

RESULTADO DEL PROGRAMA DE ACOMPAÑAMIENTO COMUNITARIO EN EL
REINGRESO A UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS EN HONDA TOLIMA 2016

INVESTIGADORA
WILMA LEYTON GODOY

ASESOR
DR. ARLEX URIEL PALACIOS BARAHONA. MD. MSC EPIDEMIOLOGÍA, ESP.
AUDITORÍA EN SALUD.

UNIVERSIDAD CES
FACULTAD DE MEDICINA
ESPECIALIZACIÓN EN EPIDEMIOLOGIA
MEDELLÍN
2016

RESULTADO DEL PROGRAMA DE ACOMPAÑAMIENTO COMUNITARIO EN EL
REINGRESO A UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS EN HONDA TOLIMA 2016

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA
EN EPIDEMIOLOGÍA

POR:
WILMA LEYTON GODOY

UNIVERSIDAD CES
FACULTAD DE MEDICINA
ESPECIALIZACIÓN EN EPIDEMIOLOGIA
MEDELLÍN
2016

AGRADECIMIENTOS

A Dios por darme la vida para el alcance de mis metas, a mis hijas, esposo, madre por el acompañamiento y confianza en mis proyectos de vida. A mis jefes inmediatos, empresa por su colaboración y apoyo, a mis docentes gracias por su enseñanza, aprendizaje y acompañamiento haciéndome hoy mejor profesional, a tan excelente grupo de compañeros de clase, y a mi asesor que fue el apoyo todo el tiempo en la consecución de este logro.

Wilma Leyton Godoy

Tabla de contenido

1. FORMULACION DEL PROBLEMA.....	9
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	7
1.2 JUSTIFICACION	10
1.3 PREGUNTA DE INVESTIGACION.....	11
2. MARCO TEORICO	12
2.1 ORIGEN DEL PROGRAMA DE ACOMPAÑAMIENTO COMUNITARIO	12
2.2.RESULTADOS DEL PROGRAMA DE ACOMPAÑAMIENTO COMUNITARIO	12
2.3.PROGRAMA DE ACOMPAÑAMIENTO COMUNITARIO EN LA IPS Y SUS ACTIVIDADES.....	12
2.4.DESCRIPCION DEL PROGRAMA	14
3. OBJETIVOS.....	17
3.1 OBJETIVO GENERAL.....	17
3.2.OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	17
4. METODOLOGIA	18
4.1 ENFOQUE METODOLOGICO	18
4.2.TIPO DE ESTUDIO	18
4.3.POBLACION Y DISEÑO MUESTRAL	18
4.4.CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION	18
4.4.1 Inclusión.....	18
4.4.2 Exclusión	19
4.5.DESCRIPCION DE LAS VARIABLES	19
4.6.TECNICAS DE RECOLECCION DE INFORMACION	22
4.6.1 Fuentes de información	22
4.6.2 Proceso de obtención de la información	23
4.7 PRUEBA PILOTO.....	23
4.8.ERRORES Y SESGOS	23

4.9.TECNICA DE PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE LOS DATOS.....	23
5. RESULTADOS.....	24
5.1 DESCRIPCION DE LOS PACIENTES	24
5.2.CARACTERIZACION SOCIODEMOGRAFICA	24
5.3.CARACTERISTICAS CLINICAS.....	28
5.3.1 Escala Barthel.....	28
5.3.2 Escala índice de comorbilidad de Charlson (CCI)	29
5.4.REINGRESO A UCI.....	30
5.5.TIEMPO DE ALTA	31
5.6 TIEMPO LIBRE HASTA EL REINGRESO.....	31
6. DISCUSION	32
7. CONCLUSIONES	35
8. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	36
9. ANEXOS.....	43
9.1 ANEXO A. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL DESARROLLO DEL PROYECTO.....	43
9.2.ANEXO B. ENCUESTA VISITA DOMICILIARIA.....	47
9.3.ANEXO C. ENCUESTA POST EGRESO UCI	49
9.4.ANEXO D. DIAGRAMA DE VARIABLES.....	51

TABLAS

1. Tabla No. 1 Descripción de variables.....	18
2. Tabla No. 2 Frecuencia de distribución de sexo.....	23
3. Tabla No. 3 Frecuencia de distribución de EPS.....	23
4. Tabla No. 4 Frecuencia de distribución de trabajo.....	24
5. Tabla No. 5 Frecuencia de distribución del nivel de escolaridad.....	24
6. Tabla No. 6 Frecuencia de estado civil.....	25
7. Tabla No. 7 Frecuencia de distribución de zona de residencia.....	25
8. Tabla No. 8 Frecuencia de distribución del estrato socioeconómico.....	25
9. Tabla No. 9 Pacientes que del PAC ingresaron a UCI.....	26
10. Tabla No. 10 Escala de Barthel.....	28
11. Tabla No. 11 Índice de comorbilidad de charlson.....	28
12. Tabla No. 12 Tipos de discapacidad de los pacientes del PAC.....	29
13. Tabla No. 13 Seguimiento ambulatorio en hábitos saludables.....	29
14. Tabla No. 14 Visitas domiciliarias.....	30
15. Tabla No. 15 Medidas terapéuticas.....	30
16. Tabla No. 16 Tiempo de alta de hospitalización desde el PAC.....	30

RESUMEN

Introducción: el programa de acompañamiento comunitario (PAC) se fundamenta en estrechar la relación entre el médico especialista tratante y el paciente críticamente enfermo que estuvo hospitalizado en la unidad de cuidados intensivos (UCI). Los pacientes que egresan de la UCI, requieren de monitoreo y seguimiento para mejorar y mantener su calidad de vida y evitar un reingreso o desmejoramiento de su salud. Los programas de seguimiento comunitario son parte del proceso de atención ambulatoria de pacientes con alteración de las condiciones de salud, por lo cual la evaluación de sus resultados aporta información al PAC.

Objetivo: el presente estudio busco determinar el tiempo libre de recaída hasta el reingreso a hospitalización a uci de pacientes en seguimiento en el PAC en una IPS del Tolima en el municipio de Honda en la vigencia 2015 – 2016.

Materiales y métodos: se realizó un estudio empírico, observacional, retrospectivo, descriptivo, de pacientes atendidos en un PAC durante el periodo del 16-06-2015 al 30-04-2016. La fuente de información fueron las historias clínicas de la unidad de cuidados intensivos.

Resultados: se analizaron 70 pacientes, el 41,4% eran mujeres y el 58,6% hombres. De los pacientes en el PAC solo se presentó un reingreso (1,4 %), Los pacientes permanecieron en el programa un promedio de 291 días, el límite inferior fue de 284 días y el límite superior de 299 días.

Conclusiones: El PAC demostró ser efectivo en evitar reingresos a hospitalización, y los pacientes que egresan de la uci en el PAC tienen una mortalidad baja.

Palabras claves: Cuidados intensivos, acompañamiento, calidad de vida, sobrevivencia, dependencia.

ABSTRACT

Introduction: The community accompanying program (CAP) is based on creating a closer relationship between the medical specialist and the critically ill patient that has been hospitalized in the intensive care unit (ICU). The patients that leave the UCI require constant monitoring and tracking in order to improve and keep their life quality and avoid a possible re-entry or worsening of their health. The community tracking programs are part of the outpatient care process of patients with alterations to their health conditions, which is why the evaluation of their results contributes information about the CAP.

Objective: This study looked to determine the relapse free time until the re-entry to hospitalization in the ICU of patients in the CAP at a Tolima IPS in the town of Honda during the 2015-2016 period.

Materials and Methods: Empirical, observational, retrospective and descriptive studies of the patients that were a part of the CAP from 16-06-2015 to 30-04-2016. The sources of information were the clinical records of the intensive care unit.

Results: A total of 70 patients were analyzed, 41,4% were women and 58,6% were men. Only 1,4% of the patients that were a part of the CAP had to be re-hospitalized. The patients were a part of the program for 291 days on average; the lower limit was 284 days and the upper limit was 299 days.

Conclusions: The CAP proved to be effective to avoid re-entries to hospitalization. The patients that leave the ICU in the CAP have a low mortality rate.

Keywords: Intensive care, accompanying, life quality, re-entry, monitoring.

1. FORMULACION DEL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Medir el impacto del resultado de un programa de acompañamiento comunitario (PAC) de los pacientes que egresan de las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS), son aspectos poco medidos. . Las IPS deben contar con mecanismos para evaluar las intervenciones desarrolladas, que les permita implementar actividades de mejoramiento continuo. En el contexto de los programas de atención, tanto IPS como entidades administradoras de planes de beneficios (EPS) ejecutan actividades de mejoramiento, pero con escasa información basada en evidencia del contexto colombiano.

El desarrollo del PAC, inició en el año 2015 como mejoramiento continuo, si bien son estrategias para mejorar la continuidad en el proceso de atención, la existencia no garantiza mejorar los resultados, por lo tanto medir los resultados clínicos en estos programas en términos de reingreso de pacientes a hospitalizaciones contribuye al mejoramiento de los procesos en salud.

