

**UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE PUERICULTURA Y PEDIATRIA
INSTITUTO AUTÓNOMO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LOS ANDES**

**SUSPENSIÓN DE CIRUGÍAS E INCUMPLIMIENTO DE
ANTIBIOTICOTERAPIA POR INSUFICIENCIA DE INSUMOS ASISTENCIALES
EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICA DE UN HOSPITAL
UNIVERSITARIO DE VENEZUELA**

**Trabajo especial de grado para optar por el título de especialista Puericultura y
Pediatria**

www.bdigital.ula.ve

**AUTOR:
Angélica Ramírez Palencia**

**TUTOR
Akbar C. Fuenmayor**

Mérida, octubre de 2018

C.C.Reconocimiento

AUTOR: *Angélica María Ramírez Palencia*

Médico residente del Postgrado de Puericultura y Pediatría.

Facultad de Medicina.

Universidad de Los Andes. Mérida - Venezuela

TUTOR: *Akbar C. Fuenmayor.*

Pediatra Intensivista. Profesor Agregado de la Facultad de Medicina.

Universidad de Los Andes. Mérida - Venezuela

www.bdigital.ula.ve

C.C.Reconocimiento

**SUSPENSIÓN DE CIRUGÍAS E INCUMPLIMIENTO DE
ANTIBIOTICOTERAPIA POR INSUFICIENCIA DE INSUMOS ASISTENCIALES
EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICA DE UN HOSPITAL
UNIVERSITARIO DE VENEZUELA**

www.bdigital.ula.ve

TRABAJO ESPECIAL DE GRADO PRESENTADO POR EL MÉDICO: ANGÉLICA MARÍA
RAMÍREZ PALENCIA, CI-E 1.081.911.596, ANTE EL CONSEJO DE LA FACULTAD DE
MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE LOS ANDES, COMO CREDENCIAL DE MÉRITO
PARA LA OBTENCIÓN DEL GRADO DE ESPECIALISTA EN PUERICULTURA Y
PEDIATRIA.

C.C.Reconocimiento

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por darme la fortaleza, inteligencia y resiliencia necesaria para lograr el objetivo de ser especialista en Puericultura y pediatría, por regalarme a la mejor mujer que existe en el planeta por madre y por proveerme de todas las herramientas para alcanzar lo que hasta ahora me he propuesto.

A mi madre Dalgy Palencia Blanco, por ser mi ejemplo, mi apoyo y mi fortaleza, por su infinito amor, por cada oración elevada a Dios pidiendo por mi bienestar y por soportar con paciencia mi ausencia aun en los momentos especiales y difíciles en los que no he podido estar a su lado.

A mi padre Álvaro Díaz y mi Hermano Jorge Mario Vega, por estar siempre pendiente de mí, por sus palabras de aliento y por el soporte y compañía para mi madre durante mi ausencia. A mi sobrino Samuel David por ser el rayito de luz que llego a llenar de magia y de amor nuestra familia.

A mi Novio Abdiel Soto y a la familia Soto Boscan, por su apoyo, sus atenciones, su compañía, comprensión y paciencia; por convertirse en mi familia en Venezuela.

A mis compañeros de postgrado, en especial a Isabel Assaf, Yeniree Patiño y Wilmary Rosales, por cada aventura compartida, cada cosa aprendida y por ser mi pañuelo de lágrimas, aquellos días cuando sentí que el mundo se me venía encima.

A la ilustre Universidad de Los Andes, por ser el alma mater que me permitió desarrollar mis estudios de postgrado y a todos los docentes que transmitieron sus conocimientos para mi formación como especialista en Pediatría y Puericultura.

DEDICATORIA

A mi madre Dalgy Palencia Blanco, por ser mi razón de ser, la dueña mi corazón y mi apoyo incondicional. Por cada momento de ausencia y por el sacrificio que representó llevar a feliz término este proyecto de vida.

