la muerte en pacientes que ingresan al hospital en estado crítico, para lograrlo nuestro gobierno a través del ministerio de salud implementa acciones efectivas para aumentar la sobrevivencia de los pacientes ingresados en la UCI, que van desde la capacitación constante a los recursos humanos, equipamiento con tecnología de punta, interconsulta con puntos focales regionales y nacionales, con la única finalidad de disminuir las tasas de mortalidad.

Estudio realizado en el año 2009 en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Militar Central: Dr. Luis Díaz Soto de Cuba, se encontró que el promedio de edad entre los sobrevivientes fue de 44 años y entre los fallecidos de 54 años, una puntuación APACHE II mayor de 24 puntos se asoció a una mortalidad de 83%, la ventilación mecánica por más de 10 días representó el 59% de los fallecidos, de estos el 52% presentaron al menos alguna de las complicaciones asociadas a la ventilación mecánica, y solo fallecieron el 25% de los que no las presentaron. Se concluyó que la edad, la puntuación APACHE II, la duración de la ventilación y la aparición de complicaciones, fueron los factores que influyeron en la mortalidad del paciente ventilado, no así el motivo de ingreso ni la estadía en los cuidados intensivos.(Puga, 2009)

Estudio realizado en Cuba sobre la morbi mortalidad en UCI, se obtuvo que la edad promedio de los pacientes fue de 42.7 años, el 53.3% eran del sexo masculino, el 33.3%, el 72.7% de los pacientes permanecieron ingresados en la unidad por más de 72 horas, egresaron vivos el 86.1% de los pacientes. Los diagnósticos principales al ingreso fueron: abdomen agudo, trauma craneoencefálico y enfermedad cerebrovascular. Las principales complicaciones presentadas fueron: alteraciones hidroelectrolíticas, alteraciones del equilibrio ácido básico e insuficiencia respiratoria aguda. (Olga, 2010)

En el año 2010, Soberanes, et al realizaron estudio sobre la morbimortalidad en la UCI del Hospital General Agustín O'Horan de Mérida México, encontrando que la edad media de los pacientes ingresados fue de 39.4 ± 19.2 , el diagnóstico de ingreso más frecuente fue el traumatismo craneoencefálico severo (11%), eclampsia (96%). La estancia hospitalaria fue de 5.1 ± 4.64 días y la mortalidad en los 10 años de estudio fue de 22.1%, causada por choque séptico (28%), síndrome de disfunción orgánica múltiple (23%) y muerte cerebral (18%). (Ramírez, 2010)

Nicaragua no cuenta con estudios relacionados a la eficiencia de las UCI, el abordaje ha sido general con patologías específicas como cardiopatías, ACV, complicaciones obstétricas, IRC, secuelas posteriores a su egreso, entre otras, analizando el manejo de los pacientes, pero no de manera integral de desde el manejo de los pacientes, revisión de expedientes, entrevistas con el personal y familiares, entre otras.

Análisis de mortalidad en el nonestre 2017, en el hospital asunción de Juigalpa, se encontró una sobrevivencia del 52% de pacientes que ingresan en situaciones críticas a la unidad de cuidados intensivos, las principales causas de muerte son las cardiovasculares y shock séptico, el total de muertes en la UCIA representa el 22% de las muertes totales del hospital, siendo mayor en las salas de neonatologías. (HERAJ, 2017)

IV.- Justificación:

El propósito de la unidad de cuidados intensivos (UCI) es disminuir la mortalidad y morbilidad de los pacientes en estado crítico. A pesar de los avances médicos y tecnológicos, la UCI continúa siendo un lugar común en donde la muerte ocurre, por lo que en la actualidad el equipo de salud de la UCI debe estar familiarizado con los cuidados paliativos. Preservar la vida del paciente, evitar el daño y mantener una comunicación adecuada entre los miembros del equipo de salud y los familiares es fundamental. No existe una técnica única y universal aceptada para la atención de los pacientes en estado terminal en las UCI, por lo que se debe individualizar cada caso y definir objetivos de atención junto con el paciente o sus familiares.

Por tal razón es necesaria el monitoreo estricto de los pacientes en esta unidad, durante la estancia en esta unidad se debe de cumplir con condiciones básicas de atención, que incluye infraestructura, recursos humanos calificados. Insumos y equipamiento.

Por lo que se considera necesario evaluar la eficiencia de la sala de UCIA, ya que es donde deben de estar los recursos médicos y de enfermería mayormente capacitados en manejo del paciente agudo y crítico que necesita de una intervención de urgencia, así como de equipos para el monitoreo permanente, los departamentos de exámenes complementarios: laboratorio, rayos x, farmacia, central de equipo, sala de operaciones, debe de estar accesibles para esta unidad.

Conscientes de la importancia que representa mantener funcionando adecuadamente la unidad de cuidados intensivos, se ha considerado de suma importancia realizar una evaluación de la efectividad de la sala de UCIA, ya que garantizando su funcionamiento se contribuirá a la disminución de la mortalidad, estancias prolongadas, costos de hospitalización, menos complicaciones y menos traumas psicológicos al paciente y a la familia.

Este estudio permite identificar, revisar y analizar a profundidad los problemas en la prestación de los servicios de salud que se le brinda a las embarazadas de alto riesgo.

Los resultados obtenidos de este estudio ayudarán al fortalecimiento de la gestión e intervención del funcionamiento de la sala de UCIA, y de esta manera poder contribuir a la disminución de las complicaciones y la tasa de mortalidad.

V.- OBJETIVOS:

Objetivo general:

Evaluar el manejo del expediente clínico en la unidad de cuidados intensivos de adulto (UCIA) del Hospital Escuela Regional “Asunción”, Juigalpa – Chontales, Octubre - Noviembre del año 2017

Objetivos específicos:

1. Caracterización y disponibilidad de los recursos en la sala de UCIA.
2. Caracterización de los pacientes ingresados en la UCIA.
3. Describir las patologías y condiciones de egreso de los pacientes ingresados.

VI.- MARCO TEÓRICO:

Los pacientes críticos, ya sea por la gravedad de su estado de salud, la limitada movilidad, el estado de conciencia, el tiempo de permanencia, y por encontrarse sometidos a ventilación mecánica, usos de sedantes, anestésicos y relajantes, fármacos vaso activos se consideran un grupo de alto riesgo.

La Unidad de cuidados Intensivos (UCI) es un lugar fundamental de un hospital, donde se realiza la medicina intensiva. Estas unidades tienen unas características de equipamiento técnico y de personal especializado que le son propias. Se trata de un servicio central que prestara asistencia a los pacientes en situación crítica, con patología de cualquier tipo (politraumatizados, patología respiratoria, coronarios, sangrantes), en íntima colaboración con los demás servicios hospitalarios, especialmente con el área de emergencia.

Para la atención la unidad debe de contar con un equipamiento adecuado que garantice la atención oportuna de urgencia a pacientes agudamente enfermos, entre el que se incluye la resucitación y el reconocimiento de deterioro de la condición clínica. La complejidad y gravedad de las patologías y problemáticas de los pacientes que se encuentran en la necesidad de acudir a la UCI, hace que sean imprescindibles una serie de normas y estándares para un correcto funcionamiento de cada unidad.

La UCI de un hospital debe contar con una serie de recursos humanos como de insumos, así como el personal a cargo. En cuanto a la localización, el área dedicada a la UCI debe estar dentro del centro hospitalario a la cual haya un acceso que incluya medidas de control, asimismo cercanía y conexión a salas de urgencia como sala de operaciones, central de equipo, labor y parto, laboratorio y rayos x, además debe de contar con un equipo multidisciplinario que asegura un índice general de supervivencia y éxito de más del 90%, con tiempos de estancia bajos de morbilidad y con baja tasa de infección nosocomial.

Derechos y garantías básicas de los pacientes ingresados en la UCI:

La implicación del paciente en el cuidado de su propia salud es un elemento relevante en todas las estrategias de atención. Como principio general, la

información debe ser clara, precisa y suficiente. Se debe facilitar información ordenada sobre las condiciones que rodean la estancia del paciente en la UCI.

Tanto la realización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos como la administración de tratamientos que impliquen riesgos o inconvenientes notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente, requerirán, siempre que la situación lo permita, su consentimiento por escrito.

Los pacientes tienen que cumplir una serie de requisitos para su ingreso en la UCI, en función de su estado, patología y una serie de características. Este es un aspecto que hace que los pacientes ingresados en la UCI realmente necesiten los cuidados y atenciones correspondientes a su grave estado de salud. Es importante resaltar las principales características que un paciente necesita cumplir para su ingreso en la UCI, es decir, la necesidad de un alto nivel de cuidados y capacidad de recuperación.

La categorización o niveles para el ingreso a UCIA se basan en las necesidades de atención por parte de cada uno de los pacientes en vez de a los recursos requeridos por cada uno de ellos. Por ello, los niveles de los pacientes que se han establecido como estándares son los siguientes:

Nivel 0: Paciente con necesidad de hospitalización.

