



**UNIVERSIDAD CATOLICA SANTIAGO DE
GUAYAQUIL**

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE MEDICINA

TEMA:

MANEJO DEL PACIENTE CON ESTRÉS EN UNIDAD DE
CUIDADOS INTENSIVOS DEL PERIODO 2013 DEL
HOSPITAL NAVAL DE GUAYAQUIL.

AUTOR:

GENESIS POLLET ESCOBAR BAJAÑA.

**TRABAJO DE TESIS DE GRADUACION
PREVIO A LA OBTENCION DE TITULO DE:
MEDICO**

TUTOR:

Obando Jorge

GUAYAQUIL, ECUADOR
2014

Índice

Contenido

Índice.....	2
DEDICATORIA	3
AGRADECIMIENTO	4
RESUMEN:	5
SUMMARY:.....	5
INTRODUCCION.....	6
MATERIALES Y METODO.	8
Resultados:.....	9
Discusion	9
CONCLUSION	10
TABLAS Y GRAFICOS.....	11
TABLA I	11
TABLA II	12
TABLA III	13
BIBLIOGRAFIA	14

DEDICATORIA

Al finalizar el presente trabajo de esta nueva etapa de mi vida quiero dedicar este trabajo científico, realizado minuciosamente con mucho esfuerzo y dedicación, a mi Padre Dios, a mi familia, mi esposo y especialmente a mis padres: Sr. Lenin Escobar Mora y Sra. Nidia Bajaña Moreira, que estuvieron en cada momento de esta larga carrera que me fortalecieron para no dudar en las adversidades que esta presento por apoyarme y estar incondicionalmente junto a mí, a mis compañeros, y a todas esas personas quienes de alguna u otra manera ayudaron para que este trabajo sea excelente. Además agradecer a nuestros maestros quienes nos transmitieron muy claramente sus conocimientos médicos-científicos durante toda la carrera que fueron más que maestros fueron ejemplos a seguir.

Génesis Escobar Bajaña.

AGRADECIMIENTO

Cada vez que termina una etapa tenemos que analizar todo lo que aprendimos durante la misma. Al finalizar este trabajo quiero agradecer a Dios en primera instancia, a mis maestros que transmitieron a cada uno de nosotros los conocimientos médico-científico necesario para emprendernos en nuestra carrera como médicos y de esa manera ser excelentes profesionales.

Así mismo quisiera agradecer a mis padres, mi familia, mi esposo por el apoyo incondicional en cada etapa de mi carrera profesional.

Termino Agradeciendo a la Universidad Católica Santiago de Guayaquil y en especial a la Facultad de Ciencias y a todos sus directivos por brindarnos cada día un lugar donde poder nutrir nuestros conocimientos y así aprovecharlos en el futuro y a mi tutor de tesis el Dr. Obando quien estuvo en cada momento de este proceso.

Gracias a Todos.

RESUMEN:

Introducción: El estrés en una unidad de cuidados intensivos se puede determinar como una respuesta inespecífica que se pone en manifiesto de acuerdo a los factores desencadenantes, este puede alterar el metabolismo y funciones fisiológicas normales de ser humano, que conlleven a fallas multiorganicas que dificulten la recuperación oportuna y aumente la mortalidad de dichos pacientes en estas unidades.

Material y Método: Es un estudio retrospectivo donde se toman datos de los pacientes hospitalizados en el área de unidad de cuidados intensivos del "Hospital Naval de Guayaquil" del año 2013, se escoge estos pacientes sin distinción de género, edad y enfermedad de base para evaluar el estrés que se producen en estos durante su estancia.

Resultados: Se realizó estudio que comprende el año 2013 en Hospital Naval de Guayaquil que comprendió 72 pacientes que permanecieron en la unidad de cuidados intensivos donde se calculó el tamaño de la muestra dando como resultado 52 historias clínicas para ser analizadas basándose en el criterio de inclusión se tomaron 40 presentando índice de prevalencia de 76% de pacientes que fueron intubados durante su estadía en UCI de los cuales solo el 15% no evoluciono de acuerdo a las expectativas obtenidas a los procedimientos realizados ya que el 85% se sometió a uso de fármacos sedantes y ventilación Mecánica.

Conclusión: La prevalencia de los días en UCI de acuerdo a la patología fue de 45% en el año 2013 donde la sobrevivencia de 85% de los pacientes depende directamente de la respuesta al estrés sin fallo multiorganico funcional.