Angélica Ramírez Palencia

www.bdigital.ula.ve

ÍNDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN.....	1
JUSTIFICACION.....	5
OBJETIVOS.....	7
MARCO TEORICO.....	8
CONSIDERACIONES ETICAS Y LEGALES.....	13
MATERIALES Y MÉTODOS.....	14
RESULTADOS.....	17
DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.....	26
CONCLUSIONES.....	29
RECOMENDACIONES	30
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	31
ANEXOS	35
1. Ficha de recolección de datos	36

LISTA DE TABLAS

Nº	Título de la Tabla	pp.
1	Distribución de frecuencias según etiología de la enfermedad que motivó la admisión. Salas de hospitalización pediátricas. Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes. 01 de febrero 2018 y el 30 de julio 2018	17
2	Distribución de frecuencias según tipo de enfermedad crónica de los pacientes. Salas de hospitalización pediátricas. Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes. 01 de febrero 2018 y el 30 de julio 2018	18
3	Distribución de frecuencias según tipo de enfermedad que causó la hospitalización. Salas de hospitalización pediátricas. Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes. 01 de febrero 2018 y el 30 de julio 2018	19
4	Causas de interrupciones y demoras en el cumplimiento del tratamiento con antibióticos. Salas de hospitalización pediátricas. Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes. 01 de febrero 2018 y el 30 de julio 2018	20
5	Fuente de suministro del antibiótico. Salas de hospitalización pediátricas. Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes. 01 de febrero 2018 y el 30 de julio 2018	20
Nº	Título de la Tabla	pp.
6	Causas de suspensión de las cirugías. Salas de hospitalización pediátricas. Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes. 01 de febrero 2018 y el 30 de julio 2018	21
7	Cumplimiento del tratamiento con antibióticos y condición de egreso. Salas de hospitalización pediátricas. Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes. 01 de febrero 2018 y el 30 de julio 2018	22

8	Suspensión de cirugías y condición de egreso. Salas de hospitalización pediátricas. Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes. 01 de febrero 2018 y el 30 de julio 2018	22
9	Cumplimiento de tratamiento con antibióticos y duración de la hospitalización. Salas de hospitalización pediátricas. Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes. 01 de febrero 2018 y el 30 de julio 2018	23
10	Suspensión de cirugías y duración de la hospitalización. Salas de hospitalización pediátricas. Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes. 01 de febrero 2018 y el 30 de julio 2018	25

www.bdigital.ula.ve

UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO AUTONOMO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LOS ANDES
POSTGRADO DE PEDIATRÍA Y PUERICULTURA

**SUSPENSIÓN DE CIRUGÍAS E INCUMPLIMIENTO DE ANTIBIOTICOTERAPIA POR
INSUFICIENCIA DE INSUMOS ASISTENCIALES EN EL SERVICIO DE
HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICA DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE
VENEZUELA**

Autora: Angélica Ramírez Palencia
Tutor y asesor metodológico: Akbar Fuenmayor
Fecha: Octubre, 2018

RESUMEN

La calidad de atención médica está estrechamente relacionada con la disponibilidad de recursos para el cuidado general del paciente, para la ejecución de procedimientos diagnósticos y terapéuticos y para la formación científica, académica y humana del personal de salud. Sin tales recursos y una organización que les dé un uso costo/efectivo, no será posible satisfacer de manera óptima e integral el derecho fundamental a la salud que tiene todo ciudadano. El objetivo del presente trabajo fue determinar de forma objetiva el impacto de la crisis hospitalaria venezolana en dos indicadores de los procesos de atención (incumplimiento de antibioticoterapia y suspensión de cirugías) en el Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes (IAHULA). Se encontró que el cumplimiento de antibióticos fue inadecuado por interrupciones y demoras en el 80.7% de los pacientes, en los casos quirúrgicos a 70.6% le fue suspendida la cirugía; cifras que a la luz de la administración y calidad en salud son totalmente alarmantes.

Palabras clave: Calidad en la atención médica, cirugías, antibioticoterapia

UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO AUTONOMO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LOS ANDES
POSTGRADO DE PEDIATRÍA Y PUERICULTURA

**SUSPENSION OF SURGERIES AND BREACH OF ANTIBIOTIC THERAPY FOR
INSUFFICIENCY OF ASSISTANCE SUPPLIES IN THE PEDIATRIC
HOSPITALIZATION SERVICE OF A UNIVERSITY HOSPITAL OF VENEZUELA**

Author: Angélica Ramírez Palencia
Tutor and Methodological Assessor: Akbar Fuenmayor
Date: Octubre, 2018

ABSTRACT

The quality of medical care is closely related to the availability of resources for the general care of the patient, for the execution of diagnostic and therapeutic procedures and for the scientific, academic and human training of health personnel. Without such resources and an organization that gives them a cost / effective use, it will not be possible to satisfy in an optimal and integral way the fundamental right to health. The aim of this study was to objectively determine the impact of the Venezuelan hospital crisis on two indicators of care processes (non-compliance with antibiotic therapy and suspension of surgeries) at the *Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes* (IAHULA). It was found that antibiotic compliance was inadequate due to interruptions and delays in 80.7% of patients, in surgical cases, 70.6% had surgery suspended; figures that in the light of the administration and quality in health are totally alarming.

