

**RETRASO DEL TRASLADO DE PACIENTES DESDE LA UNIDAD DE
CUIDADOS POSTANESTESICOS (UCPA) POR RAZONES NO CLINICAS EN
EL SERVICIO DE CIRUGIA, IPS UNIVERSITARIA CLINICA LEON XIII
MEDELLIN**

VANESSA LOPEZ ARGUELLO

ASESOR

ANABELLE ARBELAEZ VELEZ

FACULTAD DE MEDICINA

PROGRAMA AUDITORIA EN SERVICIOS DE SALUD

UNIVERSIDAD CES

MEDELLIN ANTIOQUIA

2015

**RETRASO DEL TRASLADO DE PACIENTES DESDE LA UNIDAD DE
CUIDADOS POSTANESTESICOS (UCPA) POR RAZONES NO CLINICAS, EN
EL SERVICIO DE CIRUGIA, IPS UNIVERSITARIA CLINICA LEON XIII
MEDELLIN**

VANESSA LOPEZ ARGUELLO

PROYECTO DE GRADO

ASESOR

ANABELLE ARBELAEZ VELEZ

UNIVERSIDAD CES

FACULTAD DE MEDICINA

POSGRADO EN AUDITORIA EN SERVICIOS DE SALUD

MEDELLIN

2015

TABLA DE CONTENIDO

Contenido

1. RESUMEN	5
2. ABSTRACT	6
3. FORMULACION DEL PROBLEMA	7
3.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	7
3.2 JUSTIFICACIÓN	9
3.3 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	10
4. MARCO TEÓRICO	11
UNIDAD DE CUIDADOS POS ANESTÉSICOS	11
PROCESO DE RECUPERACIÓN	13
RETRASOS EN TRASLADOS DESDE UCPA	13
POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.....	15
DEPENDENCIA DE LOS PACIENTES DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA	16
5. HIPOTESIS	18
6. OBJETIVOS	19
6.1 OBJETIVO GENERAL.....	19
6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	19
7. METODOLOGÍA	20
7.1. ENFOQUE METODOLÓGICO.....	20
7.2 TIPO DE ESTUDIO.....	20
7.3 POBLACIÓN	20
7.4 DISEÑO MUESTRAL.....	20
7.5.1 DIAGRAMA DE VARIABLES	23
7.5.2 MATRIZ DE VARIABLES.....	24
7.6 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	26
7.6.1 FUENTES DE INFORMACIÓN.....	26
7.6.2 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	28
7.6.3 PROCESO DE OBTENCIÓN DE LA INFORMACIÓN	29

7.7 PRUEBA PILOTO	30
7.8 CONTROL DE ERRORES Y SESGOS	30
7.9 ANÁLISIS DE DATOS	31
8 CONSIDERACIONES ETICAS	32
9 RESULTADOS	33
10 DISCUSION	42
11 RECOMENDACIONES	46
12 CONCLUSIONES	47
13. REFERENCIAS	48

1. RESUMEN

La estancia prolongada en el servicio de cirugía, en la unidad de cuidados postanestésicos de la IPS Universitaria Clínica León XIII, por razones no clínicas, es una situación que se presenta frecuentemente, afectando directamente la calidad en la atención brindada, específicamente en la seguridad del paciente y la satisfacción del usuario.

El presente estudio tiene como objetivo identificar el aporte de factores no clínicos en el retraso del traslado de pacientes desde la unidad de cuidados postanestésicos (UCPA) hacia su destino (hospitalización, unidades de cuidados intensivos o especiales o entrega a familiares en caso de altas postquirúrgica) y proponer recomendaciones de intervención.

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo observacional, donde se tomó la información de un instrumento existente en la unidad a todos los pacientes que ingresaron a la UCPA en un periodo de 4 meses comprendido entre enero y abril del 2015, instrumento diligenciado por el personal de enfermería profesional asignado en la unidad durante el turno.

Del registro anteriormente mencionado, se calcula el tiempo de permanencia en la UCPA, se obtiene el porcentaje de pacientes que presentaron estancias prolongadas (superiores a 2 horas), y se identifican cuales fueron por razones no clínicas, las causas de esos retrasos.

Se recolectaron datos de 3.829 pacientes que ingresaron a la UCPA (Unidad De Cuidados Postanestésicos), presentando un 29,4% retrasos en su traslado, con un promedio de estancia de 4 horas; el tiempo mínimo para estos pacientes fue de 2 horas y 1 minuto y el tiempo máximo de 24 horas; la principal causa de estos retrasos fue la falta de disponibilidad de cama en los servicios de hospitalización,

seguida por la no disponibilidad de los servicios de UCE, otra causa significativa fue la demora desde hospitalización para el traslado de los pacientes.

2. ABSTRACT

In the IPS University Clinica Leon XIII, Discharge of patients from the postanesthesia care unit (PACU) is often delayed for nonclinical reasons, it is a situation that directly affect the health care quality, specifically in patient safety and user satisfaction.

The aims of this study is to identify the contribution of non-clinical factors in delayed transfer of patients from the Post Anesthesia Care Unit (PACU) to his destination (hospitalization, intensive care or special delivery or relatives in case of high postoperative) and to make recommendations for improvement.

An observational retrospective study was accomplished, information on an existing instrument applied to all patients admitted in the PACU for a period of four months between January and April 2015, the instrument was complete by the registered nurses to assigned to the unit during the shift

The aforementioned record, calculates the length of stay in the PACU, the percentage of patients who experienced long stays (more than 2 hours) is obtained, and which were identified by non-clinical reasons, what were the causes of these delays.

Data from 3,829 patients admitted to the PACU (Post Anesthesia Care Unit Of) was collected, presenting a 29,4% delayed transfer, with an average stay of four hours, the minimum time for these patients was 2 hours, 1 minute and the maximum time of 24 hours; the main cause of these delays was the lack of availability of beds in inpatient services, followed by the unavailability of services UCE, another significant reason was the delay from hospital floors to transport patients.

3. FORMULACION DEL PROBLEMA

3.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La UCPA (Unidad de Cuidados Pos anestésicos) es un sitio crítico por las características de los pacientes que se maneja en ella y el tipo de cuidado que se requiere para garantizar una recuperación oportuna y segura. La sobrecarga de pacientes para el staff de enfermería disponible en las sala de recuperación es un factor de riesgo para complicaciones en el postoperatorio (1) y para que se presenten incidentes o eventos adversos que comprometan la integridad física y emocional de los pacientes; un estudio reciente realizado en Europa encontró que por cada paciente adicional en la carga de trabajo de una enfermera en UCPA, la probabilidad de morir a 30 días de la admisión aumenta en un 7%(2).

Los retrasos en el egreso desde la UCPA pueden convertirse en un problema, y aún más cuando este tipo de retrasos no tiene relación directa con la evolución del paciente. Las razones no clínicas que prolongan la estancia en UCPA son susceptibles de ser mitigadas lo cual evidencia la importancia de su conocimiento con el fin de trazar estrategias que garanticen el flujo adecuado de pacientes en la unidad y por ende su seguridad.

Un estudio realizado en Australia reportó que entre el 25 y 30% de los pacientes que permanecen en la unidad de cuidados postanestésicos presentan retrasos en el egreso del servicio de cirugía por razones no clínicas(3). Estas demoras generan riesgo en la seguridad del paciente y en la calidad de la atención debido a la sobrecarga de trabajo del personal asistencial, particularmente el staff de

enfermería que tiene que disminuir los estándares de cuidado para aumentar la cobertura aumentando el riesgo de presentación de eventos adversos lo que además aumenta los costos en las instituciones. Además la satisfacción en el trabajo del personal de enfermería disminuye por las exigencias de cuidado que no pueden ser cumplidas, generando frustración y poca satisfacción laboral(4).

Los factores relacionados con estos retrasos han sido descritos en la literatura siendo la falta de disponibilidad de camas y el personal de enfermería demasiado ocupado para gestionar los traslados, los más frecuentes (3, 5); sin embargo no se ha determinado la relevancia de tales factores y qué papel juegan en dichas demoras.

En nuestro medio no se conoce el porcentaje de retrasos de pacientes desde la unidad de cuidados postanestésicos adjudicados a razones no clínicas, se desconoce cuáles son los factores asociados y el impacto que esto puede generar en un servicio de cirugía y en el mismo paciente, situación similar se presenta en la IPS Universitaria Clínica León XIII, ya que no existen estudios anteriores relacionados con esta problemática.

3.2 JUSTIFICACIÓN

La IPS Universitaria Clínica León XIII es una institución prestadora de servicios de salud, de cuarto nivel de complejidad, ubicada en la ciudad de Medellín, esta institución tiene habilitados múltiples servicios, entre ellos el de cirugía. Este servicio presta atención a pacientes de alta complejidad en 14 salas de cirugía, (12 de ellas en cirugía electiva), las cuales funcionan de lunes a sábado con dos salas asignadas para cirugías urgentes las 24 horas del día. La carga de trabajo generada por esta situación lleva necesariamente a un alto flujo de pacientes en la Unidad de Cuidados Pos anestésicos lo que genera un reto en el manejo eficiente de los tiempos de permanencia en dicho servicio. La UCPA en la institución cuenta con 28 camillas, cumpliendo el estándar que pide la normatividad por quirófanos habilitados en el servicio.