Palabras Claves

Desorden Metabólico, Estrés Oxidativo, Cuidado del paciente UCI

SUMMARY:

Introduction: Stress in an intensive care unit can be determined as a nonspecific response that is underlined according to triggers, this may alter the metabolism and normal physiological functions of human being, that lead to multiorgan failure that hampers timely recovery and increase the mortality of these patients in these units.

Material and Methods: A retrospective study where data of hospitalized patients are taken in the area of intensive care unit of "Naval Hospital in Guayaquil" 2013, these patients are chosen regardless of gender, age and underlying disease for assess stress that occur in these during your stay.

Results: Study was conducted comprising 2013 Naval Hospital in Guayaquil which included 72 patients who remained in the intensive care unit where the sample size resulting 52 records for analysis based on the inclusion criterion was calculated were taken 40 presenting prevalence rate of 76% of patients who were intubated during their stay in the ICU of which only 15% did not evolve according to the expectations derived procedures performed since 85% underwent drug use sedatives and Mechanical ventilation.

Conclusion: The prevalence of ICU days according to the pathology was 45% in 2013 where survival of 85% of patients depends directly on the functional response to stress without multiple organ failure.

Keywords

Metabolic Disorder, Oxidative Stress, ICU Patient Care.

INTRODUCCION

En el manejo del paciente en una unidad crítica se debe considerar un sin número de agentes relacionados a la estabilidad y recuperación del mismo, de manera que en este no se produzca la activación de factores que intervengan y actúen en la génesis del stress y mecanismos fisiopatológicos relacionados con el fallo multiorgánico (FMO).

El estrés es un estado proinflamatorio producido por la reacción de los polimorfonucleares activados que se dan durante la formación de radicales libres que van a dar lugar a la activación anormal del ADN inducido por la alteración y liberación de quimiotácticos desencadenados por un desbalance entre el EROs (Enzimas responsables de la oxidación de los radicales libres) y los antioxidantes.

Cuando se origina el estrés en el paciente independientemente de la disfunción orgánica multifactorial (DOM) se tiene que valorar el fallo metabólico total del mismo considerando que este genera un aumento; por consecuencia este activará una respuesta inmediata en relación a la lesión generada.

El objetivo de esta investigación se centra en los diferentes mecanismos fisiopatológicos que involucran un estado de alerta en los pacientes de un área crítica en los cuales se incluyen factores externos que acentúan su estado tales como el ruido excesivo que puede dificultar el sueño y el descanso, el dolor, uso de drogas sedantes que desempeñan un rol importante en la aparición de los estados confusionales (desorientación y alteraciones perceptivas como ilusiones, delirios, alucinaciones visuales y táctiles, etc.), que envuelven a un paciente en un estado de estrés continuo desfavorable para la recuperación del mismo.

Marco Teorico

La Medicina Intensivista es la especialidad que aplica los conocimientos médicos y de enfermería a la asistencia de pacientes en situación crítica o potencialmente crítica, constituyendo el escalón más avanzado de un esquema gradual de atención al paciente". Esto provoca tal grado de estrés, observado en tres frentes diferentes pero claramente interrelacionados. Por un lado, el del propio paciente que se enfrenta a una enfermedad grave, por otro, el del familiar que muchas veces de forma brusca ve alterada la armonía familiar con la incertidumbre sobre el futuro de la unidad familiar y, por último, el estrés del

personal que trabaja en estas unidades altamente especializadas, en muchas ocasiones, sometidos a una presión asistencial elevada.

Es conocido por todos la relación existente entre el estrés y los problemas de salud en los pacientes que ingresan en cuidados intensivos. Un claro ejemplo lo tenemos en los pacientes que ingresan por patología cardíaca, muchos de los cuales sufren un importante estrés en el trabajo, tienen problemas con el hábito tabáquico, a veces con problemas familiares y, muchas veces con una prevalencia importante de trastornos en la conducta alimentaria, con un sobrepeso importante. Existen también, enfermedades con clara relación a hábitos de vida malsanos como los derivados del uso abusivo de alcohol (descompensaciones hepáticas) o del tabaco (agudizaciones de EPOC o del asma). Y como no, no podemos dejar de mencionar los accidentes que ocurren estando bajo los efectos de drogas o alcohol, que derivan en ingresos por patologías críticas.