Key words: Quality in medical care, surgeries, antibiotic therapy

INTRODUCCIÓN

La calidad en la atención médica está estrechamente relacionada con la disponibilidad de recursos para el cuidado general del paciente, para la ejecución de procedimientos diagnósticos y terapéuticos y la formación científica, académica y humana del personal de salud. Sin tales recursos y una organización que les dé un uso costo/efectivo, no será posible satisfacer de manera óptima e integral el derecho fundamental a la salud que tiene todo ciudadano; en un Estado Social de Derecho, es responsabilidad de los gobiernos la articulación de esfuerzos dirigidos al desarrollo de políticas de salud que coadyuven a maximizar los beneficios del paciente.

En la década de los 90, el Instituto de Medicina de Estados Unidos definió la calidad de atención como “el grado en el cual los servicios de salud incrementan la posibilidad de obtener resultados deseados en salud consistentes con el conocimiento profesional médico”¹. Para medir la calidad de atención es necesario construir y evaluar indicadores confiables del desempeño asistencial. Donabedian en los años 80’, propuso que la calidad de atención podía evaluarse en tres dimensiones: *la estructura*, que comprende las políticas de salud, el financiamiento, las condiciones ambientales, los recursos y la organización que determinan las condiciones en que se da la asistencia; *los procesos*, que tienen que ver con todas las acciones del personal de salud y de los usuarios en el quehacer diario de la institución de salud, y *los resultados* expresados en los efectos de la asistencia en la salud de los individuos y las poblaciones ².

Puede observarse que la *estructura* representa las condiciones que hacen posible la atención, esas condiciones en un Estado Social de Derecho son responsabilidad primordial de los gobiernos. Acorde con esta idea, en la Constitución Nacional de 1999, específicamente el artículo 83, se expresa la posición del Estado en materia de salud concibiéndola como “*un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida* “, en este sentido, los artículos 84 y 85 esbozan lineamientos que garantizan el derecho a la salud, para lo que el *Estado* “*creará, ejercerá la rectoría y gestionará un sistema público nacional de salud...regido por los principios de gratuidad, universalidad, equidad, integración social y solidaridad...el financiamiento del sistema público nacional de salud es obligación del Estado...garantizará un presupuesto que permitan cumplir con los objetivos de la política sanitaria* ³”.

www.bdigital.ula.ve

Este instrumento jurídico sentó las bases de políticas nacionales centradas en la promoción y preservación de la salud como un derecho humano fundamental; por ello, a partir del año 2003 el Estado desarrolló estrategias destinadas a garantizar este derecho y el carácter gratuito del servicio, iniciando la Misión Barrio Adentro que hasta la actualidad se ha desplegado en varios niveles de complejidad (I, II, III, IV), desarrollo que fue posible gracias a los altos ingresos petroleros en la década 2003 – 2013. Según datos aportados por Petróleos de Venezuela (principal fuente de ingresos de la nación), durante este decenio la empresa invirtió 6.516 millones de dólares en las Misiones de Salud, de los cuales 97,5% correspondieron a la *Misión Barrio Adentro* ⁴.

Luego de la caída de los precios del petróleo, en 2014, los avances logrados con la Misión Barrio Adentro se han ido perdiendo. Venezuela es un país económicamente dependiente de las ventas de crudo, de modo que la reducción en los precios del petróleo y la caída en la producción que también se registró desde ese año afectaron gravemente la economía nacional originando una crisis sin precedentes. Según datos aportados por el Banco central de Venezuela (BCV), la economía venezolana entró en recesión, el producto interno bruto ha tenido un crecimiento negativo desde el 2014 de -3,1%, en 2015 de -5,7%.⁵ Sin embargo, a partir del año 2015, esta entidad dejó de publicar cifras oficiales del PIB y de la tasa de inflación, pero estimaciones de la CEPAL cifran el crecimiento del PIB para 2016 en -7%⁶.

Este escenario ha comprometido la inversión y participación del Estado en salud, deteriorando notablemente la capacidad resolutoria del sistema para brindar atención médica oportuna e integral a la población. En lo concerniente, a los hospitales públicos, la Encuesta Nacional de Hospitales 2016 realizada por la Red de Médicos por la Salud⁷, cifró el déficit de medicamentos en 76% y de material médico quirúrgico en 81%; el 34,8% de las camas no estaban operativas, el 63,4% de los servicios de nutrición no contaban con fórmulas lácteas. La Encuesta Nacional de Hospitales 2016, incluyó al Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes, un hospital regional de especialidades de 600 camas ubicado en la ciudad de Mérida. En este centro asistencial se notificaron fallas severas en la dotación de medicamentos y materiales, reducción del 50% en la disponibilidad de camas operativas de cuidado intensivo y fallas intermitentes en el funcionamiento de quirófanos⁷.