Se hace necesario abordar mecanismos efectivos que hagan seguimiento a los pacientes que egresan de las unidades de cuidados intensivos de manera que garanticen resultados en la calidad de vida, sobrevivencia de los pacientes y evitar así el reingreso a la unidad de cuidados intensivos. Hay poca evidencia documentada sobre seguimiento de pacientes posterior al egreso de la unidad de cuidados intensivos, si existen programas ambulatorios se conocen pocos resultados (1).

Las aseguradoras en salud se benefician cuando los pacientes que egresan de la unidad de cuidados intensivos presentan mejoría en su calidad de vida, de ahí que el PAC, es una propuesta que contribuye a mejorar los resultados del programa y es de suma importancia para departamento del Tolima contar con evidencia que permita mejorar aspectos asistenciales en beneficio de los pacientes.

1.2 JUSTIFICACION

Generar conocimientos en autocuidado en salud a pacientes y su familia a través de un PAC de atención posterior al egreso de la UCI en una IPS del municipio de Honda en el departamento del Tolima, ayuna a implementar estrategias de choque para evitar incremento de la morbilidad de los pacientes. Diferentes estudios han evidenciado que los pacientes que egresan de UCI, tienen una tasa de reingresos 6 % en Colombia (2), en Australia y Nueva Zelanda es de 6,3 % (2) y una mortalidad a nivel mundial de 20 % en Estados Unidos (2), México 23 %, Reino Unido 23 – 27 %, Japón 23 %, Italia 23 % Canadá 24,8 % y en Colombia en IPS privadas 20 % y del 20 al 30% públicas (2).

Este programa pretende reducir la morbilidad, mortalidad y reingresos, por lo cual poder medir sus resultados hasta el presente aporta evidencia sobre su efectividad. El PAC permite que el paciente y el cuidador establezcan una relación de reconocimiento del otro como ser humano (3, 4, 5).

Empíricamente se ha observado que los pacientes al estar en un programa de acompañamiento comunitario, se les garantiza la prestación de los servicios de salud, minimizando el riesgo de reingreso a la unidad de cuidados intensivos, y aportando ahorro para los aseguradores en cuanto a autorizaciones y eliminación de barreras de acceso, por lo cual medir resultados contribuye a reducir costos y mejorar la prestación de los servicios de salud. Diferentes programas han evidenciado que el soporte social juega un rol importante en la recuperación de los pacientes con enfermedad crónica, lo cual es un aspecto clave en el PAC (6, 7, 8).

En el PAC, teniendo en cuenta que un paciente cuando egresa de UCI puede someterse a múltiples procedimientos altamente complejos con el fin de lograr el restablecimiento de su salud generándose durante este periodo alteraciones en su capacidad funcional y vital por lo cual nos constituimos como instrumento validador para facilitar su inclusión dentro de la sociedad.

Como IPS de Alta de Complejidad creemos que el compromiso con nuestros usuarios debe ir más allá de la atención en salud brindada al interior de nuestras instalaciones. Creemos y estamos seguros que dichos usuarios y sus familias han sufrido serias transformaciones en el normal desarrollo de su vida diaria por tal razón estamos convencidos que a partir del seguimiento extra institucional de nuestros pacientes podremos impactar directamente en la comunidad.

1.3 PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Cuál es el tiempo libre hasta la hospitalización de pacientes que egresan de UCI y permanecen en el programa ambulatorio de acompañamiento comunitario, en el municipio de Honda, Tolima durante el 2016 a 2016?

2. MARCO TEORICO

2.1 ORIGEN DEL PROGRAMA DE ACOMPAÑAMIENTO COMUNITARIO

Las vivencias que experimentan los pacientes durante la estancia hospitalaria y más en concreto las sensaciones vividas en unidades de cuidados intensivos, han provocado que desde hace dos décadas se hayan convertido en objeto de estudio. Así, de la misma manera muchos enfermeros han venido planificando y desarrollando el cuidado del paciente crítico, complementando el cuidado a partir de la vivencia misma del paciente y permitiendo el uso de herramientas, emocionales, sociales, como una opción de cuidado al egreso de la UCI y de terapéutica en estado crítico a través del PAC.(9).

En Chile el énfasis de planificación y programación en Red están dados principalmente por la reforma de la salud, los objetivos sanitarios de la década y el modelo de atención integral con enfoque familiar y comunitario, incorporando al sistema de protección social a grupos prioritarios como son la infancia, jóvenes, adultos mayores, con el propósito de realizar una transformación en la atención de los pacientes hospitalizados y a través del PAC, que contribuya a la continuidad de los tratamientos y al desarrollo social del paciente y su familia(10).

2.2 RESULTADOS DEL PROGRAMA DE ACOMPAÑAMIENTO COMUNITARIO

Como institución prestadora de servicios de salud de Alta Complejidad estamos comprometidos con nuestros usuarios de ir más allá de la atención en salud brindada al interior de nuestras instalaciones, Nuestros pacientes y sus familias han sufrido serias transformaciones en el normal desarrollo de su vida diaria, por esta razón estamos convencidos del trabajo de seguimiento ambulatorio a nuestros pacientes logrando impactar directamente en la comunidad mediante testimonios de vida.

2.3 PROGRAMA DE ACOMPAÑAMIENTO COMUNITARIO EN LA IPS Y SUS ACTIVIDADES

El PAC se implementó desde el seno de calidad de la institución bajo el proceso de centro de innovación en la calidad, cuenta con un procedimiento para la recolección de información sobre la base de la ruta crítica del planear, hacer,

verificar y a su vez forma parte de la minería de datos dentro de la línea investigativa de la institución, así como del modelo de gestión del conocimiento en lo relacionado con métodos que fundamentan la capacidad de conocimiento y etapas de transformación del pensamiento (11).

Con relación a efectividad del plan de egreso para cuidado seguro, integral y continuo en el ámbito domiciliario se instauró al interior de la unidad de cuidados intensivos un programa de acompañamiento comunitario que permitiera realizar el seguimiento al paciente en casa, disminuir costos y evitar el reingreso al paciente a la unidad de cuidados intensivos.

Motivados a evaluar la efectividad del programa a través del seguimiento con el equipo interdisciplinario realiza la visita al paciente y realiza actividades de medición como son: Consulta por especialista médico intensivista, hábitos saludables, hábitos de vida, y seguimiento con el asegurador del paciente a la solicitud de estudios o controles médicos.

Ingresan en las unidades de cuidados intensivos no lo hacen tanto por procesos agudos como por descompensaciones de procesos crónicos, al evaluar el análisis estadístico muy significativo el índice de Barthel al egreso a UCI se halló que existía un alto porcentaje de pacientes que eran dependientes de otras personas para realizar ABVD y Ibarren y colaboradores, plantean en su trabajo sobre calidad de vida relacionado con la salud en pacientes críticos, que un porcentaje de los pacientes que dentro de estos los de diagnóstico clínico eran los de mayor porcentaje; siendo de resultado del análisis estadístico muy significativo(12).2

Eduardo Camps y otros, en un estudio comparativo, transversal y prospectivo (octubre 2007- febrero de 2008) realizado en una UCI hallaron según el índice de Barthel que 19 pacientes eran independientes, 29 presentaban dependencia moderada y 1 dependencia severa, podemos ver que el 92.2% de los pacientes independientemente del de su diagnóstico al ingreso, al abandonar el servicio eran totalmente dependiente en lo que al componente físico respecta, , y en la evaluación mental el 35.9% necesitaba ayuda familiar, con una significancia estadística alta. Esto resulta interesante porque nos recuerda que el enfermo que vemos hoy seguirá de algún modo estando enfermo dentro de 12 meses. Muchos de los pacientes que superan una enfermedad grave serían tributarios de un seguimiento y soporte integral que seguramente hoy en día no lo estamos proporcionando, sin embargo los pacientes independientes y con categoría diagnóstica traumática presentaron mejor calidad de vida. (13).

Martínez, en un estudio descriptivo realizado en el segundo semestre de 2009 de Afrontamiento y Adaptación en pacientes egresados de unidades de cuidados intensivos conformo grupos de pacientes egresados de unidades de cuidados

intensivos, donde concluye que los pacientes que egresan de las UCI reflejan un estilo de afrontamiento activo con estrategias centradas en el problema tanto cognitivo como comportamental percibiendo la situación como controlable, a través del modelo Roy permite a las enfermeras identificar en los pacientes estrategias adecuadas o inefectivas y orientar el cuidado.

Ante la enfermedad grave como estímulo estresante, donde se engloban cambios repentinos inmediatos o impredecibles en el modo de vida, situaciones ambiguas, alteraciones que atentan contra la vida de los pacientes, se hace necesario implementar seguimiento ambulatorio a los pacientes a través de programas de acompañamiento comunitario que incidan en la sobrevida del paciente.