Si se pudiera empezar a actuar con estos pacientes desde su ingreso, provocaría, sin duda alguna, una reducción en el número de reingresos que pudieran sufrir.

Al estrés que ya trae el paciente derivado de su forma de vida se le suma el estrés que sufren por la enfermedad que están padeciendo, por el dolor físico o la incapacidad para poder moverse o comunicarse con el exterior, no se les ofrece una información adecuada sobre lo que les pasa y sufren con la incertidumbre sobre cuánto tiempo van a permanecer allí. Muchas veces existe una falta de preocupación, por parte del profesional sanitario, de cuidar estos aspectos psicológicos de los pacientes, de interesarse por sus problemas y sentimientos; es más, en muchas ocasiones no se les informa de los procedimientos que se les van a realizar ni se les pide el consentimiento e, incluso, suelen desconocer el nombre del médico o de la enfermera/o que les está tratando. Para ello es importante identificar cuáles son los aspectos a mejorar en cuanto a la calidad percibida por el paciente, para saber cómo y dónde actuar; una vez identificados habrá que cambiar actitudes y rutinas de trabajo en el profesional que trabaja con los pacientes críticos, necesarios para modificar la opinión que sobre la calidad de cuidados tienen los pacientes que ingresan.

El segundo frente de generación de estrés en los Servicios de Cuidados Intensivos es el del familiar del paciente ingresado, que es importante conocer y reconocer, ya que es uno de los lugares del hospital donde los miembros de las familias sufren más, no sólo por la situación que están atravesando, sino también porque en muchas ocasiones no entienden lo que le dicen los médicos provocándoles un enorme trastorno emocional.

Por último, no hay que olvidar el estrés que padece el personal que trabaja en los Servicios de Medicina Intensiva, existiendo una relación estrecha entre las condiciones de trabajo con el estrés, la ansiedad, depresión y, en definitiva, su calidad de vida. La tensión que se vive en el trabajo está relacionada

íntimamente con la aparición del síndrome del “Burnout”, problema común entre el personal que trabaja en estos Servicios⁶. Este síndrome se presenta con más probabilidad cuando existen factores de riesgo derivados de la organización del trabajo en un entorno adverso, provocando un agotamiento emocional. La sobrecarga asistencial, la gravedad de los pacientes, la incapacidad de muchos pacientes para comunicarse, el bajo ratio de personal/paciente, etc. pueden llevar a tomar decisiones, con un nivel de presión tal, que conlleva un riesgo potencial a cometer errores, que pueden afectar a la seguridad del paciente. A este estrés laboral se le suma el que por sus horarios de trabajo van a llevar una vida social y familiar irregular, lo que terminará desencadenando el Síndrome de Burnout, caracterizado por la falta de entusiasmo y satisfacción profesional, lo que provocará una atención de baja calidad a los pacientes. Esta afectación negativa del trabajo sobre la vida familiar, social y sobre la salud emocional del trabajador puede llevarle a adoptar conductas negativas tales como la depresión o dedicarse al consumo abusivo de alcohol o drogas.

En conclusión, es necesario poner los medios necesarios para conseguir una mayor satisfacción del paciente que se encuentra en los Servicios de Medicina Intensiva de los familiares de estos, y del profesional que trabaja con ellos. De este modo, los Servicios de Medicina Intensiva podrían ser un marco idóneo para llevar a cabo programas que identifiquen los problemas implicados en el estrés, sobre los cuales poder intervenir, con el fin de mejorar la salud física y mental del paciente, el familiar y el trabajador, evitando secuelas a corto y largo plazo.

Material y Método

Es un estudio retrospectivo donde se toman datos de los pacientes hospitalizados en el área de unidad de cuidados intensivos del “Hospital Naval de Guayaquil” del año 2013, se escoge estos pacientes sin distinción de género, edad y enfermedad de base para evaluar el estrés que se producen en estos durante su estancia en esta unidad que son sometidos a un sin número de eventos para estabilizar su salud.

Entre los factores desencadenantes a estudiar:

1. Expuesto a ventilación mecánica.
2. Han sido sometido a cirugías de alto riesgo.
3. Dolor producido por enfermedad.

4. Fármacos sedantes.

Se obtiene la información de la base de datos del Hospital Naval de Guayaquil del área de estadística, de manera confiable y fiable para la realización del estudio en curso. Para la recolección de datos se realizó mediante el estudio de historias clínicas electrónicas de cada una de los pacientes con los criterios de inclusión, las variables estudiadas.