La progresiva caída en el financiamiento de los hospitales no sólo ha conducido al cierre de programas y servicios de salud, también ha provocado la pérdida de la gratuidad de atención médica. Los pacientes y sus familias se ven forzados a adquirir medicamentos, material médico quirúrgico y servicios para la atención médica. Según la Organización Mundial de la Salud, en Venezuela el porcentaje de gastos de bolsillo se ha incrementado progresivamente desde el año 2006 (45.8%) hasta el 2014 cuando se ubicó en 64.33% (no hay datos más recientes); el gasto de bolsillo en Venezuela es el más alto de la región de Las Américas y es uno de los mayores del mundo⁸.

Al considerar la trascendencia e implicaciones de la realidad expuesta sobre la calidad de los servicios de salud, la vulnerabilidad de los principios universales de la misma y sus consecuencias en el acceso y adecuada atención de los usuarios que acuden al Instituto Autónomo Universitario de los Andes, el presente estudio tiene como finalidad determinar de manera objetiva el impacto de la crisis hospitalaria venezolana en dos procesos de atención médica en el área de hospitalización pediátrica del Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes (IAHULA), como punto de partida para realización de estudios posteriores a nivel nacional, que permitan evidenciar el estado actual del sistema de salud Venezolano.

JUSTIFICACIÓN

Esta investigación se realiza porque en Venezuela no se ha determinado el efecto del desfinanciamiento de los hospitales en la continuidad de los procesos de atención médica. Estos procesos pueden interrumpirse momentáneamente por falta de personal, equipos e insumos hospitalarios; ante esta situación, el grupo familiar se ve forzado a asumir los gastos de atención, pero si su situación económica les impide afrontarlos, se generará una interrupción indefinida de las intervenciones médicas y quirúrgicas que el paciente requiere. Las consecuencias sobre la salud pueden ser devastadoras, en especial cuando el paciente necesita intervenciones quirúrgicas mayores o tratamientos médicos de aplicación perentoria para detener el avance de una enfermedad (como la antibioticoterapia).

www.bdigital.ula.ve

Dado que los niños son un sector de la población que goza de derechos especiales, la violación de su derecho a la salud representa una afrenta mayor al funcionamiento de una sociedad. Por esta razón este estudio se enfoca en ese grupo de edad.

Recientemente, en nuestro hospital se evaluaron las interrupciones del proceso de atención médica en niños hospitalizados en unidades de cuidados críticos, pero aún no se ha estudiado el fenómeno en salas de hospitalización general. Por otra parte, a partir de noviembre de 2017 se desató un proceso hiperinflacionario que incrementó sustancialmente los costos de insumos y servicios de salud, de manera que es posible que en muchos casos los pacientes no estén recibiendo los tratamientos médicos indicados.

Dada la naturaleza del problema de estudio, los diseños de investigación más propicios serían los estudios cualitativos y los estudios observacionales, en este caso se optó por un diseño observacional.

La caracterización de la crisis sanitaria del país es de extrema importancia porque es la manera objetiva de evaluar la situación para persuadir a las instancias de decisión sobre la necesidad de desarrollar estrategias urgentes para solucionar el problema. Probablemente, los rasgos más ominosos de la actual crisis socioeconómica y política son el deterioro de los sistemas de salud y la desnutrición, ambos golpean con más fuerza a sectores vulnerables de la población como los niños.

Desde un punto de vista científico, son escasas las investigaciones sobre el impacto de las crisis económicas en la salud de las poblaciones, esta carencia es particularmente notoria en países latinoamericanos.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar el impacto de la crisis hospitalaria venezolana en dos procesos de atención médica en el área de hospitalización pediátrica del Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes (IAHULA)

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Recoger datos demográficos, clínicos y del proceso de atención en pacientes pediátricos hospitalizados en el Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes en el periodo de estudio.
- Determinar la frecuencia de suspensión de cirugías e identificar sus causas.
- Determinar la frecuencia de omisiones, demoras o interrupciones en el tratamiento antibiótico e identificar sus causas.
- Contrastar la frecuencia de suspensión de cirugías e incumplimientos del tratamiento antibiótico con las características socio-demográficas y clínicas de los pacientes.
- Determinar las consecuencias clínicas de la suspensión de cirugías e interrupciones de la antibioticoterapia.