2.4 DESCRIPCION DEL PROGRAMA

La institución prestadora de servicios de salud, ubicada en el municipio de Honda en el departamento del Tolima, constituida mediante Escritura Pública No. 533 de la Notaría Única de Honda del 29 de Agosto de 2003, con Matrícula Mercantil N0.3043 de septiembre de 2003, con domicilio principal en el municipio de Honda, departamento del Tolima, república de Colombia. Con Nit 809.011.517-8. Orientada a la atención del paciente en estado crítico.

Inició labores el 12 de marzo de 2004 con los servicios de Cuidado Intensivo, Cuidado Intermedio y Servicio Farmacéutico, inscritos debidamente ante la Secretaría de Salud de Tolima; con la expectativa de mejorar la calidad de vida y brindar una oportunidad en la atención a las personas del departamento y su entorno; producto de la vivencia propia de sus gestores, que en aquel entonces tenían la desafortunada experiencia de presenciar el deceso de los pacientes en los servicios de urgencias por la falta de cama de cuidado intensivo en la región; decidieron invertir en la ciudad de Honda para el desarrollo y progreso de su gente; en contra de todas las posibilidades de ejercer ciencia en la provincia, pues en los grandes centros urbanos del país se focaliza la atención de servicios de salud de alta complejidad. Pudo más el emprendimiento y deseo de colaboración y vocación social de sus gestores, que el escepticismo frente a su creación. Actualmente cuenta con servicios de alta complejidad debidamente registrados y certificados ante la Secretaría de Salud del Tolima dando cumplimiento a los requisitos mínimos establecidos por el Sistema Único de Habilitación del Decreto 1011 de 2006 a saber: Unidad de Cuidado Intensivo con 11 camas, Unidad de Cuidado Intermedio con 8 camas, Medicina Nuclear con Gamma cámara, Imágenes Diagnósticas con Tomógrafo Somatón Siemens, Servicio Farmacéutico

y Traslado Asistencial Medicalizado. Para Medicina Intensiva del Tolima S.A. - UCI Honda es muy importante dar cumplimiento al Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en la Atención en Salud definido en el Decreto 1011 de 2006, en sus componentes de Sistema Único de Habilitación, Sistema Único de Acreditación, Programa de Auditoría para el Mejoramiento Continuo (PAMEC) y Sistema de información; para lo cual ha diseñado una cultura organizacional basada en el Modelo de Atención Humanista, conformada por Procesos Estratégicos, Procesos Misionales y Procesos de Apoyo, teniendo como fundamento la Política de Calidad y Política de Seguridad del Paciente. (14).58

La IPS está ubicada en el Departamento del Tolima, a dos horas de la capital del departamento la ciudad de Ibagué y limita por el norte con el departamento de Caldas al Occidente el departamento del Valle del Cauca, al Oriente el Departamento de Cundinamarca y al sur con el departamento del Huila, con una temperatura de 32 grados centígrados.

Sus colaboradores se compromete a fortalecer la atención humanizada, enfocándose en la gestión de la comunicación e información dirigida hacia el usuario y su familia, y a través de servicios misionales como el apoyo comunitario, acompañamiento farmacoterapéutico, posada de Belén, club de la salud, gestión del conocimiento y con el proceso de responsabilidad social empresarial se da el apoyo a la pastoral social, capellanía, alianzas estratégicas y la fundación UCI Honda. Además se desarrolla un programa de acompañamiento ambulatorio que da respuesta a las necesidades del usuario y su familia en el ambiente domiciliario, extramural, posterior a la internación en cuidados intensivos.

El PAC se implementó desde el seno de calidad de la institución bajo el proceso de CENTRO DE INNOVACION EN LA CALIDAD, cuenta con un procedimiento para la recolección de información sobre la base de la ruta crítica del planear, hacer, verificar y a su vez forma parte de la minería de datos dentro de la línea investigativa de la institución, así como del modelo de gestión del conocimiento en lo relacionado con métodos que fundamentan la capacidad de conocimiento y etapas de transformación del pensamiento

Un paciente que ingresa a cuidados intensivos por la gravedad de su enfermedad debe proceder a someterse a múltiples procedimientos altamente complejos con el fin de lograr el restablecimiento de su salud generándose durante este periodo alteraciones en su capacidad funcional y vital por lo cual nos constituimos como instrumento validador para facilitar su inclusión dentro de la sociedad.

Con estos testimonios y por medio de sistemas de información se vincula de manera activa a las Empresas Sociales del Estado y a las Empresas Promotoras de Salud Subsidiadas y Contributivas que tienen a su cuidado dichos pacientes para direccionar en conjunto estrategias de promoción y prevención que impacten de manera favorable en nuestros usuarios.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar el tiempo libre de recaída hasta el reingreso a hospitalización en UCI de pacientes en seguimiento del PAC, en una IPS del Tolima durante el 2015 - 2016.

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Determinar las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes que están en el PAC.
- Calcular el tiempo libre hasta el reingreso a hospitalización en UCI de pacientes en seguimiento del PAC.
- Describir los resultados clínicos en términos de reingreso a UCI de los pacientes en seguimiento en el PAC.

4. METODOLOGÍA

4.1 ENFOQUE METODOLOGICO

Se realizó un estudio empírico-analítico de pacientes que pertenecieron al PAC, donde analizamos los reingresos después del egreso de hospitalización en UCI.

4.2 TIPO DE ESTUDIO

Estudio cuantitativo de tipo empírico, observacional, retrospectivo de pacientes que ingresaron al PAC, con análisis de supervivencia, donde se analizaron los pacientes hospitalizados que egresaron de UCI del municipio de Honda en el departamento del Tolima, a partir de una recolección sistemática de información, extraída de la base de datos de la institución, se seleccionó el periodo desde el 16 de junio de 2015 a abril 30 de 2016, donde el evento de interés fue el reingreso.

4.3 POBLACION Y DISEÑO MUESTRAL

La población son todos los 70 pacientes que ingresaron al PAC. No hubo muestra, porque se tomó toda la población que ingresó al programa durante el periodo de estudio.

4.4 CRITERIOS DE INCLUSION/ EXCLUSION

4.4.1 Inclusión: se incluyeron en el estudio todas las historias clínicas de los pacientes hospitalizados que egresaron de la unidad de cuidados intensivos e ingresaron al programa.

Los parámetros de selección de los usuarios fueron:

- Paciente egresado de UCI
- Información disponible en historia clínica

4.4.2 Exclusión

- Paciente con información escasa de las variables de interés

- Paciente que no disponga de información completa de las actividades del programa
- Paciente que no haya recibido las actividades del programa

4.5 DESCRIPCION DE LAS VARIABLES

Para el presente estudio se tuvo en cuenta variables sociodemográficas en relación con los pacientes de un PAC, las relacionadas con las características generales del programa y donde se analizó el reingreso de los pacientes a hospitalización después del egreso de UCI.

Los datos sociodemográficos se distribuyeron en preguntas relacionadas con la edad, sexo, estado civil, nivel de escolaridad, seguridad social.

Los datos clínicos se obtuvieron de las variables fecha de ingreso al PAC, tiempo de hospitalización en UCI, fecha de egreso de UCI, causa de egreso de UCI, reingreso hospitalario, escala de Barthel ICC- índice de comorbilidad de charlson.

Tabla 1. Descripción de las Variables

Variable N°	Nombre	Etiqueta	Naturalidad	Nivel de medición	Categorías	Unidad de medida	Relación
1	Edad	Edad del Paciente	Cuantitativa Discreta	Razón	Años cumplidos del paciente	Años	Independiente
2	Sexo	Sexo del paciente	Cualitativa	Nominal	1. Femenino 2. Masculino	No Aplica	Independiente
3	Estado Civil	Estado civil del paciente	Cualitativa	Nominal	1. Soltero 2. Casado 3. Viudo 4. Unión Libre 5. Divorciado	No Aplica	Independiente
4	Nivel de Escolaridad	Escolaridad	Cuantitativa	Ordinal	1. Primaria 2.	No Aplica	Independiente

Variable N°	Nombre	Etiqueta	Naturaleza	Nivel de medición	Categorías	Unidad de medida	Relación
					Bachillerato 3. Universidad 4. Especialización		ente
5	Área de Residencia	Área de residencia del paciente	Cualitativa	Nominal	1. Urbana 2. Rural	No Aplica	Independiente
6	Trabaja	Trabaja	Cualitativa	Nominal	1. Si 2. No 3. A veces	No Aplica	Independiente
7	Estrato Socioeconómico	Estrato Socioeconómico del paciente	Cualitativa discreta	Ordinal	1. Bajo 2. Medio 3. Alto	No Aplica	Independiente
8	Seguridad Social	Aseguramiento del paciente	Cualitativa	Nominal	1. Contributivo 2. Vinculado	No Aplica	Independiente
9	Estancia en UCI	Días de estancia en UCI Adulto del Paciente	Cuantitativa	Discreta De Razón	1. Crítica 2. Intermedios	Días	Independiente
10	Fecha de ingreso al programa	Fecha ingreso al programa	Cuantitativa	Discreta	Día/mes/año	Días	Independiente
11	Fecha de egreso a UCI	Fecha egreso de UCI	Cuantitativa	Continua	Día/Mes/Año	Días	Independiente