La estancia prolongada del paciente en las unidades de cuidados post anestésicos por razones diferentes a su estado de salud, es una situación frecuente en el servicio de cirugía de la IPS Universitaria Clínica León XIII. En la institución está determinado estancia prolongada en UCPA cuando el paciente permanece en esta área por un tiempo superior a 2 horas, esto repercute directamente en la calidad de la atención brindada, específicamente en la seguridad del paciente y la satisfacción del usuario.

Una de las quejas más frecuentes que recibe el servicio por parte de los pacientes es la demora que se presenta en el traslado desde la sala de recuperación. Se ha reportado que la satisfacción de los usuarios disminuye significativamente cuando la estancia en UCPA es superior a 4 horas (5), sin embargo la institución carece de información robusta frente a esta temática; no existen estadísticas del tiempo de estancia en sala de recuperación, ni formatos para detectar esta situación. Es

por esta razón que nace la necesidad de evidenciar ante el área administrativa cuales son estos factores que se relacionan con las estancias prolongadas de los usuarios en la unidad de cuidados postanestésicos y mostrar el impacto que este problema puede generar para el servicio de cirugía y para la clínica.

La situación descrita no es ajena a otras instituciones de salud; la literatura médica reporta esta problemática en diferentes países (2, 3).

Los resultados de esta investigación benefician a la institución, pues permitirá reconocer la situación con cifras concretas y desarrollar estrategias en el área de cirugía enmarcados en la política de seguridad del paciente. El personal asistencial que trabaja en UCPA se beneficiará, conociendo los factores que pueden ser intervenidos desde su labor diaria y desde el área administrativa, disminuyendo así la sobrecarga laboral y los efectos que tal fenómeno genera. El paciente que es atendido en una unidad de recuperación descongestionada y ágil, tendrá un cuidado más seguro y así obtendrá una mayor satisfacción durante su estancia en la clínica, específicamente en el servicio de cirugía.

De la investigación actual se obtendrá además un instrumento en el área de recuperación postoperatoria que permitirá evidenciar el tiempo de estancia e identificar los eventos más comunes que generan retraso en el egreso y que pueden ser intervenidos directamente.

3.3 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son los factores no clínicos que influyen en el retraso del traslado de los pacientes desde la unidad de cuidados postanestésicos (PACU), hacia su destino (hospitalización, unidades de cuidados intensivos o especiales o entrega a familiares en caso de altas postquirúrgicas)?

4. MARCO TEÓRICO

UNIDAD DE CUIDADOS POS ANESTÉSICOS

El proceso de las salas de recuperación no fue algo planeado por los hospitales; en la segunda mitad del siglo XIX el conocimiento en el área de la anestesia era muy limitado, por tal razón, no se tenía claro cómo eran los cuidados de los pacientes luego de ser intervenidos quirúrgicamente y a pesar de que las técnicas de la anestesia general eran practicadas tiempo atrás, fue después de la segunda guerra mundial que empezaron a surgir las unidades de cuidados pos anestésicos. La primera enfermera que estuvo al cuidado de pacientes postquirúrgicos fue Florence Nightingale, a quien se atribuyó el primer concepto de UCPA (Unidad De Cuidados Pos anestésicos) como sitio físico para la recuperación de los pacientes (6). La falta de enfermeras en esta época también contribuyó para centralizar los cuidados postoperatorios en un área específica, donde los pacientes pudieran ser atendidos y cuidados. En muchos centros médicos, antes de que existieran estas salas morían en gran porcentaje los pacientes en el periodo post operatorio inmediato. Todos estos sucesos llevaron a crear la necesidad de diseñar una sala para brindar a los pacientes estos cuidados y especializar al personal de enfermería en esta área. El papel crucial de la enfermera fue la razón más significativa del cambio en esta época, la observación continua y especializada por parte de este personal fue acreditada por la evolución positiva que obtenían los pacientes con sus cuidados. Las necesidades educativas y normas prácticas para la enfermera de UCPA, sin duda continuaran evolucionando, a medida que la anestesia y técnicas quirúrgicas se sigan desarrollando(7).

Las unidades de cuidados pos anestésicos son el área donde los pacientes de diferentes tipos de especialidades y procedimientos quirúrgicos se recuperan y se

estabilizan hemodinámicamente de una cirugía, independientemente de su complejidad; estas sala están designadas a brindar cuidados postanestésicos inmediatos (8). Estas unidades han sido desarrolladas para cuidar a los pacientes que necesitan monitoreo continuo hasta que se recuperan satisfactoriamente de la anestesia; es un lugar crítico donde el paciente está expuesto a presentar complicaciones post quirúrgicas o relacionadas con la anestesia o eventos adversos peri operatorios(9). Las UCPAS tienen como característica ser una unidad especializada, debido a las especificidades de la asistencia al paciente en el posoperatorio inmediato. Un dato de la literatura indica que estas unidades se han caracterizado por atender a pacientes con alta complejidad, llevando esto en muchas ocasiones a que se necesite de asistencia de enfermería intensiva (10, 11).Es por esta razón que es tan importante brindar al paciente una atención con calidad, tanto por parte del personal médico como el de enfermería.

Se han descrito estándares y recomendaciones acerca del funcionamiento de la UCPA (12): Cualquier institución de salud, donde se realicen procedimientos quirúrgicos, anestésicos o diagnósticos donde se requiera anestesia o sedación, debe contar con un área destinada para realizar el seguimiento y cuidado post operatorio que este necesite. Las unidades deben estar relativamente cerca a los quirófanos, al equipo quirúrgico para que este permanezca alerta del cuidado que los pacientes requieren e incluso permite que se identifique oportunamente alguna complicación y tengan que ser re intervenidos, también es importante que este ubicado cerca de la unidad de cuidados intensivos, para optimizar el traslado desde el servicio de cirugía y garantizar la seguridad del paciente.

El personal que labora en estas unidades debe estar liderado preferiblemente por un anestesiólogo, el cual se encarga de coordinar y ejecutar, de ser necesario, algunas políticas administrativas que interfieran con el buen funcionamiento de la unidad, con tareas asistenciales que involucren al personal y con actividades educativas que incluyan al paciente, además de supervisar el ingreso y el egreso de los pacientes. El personal de enfermería debe estar conformado como mínimo

por una enfermera profesional, encargada de coordinar las acciones de su personal auxiliar de enfermería. Las enfermeras son las encargadas en primera instancia del cuidado de los pacientes en estas unidades, la condición del paciente y el tipo de cirugía, determinan el número de enfermeras con las que debe contar las salas de recuperación(12).

PROCESO DE RECUPERACIÓN

Un paciente después de ser sometido a un procedimiento quirúrgico y anestésico, está sujeto a diversas alteraciones fisiológicas , que deben ser recuperadas en el periodo postoperatorio bajo la estricta vigilancia del anesthesiologo y del personal de enfermería que se encuentran encargados de las unidades de cuidados post anestésicos , ellos deben regresar a su estado preoperatorio y lograr el nivel funcional más adecuado, es este proceso al que se conoce como proceso de recuperación que está conformado por 3 fases: la primera se presenta en la sala de cirugía cuando se suspende la administración de agentes anestésicos, el establecimiento de la ventilación espontánea y la extubación endotraqueal; la segunda fase comprende el traslado del paciente a la UCPA donde recupera sus funciones neurológicas y cardiopulmonares; y por último se tiene el momento en el que el paciente está listo para ser dado de alta, donde recuperara totalmente su capacidad psicomotora (12).

RETRASOS EN TRASLADOS DESDE UCPA

Para lograr un óptimo funcionamiento de la unidad, es estrictamente necesaria la interrelación con otros servicios como los servicios de hospitalización, las unidades de cuidados intermedios, las unidades de cuidados especiales, el área de facturación, los camilleros para el traslado, el diligenciamiento oportuno de las ordenes médicas, entre otras. Muchas unidades encuentran en su interior

estancias prolongadas por la falta de disponibilidad de camas en los servicios de hospitalización o en las unidades de cuidados intermedios o intensivos(9).

Los retrasos en el traslado de los pacientes que ocurren desde UCPA por razones no clínicas son muy comunes y se presentan por una incorrecta planeación de los traslados de los pacientes, están involucrados factores organizacionales como los servicio de transporte, personal de enfermería demasiado ocupado para gestionar los traslados, el personal médico no realiza sus tareas administrativas de manera oportuna, generando una prolongación en la estancia de los pacientes, lo que repercute en el incremento de los costos, la seguridad del paciente y en la satisfacción del usuario (3) y del personal del servicio (4).