Nivel 1: Se pueden dar varias casuísticas:

Paciente proveniente de un nivel superior de la UCI

Paciente cuya asistencia sanitaria es necesaria y presenta necesidades adicionales de control

Nivel 2: Paciente con necesidades de soporte de algún tipo de sistema orgánico o con requerimientos de monitorización.

Nivel 3: Paciente con necesidad de monitorización y soporte respiratorio avanzado o que requiere de dos o más sistemas orgánicos.

Por ello, los profesionales de la UCI llevan a cabo una categorización inicial de los pacientes para poder ofrecer los tratamientos correspondientes en cada caso en el menor periodo de tiempo posible. (Health, 2011)

Considerando que no todos los pacientes puedan ingresar a la UCI y que de no hacer una adecuada selección de pacientes se puede quitar el beneficio a los pacientes recuperables, se han propuesto distintos modelos de criterios de ingreso, los cuales se deben ajustar a las necesidades de cada hospital o institución

I.- Modelo de parámetros objetivos

- Alteración de signos vitales
- Pulso < 40, > 150 latidos/minuto
- PAS < 80 mmHg
- PAM < 60 mmHg
- Frecuencia respiratoria > 35 respiraciones/minuto
- Alteración de estudios de laboratorio
- Glucosa > 800 mg/dl Na < 110 o > 170
- pH < 7.1 o > 7.7 K < 2.2 o > 7
- Ca > 15 Niveles tóxicos de medicamentos

II.- Modelo acorde a diagnósticos de base

- Cardiopulmonar
- Digestivo
- Renal
- Neurológico
- Endocrino
- Quirúrgico
- Sobredosis de drogas
- Misceláneo (casi ahogamiento, quemados, muerte cerebral c/donación de órganos)

III.- Modelo de categorización de casos

Prioridad 1

- Pacientes críticos, requieren ventilación mecánica, aminas vasopresoras

Prioridad 2

- Pacientes inestables con requerimiento de monitoreo intensivo con posibilidad de intervenciones de urgencia.

Prioridad 3

- Inestables con poca posibilidad de sobrevivir, pueden requerir soporte especializado pero se deben definir límites de apoyo.

Prioridad 4

- No apropiados para atención en UCI:
 - a) Muy estables para tanto beneficio.
 - b) Muy enfermos, estadios terminales, nada más que ofrecer.
- Alteraciones radiológicas, electrocardiográficas.
- Alteraciones físicas (quemaduras graves, fracturas múltiples, etc.). (College, Guidelines for intensive care unit admission, discharge, and triage, 2011)

En lo referente a la capacidad de pacientes de la UCI, el número mínimo de camas no puede ser inferior a 6. Esto se debe a que es necesario contemplar unos límites mínimos, ya que la inclusión de una UCI en un hospital demanda como se ha podido apreciar un gran número de requerimientos.

Los pacientes que acuden a la UCI de cualquier hospital tienen una serie de derechos referentes a la legislación médica actual que pueden reclamar y a los cuales se pueden aferrar a la hora de llevar a cabo cualquier tipo de gestión relacionada con el ingreso en la unidad. De la misma manera, es conveniente el conocimiento de los derechos por parte de los familiares o acompañantes de los pacientes para poder ejercerlos en caso de ser necesario. Esto se debe a que en la UCI se tiene muy en cuenta la atención de cada uno de los pacientes.

En relación a lo expuesto previamente, es de obligatorio cumplimiento por parte de la UCI la entrega de cierta información al paciente o en su defecto a familiares o acompañantes que comprende los aspectos que se enuncian a continuación:

- Información sobre las atenciones y cuidados ofrecidos por la UCI
- Información general de la UCI
- Consentimiento informado en las casuísticas en los que sea necesario
- Todo tipo de recomendaciones por parte del hospital para la permanencia en las instalaciones así como instrucciones necesarias.

La información sobre las atenciones y cuidados ofrecidos por el personal de la UCI debe incluir una serie de características. En un principio debe incluir los motivos y proceso del paciente en la UCI. También deberá incluir información sobre los tratamientos y atenciones llevados a cabo en el centro. Además, esta información deberá ser de carácter diario mediante los profesionales encargados de la comunicación con cada uno de los pacientes.

En cuanto a la información general de la UCI, desde el centro hospitalario se debe ofrecer toda la información disponible sobre cualquier aspecto relacionado con la estancia de cada uno de los pacientes. Es importante destacar los canales de información que se tienen que llevar a cabo con los familiares o acompañantes de los pacientes, ya que la información se tiene que ofrecer de una forma oral y por escrito. En esta información se deben incluir aspectos como el horario de información, teléfonos de contacto, formas de comunicación con los profesionales del centro, etc.

El consentimiento informado se lleva a cabo en casos en los que los tratamientos y diagnósticos invasivos en los que la salud del paciente pueda ser afectada de una manera negativa o impliquen algún riesgo a nivel vital.

Por último, los profesionales del centro deberán ofrecer toda la información que esté en sus manos tanto al paciente como a sus acompañantes para que su periodo de estancia sea lo más agradable posible. (Intensiva, 2012)

Conceptos

Medicina intensiva: Especialidad Médica que se encarga del sostén vital de Pacientes Críticos y/o potencialmente Crítico; a través del Monitoreo y la Terapia intensiva que comienza a implementarse en el lugar de los hechos y sigue hasta el momento del alta de la UCI

Paciente crítico: Paciente en riesgo momentáneo o continuo de perder la vida o deterioro importante de la calidad de vida por una condición específica, configurando un estado de gravedad persistente que requiere monitorización y tratamiento continuo.

Paciente irreversible: Paciente en el cual se ha determinado médicamente que sufre un proceso patológico incurable que puede o no ser la causa de su muerte, en un plazo de tiempo no previsible.

Paciente terminal: Paciente en el cual se ha determinado médicamente que sufre un proceso patológico que será causante directo de su muerte en un plazo de tiempo previsible de 6 meses.

Unidad de cuidados intensivos: Es un área de hospitalización, altamente especializada, destinada a la atención y tratamiento de pacientes en situación grave o crítica, pero con posibilidad de recuperación. Para lo cual debe contar con el material y equipo especializado, e integrado por personal profesional médico, enfermera y técnico altamente especializado.

Terapia intensiva: Tratamiento que permite Sostener las funciones Vitales de vida de un paciente crítico el cual es constantemente vigilado y puede ser cambiado según los parámetros de monitorización.

Monitoreo intensivo: Control constante de pautas críticas los cuales deben ser elegidos (Triage) adecuadamente, para detectar rápidamente estados de riesgo de muerte y tomar medidas terapéuticas inmediatas. Requiere alta tecnología.

Administración del Expediente Clínico

Orden del expediente clínico: El expediente debe contener todas las hojas establecidas según el manual del expediente clínico. La escritura deberá de ser clara y legible. Debiendo seguir un orden descendente de acuerdo con los patrones internacionales de documentación.

Manejo por Problemas: Tanto la nota de ingreso como las evaluaciones seguirán el Sistema Medico Orientado por Problemas (SMOP). Cada nota de evolución debe realizarse por problemas (ejemplo: si el usuario es portador de tres problemas se debe evolucionar los tres problemas por separados). Debe incluir cualquier problema médico, psicológico, social, nutricional, de crecimiento o desarrollo, etc. Los problemas pueden ser signos, síntomas, síndromes, enfermedades específicas, un hallazgo anormal de laboratorio, una falla administrativa o asistencial, algún antecedente importante o alguna secuela.

Criterios de Alta: Consignados y fundamentados en la nota de evolución del alta, firmada por el médico de base, según lo establecido en las normas por enfermedades de cada hospital.

Epicrisis: Deberán ser bien redactadas con todos los acápites objetivamente llenados, debe ser legible, conteniendo el nombre y la firma del médico que la elaboró y sello del servicio. Se ubica en primer lugar cuando el usuario se controla por la consulta externa después de ser dado de alta.

Diagnósticos Finales y Escritos en la Hoja de Estadísticas: Consignados correctamente todos los diagnósticos finales, tanto en la nota de evolución, así como en la hoja de admisión y egreso.

Diagnóstico con Suficiente Información para Sostenerlo

Anamnesis: Interrogatorio correctamente elaborado por el médico con el fin de obtener la información requerida que sirva para efectuar una integración diagnóstica.

Examen físico: Examen físico correctamente elaborado por el médico.

Integración de datos de laboratorio: Indicados y realizados oportunamente de acuerdo a los planes diagnósticos.

Análisis e interpretación de datos: Los datos de la anamnesis, el examen físico y resultados de laboratorio que fundamentan los problemas o diagnósticos elaborados.

Integración diagnóstica: Diagnósticos integrados por problemas, síndromes o enfermedades específicas debidamente fundamentados.

Correlación entre el diagnóstico y el tratamiento:

Deben utilizarse las normas, protocolos y guías establecidas por el Ministerio de Salud. En aquellas enfermedades donde no se cuente con normas, protocolos o guías para cumplir con este aspecto debe utilizarse los métodos para diagnóstico y tratamiento basados en la evidencia o bien los consensos utilizados internacionalmente

Alimentación y nutrición: Indicada de acuerdo a la edad, estado nutricional, padecimiento y condición clínica del paciente.