Variable N°	Nombre	Etiqueta	Naturaleza	Nivel de medición	Categorías	Unidad de medida	Relación
12	Reingreso Hospitalario	Cuáles son los reingresos hospitalarios mensuales del paciente	Cuantitativo Continua	Continua	1.Si 2.No	Días	Dependiente
13	Numero de reingresos	Cuántos Reingresos del paciente	Cuantitativa	Continua	1,2,3,4	Reingresos	Independiente
14	Tiempo de hospitalización UCI	Cuánto tiempo de hospitalización	Cuantitativa	Continua	Día/Mes/Año	Días	Independiente
15	Causa de Egreso UCI	Egreso hospitalario	Cuantitativa	Continua	1.vivo 2. Muerto	Egresos	Independiente
16	Causa de Ingreso A UCI desde el programa	Ingreso a UCI desde el Programa	Cualitativa	Razón	Diagnóstico que figura en la historia clínica de hospitalización	Ingresos	Independiente
17	Estado Nutricional	Estado Nutricional del Paciente	Cualitativa	Nominal	1. Bueno 2. Regular 3. Deteriorado	No Aplica	Dependiente
18	Morbilidad paciente escala (índice	Morbilidad paciente	Cualitativa	Escala	Categoría a 4	Aplicación Escala Charlson	Independiente

Variable N°	Nombre	Etiqueta	Naturaleza	Nivel de medición	Categorías	Unidad de medida	Relación
	de Charlson						
19	Escala de Barthell	Discapacidad del paciente	Cualitativa	Escala	Categoría a 5	Aplicación de Escala de Bartell	Independiente
20	Paciente con éxito terapéutico	Paciente con éxito terapéutico	Cualitativo	Nominal	1. Si 2. No	Éxito terapéutico	Dependiente
21	Seguimiento ambulatorio de hábitos saludables	Seguimiento al paciente en hábitos saludables	Cuantitativo	Ordinal	1, 2, 3, 4, 5	Seguimiento a hábitos saludables	Dependiente
22	Solicitud de estudios diagnósticos	Estudios diagnósticos al paciente	Cuantitativo	Ordinal	1, 2, 3, 4	Estudios diagnósticos	Dependiente
23	Control médico	Control médico	Cuantitativo	Ordinal	1, 2, 3, 4, 5	Controles médicos	Dependiente
24	Visitas domiciliarias	Visitas domiciliarias	Cuantitativa	Ordinal	1, 2, 3, 4, 5	Visitas domiciliarias	Dependiente

4.6 TÉCNICAS DE RECOLECCION DE LA INFORMACION

4.6.1 Fuente de información

La fuente de información fue secundaria y correspondió a la a base de datos de pacientes que ingresaron al PAC del municipio de honda.

4.6.2 Proceso de obtención de la información

Se revisó la información de la historia clínica, se tomaron los datos de las variables de interés en un instrumento elaborado en Excel, para información faltante se buscó en la historia clínica hospitalaria los ingresos respectivos a UCI. El investigador fue la persona encargada de capturar la información de las historias clínicas de los pacientes que ingresaron al PAC.

4.7 PRUEBA PILOTO

Se validó la información de las historias clínicas del PAC verificando la historia clínica de uci.

4.8 CONTROL DE ERRORES Y SESGOS

Se revisaron todas las historias clínicas y se complementó información de la historia clínica del PAC con la de hospitalización para evitar pérdida de datos.

4.9 TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

En el análisis descriptivo utilizamos frecuencias absolutas, relativas, se presentaran los datos en tablas de acuerdo a la naturaleza de cada variable. Para las variables cuantitativas se presentaron a través de medias y su desviación estándar y la mediana con su rango intercuartil. El tiempo libre hasta el evento se calculó utilizando análisis de supervivencia de Kaplan – Meier. El análisis se realizó utilizando el programa SPSS versión 21.

5. RESULTADOS

5.1 DESCRIPCION DE LOS PACIENTES

En este estudio se tomaron datos sociodemográficos y datos relacionados con las características del PAC en los que se analizó el reingreso a UCI. ingresaron 70 pacientes al PAC, el 41,4% (29) eran mujeres y el 58,6% (41) hombres con un mínimo de edad de 16 años y un máximo de 96 años, el 28,6%(20) respondieron estar trabajando, el 84,3% (59), tenían nivel de escolaridad primaria, el 27,1% (19) estaban solteros, el 60,0% (42) pertenecían al estrato socioeconómico uno, el 88,6% (62) la zona de residencia fue la urbana. Tablas 1, 3, 4, 5, 6, 7,8.

Tabla 2. Frecuencia de distribución por sexo

Sexo	Frecuencia	Porcentaje valido
Mujeres	29	41,4
Hombres	41	58,6
Total	70	100,0

5.2 CARACTERIZACION SOCIODEMOGRÁFICA

El asegurador que tiene mayor número de pacientes en el programa de acompañamiento ambulatorio comunitario es Caprecom con 14 pacientes en un 20,0%, seguido de asmet salud con 9 pacientes en un 12,9% y Cafesalud con 8 pacientes equivalente a un 11,4% . Tabla 3.

Tabla 3. Frecuencia de distribución de EPS que aseguran la atención de los pacientes.

EPS	Frecuencia	Porcentaje valido
Caprecom	14	20,0
Asmet Salud	9	12,9
Cafesalud	8	11,4
Salud Vida	7	10,0
Nueva Eps	7	10,0
Saludcoop	6	8,6
Comparta	4	5,7
Ecoopsos	4	5,7
Sanitas	3	4,3
Famisanar	1	1,4
Cafam	1	1,4
Colsanitas	1	1,4
Convida	1	1,4
Policia Nacional	1	1,4
Salud Total	1	1,4
Sanidad Militar	1	1,4
Solsalud	1	1,4
Total	70	100,0

Tabla 4. Frecuencia de distribución de Trabajo

		Frecuencia	Porcentaje valido
Valido	NO	50	71,4
	SI	20	28,6
	Total	70	100,0

Tabla 5. Frecuencia de distribución del nivel de escolaridad

		Frecuencia	Porcentaje valido
Valido	Primaria	59	84,3
	Bachillerato	4	5,7
	Universitario	3	4,3
	Ninguno	3	4,3
	S/I	1	1,4
	Total	70	100,0

Referente al estado civil predominante es el soltero con un 27,1% correspondiente a 19 pacientes, seguido de la unión libre con un 25,7% correspondiente a 18 pacientes. Tabla 6

Tabla 6. Frecuencia de estado civil

		Frecuencia	Porcentaje valido
Valido	Soltero	19	27,1
	Unión libre	18	25,7
	Soltera	15	21,4
	Casada	9	12,9
	Casado	9	12,9
	Total	70	100,0

La zona de residencia predominante de los pacientes es la urbana en un 88,6% que corresponde a 62 pacientes, y la rural con un 11,4% correspondiente a la zona de vivienda de 8 pacientes. Tabla 7.

Tabla 7. Frecuencia de distribución de zona de residencia

		Frecuencia	Porcentaje valido
Valido	Urbana	62	88,6
	Rural	8	11,4
	Total	70	100,0

Tabla 8. Frecuencia de distribución del Estrato Socioeconómico

		Frecuencia	Porcentaje valido
Valido	1	42	60,0
	2	28	40,0
	Total	70	100,0

Tabla 9. Pacientes que del PAC ingresaron a UCI.

	Frecuencia	Porcentaje valido
Insuficiencia respiratoria aguda	22	31,4
Enfermedad cerebro vascular no especificada	12	17,1
Infarto Agudo de Miocardio	4	5,7
Angina de pecho no especificada	2	2,9
Septicemia no especificada	2	2,9
Pancreatitis aguda	2	2,9
Neumonía no especificada	2	2,9
enfermedad hipertensiva con insuficiencia	1	1,4
enfermedad pulmonar obstructiva crónica	1	1,4
envenenamiento autoinflingido intencionalmente	1	1,4
golpe de calor e insolación	1	1,4
hemorragia gastrointestinal no especificada	1	1,4
Hemotorax	1	1,4
hipertension esencial	1	1,4
hipertension esencial (primaria)	1	1,4
hipertension secundaria preexistente	1	1,4

Peritonitis aguda	1	1,4
Sepsis puerperal	1	1,4
motociclista lesionado en accidente	1	1,4
neumotorax traumatico	1	1,4
otro tipo de bloqueo auriculoventricular	1	1,4
peritonitis aguda	1	1,4
sepsis puerperal	1	1,4
sindrome de guillain – barre	1	1,4
Tetania	1	1,4
traumatismo de órgano intraabdominal no especificada	1	1,4
traumatismo de órgano abdominal no especificado	1	1,4
traumatismo intracranial no especificado	1	1,4
Total	70	100,0

5.3 CARACTERISTICAS CLINICAS

De acuerdo a la evaluación de la aplicación del resultado de la escala de Barthell y índice de comorbilidad, valoramos la capacidad funcional de los pacientes del PAC.