Un estudio realizado por el departamento de anestesia de la Universidad de Iowa y Toronto - Canadá, entre los años de 1999-2000, revela como los retrasos desde las UCPAS, por motivos administrativos, generan un impacto negativo en las instituciones de salud; se habla que las horas del personal de enfermería en estas unidades son las que aumentan los costos, debido a las estancias prolongadas, ellos en el estudio proponen que si estos traslados fueran oportunos se disminuirían estos costos y se brindaría un servicio con calidad (13). Se han realizado diversos estudios y análisis de investigación, donde se mide el tiempo que se demoran los pacientes en ser dados de altas y cuáles son esas razones, se compara cuales tuvieron retrasos y cuales fueron egresados de las unidades a tiempo y ellos sugieren que esta misma metodología podría ser aplicada a la carga laboral por parte del personal de enfermería. Estos estudios finalmente midieron de manera porcentual la disminución de la estancia en la UCPA, si se eliminaran o disminuirían las causas de los retrasos(13).

En estudios similares, se encontró que la demora en el traslado de los pacientes desde UCPA, puede afectar la agilidad con la que se puedan evacuar los quirófanos una vez haya terminado las cirugías, puesto que las enfermeras de UCPA no tienen la disponibilidad de recibir esos pacientes por el alto volumen de usuarios en estas unidades, y si se llegaran a recibir estos pacientes bajo estas condiciones, estarían atentando con la seguridad de los mismos (14).

POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

La Sociedad Americana de Anestesiología (ASA por sus siglas en inglés), la Sociedad de Anestesiólogos de Gran Bretaña e Irlanda, así como sociedades de enfermería peri operatorias han publicado documentos que recogen los estándares, guías y recomendaciones para optimizar los procesos de la UCPA dentro de un marco de seguridad y calidad de atención (11, 15, 16), haciendo énfasis en la optimización de procedimientos como la entrega de pacientes procedentes de sala de cirugía al personal de la unidad de recuperación, la monitorización del paciente, el manejo inicial de las complicaciones más comunes, la necesidad de establecer criterios de salida y de contar con registros específicos de UCPA.

En Colombia, las Normas Mínimas de Seguridad para el ejercicio de la anestesiología, actualmente en proceso de actualización, dedican uno de sus numerales al cuidado pos anestésico (17), en el cual aborda aspectos como el espacio físico, la entrega del paciente, el monitoreo, la dotación y el staff de enfermería para la UCPA. El Ministerio de Salud y protección social a través de la resolución 2003 de 2014, que define procedimientos y condiciones de habilitación de los servicios de salud, establece requerimientos específicos para sala de recuperación de acuerdo a los niveles de complejidad (18). Esta normatividad está encaminada a mejorar los desenlaces y a mantener una práctica segura en el proceso de recuperación postoperatorio.

La seguridad del paciente es el conjunto de procesos, estrategias, instrumentos encaminados a minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de la atención en salud o de mitigar las consecuencias que estos generen, todas estas estrategias son basadas en evidencia científica. La política de seguridad del paciente es transversal a los componentes obligatorios de la garantía de la

calidad. Dentro de los paquetes instruccionales con los que cuenta la guía de seguridad del paciente, emitida por el Ministerio de Salud y Protección Social, esta mejorar la seguridad en los procedimientos quirúrgicos en sus 3 etapas: en el preoperatorio, intraoperatorio y postoperatorio (sala de recuperación).

El problema de la seguridad en los servicios de cirugía está ampliamente reconocido en todo el mundo. En la actualidad el mal estado de las infraestructuras y de los equipos biomédicos, la irregularidad de los suministros y la mala calidad de los insumos y medicamentos, las deficiencias y ausencia del área administrativa en los procesos asistenciales, la deficiencia en la formación del personal y la sobrecarga laboral, son los problemas que se presentan con mayor frecuencia en las instituciones, afectando directamente la seguridad y la calidad de los servicios de salud. El trabajo en equipo en quirófano es un componente clave de una práctica segura, mejorar la comunicación en el equipo quirúrgico y entre equipos de otros servicios, reduce el daño que puede ser ocasionado a raíz de la atención brindada por el personal de salud (19).

DEPENDENCIA DE LOS PACIENTES DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA

El rol del personal de enfermería en la UCPA, es identificar oportunamente los signos y síntomas que presenten los pacientes durante el posoperatorio inmediato, con el fin de anticiparse y prevenir complicaciones derivadas del acto quirúrgico y anestésico; además cubrir todas las necesidades básicas que estos usuarios requieren durante su estadía en la unidad. Es importante y necesario valorar la suficiencia del personal de enfermería, no solo por un número determinado de pacientes por cada enfermera, sino también por la condición o complejidad de cada uno de ellos y el tiempo que demanda para este personal brindar el cuidado y la atención requerida. Los pacientes en UCPA presentan unas características de cuidados especiales por parte del personal de enfermería (10), las enfermeras en

UCPA intervienen para mantener las vías respiratorias abiertas, gestionar múltiples líneas y los desagües, el tratamiento de una variedad de arritmias cardíacas, determinar la permeabilidad de la circulación después de los procedimientos cardiovasculares, ajustar la configuración de ventilador y regular las dosis de los medicamentos cardiovasculares intravenosos. Estas actividades influyen en los pacientes en su posoperatorio inmediato un alto grado de dependencia del equipo de enfermería, y además de estas actividades, por parte del personal, exige la atención continua, conocimientos especializados y habilidades para la toma de decisiones rápidas y precisas (10).

También es fundamental tener en cuenta que las enfermedades concomitantes en gran parte contribuyen para la inestabilidad hemodinámica en el posoperatorio inmediato, ya que pacientes con enfermedades previas como hipertensión arterial, diabetes, cardiopatías, etc., están más susceptibles a presentar más riesgo anestésico y por lo tanto requieren de mayor atención médica y de enfermería durante su recuperación posquirúrgica. Identificar el grado de dependencia de los cuidados de enfermería y la complejidad de los pacientes, puede ayudar a una correcta adecuación del recurso humano disponible en una institución, siempre en busca de una atención y cuidado que ofrezca bienestar, seguridad al paciente y al propio personal de enfermería (10).

5. HIPOTESIS

El presente trabajo no genera una hipótesis por ser de tipo descriptivo.

6. OBJETIVOS

6.1 OBJETIVO GENERAL

Identificar el aporte de factores no clínicos en el retraso del traslado de pacientes desde la unidad de cuidados postanestésicos (UCPA) hacia su destino (hospitalización, unidades de cuidados intensivos o especiales o entrega a familiares en caso de altas postquirúrgica) y proponer recomendaciones de intervención.

6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Diseñar una herramienta que permita obtener un indicador de estancias prolongadas en la UCPA para medición permanente por parte de la institución.
- Calcular el tiempo de permanencia en UCPA de los pacientes que atendidos en el servicio de cirugía en el periodo de estudio.
- Determinar la proporción de pacientes que presentaron estancias prolongadas por razones no clínicas en UCPA del servicio de cirugía en el periodo de tiempo del estudio.
- Recopilar las causas no clínicas asociadas a los retrasos en los traslados de los pacientes desde (UCPA) en el servicio de cirugía.
- Proponer recomendaciones que permitan intervenir los retrasos de los pacientes de la UCPA por causas no clínicas.

7. METODOLOGÍA

7.1. ENFOQUE METODOLÓGICO

El actual estudio tuvo un enfoque cuantitativo.

7.2 TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo observacional

7.3 POBLACIÓN

La población en estudio estuvo conformada por pacientes ingresados a la unidad de cuidados postanestésicos del servicio de cirugía de la IPS UNIVERSITARIA CLINICA LEON XIII MEDELLIN durante un periodo comprendido entre los meses de enero . abril del 2015 (4 meses).

7.4 DISEÑO MUESTRAL

Se tomaron todos los pacientes que llegaron a la UCPA durante un periodo de 4 meses, se incluyó pacientes de todas las edades, de todas las especialidades quirúrgicas, en todos los horarios y todos los días de la semana. Los criterios de exclusión fueron los pacientes a los que se les administro anestesia local, los

pacientes que después del transoperatorio egresan directamente a la UCI y pacientes que presentan estancias prolongadas por razones clínicas.