MARCO TEÓRICO

Suspensión de cirugías

La interrupción de las intervenciones quirúrgicas son un fenómeno que se presenta con relativa frecuencia en las instituciones de salud, con consecuencias negativas como aumento de la estancia hospitalaria, mayor morbilidad e incremento en los costos; se calcula que la suspensión de una cirugía electiva en EEUU tiene un costo adicional de 198.00 dólares por paciente. Las causas de suspensión de intervenciones son diversas, entre las que se mencionan la falta de insumos hospitalarios, poca disponibilidad de camas de hospitalización y fallas administrativas^{11,12}; algunas de estas causas son atribuibles a deficiencia de recursos institucionales y en otros casos a fallas médicas en el proceso de preparación del paciente para el acto quirúrgico (solicitud de paraclínicos preoperatorios, interconsultas y reserva de hemoderivados). No menos relevantes son los motivos derivados de la condición clínica del paciente, como su rechazo a la cirugía propuesta y el incumplimiento de citas preoperatorias. Se ha reportado que el índice de suspensiones de cirugía programada varía de 4.5 a 18%, aunque puede alcanzar hasta el 33% de suspensiones en tres meses.^{11,13,14}

No existe una relación directa entre la especialidad y la tasa de cirugías suspendidas, cada área cuenta con inconvenientes propios.¹¹

En la actualidad, la mayoría de los países experimentan un aumento en las demandas en salud en desproporción con la disponibilidad de recursos, esta situación obliga al uso más eficiente posible de los mismos, de allí que evitar la suspensión de cirugías se convierta en una estrategia costo-efectiva de alto rendimiento. Por esta razón, los hospitales deben procurar poner en marcha estrategias que mejoren la coordinación entre personal médico, paciente y área administrativa con el fin de evitar que las cirugías sean suspendidas por fallas organizacionales .^{11,12}

La cancelación de cirugías no sólo eleva los costos, también reflejan una pobre calidad de atención pues no se cumple con el precepto de satisfacer las necesidades de salud en el momento requerido, utilizando los recursos apropiados y dar plena satisfacción al usuario con la atención recibida.¹³ La suspensión de una cirugía representa para el paciente y sus parientes un evento frustrante con consecuencias sobre la economía familiar, particularmente para los usuarios que provienen de áreas alejadas al centro hospitalario que además han interrumpido su actividad laboral y por ende sus ingresos financieros.¹⁴

Desde el punto de vista de la calidad de la atención en salud, una baja tasa de cancelación o suspensión de cirugías programadas es un indicador del uso eficiente de los recursos y de funcionamiento armónico de las diferentes estancias hospitalarias implicadas en el dicho proceso.¹⁴ Una cirugía realizada de manera oportuna mejora índices como la mortalidad infantil, la salud materna y las complicaciones obstétricas.¹⁵

Demoras e interrupciones en el tratamiento antibiótico

Las enfermedades infecciosas son una causa frecuente de consulta en los centros de salud. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Atención Médica Ambulatoria, 15 millones de los 114 millones de visitas al departamento de emergencias en Estados Unidos en 2005, implicó la administración de uno o más agentes antimicrobianos. El inicio precoz de antibioticoterapia es determinante en los resultados de la atención de pacientes con infecciones severas.¹⁶

La mayoría de los informes sugieren resultados más desfavorables cuando ocurre retraso en que la mortalidad se incrementa 12,6% por cada hora de retraso en el inicio del tratamiento.^{17,18,19,20,21,22,23}

www.bdigital.ula.ve

Basados en estos estudios la Sociedad Americana de Enfermedades Infecciosas recomienda el inicio de antibióticos lo antes posible.²⁴

En sepsis, Liu *et al.* reportaron el aumento en la mortalidad absoluta asociada con cada hora de retraso en la administración de antibióticos, la cual fue de 0.3% (IC 95%, 0.01% -0.6%; $p = 0.04$) para sepsis; de 0.4% (IC 95%, 0.1% -0.8%; $p = 0.02$) para sepsis severa y de 1.8% (95% CI, 0.8% -3.0%; $p = 0.001$) para shock séptico.²⁵

Vincent y otros, en un estudio retrospectivo con 35,000 pacientes hospitalizados con sepsis en 21 departamentos de emergencia entre 2010 y 2013 en el norte de California, evaluaron la asociación entre el momento de administración de los antibióticos y la mortalidad

hospitalaria, hallaron que cada hora de retraso entre el ingreso al departamento de emergencias y la administración de antibióticos se asociaba a un 9% de aumento en la mortalidad, similares hallazgos reportaron Kuman *et al.* y Ferrer *et al.* ²⁶