5.3.1 Escala de Barthel

Con la escala de Barthel, evaluamos la funcionalidad, capacidad de cada paciente de realizar actividades en su vida cotidiana y el status de la salud en el PAC. Valoramos 10 ítems relacionados con la calidad de vida y el grado de dependencia del paciente, evidenciando 35 pacientes con dependencia moderada, 12 con dependencia total, 11 dependencia severa, 8 son independientes y 5 tienen un grado de dependencia escasa.

Tabla 10. Escala de Barthel.

Puntaje	Clasificación	Número de pacientes
100	Independencia	8
91 – 99	Dependencia Escasa	5
61 – 90	Dependencia Moderada	35
21 – 60	Dependencia Severa	11
0 – 20	Dependencia Total	12
TOTAL		70

5.3.2 Índice de Comorbilidad de Charlson (CCI)

A través del índice de comorbilidad de Charlson evaluamos a los 70 pacientes que intervinieron en PAC, lo que nos muestra que de acuerdo a la medición y cálculo del índice de comorbilidad el 28,6%, 20 pacientes no presentan discapacidad funcional y la supervivencia estimada es mayor. El 21,4% 15 pacientes presentan comorbilidad baja y el 50% 35 pacientes, presentan comorbilidad alta mostrando un índice de discapacidad alto y la supervivencia estimada menor. Tabla 10.

Tabla 11. Índice de comorbilidad de Charlson

		Frecuencia	Porcentaje valido
	Comorbilidad alta	35	50,0
Valido	No comorbilidad	20	28,6
	Comorbilidad baja	15	21,4
	Total	70	100,0

Tabla 12. Tipo de discapacidad de los pacientes del PAC

		Frecuencia	Porcentaje valido
	Ninguna	63	90,0
	hemiparesia derecha	2	2,9
	hemiparesia izquierda	2	2,9
Valido	Cuadriparesia generalizada	2	2,9
	síndrome de guillain – barre	1	1,4
	Total	70	100,0

5.4 REINGRESO A UCI

Solo se presentó un reingreso a UCI de una paciente de sexo femenino de 63 años, la cual presentó una descompensación de una diabetes mellitus, y fue remitida nuevamente a uci. El tiempo libre desde el egreso hasta el reingreso fue de 5 días de la paciente.

Los beneficios de estar en el PAC, y la importancia del seguimiento que se hizo al 100% (70) pacientes en el seguimiento ambulatorio de hábitos saludables, las visitas domiciliarias, las medidas terapéuticas respondieron a que los pacientes se hubieran sentido motivados y que hubiera cumplido con sus expectativas. Tabla 12, 13, 14.

Tabla 13. Seguimiento Ambulatorio de Hábitos Saludables

		Frecuencia	Porcentaje valido
Valido	SI	70	100,0

Tabla 14. Visitas domiciliarias

		Frecuencia	Porcentaje valido
Valido	SI	70	100,0

Tabla 15. Medidas Terapéuticas

		Frecuencia	Porcentaje valido
Valido	SI	70	100,0

5.5 TIEMPO DE ALTA DE LA HOSPITALIZACION DESDE EL PAC

En el PAC pudimos evidenciar que la media del tiempo de alta fue de 148 días y la mediana del tiempo de alta fue de 141 días.

Observamos que la desviación estándar en cuanto a lo relacionado al promedio de tiempo de alta fue de 82 días y un tiempo de hospitalización de 13 días. Tabla 15

Tabla 16. Tiempo de alta de la hospitalización desde el PAC.

	Tiempo en días al Alta	Edad	Tiempo hospitalización en uci
Valido	70	70	70
Media	148,19	60,10	19,81
Mediana	141,00	63,00	15,50

5.6 TIEMPO LIBRE DE VIDA AL REINGRESO

La media estimada hasta el reingreso fue de 284 días (IC 95%: 291 - 299). Al analizar el grado de supervivencia en uci aplicando la prueba de Kaplan Meiller, observamos que solo 1 paciente presento un evento de reingreso a la UCI.

6. DISCUSIÓN

Las empresas promotoras de salud de los pacientes seleccionados en el PAC, autorizaron todos los medios diagnósticos en el caso de los laboratorios clínicos requeridos, interconsultas médicas al nivel de complejidad solicitado, probablemente en otros programas esta oportunidad en el acceso a los servicios de salud no se brinda al 100%. Esta oportunidad obedeció a que el PAC cuenta con un profesional médico especialista en medicina interna intensivista, dedicado exclusivamente al seguimiento de los pacientes y a generar condiciones con calidad de vida, las empresas promotoras de salud asignaron un facilitador con la finalidad que hiciera el seguimiento a los pacientes del programa y así garantizamos la oportunidad de acceso, limitando las barreras a él PAC.

Con los resultados sobre el reingreso después de la alta o egreso de la uci, que se dio en un solo paciente, se ve reflejada el resultado y la eficacia de la intervención médica y la importancia del seguimiento de los cuidados en la casa que se dio por parte del equipo interdisciplinario y el cuidador primario en casa capacitado de los pacientes, evidenciamos que la atención médica se dio en el 100% a todos los pacientes tanto hombres como mujeres seleccionados en el PAC.

El reingreso de un solo paciente a uci fue un índice de calidad asistencial, influenciada por la asistencia médica y el acompañamiento comunitario al paciente a través de las visitas domiciliarias con acciones preventivas e intervenciones de control al paciente (15).

Con el incremento del gasto sanitario debido en parte al envejecimiento de la población, y a pesar de que hace una década se defendía su utilización como estándar de calidad, evitar el envejecimiento o la decadencia del paciente suele ser un objetivo de la política hospitalaria. Lo cierto es que como un evento epidemiológico más, se ha comenzado a estudiar la prevención del reingreso; así se ha cifrado que el 37% de reingresos dependen de factores del hospital, 38% a factores clínicos y 21% de reingresos por factores dependientes del enfermo que pueden ser evitados. Las medidas que han demostrado valor en evitar el reingreso son: la intervención en el plan de alta, la educación del paciente, el seguimiento del mismo y la prevención de la iatrogenia durante el ingreso previo. (16).

Si bien la tasa bruta de reingreso puede ser un medidor burdo de calidad asistencial, la tasa de reingreso verdadero, la de reingreso temprano y la de reingreso evitable pueden servir como indicador de calidad asistencial de un hospital e incluso de un área de salud, y se ofrecen puntos determinados sobre los que se puede actuar como prevención.

En nuestro país la tasa de reingreso comunicada es muy variable, oscilando entre 16 y 34% apoyándose, en general en las publicaciones españolas, su valor como índice de calidad asistencial hospitalaria . La edad , el sexo masculino, el estado civil soltero o viudo y la mayor gravedad al ingreso son factores asociados a una tasa alta de reingreso. Se ha señalado que la fragmentación de la asistencia, la cultura de la alta especialización y la ausencia de coordinación entre niveles asistenciales son algunas de las causas de los reingresos hospitalarios en nuestro país siendo las enfermedades crónicas tales como enfermedad respiratoria crónica, enfermedad hepática crónica, neoplasias pleuro pulmonares y en especial la insuficiencia cardiaca los principales procesos clínicos responsables del reingreso.

La expansión de las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) en los últimos años ha contribuido al mejor manejo de las enfermedades más graves y más complejas. Por otro lado, el desarrollo tecnológico de las últimas décadas, así como el mayor conocimiento de la fisiología y de la historia natural de las enfermedades que sufre el paciente crítico, han posibilitado un mejor soporte de la función de los órganos que fracasan a lo largo de la evolución de estos pacientes en las UCI. Todo ello ha ido acompañado de un incremento en el gasto sanitario, De la necesidad de evaluar la efectividad de la atención a los pacientes críticos y de predecir su mortalidad nacen los modelos de evaluación pronóstica. Han sido varios los índices que se han desarrollado a lo largo de los años, estos índices se usan para evaluar y comparar la calidad de la atención a los pacientes críticos en las distintas UCI, así como la utilización de los recursos disponibles.

Para describir la efectividad una vez calculada la mortalidad esperada a través de los modelos de evaluación pronostica, se evaluó los beneficios clínicos obtenidos con las intervenciones terapéuticas y/o preventivas, en relación con los recursos empleados, y finalmente, clasificar las UCI según el binomio efectividad, eficiencia. (17).

Autores refieren que la prevención de las complicaciones en el alta hospitalaria de las unidades de cuidados intensivos requieren los esfuerzos conjuntos de un grupo multidisciplinario muy especializado.

Es importante estándares de cuidados y un régimen de medidas preventivas para garantizar la investigación y la intervención temprana de los casos. Podemos decir que si queremos disminuir las complicaciones en el enfermo crítico, se debe trabajar en equipo, el paciente debe tener una atención especializada, que sea sistemática, el diagnóstico precoz y la interpretación de las complicaciones exige un alto nivel de preparación profesional para los abordajes del personal que labora en la unidad de cuidados intensivos.(18).