Indicación terapéutica: Indicación de fármacos, definiendo dosis, vía de administración, intervalo de tiempo y dilución de cada uno de los medicamentos. Además de la justificación de la falta de administración de los mismos.

Uso racional de la terapéutica: Utilización adecuada de los medicamentos en base a la enfermedad.

Empleo de otras medidas: Indicación oportuna de estudios de imágenes y otros exámenes de laboratorio, así como su realización e interpretación para fundamentar el diagnóstico y tratamiento. Administración de hemoderivados, utilización de medios físicos.

Exámenes complementarios adecuados:

Justificación de la indicación: criterios que fundamenten la Indicación con base a los datos analizados en los planes diagnósticos.

Realización en tiempo apropiado: exámenes realizados en el tiempo apropiado de acuerdo al tipo de examen y condiciones del hospital.

Justificación de la no realización: razones por las que no se pueden efectuar los acuerdos al tipo de examen y condición del hospital.

Análisis escrito de los resultados: Resultado de exámenes de laboratorio analizados y fundamentando los diagnósticos y los planes terapéuticos.

Orden cronológico en el expediente: Colocados en orden cronológico en la hoja de exámenes. Según el manual del expediente clínico.

Seguimiento de evolución clínica:

Evolución de acuerdo al SOAP: Las notas deben contener toda la información normada de acuerdo al Sistema Médico Orientado por Problema, utilizando específicamente el método S.O.A.P. (subjetivo, objetivo, análisis, planes). Notas elaboradas de acuerdo a los problemas establecidos.

Registro de cambio de condición: Anotados los cambios en la condición clínica del usuario con sus debidos fundamentos.

Identificación de nuevos problemas: Anotados los problemas que se presenten durante la hospitalización del usuario, particularmente nuevas enfermedades, complicaciones y efectos iatrogénicos.

Notificación de enfermedades y situaciones sujetas a notificación: anotadas y realizadas las notificaciones correspondientes, enfermedades de notificación obligatoria (ENO) y las situaciones que ameriten notificación.

Interconsultas (justificación y cumplimiento): Anotadas las necesidades de interconsulta de acuerdo a la condición del paciente, adjunta la copia de la hoja de interconsulta y elaborada la nota de evolución. (MINSA, Norma para el manejo del expediente clínico” “Guía para el manejo del expediente clínico, 2008)

Caracterización general del hospital.

Caracterización institucional/situación hospitalización.

El Hospital Asunción está ubicado en el Km. 141 de la Carretera Managua–El Rama, ubicado en el Municipio de Juigalpa, cabecera del Departamento de Chontales. Es el centro de referencia del Regional para el SILAIS Chontales, Zelaya Central, Rio San Juan y algunos Municipios aledaños que pertenecen al SILAIS de Boaco.

La construcción del Hospital Asunción data desde el año 1978, no se efectuó ninguna mejora estructural o de reparación por treinta y un años, sino con el Gobierno de Unidad y Reconciliación Nacional desde el mes de marzo 2009 a septiembre 2010 se construyó el área Materno Infantil y parte de la ruta crítica (sala de operaciones, Unidad de Cuidados Intensivos de adultos y pediátrica, además del área de Central de Equipo).

Esta remodelación incluyó ampliación de las salas y apertura de un nuevo ambiente para las embarazadas de alto riesgo obstétrico, 3 áreas utilizadas para

revisión de pacientes e inserción de DIU post parto, con climatización en los diferentes servicios.

El Hospital Asunción es un hospital General Regional, Docente, médico quirúrgico y materno infantil, ofrece las cuatro especialidades básicas: Medicina, Cirugía, Pediatría y Ginecoobstetricia, además brinda servicios de las especialidades de Ortopedia y traumatología, Cirugía Pediátrica, Cirugía Maxilofacial, Psiquiatría, Patología, Anestesia, Fisiatría, Neonatología, Radiología, Dermatología, Otorrinolaringología, Oncología, Cardiología y Oftalmología, además se brinda los servicios de Nutrición, Psicología, Odontología, Planificación familiar y Trabajo Social.

El hospital está dotado de 201 camas censables y 21 no censables. Cuenta con un total de 5 quirófanos activos entre ellos 1 quirófano para cirugías ambulatorias en Emergencia y 1 quirófano para obstetricia ubicado en las instalaciones de labor y parto, así como una sala de parto con dos expulsivos.

La unidad de cuidados intensivos de adulto (UCIA), se encuentra ubicada en la entrada del pasillo de hospitalización, cercano a la central de equipo y quirófano, accesible a laboratorio clínico y farmacia, cuenta con 6 camas disponible en el área general y 1 para aislado, en ocasiones se han tenido pacientes en el pasillo general de la UCIA y 2 pacientes en el cuartito de aislados debidamente monitoreado, a pesar de no tener camas censables el índice ocupacional es del 85 - 90%, para la atención cuenta con 1 Médico Internista y Médicos Internos, además de 2 Enfermeras en cuidados críticos, cuenta con 6 monitores de signos vitales, 2 ventiladores y 6 bombas de infusión, 1 electrocardiógrafo, 1 ecocardiógrafo y 1 carro de paro con desfibrilador.

Siempre que se le de alta a una paciente que haya padecido alguna complicación obstétrica, se le deberá notificar al SILAIS y este al municipio correspondiente para su seguimiento

VII.- DISEÑO METODOLÓGICO:

1. **Tipo de estudio:** Estudio prospectivo de corte transversal.
2. **Universo y Muestra:** Todos los pacientes que fueron ingresadas en la unidad de cuidados intensivos UCIA y el personal de salud a cargo de la atención, para un total de 46 pacientes ingresados en el período de estudio.

3. Muestra:

•Tipo de muestreo:

La selección de la muestra se basó en un muestreo no probabilístico, en el que adquirimos el muestreo por conveniencia para el estudio. Siendo la muestra el 100%, equivalente a 46 pacientes.

•Criterios de inclusión:

- Pacientes hospitalizadas en la UCIA.
- Personal de salud a cargo de la sala

4. Fuentes de Información:

Observación

Primaria, a través de preguntas directas a los recursos humanos.

Secundaria, a través de los expedientes clínicos.

5. Variables

O1, Caracterización y disponibilidad de los recursos en la UCIA.

- ✓ Calificación de recursos humanos
- ✓ Años en el servicio
- ✓ Permanencia en la sala
- ✓ Calidad de pase de visita
- ✓ Calidad de la nota de recibo
- ✓ Calidad de la nota de evolución
- ✓ Llenado adecuado del expediente
- ✓ Calidad de la nota de enfermería

- ✓ Registro adecuado de los signos vitales
- ✓ Registro adecuado de la administración de medicamentos
- ✓ Información a la paciente y/o familia
- ✓ Satisfacción de la familia

O2, Caracterización de los pacientes ingresados en la UCIA.

- ✓ Edad
- ✓ Procedencia
- ✓ Sexo
- ✓ Patología de base
- ✓ Criterio de ingreso a UCIA

O3, Describir las condiciones de ingreso, estancia y egreso de los pacientes ingresados.

- ✓ Patologías de ingreso
- ✓ Pronóstico de sobrevivencia
- ✓ Origen del ingreso
- ✓ Complicación durante su estancia
- ✓ Utilización de ventilación mecánica
- ✓ Utilización de aminas vasoactivas
- ✓ Utilización de transfusión sanguínea
- ✓ Tipo de egreso
- ✓ Stock de medicamento completo
- ✓ Pedido de medicamento a farmacia
- ✓ Cumplimiento de medicamentos

Operacionalización de variables

Variables	Nivel de medición	Descripción	Escala
Calificación de recursos humanos	Cuantitativa	Formación académica para la atención en la UCIA	<ol style="list-style-type: none"> 1. Médico Especialista 2. Médico General 3. Médico Interno 4. Lic. cuidados críticos 5. Enfermera Gral. 6. Auxiliar
Años en el servicio	Cuantitativa	Años cumplidos con la formación académica	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menos de 1 año 2. 1 Año 3. 2 Años 4. 3 Años 5. 4 Años y mas
Permanencia en la sala	Cuantitativa	Horas de permanencia en la unidad para la atención	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menos de 1 hora 2. 1 hora 3. 2 horas 4. 3 horas 5. 4 horas y mas
Calidad de pase de visita	Cualitativa	Adecuada y completa revisión de paciente multidisciplinario y del expediente clínico para toma de decisión en el seguimiento y manejo de los pacientes	<ol style="list-style-type: none"> 1. Adecuado 2. Inadecuado
Calidad de la nota de recibo	Cualitativa	Adecuada nota de recibo del expediente clínico, en cuanto a examen físico, SOAP diagnóstico, según las normas establecidas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Adecuado 2. Inadecuado
Calidad de la nota de evolución	Cualitativa	Adecuada nota de evolución en el expediente clínico, en cuanto a examen físico, SOAP diagnóstico, según las normas establecidas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Adecuado 2. Inadecuado
Llenado adecuado del expediente	Cualitativa	Adecuado y completo orden del expediente clínico según las normas establecidas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Adecuado 2. Inadecuado
Calidad de la nota de enfermería	Cualitativa	Adecuada nota de enfermería en el expediente clínico, según las normas establecidas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Adecuado 2. Inadecuado
Registro adecuado de los signos vitales	Cuantitativa	Anotación completa de los signos vitales según horario establecido	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si 2. No