Respecto a los antibióticos en neumonía adquirida en la comunidad (NAC), muchos estudios han encontrado asociación entre el inicio temprano de antimicrobianos, mejores tasas de supervivencia y disminución en los días de estancia hospitalaria. Varios estudios han investigado el impacto del inicio tardío de antibioticoterapia en neumonía asociada a ventilación mecánica, encontrando mayor mortalidad en aquellos pacientes en los que la terapia antibiótica adecuada, se retrasó por más de 24 horas o cuando este último fue inapropiado.¹⁶

Un estudio de cohorte retrospectivo realizado por Sandora *et al.*, en el año 2009, en el que incluyeron a pacientes entre 18 meses y 18 años de edad que ingresaron a un hospital pediátrico de atención terciaria urbana con el diagnóstico de neumonía adquirida en la comunidad; evaluó el cumplimiento y aplicabilidad de los indicadores de calidad en el tratamiento de NAC en niños; los autores reportaron que un retraso en la administración de antibióticos trajo como consecuencia demora en la estabilización clínica y aumento en los días de hospitalización. Sin embargo, no se determinó un tiempo tope mínimo ideal para el inicio de antibioticoterapia dada la alta incidencia de neumonía de etiología viral en la población pediátrica y el riesgo del uso indiscriminado de antibióticos; las guías de las *Infectious Diseases Society of America/American Thoracic Society* indican que no hay un tiempo ventana establecido entre el diagnóstico y la primera dosis de antibióticos en el

servicio de emergencias en la población adulta pero en la población pediátrica se recomienda que este tiempo no sea mayor a 4 horas.²⁷

En las infecciones del tracto urinario, el retraso en el tratamiento antibiótico puede conducir a lesiones renales agudas y cicatrices renales dentro de un período de tiempo variable desde el comienzo de la fiebre. Algunos investigadores han sugerido períodos tan cortos como 24 horas, otros extienden este período hasta una semana. La literatura existente sobre la asociación del inicio tardío del tratamiento con el desarrollo de las lesiones renales es controvertida, probablemente debido a la variabilidad de los diseños del estudio.²⁸

www.bdigital.ula.ve

CONSIDERACIONES ÉTICAS Y LEGALES

Este es un estudio de carácter observacional que se apega a los principios de responsabilidad, no maleficencia, justicia, beneficencia, autonomía y precaución. En caso de que durante la ejecución de la investigación se detecten interrupciones del proceso de atención médica no identificados por el personal de salud tratante, la situación les será notificada de inmediato. El autor respetará en todo momento las normas éticas de la "Declaración de Helsinki" y el estudio será evaluado por el Consejo Técnico de Postgrado en presentación pública. El estudio no contempla la toma de muestras ni intervenciones por parte del investigador puesto que sólo se observará la práctica institucional habitual. Tampoco se contempla la recopilación de imágenes o cualquier otro medio que involucre la confidencialidad de la actuación médica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño del estudio. Estudio observacional, descriptivo de los procesos de atención médica.

Contexto: Hospital Universitario de Especialidades (Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes) de 613 camas de referencia nacional y regional ⁹ (Región Los Andes con aproximadamente 3.607.720 habitantes). El estudio se realizó entre el 01 de febrero 2018 y el 30 de julio 2018 en el área de hospitalización. Los pacientes fueron evaluados durante los primeros 8 días de su estadía en la sala de hospitalización.

Participantes: Todos los pacientes que ingresaron al área de hospitalización pediátrica (T-7 y T-8) durante el período de estudio. Criterios de exclusión: Pacientes a los que no se indicó antibióticos ni procedimientos quirúrgicos. Casos que egresaron o fueron trasladados a otras áreas hospitalarias en las primeras seis horas de la admisión a la sala de hospitalización. Casos en los que no se completó el periodo de seguimiento de 8 días. Clasificación de la muestra: Grupo de estudio: casos en los que hubo incumplimiento del plan de tratamiento con antibióticos y/o suspensión de cirugía programada, bastará un solo evento de incumplimiento de tratamiento con antibiótico o un solo evento de suspensión de cirugía para que el caso sea incluido en este grupo. Grupo control: Casos sin incumplimiento del plan de tratamiento con antibióticos y/o realización de cirugía en el día que fue programada.