Participan en este estudio de muestro intencional los pacientes del área critica con un total de 72 pacientes del HOSPITAL NAVAL DE GUAYAQUIL se escoge de manera que la causa de base no es la que desencadena el estrés del paciente sino de las complicaciones mediante su estadía y el tiempo desde que se inició un procedimiento o técnica en cada pacientes y su alto índice de morbimortalidad.

La verificación del estrés a la cual es sometido el paciente , se basó en la clínica y las modificaciones de laboratorio la hiperglicemia es una hallazgos más frecuentes que podemos evidenciar por las alteraciones metabólicas, hipersecreción de prolactina, cortisol, catecolaminas, glucagón y la hormona del crecimiento (GH) con bajo factor de crecimiento tipo insulina (IGF-1) y estos cambios adaptativos y poco especificos y proporcionar volumen intravascular adecuado que da una buena perfusión, presión y la disponibilidad de sustrato. Si se prolonga el estrés, hiperatabolismo proteína llega a ser importante y se acompaña de hiperglucemia, hipertrigliceridemia, resistencia a la insulina, hipoproteinemia y agua intracelular y el agotamiento de potasio. Esta respuesta se considera inapropiado no ayuda a la recuperación de los sistemas disfuncionales, y puede contribuir a prolongar la dependencia de cuidados intensivos.

Resultados:

Se realizó estudio que comprende el año 2013 en Hospital Naval de Guayaquil que comprendió 72 pacientes que permanecieron en la unidad de cuidados intensivos sin distinción de genero, edad y patología. (Tabla I.)

Se calculó el tamaño de la muestra dando como resultado 52 historias clínicas para ser analizadas basándose en el criterio de inclusión se tomaron 40 presentando índice de prevalencia de 83% de pacientes que fueron entubados durante su estadía en UCI de los cuales solo el 19% no evoluciono de acuerdo a las expectativas obtenidas a los procedimientos realizados ya que el 81% se sometió a uso de fármacos sedantes y ventilación Mecánica tuvieron una recuperación y pasaron a una sala.

Discusion

Las estadísticas nos demuestran la individualidad de acuerdo a los diferentes estímulos de los cuales son sometidos los pacientes a un estrés adicional de la patología representada. Este estudio nos revela la asociación entre la recuperación de la patología de base y a las prácticas sometidas en cada caso particular que nos presentan con la asociación de permanencia en una unidad de cuidados intensivos con lo que este genera tanto desgaste orgánico, emocional, funcional y el estrés supera la fase de recuperación oportuna que limite los diferentes mecanismos de los estados proinflamatorios dándonos una respuesta disfuncional que altera el estado de recuperación.

Esto no solo depende de la cantidad de pacientes sometidos a estrés pues la permanencia en estas unidades influye en la evaluación total de la muestra ya que la diferencia de los casos obtenidos y las diferentes reacciones de cada organismo alteran las condiciones de lo evaluado, lo que afecta las características de los resultados obtenidos y del buen manejo del estrés.

Los pacientes en una unidad de cuidados intensivos en relación al manejo del dolor y de la activación de los desencadenantes que elevan los índices de mortalidad podemos concluir la patología asociada al estrés nos resulta complejo entre las agresiones metabólicas y fisiológicas que generan activar los estados proinflamatorios por utilizar un sin número de procedimientos que alteran la parte psicoemocional de un paciente que a pesar de su estado de salud se encuentra en un estado de alerta permanente que resulta perturbador para nuestro paciente.

Por lo tanto tener conocimiento no solo médico, sino el tener en cuenta los factores externos que agreden físico y psicológica a nuestro paciente en un momento determinado prever estas situaciones que retrasan y complican la recuperación y la salida de estas unidades de alta complejidad.

CONCLUSION

La prevalencia de los días en UCI de acuerdo a la patología fue de 45% en el año 2013 donde la sobrevivencia de 85% de los pacientes depende directamente de la respuesta al estrés sin fallo multiorgánico funcional y las modificaciones de laboratorio de las cuales se puede realizar un control directo diario de las variantes modificables que ayudan al seguimiento de nuestro paciente.