7.5 DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES

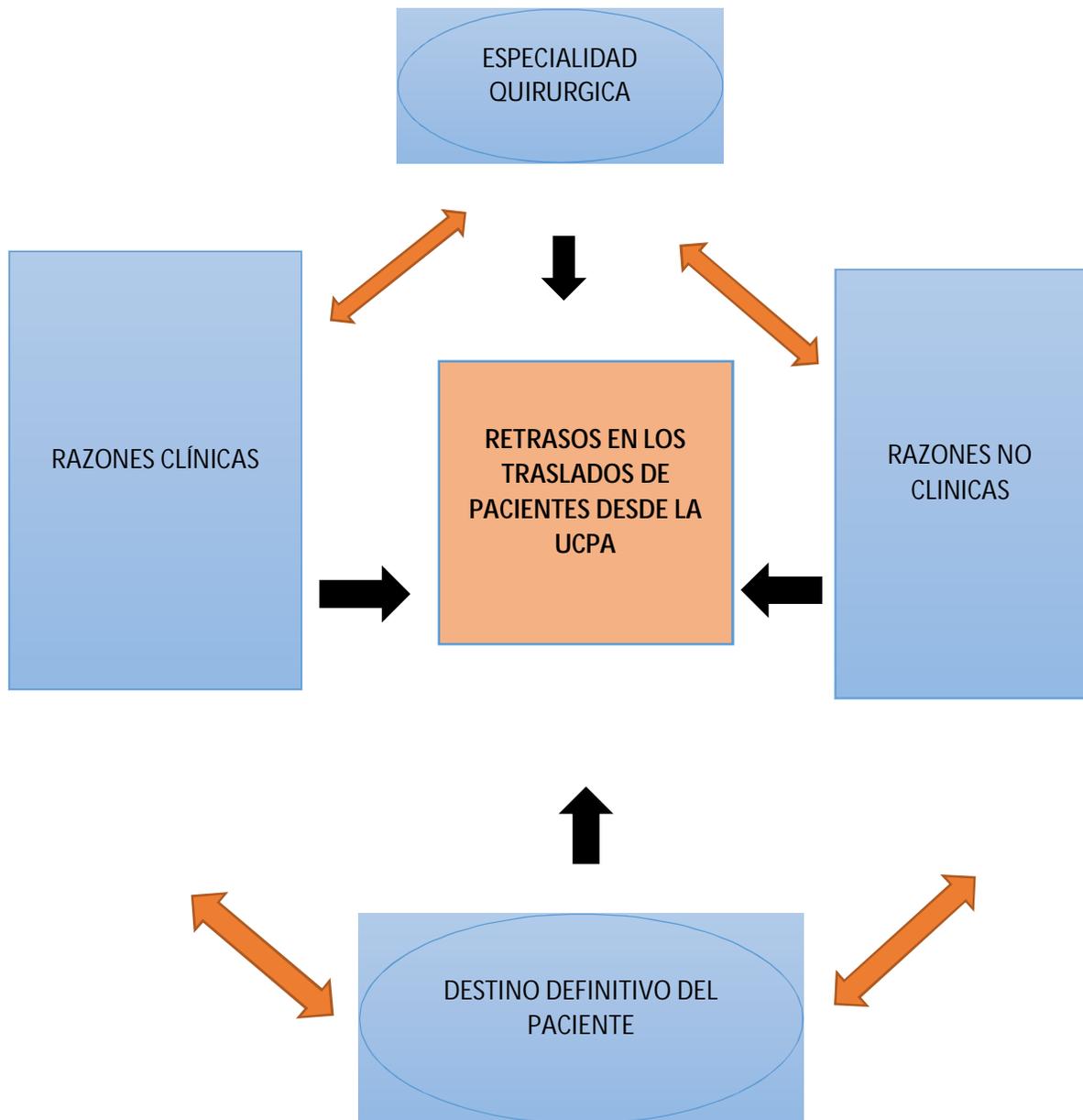
- Especialidad quirúrgica: Se registrara la especialidad quirúrgica a la que pertenezca cada paciente que ingrese a la unidad. Ejemplo: ortopedia, cirugía general, neurocirugía, etc.
- Tiempo de estancia en la UCPA: Quedará consignado en la base de datos la hora de ingreso a UCPA y la hora de salida, en formato militar de tal forma que permita hacer una resta entre ellas e identificar el tiempo de permanencia.
- Destino del paciente: Se registrará el destino del paciente según la orden médica. Ejemplo: hospitalización, unidad de cuidados especiales, alta, etc.
- Causas de retrasos: Se registrara las diferentes causas que ocasionan las estancias prolongadas en UCPA, esta variable incluirá las siguientes categorías:
 - ✓ No disponibilidad de cama en hospitalización: Quedará consignado cuando se presente estancia prolongada por falta de disponibilidad de cama en los servicios de hospitalización.
 - ✓ Disponibilidad de camas en UCI (Unidad de Cuidados Intensivos): Quedará consignado cuando se presente estancia prolongada de pacientes por falta de disponibilidad de camas en UCI.
 - ✓ Disponibilidad de camas en UCE (Unidad de Cuidados Especiales): Quedará consignado cuando se presente estancia prolongada de pacientes por falta de disponibilidad de camas en UCE.
 - ✓ Personal de enfermería demasiado ocupado: cuando al realizar el llamado al personal de enfermería de hospitalización, y este refiera estar con múltiples funciones

- ✓ Falta de camilleros para el traslado: Cuando se presenta falencia en el estándar de camilleros para los traslados.
- ✓ Cambio de turno: Cuando el retraso en el traslado se da cercano a la hora de cambio de turno del personal.
- ✓ Órdenes médicas: Quedará registrado cuando sea el médico quien no genere la orden médica a tiempo y esto ocasione retraso en el traslado del paciente.
- ✓ Proceso de facturación: quedará registrado cuando se presenten fallas en el proceso de facturación y este retrase el alta del paciente del servicio de cirugía.
- ✓ Causas clínicas: Son aquellos pacientes con estancia prolongada por presentar inestabilidad hemodinámica, náuseas, dolor, etc.

- ✓ Otras: Allí se consignara los pacientes que presenten algún caso específico y no esté incluido en estas variables.

7.5.1 DIAGRAMA DE VARIABLES

Figura 1. Diagrama de variables



7.5.2 MATRIZ DE VARIABLES

Tabla 1. Matriz de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	FUENTE	ESCALA DE MEDICIÓN	CATEGORÍA
Especialidad quirúrgica	Especialidad quirúrgica que realizó la cirugía	Libro de registro de pacientes en UCPA	Nominal	-Ortopedia -Cirugía general -Urología -Cirugía plástica -Cirugía vascular -Otras
Tiempo de estancia en UCPA	Tiempo transcurrido desde la llegada del paciente a UCPA hasta su egreso de la unidad.	Libro de registro de pacientes en UCPA	Discreta. En horas y minutos	
Destino del paciente	Lugar donde finalmente el paciente será llevado después del egreso de la UCPA.	Libro de registro de pacientes en UCPA	Nominal	Hospitalización -UCE -Alta definitiva -UCI
Causas de	Proceso que	Libro de	Nominal	-Disponibilidad

retraso en el traslado	presenta dificultades que generan el retraso para el egreso del paciente desde la UCPA.	registro de pacientes en UCPA		de camas en UCI. -Disponibilidad de camas en UCE -Personal de enfermería demasiado ocupado. -Falta de camilleros para el traslado. -Cambio de turno -Órdenes médicas -Proceso de facturación -Causas clínicas -Otras
------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

7.6 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

7.6.1 FUENTES DE INFORMACIÓN

La información para este estudio se recolectó con un instrumento existente en la UCPA, el cual es diligenciado por el personal de enfermería profesional asignado en la unidad durante el turno.

Durante 4 meses se tomaron todos los pacientes que ingresaron a la UCPA del servicio de cirugía, de la IPS Universitaria Clínica León XIII. Todo paciente que ingreso a esta área se registró en el libro de ingreso a UCPA, instrumento que solo es diligenciado por el personal de enfermería profesional encargado de la sala de recuperación en cada turno y en el cual se consignan los siguientes datos: fecha del ingreso, identificación del paciente, procedimiento quirúrgico, especialidad quirúrgica, hora de ingreso, hora de egreso, si hubo retraso y la causa de este.

Del registro anteriormente mencionado, se calcula el tiempo de permanencia en la UCPA, se obtiene el porcentaje de pacientes que presentaron estancias prolongadas (superiores a 2 horas), y se identifican cuales fueron por razones no clínicas, cuáles fueron las causas de esos retrasos. Ver tabla 2.