Variables:

- Demográficas: Edad y sexo, procedencia, estrato social Graffar modificado por Méndez Castellano¹⁰.
- Clínicas: Diagnósticos, tipo de paciente (médico o quirúrgico), enfermedad crónica subyacente.
- Del proceso asistencial: Cirugías y tratamiento con antibióticos.
- De resultado: tiempo total de hospitalización, factores que influyeron en la duración total de la estancia hospitalaria y mortalidad

Fuente de datos y medidas: La información se obtuvo de los registros clínicos (historia clínica, registros de signos vitales, registros de enfermería, etc.) y por entrevista directa con el personal de salud tratante y los familiares. Cada caso fue captado durante su estancia en el área de hospitalización pediátrica, registrándose las características demográficas y clínicas. A partir de ese momento, se hicieron visitas diarias durante 8 días con el fin de recabar información sobre el proceso de atención médica en cuanto a la realización de cirugías y el cumplimiento de antibióticos. Se consignaron las interrupciones de los procesos de atención evaluados y cómo y cuándo fueron solventadas (insumos aportados por el familiar, donaciones o la institución; realización de la cirugía en posterior oportunidad, etc.). Al egresar el paciente se registró la condición de egreso (exitus, supervivencia) y el tiempo de hospitalización.

A partir de la elaboración de la estructura de base de datos se utilizó el programa de análisis estadístico SPSS®, versión 15.0.

Análisis estadístico

Los resultados se presentan bajo la forma de tablas de distribución de frecuencia uni y bivariantes (tablas de contingencia dos por dos) para las variables cualitativas. En el caso de las variables cuantitativas se exploró la condición de normalidad de las mismas, siendo el criterio definitivo la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Se compararon las variables demográficas y clínicas de los pacientes con la finalidad de determinar si existe asociación con la frecuencia de incumplimiento de tratamiento antibiótico o de suspensión de cirugía programada. La valoración inferencial de los resultados implicó la estimación de la prueba chi-cuadrado (cuando existió un máximo del 20% de frecuencias inferiores a 5; en caso contrario se utilizó el test exacto de Fisher) para la comparación de las proporciones vertidas en las tablas de contingencia elaboradas.

Para las variables cuantitativas se emplearon pruebas inferenciales de comparación de medias tipo ANOVA, en las variables que siguieron una distribución Normal; de lo contrario se utilizó pruebas no paramétricas (mediana, McNemar, Mann-Whitney, Kruskal-Wallis; entre otras). En todos los casos se utilizó como elemento crítico de significancia un 5% de error tipo I.

RESULTADOS.

Se registró la información de 122 pacientes pediátricos admitidos en las salas de cuidados intermedios (hospitalización) del Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes. La edad promedio fue de 6,33 años ($Dt \pm 5,13$, rango entre 1 mes y 15 años), la mayoría del sexo masculino (58,2%). El 75,4% procedían del área no metropolitana.

Predominaron los niños con problemas de salud de tipo médico (73,0%) sobre los de tipo quirúrgico (27,0%). La etiología más común de las enfermedades que motivaron la hospitalización fueron las infecciones (60,7%), tabla 1.

Tabla 1. Distribución de frecuencias según etiología de la enfermedad que motivó la admisión. Salas de hospitalización pediátricas. Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes. 01 de febrero 2018 y el 30 de julio 2018

Etiología	Frecuencia	Porcentaje
Infección	74	60,7
Causas externas	30	24,6
Congénitas	7	5,7
Otras	11	9,0
Total	122	100,0

Treinta y cinco niños (28,7%) padecían enfermedades crónicas, entre ellas, la más frecuente fue desnutrición, tabla 2.

Tabla 2. Distribución de frecuencias según tipo de enfermedad crónica de los pacientes. Salas de hospitalización pediátricas. Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes. 01 de febrero 2018 y el 30 de julio 2018

Enfermedad crónica	Frecuencia	Porcentaje
Sin Comorbilidad	87	71,3
Desnutrición	14	11,5
Cardiopatía Congénita	4	3,3
Leucemia linfocítica aguda	3	2,5
Obesidad	3	2,5
Parálisis Cerebral Infantil	3	2,5
Asma	2	1,6
Hipertiroidismo	1	0,8
Síndrome Niño Maltratado	1	0,8
Valvas Uretrales	1	0,8
Meduloblastoma	1	0,8
Síndrome de Hostman	1	0,8
Síndrome Arnold Chiari	1	0,8
Total	122	100,0

Las fracturas y lesiones de partes blandas fueron la causa más frecuente de hospitalización, seguidas de las infecciones respiratorias bajas, tabla 3.