TABLAS Y GRAFICOS

TABLA I

HOSPITAL GENERAL HOSNAG PATOLOGIAS FRECUENTES ATENDIDAS MENSUALES EN EL SERVICIO DE UCI 2013

MESES DEL AÑO	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL
TOTAL	8	3	6	6	10	3	7	9	9	1	6	4	72
PORCENTAJE	11%	4%	8%	8%	14%	4%	10%	13%	13%	1%	8%	6%	100%

PREVALENCIA MENSUAL DE PACIENTES UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS HOSPITAL NAVAL PERIODO 2013

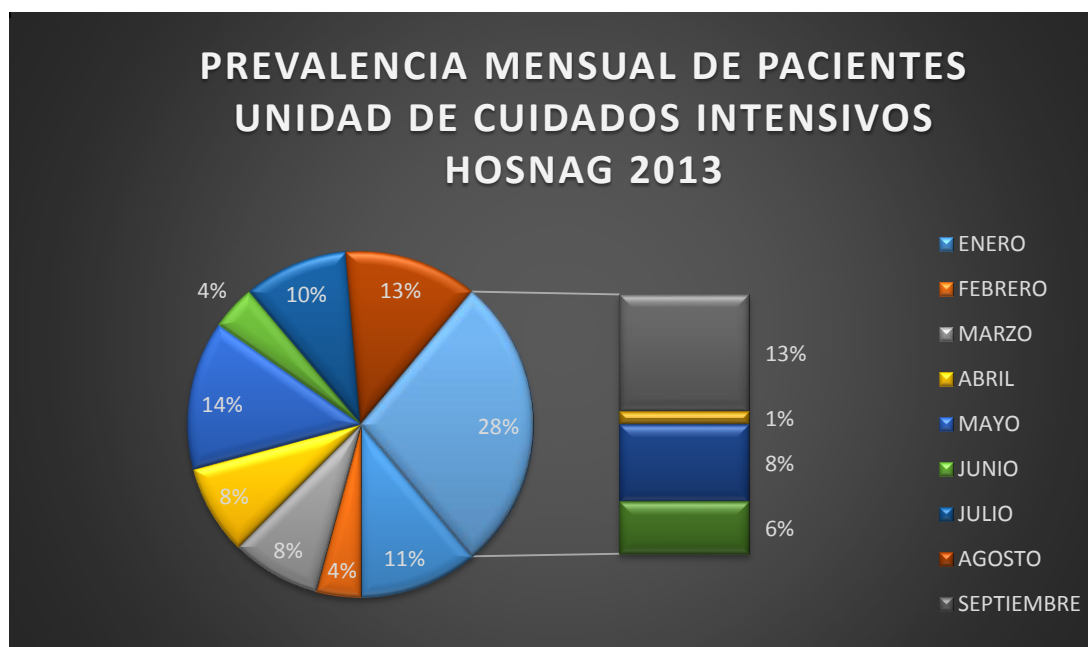
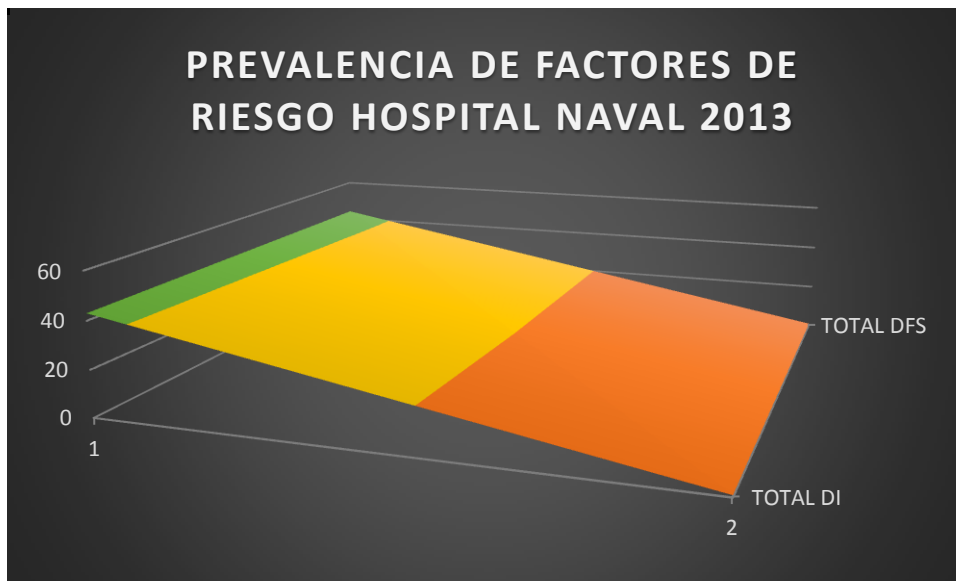