7.6.2 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

SEGUIMIENTO PACIENTES EN UCPA SERVICIO CIRUGIA CLINICA LEON XIII										
FECHA DE INGRESO A UCPA	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE	IDENTIFICACION	HORA INGRESO	PROCEDIMIENTO QUIRURGICO	ESPECIALIDAD	HORA EGRESO	RETRASO TRASLADO MAYOR 2 HORAS		MOTIVO DEL RETRASO	DESTINO DEL PACIENTE
							SI	NO		

7.6.3 PROCESO DE OBTENCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Tabla 2. Proceso de obtención de información

Qué?	Quién?	Cómo?	Cuándo?
Datos tomados al ingreso y al egreso del paciente en la UCPA: fechas de ingreso, nombre del paciente, identificación, hora de ingreso, procedimiento quirúrgico, especialidad, hora de egreso, presencia de retraso, motivo del retraso, destino del paciente.	El jefe de enfermería asignado en el área de la UCPA	Registrando los primeros datos solicitados en el libro de registro de la unidad y al egresar el paciente quedará consignada la hora de salida de la UCPA.	Al ingresar y egresar cada paciente de la UCPA

7.7 PRUEBA PILOTO

Se realizó la prueba piloto llevando un seguimiento a los datos recolectados durante una semana comprendida entre el 24 al 29 de marzo del 2015; previo a esta recolección de información, en una reunión del servicio con los jefes de enfermería realizada el miércoles 18 de marzo del mismo año, se les explica a los profesionales la importancia de diligenciar este registro y se les pregunta que dificultades han tenido con él. Ellos refieren ~~no~~ se ha presentado ningún inconveniente con el diligenciamiento de este cuaderno, pero se ve la necesidad de empezar a llevar una base de datos con estos registros+ a lo que se les responde que ya se viene realizando con la ayuda de la auxiliar administrativa del servicio de cirugía.

Durante la semana mencionada se les hace el acompañamiento, verificando la información registrada, con la realidad de la unidad en este tiempo, se evidencia que no hay problemas con el diligenciamiento de estos registros, que efectivamente se está llevando por cada profesional asignado en esta área y que es significativo los pacientes que presentan retrasos por razones no clínicas.

7.8 CONTROL DE ERRORES Y SEGGOS

Este estudio por ser de tipo retrospectivo puede presentar los siguientes sesgos:

- *Sesgo de la información:* se tomaron las medidas para tratar de disminuir al mínimo el déficit en la información.
- *Sesgo de clasificación:* se capacitó al personal de enfermería para llenar correctamente el instrumento y obtener información real.

- *Sesgo de selección:* para evitarlo se incluyó a todos los pacientes que ingresaron a la unidad en un periodo de tiempo determinado, lo cual hace que no se seleccione un grupo determinado para el estudio.

7.9 ANÁLISIS DE DATOS

Se analizaron los datos en Excel y SPSS versión 18. Las variables cualitativas se describirán como frecuencias absolutas y relativas. Las variables cuantitativas se describirán como promedio y desviación estándar o mediana, con rango intercuartílico.

8. CONSIDERACIONES ETICAS

Este estudio cumplió con las consideraciones éticas enmarcadas para la investigación médica en seres humanos consagrada en la declaración de Helsinki (20).

Al ser un estudio descriptivo retrospectivo observacional, no incluye intervenciones diagnósticas o terapéuticas de riesgo para los pacientes, por lo que se clasifica como una investigación sin riesgo, de acuerdo a la resolución 8430 del año 1993, la cual reglamenta la investigación en salud en Colombia(21).

Se tomaron las precauciones necesarias para proteger la identidad de los pacientes de quienes fueron tomados los datos durante las fases de recolección, análisis y presentación de resultados, trabajando con códigos de identificación que garanticen la confidencialidad de los datos.

El presente estudio se realizó en la IPS Universitaria Clínica León XIII, en el servicio de cirugía, con la aprobación del comité de investigación de la institución.

9. RESULTADOS

Durante el periodo de recolección de datos se recogió información de 3829 pacientes. Se presentó retraso por causas clínicas en 183 pacientes (4,8% del total). Entre todas las causas de retraso la causa clínica correspondió al 14,6%; estos pacientes se excluirán del análisis, ya que el objeto de estudio son las razones no clínicas.

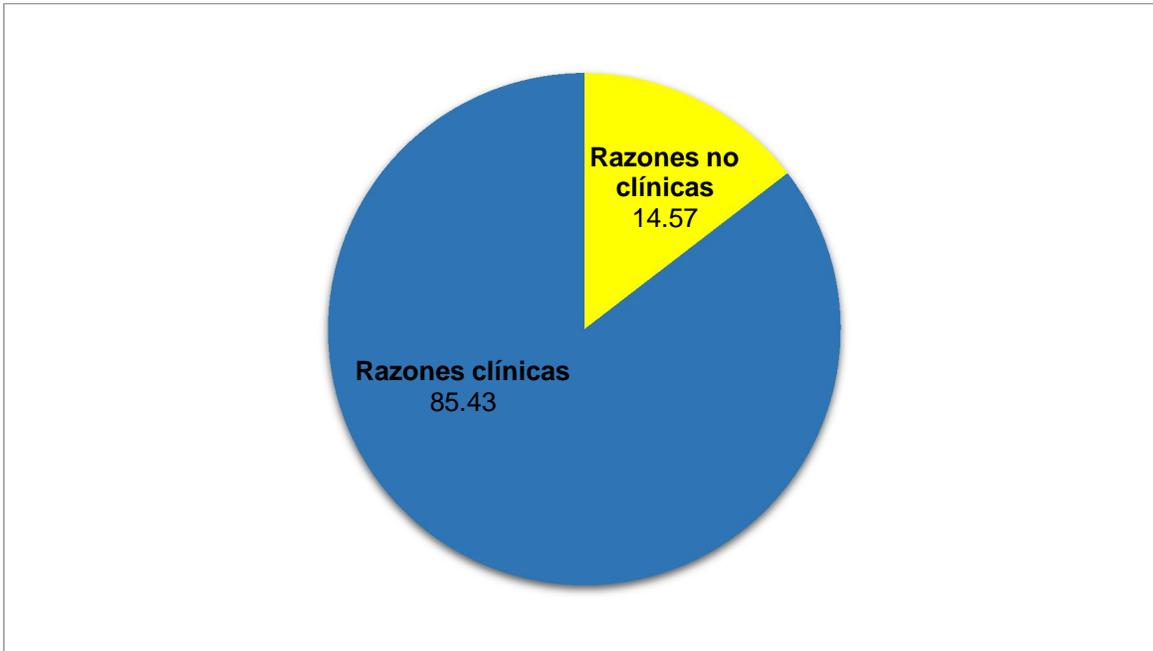
Se encontraron 2 principales tipos de retrasos, solo se tendrá en cuenta para el estudio las causas no clínicas, teniendo un porcentaje del 85.4%.ver tabla 3 y figura 2.

Excluyendo los pacientes que tiene retraso por razones clínicas, El total de pacientes que se analiza es de 3646.

Tabla 3. Tipos de retrasos en el traslado desde UCPA.

TIPOS DE RETRASOS EN EL TRASLADO DESDE UCPA			
	n	%	Acumulado
Razones no clínicas	183	14.57	14.57
Razones clínicas	1073	85.43	100.00
	1256		

Figura 2. .Tipos de retrasos en el traslado desde UCPA

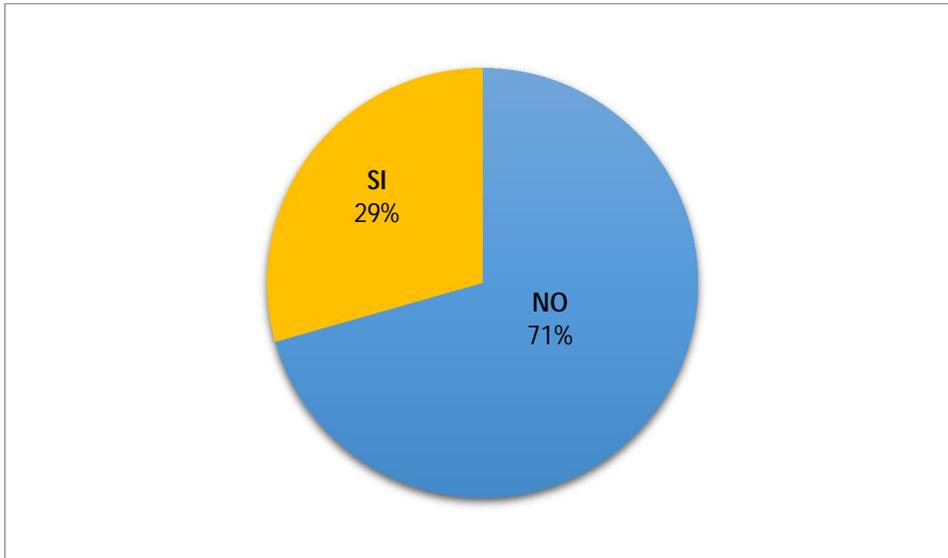


El porcentaje de retrasos desde UCPA fue de 29.4% (1.073) pacientes, en este periodo de tiempo. Ver tabla 4 y figura 3.

Tabla 4. . Porcentaje de retrasos en el traslado mayor a 2 horas

	RETRASO EN EL TRASLADO		
	n	%	Acumulado
NO	2573	70.57	70.57
SI	1073	29.43	100
TOTAL	3646	100.00	

Figura 3. Porcentaje de retrasos en el traslado mayor a 2 horas



Para los pacientes que presentaron retrasos, el tiempo promedio de estancia en la UCPA durante el periodo fue de 248 minutos, con una variabilidad de 147 minutos en relación a la media. El tiempo mínimo para estos retrasos fue de 121 minutos y el tiempo más prolongado fue de 1435. Ver tabla 5.