Registro adecuado de la administración de medicamentos	Cuantitativa	Anotación completa de la administración de los medicamentos	1. Si 2. No
Información a la paciente y/o familia	Cuantitativa	Información brindada a la paciente durante el pase de visita	1. Si 2. No
Satisfacción de la familia	Cuantitativa	Percepción positiva acerca de la atención recibida durante su estancia hospitalaria	1. Adecuada 2. Inadecuada
Edad	Cuantitativa	Años transcurridos desde el nacimiento hasta el momento del ingreso hospitalario	
Procedencia	Cuantitativa	Municipio de origen del paciente	
Sexo	Cuantitativa	Características biológicas adquiridas al momento del nacimiento	1. Hombre 2. Mujer
Patología de base	Cuantitativa	Patología o padecimiento de base que tiene el paciente previo a su ingreso	
Criterio de ingreso a UCIA	Cualitativa	Condición o estado de salud que motivo al personal médico a decidir su ingreso a la UCIA	

6. Método o instrumento para recoger la información:

La Técnica o método para la obtención de información se realizó en tres momentos:

- Observación directa, a través de una lista de chequeo establecida para verificar componentes de infraestructura, permanencia de los recursos, confort, entre otros.
- Primaria, a través de preguntas directas cuantitativas a los recursos humanos.
- Secundaria, a través de los expedientes clínicos.

7. Métodos e instrumentos para analizar información (PLAN DE ANALISIS):

Los datos se digitaron en una base de datos de **SPSS**, presentando los resultados en tablas y gráficos. **SPSS**. Una vez finalizado el período de recolección de los datos y completamiento del expediente clínico, fueron procesadas, creando una base de datos utilizando el conjunto de paquetes del programa computarizado SPSS.

Para el análisis univariado, la información fue resumida en tablas de distribución de frecuencia simple para cada una de las variables en estudio, utilizando algunas medidas como la media aritmética y el valor de P para realizar el análisis bivariado.

Sesgos y consideraciones éticas

Para el control de posibles sesgos se realizaron 2 acciones:

1.- Levantamiento de la información fue realizado por 1 recurso de enfermería conocedoras del tema y se tomó en cuenta lista de chequeo elaborada para el seguimiento de la atención intrahospitalaria.

Los resultados serán presentados a las autoridades hospitalarias a manera de devolución de los resultados con el objetivo de establecer plan de mejora inmediata.

VIII.- RESULTADOS

Los siguientes resultados que se presentaran son los hallazgos del estudio realizado en la unidad de cuidados intensivos UCIA, donde se evaluó la eficiencia del manejo de la UCIA, brindándole salida al siguiente objetivo: Evaluar la eficiencia de la unidad de cuidados intensivos de adulto (UCIA) del Hospital Escuela Regional “Asunción”, Juigalpa – Chontales, Octubre - Noviembre del año 2017.

Objetivo Específico 1:

Caracterización y disponibilidad de los recursos en la UCIA.

En cuanto a la clasificación de los recursos humanos, la sala es atendida por un recurso especialista en Medicina Interna, 1 Médico Interno y 2 recursos de enfermería, además de 1 jefa de unidad. En los turnos nocturnos queda a cargo la UCIA de 1 Especialista en Medicina Interna o Medicina Integral, 1 Médico Interno y 2 recursos de enfermería, además el recurso especialista realiza valoraciones de pacientes en emergencia y salas de medicina.

Al momento de la visita se observó que el personal médico y enfermería permanecen tiempo completo en la sala en continua valoración de los pacientes críticos. Todo el personal encargado de la sala de ARO tiene como mínimo 2 años de experiencia en el manejo de pacientes críticos, exceptuando a los médicos internos que por su naturaleza del internado rotatorio deben de cambiar constantemente.

Al analizar el pase de visita en la unidad, evaluando el pase a 46 pacientes en los diferentes días que duro el estudio, se encontró que fue adecuado en el **50% (23/46)** considerase como adecuado si cumple con los criterios de un pase de visita conjunto, si bien es cierto el pase es didáctico con los médicos en formación, se tomas decisiones del manejo del paciente, la integralidad con las otras especialidades no se ejecuta como tal, quedando vacío y valoraciones aisladas en el manejo del paciente. **(Ver cuadro No 1).**

La calidad de la nota de recibo contenida en el expediente clínico se documentó que en el **61% (28/46)**, la nota era adecuada ya que en su mayoría fueron escritas o avaladas por el médico especialista y contenían datos que ayudaban al diagnóstico y a la toma de decisión, así como las notas de evolución fueron adecuadas en el **63% (29/46)**, cumpliendo con lo establecido en la norma del expediente clínico y su aplicación en la UCIA. **(Ver cuadros No 2 y 3).**

Al analizar el expediente clínico en su conjunto se observó que fue adecuado en el **54% (25/46)**, y la calidad de las notas de enfermería fueron adecuadas en el **78% (36/46)**. **(Ver cuadros No 4 y 5).**

La calidad del registro de los signos vitales tanto en la hoja de consolidado de parámetros y expediente fueron adecuados en el **93% (43/46)**, así como llenado de la hoja de registro de administración de medicamentos fue del **89% (41/46)**. **(Ver cuadros No 6 y 7).**

En cuanto a la calidad de información brindada a la paciente y la satisfacción de la usuaria y de la familiar fue del **83% (38/46)**, en ambas variables. **(Ver cuadros No 8 y 9).**

Objetivo Específico 2:

Caracterización de los pacientes ingresados en la UCIA.

En cuanto al sexo de los pacientes ingresados, se encontró que el **57% (26/46)** fueron mujeres, el grupo de edades que predominó fue el de 50 a 69 años con el **46% (21/46)** y el de menor de 30 años con el **39% (18/46)**, así como la procedencia fue en su mayoría de área rural en el **59% (27/46)** de los casos **(Ver cuadros No 10, 11 y 12).**

El **37% (17/46)** de los pacientes ingresados tenían como patología de base alguna complicación del embarazo y que necesitaba una vigilancia estricta, seguido del

35% (16/46) con Hipertensión Arterial y el **13% (6/46)** eran diabéticos. **(Ver cuadro No 13).**

Los criterios de ingresos a la UCIA fueron: Preclampsia / Eclampsia **30% (14/46)**, urgencias hipertensivas **17% (8/46)**, accidente cerebro vascular **11% (5/46)** y la Cetoacidosis **9% (4/46)**. El pronóstico de sobrevivencia fue documentado como bueno en el **57% (26/46)** y malo en el **17% (8/46)**, lamentablemente en el **15% (7/46)** de los casos no estaba consignado en las notas médicas. **(Ver cuadros No 14 y 15).**

El **39% (18/46)** de los pacientes ingresados procedían de la emergencia y de sala de operaciones y el **13% (6/46)** de la sala de medicina interna. **(Ver cuadro No 16).**

Objetivo Especifico 3:

Manejo y condiciones de egreso de los pacientes

El **24% (11/46)**, reportan alguna complicación durante su estancia y en su mayoría fue: la insuficiencia de múltiples **órganos (55% 6/11)** y la insuficiencia respiratoria **(45% 5/11)**. **(Ver cuadros No 17 y 18).**

El **24% (11/46)** de los pacientes ingresados utilizaron ventilación mecánica como medida de sostén y en su mayoría en un tiempo mayor de 3 días. **(Ver cuadros No 19 y 20).**

En cuanto a la utilización de aminas vaso activas el **33% (15/46)** de los pacientes ingresados utilizaron aminas como soporte de signos vitales y en su mayoría solamente por menos de 3 días **(47% 7/15)**. **(Ver cuadros No 21 y 22).**

Las transfusiones sanguíneas fueron necesarias en el **17% (6/46)** de los pacientes ingresados y se utilizaron en un total de 1 a 2 paquetes **(75% 6/15)**. **(Ver cuadros No 23 y 24).**

En cuanto a la presencia de stock de medicamentos en la sala se encontró acorde a las necesidades de la sala y éste se repone de manera periódica (diario), el **96% (44/46)** de los perfiles de medicamentos se encuentran llenados adecuadamente, así como el registro de la administración de medicamentos es adecuado en el **89% (41/460)**. (Ver cuadros No 25 y 26).

El **74% (34/46)** de los pacientes fueron egresados satisfactoriamente a las diferentes salas, el **13% (6/46)** fallecieron en la UCIA y el **7% (3/46)** abandonaron la unidad. (Ver cuadro No 27).