TABLA II

PREVALENCIA DE LOS FACTORES DE RIESGO DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS HOSPITAL NAVAL DE GUAYAQUIL AÑO 2013

	ACV		INSF. RESP		IAM		H. SUBARACNOIDEA	
	I 60 18 PCTES		J80 8 PCTES		I21 7 PCTES		9 PCTES	
	DI	DFS	DI	DFS	DI	DFS	DI	DFS
	13	16	14	16	10	7	6	5
TOTAL DI	43 81%				TOTAL DFS	44	83%	



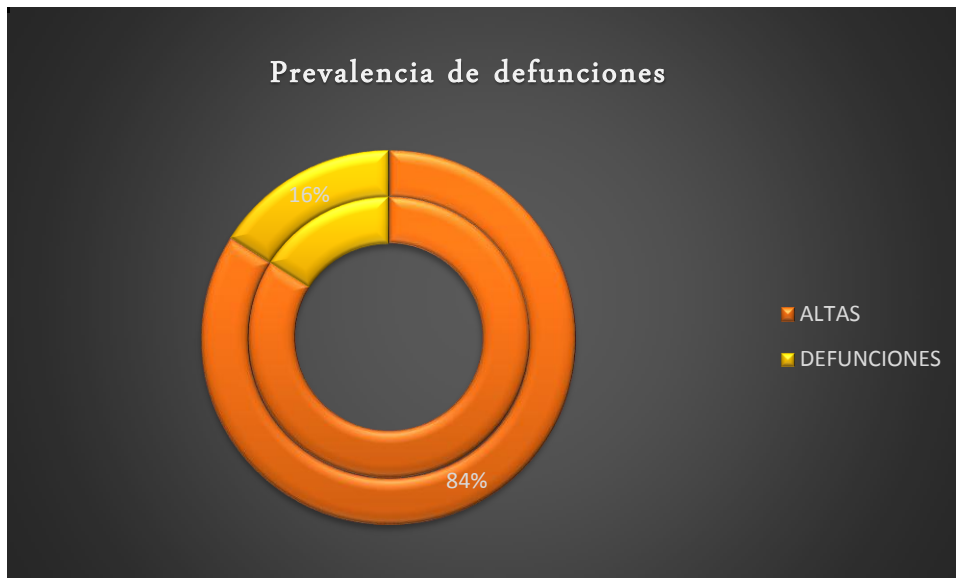
DFS: DIAS FARMACOS SEDANTES

DI: DIAS INTUBACION

TABLA III

PREVALENCIA DE DEFUNCIONES EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL NAVAL DE GUAYAQUIL AÑO 2013

ALTAS	DEFUNCIONES	TOTAL
42	8	50
84%	16%	100%



BIBLIOGRAFIA

1. ROA, B. (2010). Factores estresantes percibidos por el paciente en el período pre-operatorio: servicio de cirugía, Hospital Las Higueras de Talcahuano Universidad de Concepción, Concepción, Chile.
2. GOMEZ-CARRETERO, P; MONSALVE, V; SORIANO, JF and DE ANDRES, J. Emotional disorders and psychological needs of patients in an Intensive Care Unit. Med. Intensiva [online]. 2009, vol.31, n.6, pp. 318-325. ISSN 0210-5691.
3. Cuthbertson BH, Hull A, Strachan M, Scott J. Post-traumatic stress disorder after critical illness requiring general intensive care. Intensive Care Med. 2009;30:450-5.
4. FRANCISCO J. PASQUEL, GUILLERMO E. UMPIERREZ
Department of Medicine, Emory University School of Medicine, Atlanta, Georgia, USA MEDICINA (Buenos Aires) 2010; 70: 275-283
5. Percepción de los pacientes quirúrgicos del sueño nocturno en una Unidad de Cuidados Intensivos. A. Nicolás, E. Aizpitarte, A. Iruarrizaga, M. Vázquez, M.A. Margall, M.C. Asiain 2013.
6. González Fajardo I, Rojas Álvarez E, Moreno Martín G, Vargas González O, Cabrera Cabrera J R. Comportamiento de la letalidad por I.M.A en la unidad de cuidados coronarios del H.A.S. en el año 2008. Facultad de Ciencias Médicas “Ernesto Ché Guevara de la Serna”. Pinar del Río. Rev. Méd. P. Río 2008; 1(1).
7. Percepción de la intimidad en pacientes hospitalizados en una Unidad de Cuidados Intensivos. S.M. Amorós Cerdá, J. Arévalo Rubert, M. Maqueda Palau, E. Pérez Juan 2013.
8. Autores: Vicente Monsalve, José de Andrés, José F. Soriano Pastor, Patricia Gómez Carretero Localización: Boletín de psicología, ISSN 0212-8179, Nº. 87, 2010 , págs. 61-88
9. Cruz Martínez E. Función renal en el paciente crítico [Editorial] Rev Asoc Med Crit Terapia Intens 2010;10(2):550-1.
10. ESTÉBANEZ-MONTIEL M, JIMÉNEZ-MARTÍN M, SANDIUMENGE A, ALONSO-FERNÁNDEZ M, DE LA SEMICYUC GD Medicina Intensiva 2008;32(Supl.1): 19-30 Sedación prolongada en Unidades de Cuidados Intensivos