El porcentaje de reingreso en uci es variable, en la institución prestadora de servicios de salud de la uci de honda – Tolima el porcentaje de reingreso es del 0%, aunque la tasa de reingreso en uci sería cero está influenciada por diversos factores como el momento del alta o el curso variable de las enfermedades por lo que el riesgo de reingreso puede ser cero pero nunca nulo. Se evidencia en los resultados de los indicadores que para el año 2015 el indicador de obligatoriedad de calidad de la circular 056 de alerta temprana y la supersalud referente a la notificación de reingreso de pacientes hospitalizados en uci, y establecida la meta de la calidad observada en 0 y la calidad esperada en 0, observamos que de 315 pacientes que estuvieron hospitalizados solo hubo 1 reingreso de paciente y en la vigencia 2016 con corte a junio 30 se observa que de 157 pacientes hospitalizados en uci, no se ha presentado reingreso alguno hasta la fecha, lo que referencia la unidad como una institución que minimiza el riesgo en la prestación de servicios de salud y se caracteriza por una atención con estándares de alta calidad en la atención en salud.(19).

Es necesario contemplar la prestación de servicios domiciliarios desde un enfoque intersectorial, muchos de los pacientes que requieren servicios de salud de salud tienen carencias sociales no relacionadas con su estado de salud que no reciben atención por los sectores correspondientes y, de esta manera, terminan siendo asumidas con los recursos del sistema de salud, lo que genera a este sobrecostos por servicios que deberían ser atendidos en conjunto y con recursos de otras instituciones de protección social del Estado en procura de un real bienestar de los pacientes en todas las dimensiones. En el caso de la atención domiciliaria de pacientes crónicos es importante tener en cuenta los riesgos para cuidadores y personal asistencial como el síndrome de estrés traumático secundario y el síndrome del cuidador o burnout. (20).

Para lograr cambiar nuestro modelo de atención en salud e incluir alternativas distintas de atención, en primer lugar, necesitamos cambiar algunos de los paradigmas que prevalecen entre administradores, tomadores de decisiones y formuladores de políticas de salud, debemos pensar de manera diferente: las oportunidades nacen cuando los paradigmas se rompen.

Es necesario deshospitar nuestro modelo de salud para encontrar alternativas de prestación de servicios que produzcan un gran impacto en las condiciones de salud de nuestra población, y la mejor opción luego de una hospitalización es el regreso al hogar... Es tiempo de apostar por la atención domiciliaria. (4) (21).

7. CONCLUSIONES

Las variables consideradas en el presente estudio aportaron evidencia para explicar el desenlace final de los pacientes.

De acuerdo con los factores psicosociales que abordamos en el PAC, se evidenció la calidad de la atención brindada a los pacientes de la UCI de Honda – Tolima.

El PAC logró controlar los reingresos de pacientes a la uci, resaltando que solamente una paciente reingreso a los cinco días de su egreso de uci, con un diagnóstico de diabetes mellitus no insulino dependiente, los demás pacientes no presentaron desmejoramiento en su estado de salud, observando un tiempo libre de 291 días del paciente en el PAC.

Con respecto a lo relacionado a los resultados clínicos del PAC se realizó el seguimiento a través de un equipo interdisciplinario el cual hizo que se evidenciara que solo 5 pacientes presentaron discapacidad.

A través de un modelo de asistencia implementado por un equipo interdisciplinario, y con un médico especialista en medicina interna, intensivista se realizaron visitas domiciliarias a los pacientes que egresaron de la unidad de cuidados intensivos. Debemos tener en cuenta que en el país no hay un modelo PAC que genere oportunidad de vida y además contribuya con la reducción de los costos del asegurador en la atención a estos pacientes.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Velarde – Jurado E, Ávila FC. Consideraciones metodológicas para evaluar la calidad de vida. Salud Pública, México 2002; 44 (5): 448 – 463.
2. Masclans EJ. Calidad de vida a largo plazo de los pacientes críticos. Medicina intensiva 2005; 29 (4): 201-203.
3. Zuniga MA, Carrillo JGT, Fos PJ, Gandek B, Medina MMR. Evaluación del estado de salud con la encuesta SF-36: resultados preliminares en México: Salud Pública de México 1999; 41(2):110-118.
4. Figueredo, Maldonado, Olga Lidia. Revista Médica de portales médicos.com. Morbimortalidad en la unidad de cuidados intensivos. 28-06-2010.
5. Colombia Ministerio de Salud y la Protección Social. Circular 056 de 2009. Por la cual se crea la obligatoriedad del reporte de los indicadores de alerta temprana. Bogotá: Ministerio de Salud; 2009.
6. Estrada Sarmiento, Carlos. MD,MBA, MSc. En casa todo es mejor. Revista Hospitalaria ACHG. Feb 2016; volumen 105: páginas 50 – 54. Disponible en: [http:// www.achc.org.co](http://www.achc.org.co)
7. Lutt, K, ML, Jaarsmat, Moser D, Sanderman R. Cardiovasc Nurs. The importance and impact of social support on outcomes in patient a with heart failure: an overview of the literature. Mayo – junio 2005; 20 (3): 162 – 169.
8. Gallant MP. The influence of social support on chronic illness self – management: 01 review and directions for research, Health Educ Behav; 2003.
9. García LF, Manzano AJL, Treviño Peña E, Pérez OC, García PI, Vallejo BA, et al. Eficacia y eficiencia de una Unidad de Medicina Intensiva Polivalente. Medicina Intensiva 2000; 24 (5): 211- 219.
10. Metnitz PG, Moreno RP, Almeida E, Jordan B, Bauer P, Campos RA, et al SAPS 3 From evaluation of the patient to evaluation of the intensive care unit. Part 1: objectives, methods and cohort description. Intensive Care Med 2005 Oct; 31 (10): 1345 – 1355.

11. L. Dominguéz, P. Enriqueza, P. Alvarezb, M. de frutos, V. Sagredo. D, A. Dominguez e, J Collado, F, Toboadag, A. Garcia- L. abattuth F. Bobillo, M. Valle dori j Y, Blanco; 2010.
12. J.L Alonso Martinez, B Llorente Diaz, M EcheGARAY Agara, M. A, Urbietta Echezarreta, C. Gonzalez Arencibia, Anales de Medicina Interna (Madrid) Vol.18 No.5. Mayo; 2001.
13. Garcia LF, Manzano AJL, Treviño Peña E, Pérez OC, Garcia OI, Vallejo BA, et al. Eficacia y eficiencia de una unidad de Medicina Intensiva Polivalente. Medicina Intensiva 2000; 24 (5): 211 – 219.
14. Colombia. Ministerio de Salud y la Protección Social, Decreto 1011 de 2006. Por la cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Bogotá: Ministerio de Salud; 2006.
15. Santana A, Farkas. Modelos de autocuidado. Scielo. Pskhe. V10 No.1 Santiago, mayo 2007.
16. Diana Modregro Iranzo. La incontinencia urinaria salud y calidad de vida. Revista electrónica de portales médicos. Saragoza 2007.
17. rshall JC, Cook DJ, Christou NV, Bernard GR, Sprung CL, Sibbald WJ. Multiple organ dysfunction score: a reliable descriptor of a complex clinical outcome. Crit Care Med 1995 Oct; 23:1638 – 1652.
18. Chelluri L, Pinsky MR, Donahue MP. Long – term outcome of crytically III elderly patients requiring intensive care. JAMA 1993; 269:3119-23.
19. Vásquez G, Rosado B, Cerda M. Estudio Multicéntrico. Proyecto Análisis Epidemiológico de los Enfermos Críticos (PAEEC). Med Intensiva 1993; 17:47-86.
20. Rosland A. M, piette JD. Emerging models for mobilizing family support for chronic disease. A structured review. 2010 Mar, 6 (1): 7 -21
21. Barrientos R, Sánchez MM, Morales C. Seguimiento durante de 18 meses de 226 IAM. Mortalidad y calidad de vida. Med Intensiva 1994; 18:95-9.
22. Fajardo OG. Atención Médica, Teoría Práctica Administrativa. La Prensa Médica Mexicana, s.a.1983: 243 – 245.

23. Kost, Gerald J, Vu, Huynh-Troung, Lee, Judith H, More, Multicenter study of oxygen – insensitive handheld glucose point-of- care testing in critical care/hospital/ambulatory patients in the United States and Canada. *Critical Care Medicine*, March 1998; 26(3): 581-590.