IX.- DISCUSION

Por las características propias de la unidad de cuidados intensivos y la cantidad de especialistas en medicina interna que se distribuyen sus funciones en las salas de hospitalización, consulta externa y las valoraciones de riesgos cardiológicas, los pases de visitas han tenido una irregularidad en la integralidad de los pases de visitas conjunta, garantizando a 2 especialistas en el pase de visita y la presencia de 1 Médico Especialista de forma permanente en la unidad, coincidiendo con lo establecido en las normas de atención a los pacientes críticos.

El tiempo de laborar de los recursos asignados para la atención en la UCIA fue mayor de 2 años, tiempo prudente de experiencia para poder enfrentar las eventualidades de los pacientes críticos y garantizar una adecuada y oportuna a atención.

Es de esperar que durante los pases de visitas sean integrales con la participación de las especialidades que competen la atención de los pacientes aun no teniendo pacientes de su especialidad, ya que todas las opiniones puedan mejorar el estado de salud y obtener un mejor pronóstico de recuperación, al contrastarlo con lo encontrado, encontramos lo contrario donde la mitad de los pases fueron adecuado por la falta de la integralidad de los especialistas y en su mayoría se realizan solamente por los especialista en medicina interna, el resto de valoraciones se realizan de forma aisladas, no obteniendo un resultado satisfactorio para los pacientes.

La calidad de las notas de recibo al momento del ingreso y las notas de evolución descritas en el expediente clínico fueron adecuadas en un poco más de la mitad de los expedientes revisados, lo cual es considerado como no adecuado ya que los datos recopilados en las notas deben de estar claras para poder determinar un correcto diagnóstico y manejo, otro dato encontrado es que las notas siguen siendo llenada por el médico interno en su mayoría a pesar de que estas son firmadas y selladas por el especialista queda la duda de la supervisión de estos,

otro dato en que no están comentados los exámenes realizados y en algunos casos no están descritos criterios de instaurar o modificar las medidas terapéuticas. No así las notas de enfermería donde la mayoría si estaban llenada adecuadamente, cumpliendo con lo establecido en la normativa 004 “Norma para el manejo del expediente clínico” “Guía para el manejo del expediente clínico”

Una de las estrategias que han implementado en la unidad de cuidados intensivos es la adaptación de la hoja de los signos vitales, parámetros hemodinámicos y balance hidroelectrolítico para el registro y control del paciente, por lo que era de esperar que el registro de los signos fueron adecuado, encontrado lo esperado donde casi en la totalidad de los casos fueron adecuado al igual que el registro de la administración de medicamentos.

La información del estado de salud de los pacientes y de los procedimientos a realizar a los familiares es un elemento clave para lograr la satisfacción de la atención, coincidiendo con lo encontrando donde en más de 3 cuartos de los familiares aducen estar satisfechos con la atención y la información brindada por el personal de salud.

Algo contradictorio encontrado en los resultados es que la mayoría de los pacientes ingresados fueron mujeres, probablemente por la cantidad de complicaciones obstétricas ingresadas (37%), así mismo la edad de los pacientes fueron en su mayoría mayores de 50 años coincidiendo con lo esperado en pacientes con enfermedades crónicas descompensadas.

Las patologías que se esperan ingresar a la UCIA son enfermedades crónicas por su descompensación, si bien es cierto tienen un gran porcentaje, pero las complicaciones del embarazo aparecen como principal diagnóstico seguido de las enfermedades crónicas, esto nos lleva a reflexionar sobre el seguimiento y manejo de las embarazadas y pacientes crónicos en los ESAFC, ya que los criterios de ingreso están relacionadas a su descompensación.

Uno de los elementos claves es la definición del pronóstico del paciente al ingresar a la UCIA, ya que desde su ingreso hay que notificarlo a los familiares y así mismo preparar las condiciones en la unidad y de manera obligatorio hacer comentarios en las notas médicas, así encontramos que la mayoría fueron definidas como buen pronóstico, pero un pequeño porcentaje no fueron consignadas en las notas, encontrando esa debilidad.

Conociendo que la mayoría de los pacientes que necesitan manejo en la UCIA sean por descompensación de su patología de base o su condición de salud, que la mayoría de estos sean ingresados desde la emergencia, no así que ingresan después de haber sido intervenidas quirúrgicamente, coincidiendo con nuestros resultados donde la mayoría procedían de emergencia y de sala de operaciones.

El hecho de ingresar a los pacientes a la UCIA es para evitar mayores daños que comprometa la vida del paciente y de esta manera mejorar el pronóstico de vida, a pesar de que en algunos casos el pronóstico es malo hay que evitar mayores daños, por lo que se espera que el número de complicaciones sean menores, así encontramos que casi un cuarto de los pacientes presentaron complicaciones secundaria a su patología de base como la insuficiencia de múltiples y la insuficiencia respiratoria, a pesar de ello el porcentaje de mortalidad no supera el 10%.

El soporte ventilatorio y de aminas vaso activas es reservado para pacientes sumamente crítico y que su vida está comprometida, si tomamos en cuenta la cantidad de pacientes que ingresan con mal pronóstico, coinciden con los resultados de utilización de ventilación mecánica y de aminas vaso activas.

Como parte de seguimiento del buen registro de los medicamentos en los expedientes que garanticen la administración en tiempo y forma para mejorar el pronóstico del paciente, se esperaba que un alto porcentaje fuera alto, coincidiendo con los resultados donde casi en su totalidad fueron adecuados. Así lo podemos observar con los resultados de egreso donde el 81% fue egresados a las salas y de altas satisfactorias.

X.- CONCLUSIONES

1. Irregularidad en la integralidad de los pases de visitas en los pacientes en la UCIA
2. Permanencia absoluta de 1 médico especialista en la UCIA y del personal de enfermería debidamente experta en la atención de pacientes críticos
3. La calidad de las notas de recibo y las notas de evolución fueron adecuadas y permiten la toma de decisiones correctas.
4. El registro de los signos vitales, parámetros hemodinámicos y la administración de medicamentos fueron adecuados para la UCIA.
5. La información del estado de salud de los pacientes y de los procedimientos a realizar a los familiares fueron satisfactorios.
6. La mayoría de los pacientes ingresados fueron mujeres y la edad que predominó fueron los pacientes mayores de 50 años.
7. Las patologías que se esperan ingresar a la UCIA son enfermedades crónicas por su descompensación y las complicaciones del embarazo.
8. La mayoría de los ingresos fueron desde la emergencia y de sala de operaciones.

9. El pronóstico de sobrevida fue en su mayoría bueno y en un mínimo porcentaje no fue consignado en las notas médicas.
10. El soporte ventilatorio y de aminas vaso activas fue utilizado en menos del 20%.
11. El 81% de los pacientes fueron egresados de manera satisfactorio, el porcentaje de fallecidos fue del 13%.

XI.- RECOMENDACIONES

NIVEL CENTRAL

Revisión de las normativas del funcionamiento de las unidades de cuidados intensivos.

Implementar capacitaciones frecuentes con puntos focales nacionales en temas sensibles como: manejo de ventiladores, complicaciones obstétricas, manejo del shock

Implementar intercambios con análisis de casos de vidas salvadas con puntos focales nacionales y especialista de forma virtual.

NIVEL CENTRAL

Completamiento de la plantilla mínima de médicos internistas para la atención en la UCIA en los turnos.

NIVEL HOSPITALARIO

Completamiento de las notas médicas de ingreso, recibo y evolución.

Garantizar los pases de visitas conjunta de manera integral.

Continuar con el llenado adecuado de las notas de enfermería y registro de signos vitales y su interpretación en las notas de evolución

Mejorar la coordinación con los ESAFC para mejorar el seguimiento de los pacientes en APS y disminuir la descompensación de los pacientes crónicos

X.- BIBLIOGRAFIA

1. Perdomo Cruz, Rafael Giovanni, Medicina Intensiva y las Unidades de Cuidados Intensivos, Hospital Mario Catarino Rivas, 2005
2. Takroui, M. S. «Intensive Care Unit». The Internet Journal of Health (en inglés) (Internet Scientific Publications, LLC.) 3 (2). ISSN 1528-8315. noviembre de 2015.
3. Sax F.L., Charlson ME. Utilization of Critical Care Units. Arch Intem Med. 2001.
4. Raffin TA. Ethical concerns in managing critically ill patients. En: Parrillo JE, Dellinger RP, editors. Critical Care Medicine: Principles of Diagnosis and Management in the Adult. 1a. ed. St. Louis, EUA: Mosby; 2002. pp. 1447-64.
5. Figueredo Olga et al. Morbimortalidad en la Unidad de Cuidados Intensivos Clínica. “Simón Bolívar”. Municipio “Diego Ibarra”. 2010. Hospital General Docente Dr. Agustino Neto. Guantánamo. * Policlínico Universitario Pedro Borrás Astorga. Pinar del Rio.
6. Puga Torres, Mario et al. Factores que influyen en la mortalidad del paciente ventilado en una unidad de cuidados intensivos. Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Militar Central: Dr. Luis Díaz Soto. Ciudad de la Habana 2009
7. Soberanes Ramírez et al, Lucio Morbimortalidad en 10 años de atención en la unidad de cuidados intensivos del Hospital General Agustín O’Horan de Mérida, Yucatán 2010.
8. Department of Health (DH) Reino Unido, Unidad de cuidados intensivos, 2011
9. American College of Critical Care Medicine of the Society of Critical Care Medicine. Guidelines for intensive care unit admission, discharge, and triage. Task Force of the American College of Critical Care Medicine. Crit Care Med. 27(3):633-8.
10. Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias, SEMICYUC, 2012

11. Ministerio de Salud, Dirección general de regulación sanitaria, Normativa – 004
“Norma para el manejo del expediente clínico” “Guía para el manejo del
expediente clínico” Managua, Mayo – 2008.