Tabla 5. Estadísticos descriptivos para el tiempo de retraso en minutos en UCPA

	PROMEDIO	DESV. EST.	MEDIANA	P25	P75	IQR	MINIMO	MAXIMO
Total	135,35	110,53	110	75	140	65	30	1435
Con retraso	248,75	146,8	205	160	285	125	121	1435
Sin retraso	88,06	26,98	90	65	120	55	30	120

En la siguiente tabla se evidencia los diferentes promedios de estancia prolongada de acuerdo a la causa del retraso, ver tabla 6.

Tabla 6 Estadísticos descriptivos para el tiempo de retraso en minutos en UCPA de acuerdo a la causa del retraso

MOTIVO DEL RETRASO	DESV.		MEDIANA	P25	P75	IQR	MINIMO	MAXIMO
	PROMEDIO	EST.						
Cambios de conducta	415.64	203.32	430	250	562.5	312.5	121	850
No disponibilidad de cama en UCI	309.83	260.47	267.5	140	321.25	181.25	121	1435
Remisión a otra institución	308	251.95	215	155	507.5	353.5	130	750
Ausencia de órdenes médicas	294.67	195.62	230.5	172.75	411.5	238.75	121	671
No disponibilidad de cama en UCE	293.52	183.62	240	163.75	375	211.25	121	1340
No disponibilidad de cama en piso	250.72	141.26	215	150	290	140	121	1010
Demora desde hospitalización para el traslado	216.86	98.25	190	160.5	245	84.5	121	1045
Causa clínica del paciente	214.51	84.71	193	170	235	65	121	951
Trámites administrativos del alta	208.07	87.82	185	160	228	68	121	755
Otras causas	191.78	43.32	180	166	210	44	121	325
Demora en el traslado por camilleros	188.88	63.53	175	143	192.5	49.5	125	385
Cambio de turno	178.91	30.93	180	150	190	40	140	255

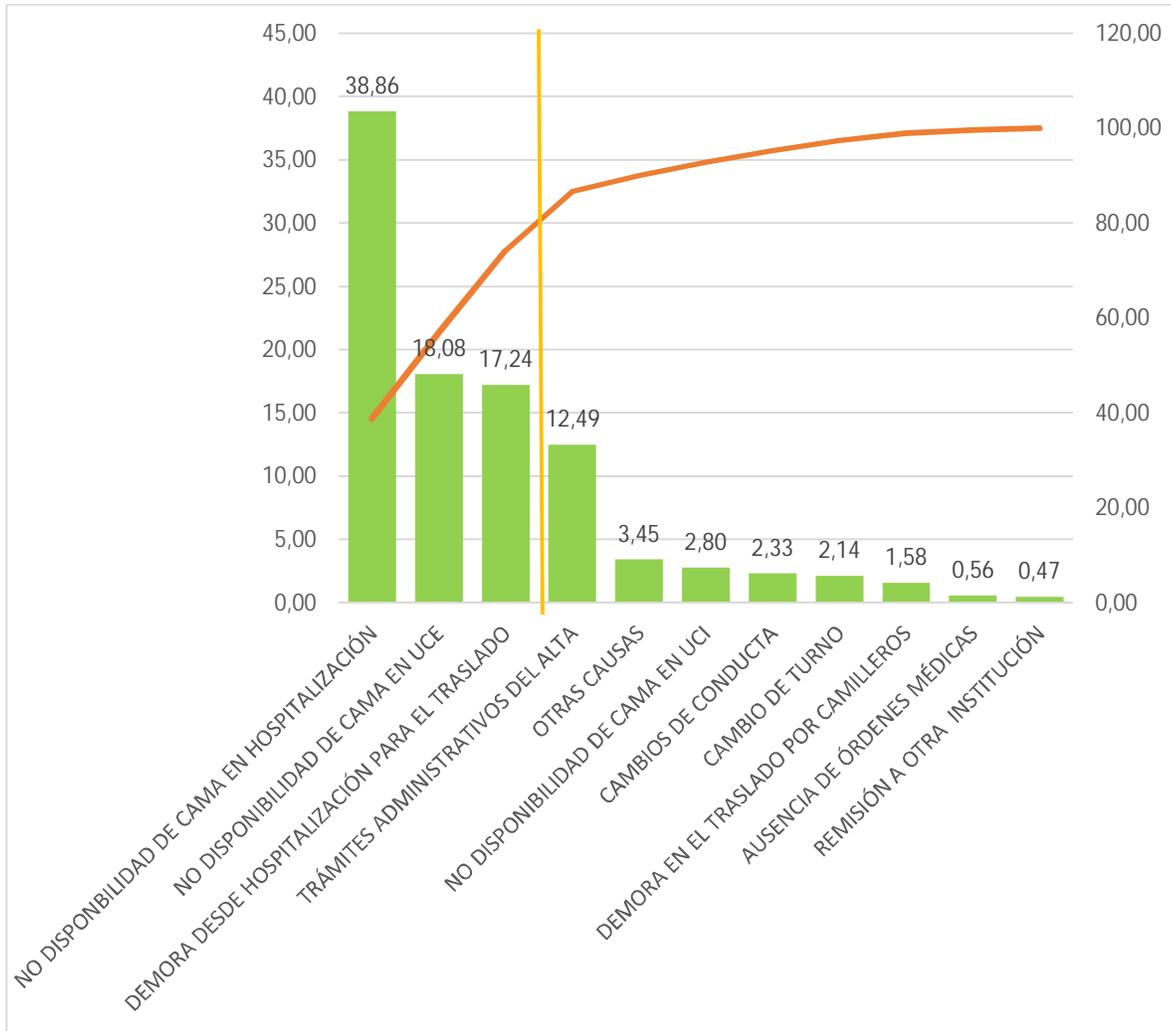
Se presentaron diferentes razones o causas para los retrasos en los traslados de los pacientes desde la UCPA, las más comunes fueron la no disponibilidad de camas en hospitalización, seguida de la no disponibilidad de camas en UCE, demora en el traslado del paciente desde hospitalización y las demoras en los trámites administrativos en el alta definitiva del paciente. Ver tabla 7.

Tabla 7. Causas de los retrasos en el traslado de pacientes desde UCPA.

MOTIVO DEL RETRASO	n	%	Acumulado
NO DISPONIBILIDAD DE CAMA EN HOSPITALIZACIÓN	417	38.86	38.86
NO DISPONIBILIDAD DE CAMA EN UCE	194	18.08	56.94
DEMORA DESDE HOSPITALIZACIÓN PARA EL TRASLADO	185	17.24	74.18
TRÁMITES ADMINISTRATIVOS DEL ALTA	134	12.49	86.67
OTRAS CAUSAS	37	3.45	90.12
NO DISPONIBILIDAD DE CAMA EN UCI	30	2.80	92.92
CAMBIOS DE CONDUCTA	25	2.33	95.25
CAMBIO DE TURNO	23	2.14	97.39
DEMORA EN EL TRASLADO POR CAMILLEROS	17	1.58	98.97
AUSENCIA DE ÓRDENES MÉDICAS	6	0.56	99.53
REMISIÓN A OTRA INSTITUCIÓN	5	0.47	100.00
	1073	100.00	

El 80% de todos los retrasos se presentó por las 4 causas anteriormente mencionadas, ver figura 4.

Figura 4. Causas de los retrasos en el traslado de pacientes desde UCPA presentando la frecuencia acumulada.