11. Alteraciones emocionales y necesidades psicológicas de pacientes en una Unidad de Cuidados Intensivos. (Revisión) Gómez-Carretero P , Monsalve V , Soriano J , de Andrés J Medicina Intensiva 2007;31(6): 318-325
12. Efectos de la suplementación con glutamina sobre el sistema antioxidante y la peroxidación lipídica en pacientes críticos con nutrición parenteral. Abilés J , Moreno-Torres R , Moratalla G , Pérez Abud R , Mudarra A , Machado MJ , Castaño J Nutrición Hospitalaria 2008;23(4): 332-339

13. Actitudes y percepciones del personal médico del hospital acerca de los Cuidados Intensivos y de la especialidad de Medicina Intensiva. (Artículo) Santana Cabrera L , Sánchez-Palacios M , Rodríguez González F , Casamitjana Ortega A , Fernández Arroyo M , Hernández Medicina Intensiva 2008;32(7): 319-328
14. Delirium in Intensive Care. Incidence and risk factors N. Ayllón Garrido, M.J. Álvarez González, M.P. González García 2009
15. Acute decompensated heart failure patients admitted to critical care units: Insights from ASCEND-HF Sean van Diepena, b, , 1, , Mohua Podderb, Adrian F. Hernandezc, Cynthia M. Westerhoutb, Paul W. Armstrongb, d, John J.V. McMurraye, Zubin J. Eapenc, Robert M. Califfc, Randall C. Starlingf, Christopher M. O'Connorc, Justin A. Ezekowitzb, d, 1(2013).
16. Influencia de la Unidad de Cuidados Intensivos en los familiares de pacientes con mala calidad de vida Agustín Martín-Rodríguez¹ y María Angeles Pérez-San Gregorio (Universidad de Sevilla, España)(2007).
17. Clinical characteristics of the admitted patients with severe sepsis to an Intensive Care Unit Jorge Israel Liñán-Ponce, Fernando Véliz-Vilcapoma 2008
18. Caracterización de indicadores bioquímicos de estrés oxidativo en pacientes quemados muy graves Lic. Rosa Sánchez Álvarez, Dra. Niurka Llópiz Janer, Dra. Lili Leyva, Lic. Yoani Albuerne, Dr. Félix Broche Valle, Lic. Marisol Peña Sánchez, Lic. Yuladis González Fresneda y Dr. José C. García Piñeiro 2007
19. Sleep characteristic of patients in intensive care unit Luis Basco Pradol; Silvia Fariñas RodríguezII; Miguel Ángel Hidalgo BlancoIII 2010
20. Efectos de la suplementación con glutamina sobre el sistema antioxidante y la peroxidación lipídica en pacientes críticos con nutrición parenteral J. Abilés 1, R. Moreno-Torres 1, G. Moratalla 2, J. Castaño 2, R. Pérez Abúd 1, A. Mudarra 1, M^a J. Machado 2, E. Planells 3 y A. Pérez de la Cruz 1 2008