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

“Auditoría del expediente clínico en la unidad de Cuidados Intensivos de Adulto (UCIA) del Hospital Escuela Regional “Asunción”, Juigalpa – Chontales, Noviembre 2017”.

I.- Caracterización y disponibilidad de los recursos en la UCIA

1.- Calificación de Recursos Humanos

- a).- Médico Especialista__ b).- Médico General__ c).- Médico Interno __
d).- Lic. Cuidados críticos__ e).- Enfermera Gral__ f).- Auxiliar__
g) Otro: _____

2.- Años de servicio en la UCIA

- a).- Menos de 1 año__ b).- 1 año__ c).- 2 años __ d).- 3 años e).- 4 años y mas__

3.- Permanencia del Médico Especialista en la UCIA

- a).- Menos de 1 hora__ b).- 1 hora__ c).- 2 horas __ d).- 3 horas e).- 4 horas y mas__

4.- Permanencia del Médico Interno en la UCIA

- a).- Menos de 1 hora__ b).- 1 hora__ c).- 2 horas __ d).- 3 horas e).- 4 horas y mas__

5.- Permanencia del Personal de Enfermería en la sala UCIA

- a).- Menos de 1 hora__ b).- 1 hora__ c).- 2 horas __ d).- 3 horas e).- 4 horas y mas__

6.- Calidad del pase de visita médica y abordaje multidisciplinario en base al problema de salud, información a la paciente y/o familiar y conducta a seguir

- a) Adecuada: ____ b) Inadecuada: ____

7.- Calidad de la nota de recibo en el expediente

- a) Adecuada: ____ b) Inadecuada: ____

8.- Calidad de la nota de evolución en el expediente

- a) Adecuada: ____ b) Inadecuada: ____

9.- Calidad del llenado del expediente

- a) Adecuada: ____ b) Inadecuada: ____

10.- Calidad de la nota de enfermería

- a) Adecuada: ____ b) Inadecuada: ____

11.- Registro de los signos vitales

- a) Adecuada: ____ b) Inadecuada: ____

12.- Registro de la administración de medicamentos

- a) Adecuada: ____ b) Inadecuada: ____

13.- Información a la paciente y/o familia

- a) Si: ____ b) No: ____

14.- Satisfacción de la familia

a) Si: _____ b) No: _____

II.- Caracterización de los pacientes ingresados en la UCIA

15.- Edad: _____ 16.- Procedencia: _____ 17.- Sexo: _____

16.- Patologías de base:

_____, _____, _____

17.- Criterio de ingreso a UCIA:

_____, _____, _____

III.- Condiciones de ingreso, estancia y egreso de los pacientes ingresados.

18.- Patologías de Ingreso

_____, _____, _____

19.- Pronóstico de sobrevivencia

a).- Bueno__ b).- Reservado__ c).- Malo__ d).- SD__

20.- Origen del ingreso

a).- Emergencia__ b).- Medicina__ c).- Cirugía__ d).- Ortopedia__
e).- ARO__ f).- Aislado__ g).- UAF__ h).- Maternidad__
i).- Otra__

21.- Complicación durante su estancia

a).- Si__ b).- No__

¿Cuáles? _____, _____, _____

22.- Utilización de ventilación mecánica

a).- Si__ b).- No__ ¿Cuántos días? _____

23.- Utilización de aminas vasoactivas

a).- Si__ b).- No__ ¿Cuántos días? _____

24.- Utilización de hemoderivados

a).- Si__ b).- No__ ¿Cuántos paquetes? _____ ¿Tipo _____ de hemoderivados? _____

25.- Tipo de egreso

a).- Alta__ b).- Sala o servicio__ c).- Referencia__ d).- Muerte e).- Otra: __

26.- Stock de medicamento establecido para la sala

a) Si: _____ b) No: _____

“Auditoría del expediente clínico en la unidad de Cuidados Intensivos de Adulto (UCIA) del Hospital Escuela Regional “Asunción”, Juigalpa – Chontales, Noviembre 2017”.

Cuadro No : 1

Calidad del pase de visita conjunta en la UCIA

Adecuado	Frec	%
Si	23	50
No	23	50
Total	46	100

Fuente: Observación directa en la UCIA

“Auditoría del expediente clínico en la unidad de Cuidados Intensivos de Adulto (UCIA) del Hospital Escuela Regional “Asunción”, Juigalpa – Chontales, Noviembre 2017”.

Cuadro No : 2

Calidad de la nota de recibo en la UCIA

Adecuado	Frec	%
Si	28	61
No	18	39
Total	46	100

Fuente: Expediente clínico UCIA

“Auditoría del expediente clínico en la unidad de Cuidados Intensivos de Adulto (UCIA) del Hospital Escuela Regional “Asunción”, Juigalpa – Chontales, Noviembre 2017”.

Cuadro No : 3

Calidad de las notas de evolución en la UCIA

Adecuado	Frec	%
Si	29	63
No	17	37
Total	46	100

Fuente: Expediente clínico UCIA

“Auditoría del expediente clínico en la unidad de Cuidados Intensivos de Adulto (UCIA) del Hospital Escuela Regional “Asunción”, Juigalpa – Chontales, Noviembre 2017”.

Cuadro No : 4

Calidad del llenado del expediente clínico en la UCIA

Adecuado	Frec	%
Si	25	54

No	21	46
Total	46	100

Fuente: Expediente clínico UCIA

“Auditoría del expediente clínico en la unidad de Cuidados Intensivos de Adulto (UCIA) del Hospital Escuela Regional “Asunción”, Juigalpa – Chontales, Noviembre 2017”.

Cuadro No : 5

Calidad de la nota de enfermería en la UCIA

Adecuado	Frec	%
Si	36	78
No	10	22
Total	46	100

Fuente: Expediente clínico UCIA

“Auditoría del expediente clínico en la unidad de Cuidados Intensivos de Adulto (UCIA) del Hospital Escuela Regional “Asunción”, Juigalpa – Chontales, Noviembre 2017”.

Cuadro No : 6

Calidad del registro de los signos vitales en la UCIA

Adecuado	Frec	%
Si	43	93
No	3	7
Total	46	100

Fuente: Expediente clínico UCIA

“Auditoría del expediente clínico en la unidad de Cuidados Intensivos de Adulto (UCIA) del Hospital Escuela Regional “Asunción”, Juigalpa – Chontales, Noviembre 2017”.

Cuadro No : 7

Calidad del registro de la administración de medicamentos en la UCIA

Adecuado	Frec	%
Si	41	89
No	5	11
Total	46	100

Fuente: Expediente clínico UCIA

“Auditoría del expediente clínico en la unidad de Cuidados Intensivos de Adulto (UCIA) del Hospital Escuela Regional “Asunción”, Juigalpa – Chontales, Noviembre 2017”.

Cuadro No : 8

Información brindada a paciente y familia sobre el estado de salud

Adecuado	Frec	%
Si	38	83
No	8	17
Total	46	100

Fuente: Observación directa en la UCIA

“Auditoría del expediente clínico en la unidad de Cuidados Intensivos de Adulto (UCIA) del Hospital Escuela Regional “Asunción”, Juigalpa – Chontales, Noviembre 2017”.

Cuadro No : 9

Satisfacción de la familia sobre la atención recibida en la UCIA

Adecuado	Frec	%
Si	38	83
No	8	17
Total	46	100

Fuente: Observación directa en la UCIA

“Auditoría del expediente clínico en la unidad de Cuidados Intensivos de Adulto (UCIA) del Hospital Escuela Regional “Asunción”, Juigalpa – Chontales, Noviembre 2017”.

Cuadro No : 10

Sexo de los pacientes ingresados a la UCIA

Sexo	Frec	%
Hombre	20	43
Mujer	26	57
Total	46	100

Fuente: Expediente clínico UCIA

“Auditoría del expediente clínico en la unidad de Cuidados Intensivos de Adulto (UCIA) del Hospital Escuela Regional “Asunción”, Juigalpa – Chontales, Noviembre 2017”.

Cuadro No : 11

Edad de los pacientes ingresados a la UCIA

Grupo de edades	Frec	%
------------------------	-------------	----------

Menor de 30 Años	18	39
31 a 49 Años	4	9
50 a 69 Años	21	46
70 Años y más	3	7
Total	46	100

Fuente: Expediente clínico UCIA

“Auditoría del expediente clínico en la unidad de Cuidados Intensivos de Adulto (UCIA) del Hospital Escuela Regional “Asunción”, Juigalpa – Chontales, Noviembre 2017”.