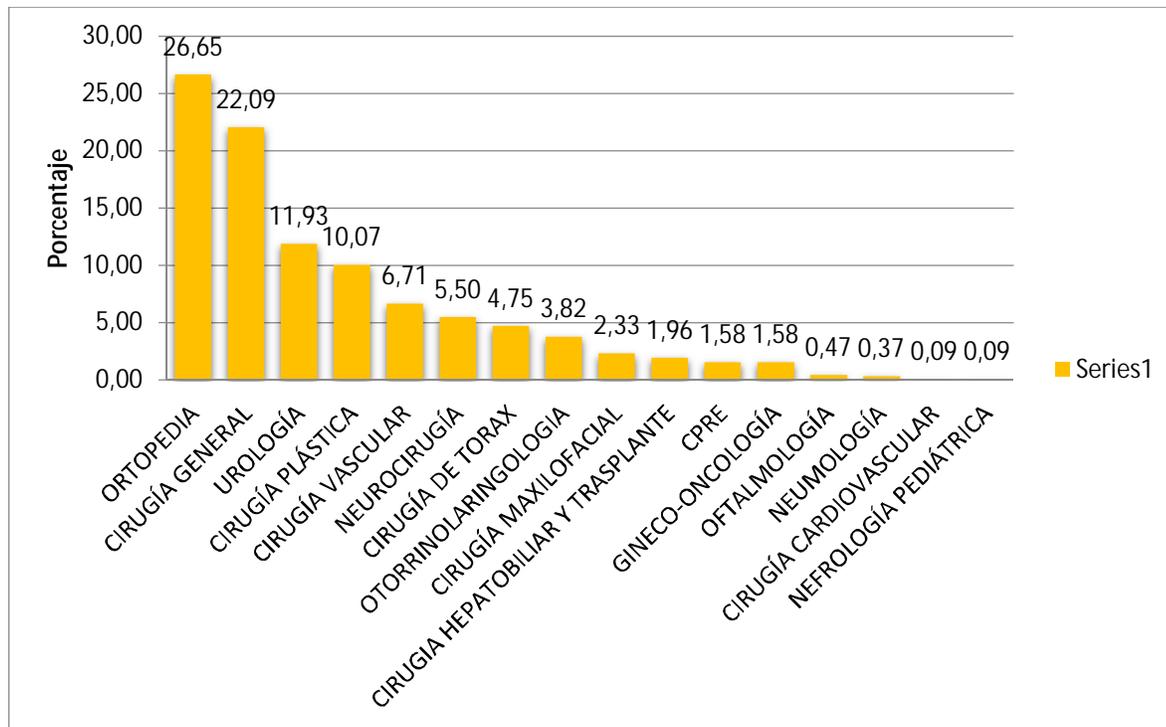


Las especialidades quirúrgicas que presentaron más retrasos en la UCPA durante este periodo fueron: ortopedia, cirugía general, urología, cirugía plástica, cirugía vascular, neurocirugía, cirugía de tórax; las otras especialidades con sus frecuencias se pueden ver en la tabla 8 y figura 5.

Tabla 8. Retrasos en el traslado por especialidades quirúrgicas

ESPECIALIDAD	n	%	Acumulado
ORTOPEDIA	286	26,7	26,7
CIRUGIA GENERAL	237	22,1	48,8
UROLOGIA	128	11,9	60,7
CIRUGIA PLASTICA	108	10,1	70,8
CIRUGIA VASCULAR	72	6,7	77,5
NEUROCIRUGIA	59	5,5	83
CIRUGIA DE TORAX	51	4,8	87,8
OTORRINOLARINGOLOGIA	41	3,8	91,6
CIRUGIA MAXILOFACIAL	25	2,3	93,9
CIRUGIA HEPATOBILIAR Y TRASPLANTE	21	2,0	95,9
CPRE	17	1,6	97,5
GINECO-ONCOLOGIA	17	1,6	99,1
OFTALMOLOGIA	5	0,5	99,6
NEUMOLOGIA	4	0,4	100
CIRUGIA CARDIOVASCULAR	1	0,0	100
NEFROLOGIA PEDIATRICA	1	0,0	100,0
	1073	100,0	

Figura 5. Retrasos en el traslado por especialidades quirúrgicas

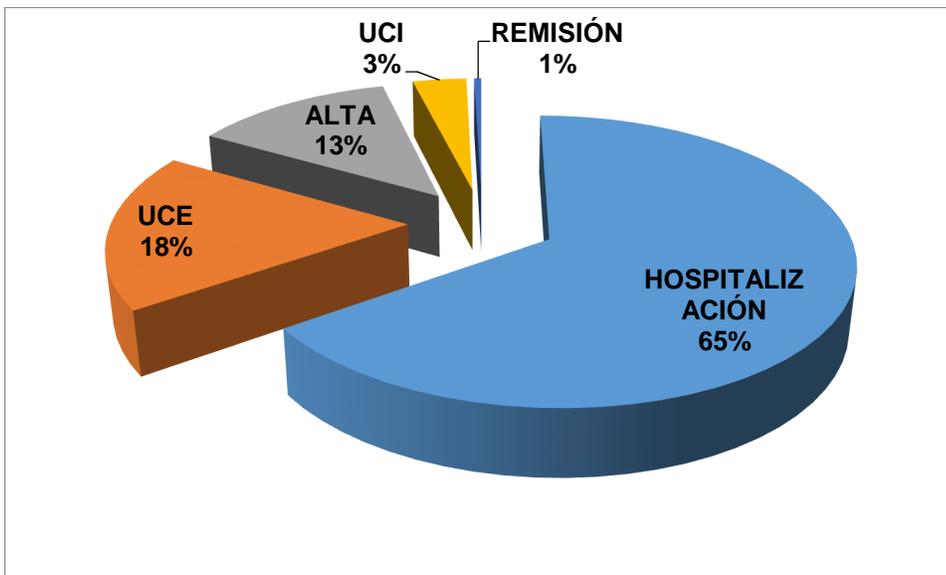


Los pacientes que más retraso presentan al salir de la UCPA, son los que van para hospitalización, la asignación de cama en UCE y en UCI también son frecuentes como causa de retraso y en último lugar lo ocupó los pacientes con alta definitiva. En la UCPA no se presentaron muertes durante el periodo estudiado. Ver tabla 9 y figura 6.

Tabla 9. Porcentaje del retraso según destino del paciente

DESTINO DE LOS PACIENTES CON RETRASO EN SALIR DE UCPA			
	n	%	Acumulado
HOSPITALIZACIÓN	701	65.33	65.33
UCE	193	17.99	83.32
ALTA	137	12.77	96.09
UCI	37	3.45	99.53
REMISIÓN	5	0.47	100.00
TOTAL	1073		

Figura 6. Porcentaje del retraso según destino del paciente



10. DISCUSION

Los retrasos en los traslados de los pacientes desde la unidad de cuidados postanestésicos en la IPS UNIVERSITARIA es más frecuente de lo que se esperaba según el documento de referencia de este trabajo, un estudio reportado en Australia (3) donde se muestra que estos retrasos ocupan un porcentaje del 25 y 30%. En la institución en estudio se está evidenciando una situación similar, con un porcentaje del 29,4%. El tiempo promedio de estancia fue de 248 minutos, y el tiempo que más permaneció un paciente fue de 1435 minutos, pendiente de cama en la UCE.

La razón más común por la que se presentaron los retrasos mencionados fue la falta de disponibilidad de camas en hospitalización (38,86%) lo que probablemente puede reflejar situaciones de este servicio como un giro cama prolongado, un alto porcentaje ocupacional, fallas en los procesos de facturación en los servicios, falencias en los procesos al interior de cada servicio, y falta de coordinación del personal de enfermería para acudir oportunamente por los pacientes post quirúrgicos.

La segunda razón por la que se presentan dichas demoras es la falta de disponibilidad de cama en la unidad de cuidados especiales (18,08%) situación muy frecuente por la alta complejidad de los pacientes que se maneja en la institución y por la alta ocupación en dicho servicio; es preocupante encontrar tiempos de estancias tan prolongadas en este tipo de pacientes, un paciente que requiere cama en la UCE, puede tardar hasta 1435 minutos en espera de la disponibilidad de esta, lo que significa que gran parte del recurso del personal y tiempo en recuperación está siendo utilizado en el cuidado de pacientes semi críticos, quienes requieren de un cuidado especial adicional, dada su condición clínica y su delicado estado de salud. Esto puede llevar a que a estos pacientes no se les brinde el cuidado que necesitan o que el personal de enfermería por estar al

cuidado de estos pacientes, descuiden a los demás usuarios que tengan en ese momento a su cargo.

En tercer lugar se evidencia un retraso por la inoportunidad del llamado a las enfermeras de los servicios de hospitalización para recibir los pacientes desde la UCPA (17,24%) - a lo cual la respuesta más común es que tienen mucha carga laboral y esa es la razón más frecuente por la que no acuden rápidamente a este llamado, y en ocasiones también se presenta que no contestan la llamada telefónica realizada desde la UCPA, lo cual se justifica con la misma razón. En varias oportunidades estas situaciones también coinciden con el cambio de turno del personal de enfermería coincidiendo esto con los resultados reportados en la literatura; vale la pena cuestionar que si se suman la falta de disponibilidad de camas en hospitalización y la inoportunidad por parte del personal de enfermería para acudir al llamado desde cirugía, en que magnitud se está descuidando la oportunidad y la continuidad en la atención de estos usuarios.

La cuarta causa que está generando retraso en estos traslados son las demoras en los trámites administrativos cuando el paciente va ser dado de alta (12.49%) - lo que puede ser atribuible a diferentes razones: personal de facturación demasiado ocupado para realizar este proceso, demora en los cobros desde farmacia para facturar oportunamente las cuentas siendo esta una de las dificultades más grandes que se presenta en el momento con el servicio farmacéutico; también es común que se presenten fallas en el sistema y esto genere retraso en el proceso, afectando directamente al paciente y la percepción y satisfacción que este tenga del servicio.