24. Welsh, Carolyn H, Thompson, Krista, Long-Krug, Sharon, Evaluation of patient-perceived health status using the Medical Outcomes Survey Short-Form 36 in an intensive care unit population. *Critical Care Medicine*, March 1999 ;26(3):581-590

25. Garnacho- Montero J Garcia- Garmendia, JL, Perez- Paredes, C, More, Factors Influencing the Outcome in Sepsis: Role of Bacteremia, Microbiologically Defined Infection and Empirical Antibiotics. *Critical Care Medicine*, January 1999; 27

26. Niemann, James T, Samuel J, Cruz Brian, More, Outcome of out – of hospital postcountershock a systole and pulseless electrical activity versus primary a systole and pulseless electrical activity. *Critical Care Medicine*, December 2001; 29(12):2366 – 237

27. Heyland, Daren K, Groll, Dianne, Caeser, Manfred, Survivors of acute respiratory distress syndrome: Relationship between pulmonary dysfunction and long – related quality of life. July 2005; 33(7): 1549-1556.

28. Bain, Jesse, Turner, David, Rehder, Kyle, More, Ambulatory Ecmo As A Brridge to Lung Transplantation is A More Cost Effective Approach As Compared To A Non-Ambulatory Strategy. *Critical Care Medicine*, December 2012; 40(12): 1-

29. Thornton, J. Daryl, Schold, Jesse D, Venkateshaiah, Lokesh, More. Prevalence of Copied Information by Attending's and Residents in Critical Care Progress. *Critical Care Medicine*, February 2013; 41(2): 382 – 388.

30. Au, David H, Wong, Edwin S, Use of Intensive Care and Healthhcare Reform: More Questions Following the Massachusetts Experience. *Critical Care Medicine*, April 2014; 42(4):970-971

31. http://www.salamandra.edu.co/fileadmin/documentos/articulos_academicos/Morbi_mortalidad.pdf
32. Metnitz PG, Moreno RP, Almeida E, Jordán B, Bauer P, Campos RA, et al. SAPS 3-From evaluation of the patient to evaluation of the intensive care unit.Part 1: Objectives, methods and cohort description. *Intensive Care Med* 2005 Oct; 31(10): 1345-1355.
33. Moreno R, Metnitz PG, Almeida E, Jordán B, Bauer P, Campos RA,et al. SAPS 3-From evaluation of the patient to evaluation of the intensive care unit.Part 1: Objectives, methods and cohort description. *Intensive Care Med* 2005 Oct; 31(10): 1345-1355.
34. Campion EW, Mulley AG, Goldstein RL. Medical intensive care for elderly: a study of current use, costs, and outcomes. *JAMA* 1981; 246: 2052-6.
35. Grupo PAEEC. Quality of life: a tool for decision – making in the ICU. *Intensive Care Med* 1994; 20:251-2.
36. Goldstein RL, Campion EW, Thibault GF, et al. Functional out-comes following medical intensive care. *Crit Care Med* 1986; 14:783-8.
37. Bergner M, bobbit R, Carter W, Gilson B. The sickness impact profile: development and final version of a health status meas-ure.*Med Care* 1981;119:787-805.
38. Barrientos R, Sánchez MM, Morales C. seguimiento durante 18 meses de 226 IAM. Mortalidad y calidad de vida. *Med Intensiva* 1994; 18:95-9.
39. Ashton CM, Del Junco DJ, Souckek J, Wray NP, Mansyur CL. The asociation between the quality of impairment care and early readmission: a meta-analysis of evidence. *Med care* 1999; 37:140-8.
40. Anderson GF, Steinberg EP. Hospital readmissions in the Medicare Population. *N Engl J Med* 1984; 311: 1349-53.
41. Kellog FR, Brickner PN, Conley L, Conroy. Controlling Hospital Readmission of elderly persons: risk factor analysis. *Home Health Care Searv Q* 1991; 12: 5-16.

42. Anderson MA, Helms LB, Hanson KS, Devilde NW. Unplanned hospital readmissions: a home care perspective. *Nurs Res* 1999; 48: 299-307.
43. Andersen HE, Schultz- Larsen K, Kreiner S et al. Can readmissions after stroke be prevented? Results of a randomized clinical study. Postdischarge follow-up service stroke survivors. *Stroke* 2000; 31: 1038-45.
44. Velarde- Jurado E, Ávila FC. Consideraciones metodológicas para evaluar la calidad de vida. *Salud Publica Mex* 2002; 44(5): 448-463.
45. Needham DM, Dennison CR, Dowdy DW, Méndez TPA, Ciesla N, Desai SV, et al. STUDY protocol: The improving care of acute lung injury patients (ICAP) study. *Critical Care* 2005; 10:9.
46. García LF, Manzano AJL, Treviño Peña E, Pérez OC, García OI, Vallejo BA, et al. Eficacia y eficiencia de una Unidad de Medicina Intensiva Polivalente. *Medicina Intensiva* 2000; 24(5): 211-219.
47. Kvale R, Flatten H. Changes in health- related quality of life from 6 months to 2 years after discharge from intensive care. *Health and Quality of life Outcomes* 2003; 1:2.
48. Gómez- Carretero, P, Monsalve, V, Soriano, J., Alteraciones emocionales y necesidades psicológicas de pacientes en una Unidad de Cuidados Intensivos. Madrid, España. *Medicina. Intensiva* v.31 n.6 agosto-septiembre, 2007. P61-87.
49. Galán, A. (2000). Conducta de enfermedad, estrategias de afrontamiento y calidad de vida: Diferencias conceptuales y sus aplicaciones en enfermos pulmonares. Tesis de doctorado no publicada, Universidad de Sevilla, Sevilla, España.
50. León, R, Pérez, M.A. & Blanco, A. (1991). Perspectivas actuales de la calidad de vida: Un estudio bibliométrico. *Anales de Psiquiatría*, 7, 310-345.
51. Pérez, M.A. & Lozano, J.F. (1994). *Intervención Psicológica en medicina: familia, trabajo, instituciones penitenciarias, centro escolar*, Madrid: TEA.
52. L. Domínguez. Mortalidad y estancia hospitalaria ajustada por gravedad como indicadores de efectividad y eficiencia de la atención de pacientes en Unidades de Cuidados Intensivos. *Med Intensiva*. 2008;32(1):8-14.

53. Shoemaker WC, Ayres SM, Grevik A, Holbrook PR: *Textbook of critical care*. 3rd ed. Philadelphia, WB Saunders, 1995, p.1-6.
54. Caballero López A. Historia de los cuidados intensivos. En *Terapia Intensiva*. 2da Ed.2005.P.1-35
55. Morales Larramendi R, Escalona Velázquez, N. A. Sistemas de Valoración Pronostica y Escalas evaluadoras en cuidados intensivos. En *Terapia Intensiva*. 2da.Ed.2006. P. 179-218.
56. Cáceres, C, Barraza, M., Giavio, C, Troncoso, C. & Toledo, P. (1998). ¿Qué piensan los consultantes a Terapia Familiar de su tratamiento?: Resultados de un seguimiento telefónico a familias consultantes al Instituto Chileno de Terapia Familiar. *Revista de Familias y Terapias*, 9, 15-30.
57. Montoya N. Supervivencias de pacientes con ingreso a unidad de cuidados intensivos SUSALUD.2009;Avaliable at <http://susalud.directoriosonline.com.co/susalud-ips-susalud.htm>, 2004.
58. Dennis RJ, Pérez A, Londoño D, Metcalfe A, Gómez C, McPherson K. Factores asociados con la mortalidad hospitalaria en pacientes admitidos en cuidados intensivos en Colombia. *Arch Bronconeumol* 2002; 3(38): 117-122.
59. Santana L, Sánchez M. Pronostico del paciente critico según el sexo y la edad. *Med Intensiva* 2009; 4(33): 161-165.
60. Cleveland WS. LOWESS: A Program for smoothing Scatterplots by Robust Locally Weighted Regression. *Am Stat* 1981; 35(54).
61. Rowan K. The reliability of case mix measurements in intensive care. *Curr Opin Crit Care* 1996; 2:209-213.
62. Lucero, C, Caqueo, A & Galera, M. (2003). Las habilidades psicoterapéuticas: una mirada desde las competencias del terapeuta: En L. Rehbein (Ed.), *Aportes y desafíos desde la práctica Psicológica* (pp. 207-222) Santiago, Chile: RIL Editores.

63. Vargas, M. & Villablanca, V. (1999). Sistematización de las características, condiciones y habilidades necesarias en un terapeuta para el logro de una psicoterapia exitosa. Memoria para optar el título de psicólogo, no publicada, Universidad de Tarapacá, Arica, Chile.
64. Tiesca MR. La calidad de vida, su importancia y como medirla. Salud Uninorte. Barranquilla Colombia. 2005; 21:76-86.

9. ANEXOS

9.1 ANEXO A. CONSENTIMIENTO INFORMADO INSTITUCIONAL PARA EL PAC

Efectividad en el Acompañamiento Comunitario por parte de la IPS y el Asegurador a los pacientes que egresan de la Unidad de Cuidados Intensivos de la IPS Medicina Intensiva del Tolima S.A. como actividad promotora de calidad de vida 2015 - 2016.

Dentro de las normas éticas exigidas al profesional médico en Colombia por la ley 23 de 1981 se encuentra el deber de informar adecuada y oportunamente a todos sus pacientes

Los riesgos que puedan derivarse del tratamiento que le será practicado, solicitando su consentimiento anticipadamente (artículo 15 y 16).