Cuadro No : 12

Procedencia de los pacientes ingresados a la UCIA

Procedencia	Frec	%
Urbano	19	41
Rural	27	59
Total	46	100

Fuente: Expediente clínico UCIA

“Auditoría del expediente clínico en la unidad de Cuidados Intensivos de Adulto (UCIA) del Hospital Escuela Regional “Asunción”, Juigalpa – Chontales, Noviembre 2017”.

Cuadro No : 13

Patologías de base del paciente ingresado

Patologías	Frec	%
Hipertensión Arterial	16	35
Diabetes Mellitus	6	13
Complicaciones del embarazo	17	37
Traumas	2	4
Otros	5	11
Total	46	100

Fuente: Expediente clínico UCIA

“Auditoría del expediente clínico en la unidad de Cuidados Intensivos de Adulto (UCIA) del Hospital Escuela Regional “Asunción”, Juigalpa – Chontales, Noviembre 2017”.

Cuadro No : 14

Criterios de ingresos a UCIA de pacientes ingresados

Patologías	Frec	%
ACV	5	11
IAM	3	7
Cetoacidosis	4	9
Shock séptico	2	4

Shock hipovolémico	3	7
Preclampsia / Eclampsia	14	30
Hemorragias en el embarazo	3	7
Urgencias hipertensivas	8	17
Otros	4	9
Total	46	100

Fuente: Expediente clínico UCIA

“Auditoría del expediente clínico en la unidad de Cuidados Intensivos de Adulto (UCIA) del Hospital Escuela Regional “Asunción”, Juigalpa – Chontales, Noviembre 2017”.

Cuadro No : 15

Pronóstico de sobrevivencia de pacientes ingresados a UCIA

Patologías	Frec	%
Bueno	26	57
Reservado	5	11
Malo	8	17
SD	7	15
Total	46	100

Fuente: Expediente clínico UCIA

“Auditoría del expediente clínico en la unidad de Cuidados Intensivos de Adulto (UCIA) del Hospital Escuela Regional “Asunción”, Juigalpa – Chontales, Noviembre 2017”.

Cuadro No : 16

Origen del ingreso de pacientes a UCIA

Sala o Servicio	Frec	%
Emergencia	18	39
Medicina Interna	6	13
Cirugía	2	4
ARO	2	4
Sala de Operaciones	18	39
Total	46	100

Fuente: Expediente clínico UCIA

“Auditoría del expediente clínico en la unidad de Cuidados Intensivos de Adulto (UCIA) del Hospital Escuela Regional “Asunción”, Juigalpa – Chontales, Noviembre 2017”.

Cuadro No : 17

Complicación ocurrida durante su estancia en UCIA

Ocurrencia de complicación	Frec	%
-----------------------------------	-------------	----------

Si	11	24
No	35	76
Total	46	100

Fuente: Expediente clínico UCIA

“Auditoría del expediente clínico en la unidad de Cuidados Intensivos de Adulto (UCIA) del Hospital Escuela Regional “Asunción”, Juigalpa – Chontales, Noviembre 2017”.

Cuadro No : 18

Tipo de Complicación ocurrida durante su estancia en UCIA

Tipo de complicación	Frec	%
Insuficiencia Respiratoria	5	45
Insuficiencia múltiples órganos	6	55
Total	11	100

Fuente: Expediente clínico UCIA

“Auditoría del expediente clínico en la unidad de Cuidados Intensivos de Adulto (UCIA) del Hospital Escuela Regional “Asunción”, Juigalpa – Chontales, Noviembre 2017”.

Cuadro No : 19

Utilización de ventilación mecánica

Ventilación	Frec	%
Si	11	24
No	33	76
Total	46	100

Fuente: Expediente clínico UCIA

“Auditoría del expediente clínico en la unidad de Cuidados Intensivos de Adulto (UCIA) del Hospital Escuela Regional “Asunción”, Juigalpa – Chontales, Noviembre 2017”.

Cuadro No : 20

Días de utilización de ventilación mecánica

Días de ventilación	Frec	%
< 3 días	3	27
3 a 7 días	4	36
8 días y más	4	36
Total	11	100

Fuente: Expediente clínico UCIA

“Auditoría del expediente clínico en la unidad de Cuidados Intensivos de Adulto (UCIA) del Hospital Escuela Regional “Asunción”, Juigalpa – Chontales, Noviembre 2017”.

Cuadro No : 21

Utilización de aminas vaso activas

Aminas	Frec	%
Si	15	33
No	31	67
Total	46	100

Fuente: Expediente clínico UCIA

“Auditoría del expediente clínico en la unidad de Cuidados Intensivos de Adulto (UCIA) del Hospital Escuela Regional “Asunción”, Juigalpa – Chontales, Noviembre 2017”.

Cuadro No : 22

Utilización de aminas vaso activas

Días de aminas	Frec	%
< 3 días	7	47
3 a 7 días	5	33
8 días y más	3	20
Total	15	100

Fuente: Expediente clínico UCIA

“Auditoría del expediente clínico en la unidad de Cuidados Intensivos de Adulto (UCIA) del Hospital Escuela Regional “Asunción”, Juigalpa – Chontales, Noviembre 2017”.

Cuadro No : 23

Utilización de transfusiones sanguíneas

Transfusión	Frec	%
Si	8	17
No	38	83
Total	46	100

Fuente: Expediente clínico UCIA

“Auditoría del expediente clínico en la unidad de Cuidados Intensivos de Adulto (UCIA) del Hospital Escuela Regional “Asunción”, Juigalpa – Chontales, Noviembre 2017”.

Cuadro No : 24

Utilización de transfusiones sanguíneas

Paquetes utilizados	Frec	%
1 a 2 PG	6	75
3 PG y más	2	25

Total	8	100
--------------	----------	------------

Fuente: Expediente clínico UCIA

“Auditoría del expediente clínico en la unidad de Cuidados Intensivos de Adulto (UCIA) del Hospital Escuela Regional “Asunción”, Juigalpa – Chontales, Noviembre 2017”.

Cuadro No : 25

Adecuado abastecimiento de medicamento

Stock de medicamento	Frec	%
Si	44	96
No	2	4
Total	46	100

Fuente: Expediente clínico UCIA

“Auditoría del expediente clínico en la unidad de Cuidados Intensivos de Adulto (UCIA) del Hospital Escuela Regional “Asunción”, Juigalpa – Chontales, Noviembre 2017”.

Cuadro No : 26

Registro adecuado de la administración de medicamento

Stock de medicamento	Frec	%
Si	41	89
No	5	11
Total	46	100

Fuente: Expediente clínico UCIA

“Auditoría del expediente clínico en la unidad de Cuidados Intensivos de Adulto (UCIA) del Hospital Escuela Regional “Asunción”, Juigalpa – Chontales, Noviembre 2017”.

Cuadro No : 27

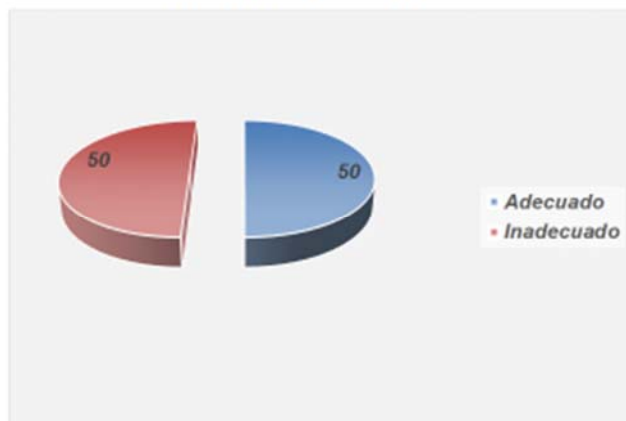
Tipo de egreso de los pacientes ingresados en UCIA

Egreso	Frec	%
Alta	3	7
Fallecidos	6	13
Abandono	3	7
Salas	34	74
Total	46	100

Fuente: Expediente clínico UCIA

“Auditoría del expediente clínico en la unidad de Cuidados Intensivos de Adulto (UCIA) del Hospital Escuela Regional “Asunción”, Juigalpa – Chontales, Noviembre 2017”.

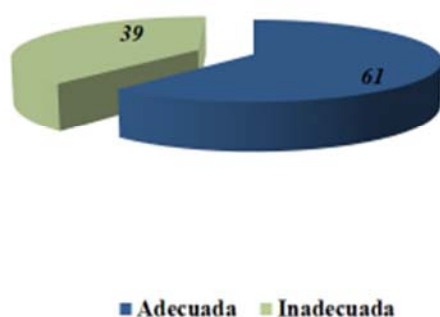
Grafico No 1: Calidad del pase de visitas en la sala de UCIA



Fuente: Cuadro 1

“Auditoría del expediente clínico en la unidad de Cuidados Intensivos de Adulto (UCIA) del Hospital Escuela Regional “Asunción”, Juigalpa – Chontales, Noviembre 2017”.