Una de las causas que más llama la atención en este estudio, es el retraso de pacientes pendientes por cama en UCI, ocupando un porcentaje del 2.80%, aparentemente no muy significativo. Este grupo de usuarios requieren una unidad de cuidados intensivo, pero con la característica de no necesitar soporte ventilatorio, razón por la cual si pasan por la UCPA; pero si se evalúa el grado de complejidad de estos pacientes y los cuidados que requieren es alarmante que

este grupo de usuarios permanezcan en espera de cubículo de intensivos en una UCPA, la cual generalmente permanece muy congestionada, donde no se le va a brindar el mismo grado de cuidado que estos requieren, por el alto volumen de pacientes que se maneja y poco el personal en la UCPA. Esta realidad afecta directamente a los pacientes en cuanto a su cuidado y por ende va en contra de las políticas institucionales de seguridad del paciente, además también es evidente la insatisfacción del personal de enfermería por la sobre carga laboral que esto les genera, llevándolas a actuar en contra de los protocolos y políticas de la institución.

Se presentaron otras causas que generaron retrasos en los pacientes:

- Cambios de conducta médica: El medico en la UCPA después de haber definido una conducta al paciente, la cambia, esto genera cambios en los cuidados y específicamente en el destino de salida del paciente.
- Cambios de turno; coincide con el retraso que genera el personal de enfermería desde hospitalización cuando se entregan y reciben de turno.
- Ausencia de órdenes médicas: en muchas ocasiones estos terminan el procedimiento y no generan las órdenes, requiriendo que las enfermeras de la UCPA realicen múltiples llamadas para recordarles esta actividad.
- Demora en los traslados atribuible a los camilleros: probablemente por el alto volumen de pacientes que maneja la institución y la poca cantidad de personal de camillero con la que cuenta, específicamente en determinadas horas.

En cuanto a las especialidades quirúrgicas se pudo encontrar que las que presentaron más retrasos en los traslados fueron las especialidades de ortopedia con un porcentaje del 26,7% con 286 casos, cirugía general con 237 casos (22,1%), en tercer lugar urología con el 11,9% de retrasos, seguido de cirugía plástica con 108 casos y con cirugía vascular con un 6,7%. Las razones por las que se presume que estas especialidades son las que presentan un porcentaje de retraso más alto, son en primer lugar porque tienen el mayor volumen de

pacientes en la institución y en segundo lugar, la mayoría de estos pacientes requieren camas en hospitalización y UCE, que como ya se mencionó anteriormente se encuentran colapsados, situación que de no ser intervenida seguirá afectando altamente a la población de la institución y al personal que labora en ella.

Finalmente al analizar cómo influye el destino del paciente en dichas demoras, se puede confirmar una vez más que la influencia es alta, mostrando que de acuerdo el destino del paciente sigue siendo el principal motivo de retraso los pacientes que requieren cama en hospitalización y en la UCE con un porcentaje muy alto.

11. RECOMENDACIONES

- Se debe conservar el registro de tiempos de estancia en la UCPA y la medición sistemática a través de la ficha técnica.
- Se recomienda proponer mecanismos de agilización de los procesos de rotación de cama en los servicios de hospitalización, de acuerdo a los análisis que los auditores realicen respecto al tema.
- Se recomienda en los servicios de UCE y UCI revisar como esta su giro cama y plantear la situación con la parte administrativa de la institución, puesto que la mayoría de los pacientes que se manejan en esta, son de alta complejidad y se requiere de una mayor disponibilidad de camas en estos servicios.
- Se recomienda plantear estrategias desde la coordinación de enfermería en los servicios de hospitalización para mejorar los procesos de comunicación con otros servicios como la UCPA y establecer métodos que permitan agilizar la entrega de pacientes desde cirugía.
- Teniendo en cuenta que algunas de las causas están relacionadas con la ausencia de órdenes médicas y el cambio de conducta, se sugiere retroalimentar a los especialistas sobre este factor que afecta a los pacientes y a la institución.
- Revisar la suficiencia de los camilleros, con el área coordinadora de este recurso humano y la parte administrativa de la institución.

12. CONCLUSIONES

Del total de pacientes atendidos en el periodo evaluado en el servicio de cirugía de la IPS Universitaria Clínica León XIII, el 29.4% (1073) pacientes, presentan retraso en el egreso desde la UCPA.

Del total de pacientes con retraso, el 85.4% corresponde a razones no clínicas y el 14.5% por la condición clínica del paciente.

Del total de pacientes con causas no clínicas, la más representativa fue la no disponibilidad de camas en los servicios de hospitalización con un 38,86%, seguido de la no disponibilidad de camas en UCE con el 18,08% y en tercer lugar la demora en los traslados desde los servicios de hospitalización con un 17,24%.

El tiempo mínimo de retrasos para estos traslados fue de 121 minutos y el tiempo máximo fue de 1435 minutos; el tiempo promedio de estas estancias fue de 248 minutos con una variabilidad de 147 minutos con relación a la media.

13. REFERENCIAS

1. Cohen MM, O'Brien-Pallas LL, Coplestone C, Wall R, Porter J, Rose DK. Nursing workload associated with adverse events in the postanesthesia care unit. *Anesthesiology*. 1999;91(6):1882-90.
2. Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L, Van den Heede K, Griffiths P, Busse R, et al. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *Lancet*. 2014;383(9931):1824-30.
3. Cowie B, Corcoran P. Postanesthesia care unit discharge delay for nonclinical reasons. *Journal of perianesthesia nursing : official journal of the American Society of PeriAnesthesia Nurses / American Society of PeriAnesthesia Nurses*. 2012;27(6):393-8.
4. Amato-Vealey EJ, Fountain P, Coppola D. Perfecting patient flow in the surgical setting. *AORN journal*. 2012;96(1):46-57.
5. Dolkart E, Amar E, Ekstein M, Weinbroum A. Patient satisfaction rating following prolonged stay in the postanesthesia care unit due to lack of space on the Ward. *European Journal of Pain*. 2011;5:15-295.
6. Barone CP, Pablo CS, Barone GW. A history of the PACU. *Journal of perianesthesia nursing : official journal of the American Society of PeriAnesthesia Nurses / American Society of PeriAnesthesia Nurses*. 2003;18(4):237-41.
7. Cutugno C. Evolution of postanesthesia care units: a legacy of politics, funding, and patient safety concerns. *Policy, politics & nursing practice*. 2013;14(3-4):142-50.
8. Nitti JT, Nitti GJ. Postanesthesia care. In: E MG, editor. *Clinical Anesthesiology*. Fourth ed. U.S.A: McGraw-Hill; 2006. p. 1001-6.
9. Odom-Forren J. The PACU as critical care unit. *Journal of perianesthesia nursing : official journal of the American Society of PeriAnesthesia Nurses / American Society of PeriAnesthesia Nurses*. 2003;18(6):431-3.

10. Bjorklund De Lima L, Borges D, Da Costa S, Rejane Robledo E. Clasificación de pacientes según el grado de dependencia de los cuidados de enfermería y de la gravedad en una unidades de recuperación postanestésica. *Latino-Am Enfermagem*. 2010;18(5):1-7.
11. Apfelbaum JL, Silverstein JH, Chung FF, Connis RT, Fillmore RB, Hunt SE, et al. Practice guidelines for postanesthetic care: an updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Postanesthetic Care. *Anesthesiology*. 2013;118(2):291-307.
12. Villavicencio R. Recomendaciones y estándares para el cuidado postanestésico inmediato y funcionamiento de la unidad de recuperación (URPA). *Rev Col Anest*. 1996;24:239-56.
13. Dexter F, Penning DH, Traub RD. Statistical analysis by Monte-Carlo simulation of the impact of administrative and medical delays in discharge from the postanesthesia care unit on total patient care hours. *Anesthesia and analgesia*. 2001;92(5):1222-5.
14. Dexter F, Epstein RH, Penning DH. Statistical analysis of postanesthesia care unit staffing at a surgical suite with frequent delays in admission from the operating room--a case study. *Anesthesia and analgesia*. 2001;92(4):947-9.
15. Whitaker DK, Booth H, Clyburn P, Harrop-Griffiths W, Hosie H, Kilvington B, et al. Immediate post-anaesthesia recovery 2013. *Anaesthesia*. 2013;68:288-97.
16. Sullivan EE. Standards of perianesthesia nursing practice 2002. *Journal of perianesthesia nursing : official journal of the American Society of PeriAnesthesia Nurses / American Society of PeriAnesthesia Nurses*. 2002;17(4):275-6.
17. Ibarra P, Robledo B, Galindo M, Niño C, Rincon D. Normas mínimas 2009 para el ejercicio de la anestesiología en Colombia. *Rev Col Anest*. 2009;37(3):235-53.
18. Resolución 2003. Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de servicios de salud., (2014).

19. Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente. In: Servicios. DGdCy, editor. Bogotá D.C.: Ministerio de la protección social.; 2008. p. 9-43.
20. AMM. Declaración de Helsinki de la AMM-Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Fortaleza, Brasil: Asociación Medica Mundial; 2015. p. 1-9.
21. Resolución 8430 de 1993. Por la cual se establecen las normas académicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, (1993).