Le estamos pidiendo participar en la investigación sobre acompañamiento Comunitario de la IPS y el Asegurador a pacientes que egresan de la UCI de la IPS Medicina Intensiva del Tolima S.A dirigido para los pacientes que son prospectos de visitas para el programa.

¿Cuál es el propósito de este consentimiento informado?

Este consentimiento informado se da a usted para ayudarle a entender las características del estudio, de tal modo que usted pueda decidir voluntariamente si desea participar o no. Si luego de leer este documento tiene alguna duda, pida al personal del estudio que le explique. Ellos le proporcionarán toda la información que necesite para que usted tenga un buen entendimiento del estudio.

¿Cuál es el objetivo de este estudio?

Desarrollar un modelo del programa de acompañamiento comunitario ambulatorio que dé respuesta a las necesidades del usuario y su familia en un ambiente domiciliario, extramural posterior a la internación en la unidad de cuidados intensivos de la IPS Medicina Intensiva del Tolima S.A., garantizando el derecho a los pacientes y familia de aceptar o no la inclusión en el PAC, con el pleno conocimiento de los riesgos y beneficios del mismo antes de aceptar una afirmación.

Los procedimientos deben realizarse con la finalidad de obtener resultados fructíferos para el bien de la sociedad que no sean asequibles mediante otros métodos o medios de estudio, y no debe ser de naturaleza aleatoria o innecesaria.

Durante el curso de todo el tratamiento el paciente debe tener la libertad de poder finalizarlo si llega a un estado físico o mental en que la continuación del procedimiento le parece imposible.

¿Cuál es la importancia del consentimiento informado?

En la actualidad es comúnmente aceptado que el consentimiento informado se convierta en una herramienta y en un proceso gradual y verbal en el seno de la relación médico - paciente, en virtud del cual el paciente acepta o no, someterse a un procedimiento diagnóstico o terapéutico después de que el médico le ha informado en calidad y cantidad suficientes sobre la naturaleza, los riesgos y beneficios que el mismo con lleva, así como sus posibles alternativas.

¿Cuáles son los posibles riesgos?

Este estudio no implica ningún riesgo físico o psicológico para usted. Sus respuestas no le ocasionaran ningún riesgo ni tendrán consecuencias para su situación financiera, su empleo o su reputación. El procedimiento será realizado por personal capacitado, no representa riesgo para usted.

¿Cuáles son los principales beneficios de participar en un estudio clínico?

El principal beneficio que usted recibirá por la participación en este estudio será la relacionada con los resultados de este estudio los cuales se podrán utilizar para que los expertos en salud pública, las EPS y las IPS y las organizaciones comunitarias conozcan los principales factores y grupos de riesgo e implementar acciones que mejoren situaciones nocivas identificadas.

Confidencialidad del participante

Las únicas personas que sabrán que usted participó en el estudio somos los miembros del equipo de investigación. Nosotros no divulgaremos ninguna información sobre usted, o proporcionada por usted durante la investigación. Cuando los resultados de la investigación se publiquen o se discutan en conferencias, no se incluirá información que pueda revelar su identidad. Si es su voluntad, su nombre no será registrado en la encuesta ni en ninguna otra parte. Nadie fuera del equipo de investigación tendrá acceso a su información sin su autorización escrita.

Su participación en esta investigación es voluntaria. Si usted decide participar, está libre de retirarse en cualquier momento sin tener ninguna consecuencia para usted. En el momento que solicite información relacionada con el proyecto los investigadores se la proporcionarán.

Consentimiento del sujeto en estudio

Nombre:

_____ D.I. _____

Edad: _____ Sexo: _____ EPS: _____ Cama: _____

Fecha Ingreso _____ Fecha Actual: _____

Fecha Egreso _____ Ciudad _____ Departamento _____

Para el paciente: medicina intensiva del tolima S.A. tiene la responsabilidad y la obligación inalienable de informarle acerca de su enfermedad y de los procedimientos médicos, diagnósticos y/o quirúrgicos; a fin que pueda tomar la decisión libre y sin presión de someterse o no al procedimiento. Conocer los riesgos o imprevistos que puedan surgir a raíz de este con el fin que pueda otorgar o no su consentimiento.

He sido informado acerca de la política de seguridad de paciente que adelanta continuamente Medicina Intensiva del Tolima S.A.- UCI Honda por medio de la cual se minimizan y/o mitigan dichos imprevistos.

Acepto al doctor _____ como mi médico, así como al personal paramédico, ayudantes técnicos y otros profesionales del sector salud que intervengan en la atención de mi salud.

Comprendo y acepto que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias imprevisibles o inesperadas, que puedan requerir una extensión del procedimiento original o la realización de otro procedimiento no mencionado arriba.

Solicito _____ al _____ doctor _____ a efectuarlos procedimientos que sean necesarios y aconsejables según su criterio médico.

Confirmando que me han explicado esta forma en todos sus detalles, que la he leído, que los espacios en blanco han sido llenados y que entiendo su contenido.

Estoy de acuerdo en seguir las instrucciones dadas por el doctor _____ para el restablecimiento de mi salud; entendiendo que su ejercicio asistencial y las actividades que se derivan son de medios más no de fines.

PACIENTE
CC o HUELLA

TESTIGO
CC o HUELLA

Persona que da el consentimiento, relación con el paciente, si no es el mismo paciente:

El paciente no puede firmar por:

Los materiales adicionales que se utilizaron durante el proceso de consentimiento informado para este procedimiento incluyen:

FECHA
REGISTRO

FIRMA MÉDICO Y

9.2 ANEXO B. ENCUESTA VISITA DOMICILIARIA

CENTRO DE INNOVACIÓN EN CALIDAD PROGRAMA DE ACOMPAÑAMIENTO COMUNITARIO UCI HONDA

FECHA:		HORA:	
NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE:			

Marca con una X sobre la casillas situadas a la derecha de acuerdo a su respuesta		
¿Ha cumplido con la dieta alimenticia de acuerdo a las recomendaciones del especialista?	SI	NO
¿Entiende con claridad la formula medica?		
¿Ha cumplido con el tratamiento farmacológico de acuerdo a su tarjeta de medicamentos que le entrego su especialista?		
¿Lleva un control con su médico para verificar la evolución con sus medicamentos?		
La EPS donde se encuentra afiliado, ¿le ha suministrado los medicamentos recetados por el especialista?		
¿Le han realizado más exámenes como: Radiografías, TAC, y Estudios de Medicina Nuclear? Indique cual		
Usted, ¿ha sido hospitalizado nuevamente por la misma causa después de haber salido de la UCI?		
¿Ha tenido alguna complicación con sus medicamentos? Como:		
Arritmias cardiacas		
Respiratorias		
Neurológicas		
Renales		

OBSERVACIONES

9.3 ANEXO C. ENCUESTA POST – EGRESO UCI

CENTRO DE INNOVACIÓN EN CALIDAD PROGRAMA DE ACOMPAÑAMIENTO COMUNITARIO UCI HONDA

FECHA:		HORA:	
NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE:			
SEXO:		EDAD:	
ESTADO CIVIL:		SEGURIDAD SOCIAL:	
DIRECCIÓN COMPLETA:			
TELEFONO FIJO O CELULAR.			

INTEGRANTES DE LA FAMILIA			
NOMBRE COMPLETO:		PARENTESCO:	
SEGURIDAD SOCIAL:		EDAD:	

TRATAMIENTO (MEDICAMENTOS)		
MEDIDAS TERAPEUTICAS	ABANDONO DEL TABÁQUICO	
	FOMENTAR EL EJERCICIO FISICO	
	OXIGENOTERAPIA	
	MEJORIA DE LA NUTRICION	
POSEE SU TARJETA MEDICA QUE LE ENTREGARON EN LA UCI?		
FECHA DE ULTIMA ATENCIÓN MEDICA:		

AUTOCUIDADO DEL ENFERMO Y FAMILIA E(excelente), B(bien), R (regular), M (mal)		
	REGIMEN NUTRICIONAL (Alimentación Adecuada)	

ESTILO DE VIDA	HABITOS TOXICOS (Hábitos de vida saludable)	
	SERVICIOS PÚBLICOS	
	DOMICILIO	

USTED CREE QUE ¿SI HUBIERA LLEVADO UN CONTROL MEDICO, HABRIA EVITADO LAS COMPLICACIONES EN SU SALUD?	
--	--

FRECUENCIA CON LA QUE ASISTE EL USUARIO Y SU FAMILIA AL MÉDICO:			
UNA VEZ POR SEMANA		MENSUALMENTE	
ANUALMENTE		CUANDO SE ENFEREMA	

<p>NOMBRE Y FIRMA:</p> <p style="text-align: center;">ENTREVISTADO</p> <p>ENTREVISTADOR</p>
--



PORQUE TÚ ERES MUY IMPORTANTE
PARA NOSOTROS



9.4 ANEXO D. DIAGRAMA DE VARIABLES