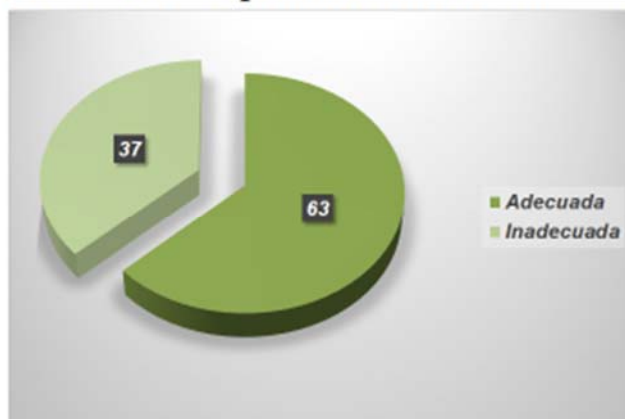
Grafico No 2: Calidad de la nota de recibo en el expediente clínico en la UCIA



Fuente: Cuadro 2

“Auditoría del expediente clínico en la unidad de Cuidados Intensivos de Adulto (UCIA) del Hospital Escuela Regional “Asunción”, Juigalpa – Chontales, Noviembre 2017”.

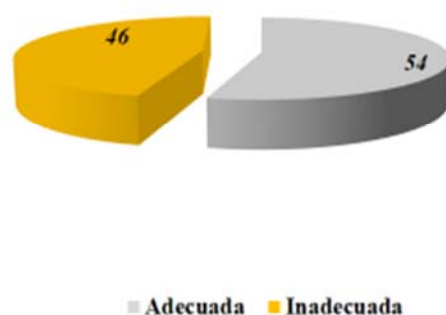
Grafico No 3: Calidad de la nota de evolución en el expediente clínico en UCIA



Fuente: Cuadro 3

“Auditoría del expediente clínico en la unidad de Cuidados Intensivos de Adulto (UCIA) del Hospital Escuela Regional “Asunción”, Juigalpa – Chontales, Noviembre 2017”.

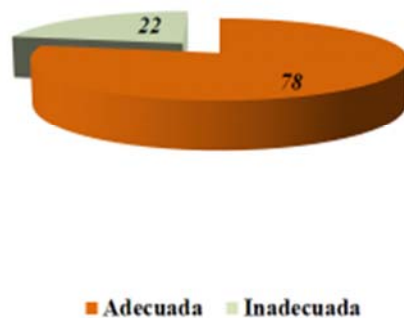
Grafico No 4: Calidad del llenado del expediente clínico en la UCIA



Fuente: Cuadro 4

“Auditoría del expediente clínico en la unidad de Cuidados Intensivos de Adulto (UCIA) del Hospital Escuela Regional “Asunción”, Juigalpa – Chontales, Noviembre 2017”.

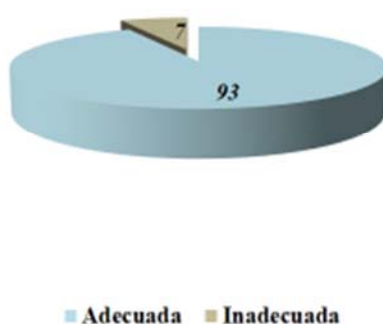
Grafico No 5: Calidad de la nota de enfermería en el expediente clínico en la UCIA



Fuente: Cuadro 5

“Auditoría del expediente clínico en la unidad de Cuidados Intensivos de Adulto (UCIA) del Hospital Escuela Regional “Asunción”, Juigalpa – Chontales, Noviembre 2017”.

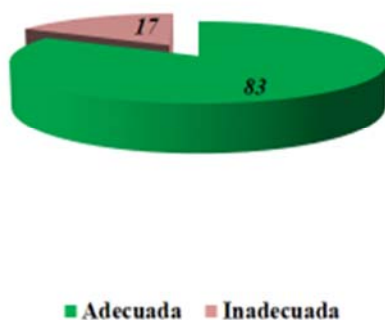
Grafico No 6: Calidad del llenado de la hoja de parámetros hemodinámicos en el expediente clínico en la UCIA



Fuente: Cuadro 6

“Auditoría del expediente clínico en la unidad de Cuidados Intensivos de Adulto (UCIA) del Hospital Escuela Regional “Asunción”, Juigalpa – Chontales, Noviembre 2017”.

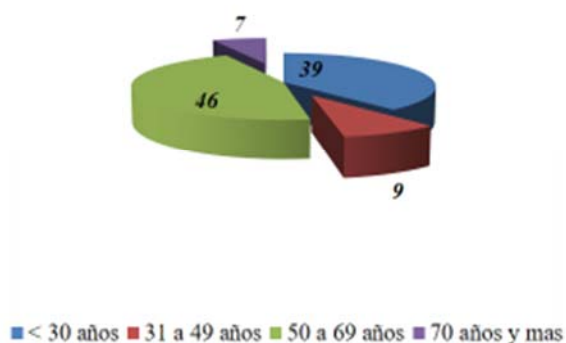
Grafico No 7: Información brindada a pacientes y familiares sobre el estado de salud de los pacientes en UCIA



Fuente: Cuadro 8

“Auditoría del expediente clínico en la unidad de Cuidados Intensivos de Adulto (UCIA) del Hospital Escuela Regional “Asunción”, Juigalpa – Chontales, Noviembre 2017”.

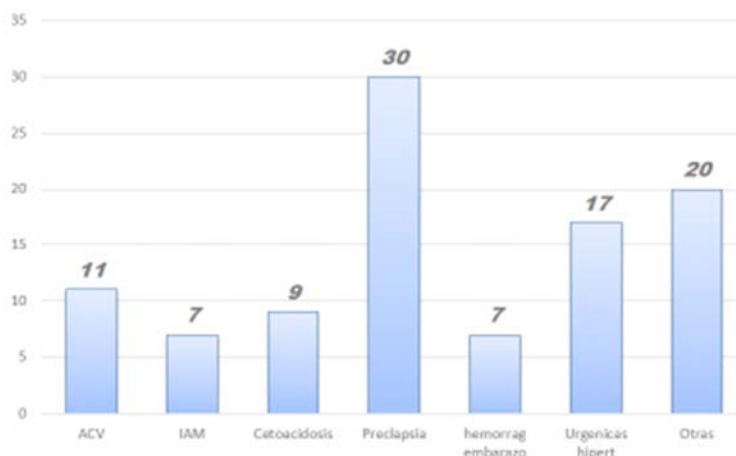
Grafico No 8: Edad de los pacientes ingresados en UCIA



Fuente: Cuadro 11

“Auditoría del expediente clínico en la unidad de Cuidados Intensivos de Adulto (UCIA) del Hospital Escuela Regional “Asunción”, Juigalpa – Chontales, Noviembre 2017”.

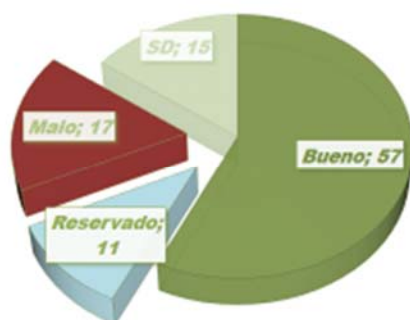
Grafico No 9: Patologías de ingreso a UCIA



Fuente: Cuadro 14

“Auditoría del expediente clínico en la unidad de Cuidados Intensivos de Adulto (UCIA) del Hospital Escuela Regional “Asunción”, Juigalpa – Chontales, Noviembre 2017”.

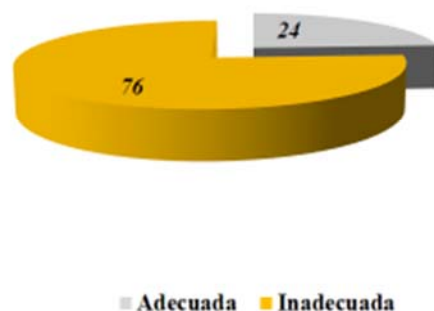
Grafico No 10: Pronóstico de sobrevivencia de pacientes ingresados en UCIA



Fuente: Cuadro 15

“Auditoría del expediente clínico en la unidad de Cuidados Intensivos de Adulto (UCIA) del Hospital Escuela Regional “Asunción”, Juigalpa – Chontales, Noviembre 2017”.

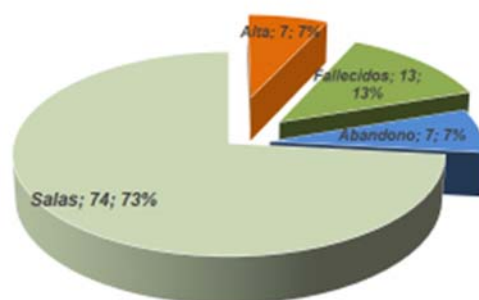
Grafico No 11: Complicaciones durante su estancia en la UCIA



Fuente: Cuadro 18

“Auditoría del expediente clínico en la unidad de Cuidados Intensivos de Adulto (UCIA) del Hospital Escuela Regional “Asunción”, Juigalpa – Chontales, Noviembre 2017”.

Grafico No 12: Condición de egreso de los pacientes ingresados en la UCIA



Fuente: Cuadro 27