Tabla 3. Distribución de frecuencias según tipo de enfermedad que causó la hospitalización. Salas de hospitalización pediátricas. Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes. 01 de febrero 2018 y el 30 de julio 2018

Enfermedad	No. casos	Porcentaje
Fracturas y lesiones de traumáticas de piel y partes blandas	27	22,1
Neumonía	18	14,8
Infecciones de piel y partes blandas	17	13,9
Abdomen agudo quirúrgico (post-operatorio)	12	9,8
Infección complicada del tracto urinario	8	6,6
Síndrome diarreico con deshidratación	6	4,9
Enfermedades renales y del sistema genitourinario (no infecciosas)	5	4,1
Tumores abdominales	4	3,3
Tumores del SNC y del ojo	4	3,3
Intoxicaciones y quemaduras	4	3,3
Infecciones osteo-articulares	4	3,3
Síndrome febril prolongado y neutropenia febril	3	2,5
Meningitis	2	1,6
Estafilococemia	2	1,6
Otros (Estenosis subglótica, desnutrición grave, sífilis congénita, endocarditis, enfermedad cerebro vascular, trauma encéfalo craneano: un caso de cada tipo)	6	4,9
Total	122	100,0

El tratamiento con antibióticos se indicó a 88 pacientes (72,1 %), en 71 niños (80,7%) ocurrieron interrupciones o demoras en el cumplimiento de la terapia. La causa más común de incumplimiento del tratamiento fue la falta de disponibilidad del medicamento, tabla 4.

Tabla 4. Causas de interrupciones y demoras en el cumplimiento del tratamiento con antibióticos. Salas de hospitalización pediátricas. Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes. 01 de febrero 2018 y el 30 de julio 2018

Causas de incumplimiento*	Frecuencia	Porcentaje
No disponible en la Institución	55	62,5
No Contaba con vía periférica	8	9,1
Falta de personal de Enfermería	7	7,9
Falta de soluciones para diluir	1	1,1
Tratamiento Cumplido a la hora	17	19,3
Total	88	100,0

*En los pacientes que se identificaron incumplimientos por falta del medicamento, y también por otra(s) causas, se tabularon como “no disponible en la institución”.

El antibiótico fue suministrado oportunamente por la institución a sólo 7 pacientes (5,7%), en 62,3% de los casos el antibiótico fue adquirido por el familiar, tabla 5.

Tabla 5. Fuente de suministro del antibiótico. Salas de hospitalización pediátricas. Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes. 01 de febrero 2018 y el 30 de julio 2018

Fuente de suministro del antibiótico	Frecuencia	Porcentaje
Comprado por Familiar	76	62,3
Donado	5	4,1
Disponible en la institución	7	5,7
No se le indicó antibióticos	34	27,9
Total	122	100,0

Nueve pacientes (7,4%) desarrollaron infección nosocomial, en 4 casos fueron diagnosticados como sepsis nosocomial (3,3%), otras infecciones fueron (1 caso de cada tipo): Flebitis, traqueítis, infección del tracto urinario micótica, neumonía e infección del sitio operatorio.

A treinta y cuatro pacientes (27,9%) se les indicó cirugía, en 24 (70,6%) la cirugía fue suspendida, la deficiencia de insumos fue la causa más frecuente de la suspensión, tabla 6.

Tabla 6. Causas de suspensión de las cirugías. Salas de hospitalización pediátricas. Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes. 01 de febrero 2018 y el 30 de julio 2018

Causa de la suspensión	Frecuencia	Porcentaje
Insuficiencia de Insumos	17	50,0
Quirófano no disponible	5	14,7
No contaba con pruebas de laboratorio preoperatorias	1	2,9
Incumplimiento de valoraciones preoperatorias	1	2,9
Resuelto en el tiempo indicado	10	29,5
Total	34	100,0

El promedio de estancia hospitalaria fue de 25,5 días ($Dt \pm 20,3$), con un rango comprendido entre 3 y 128 días. Fallecieron 5 pacientes (mortalidad de 4,1%). El incumplimiento del tratamiento con antibióticos y la suspensión de cirugías no se asociaron con mayor mortalidad o con prolongación del tiempo de hospitalización, tablas 7 -10.

Tabla 7. Cumplimiento del tratamiento con antibióticos y condición de egreso. Salas de hospitalización pediátricas. Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes. 01 de febrero 2018 y el 30 de julio 2018

Cumplimiento del tratamiento antibiótico	Condición de Egreso		Total
	Vivo	Muerto	
Si	16 100,0%	0 0,0%	16 100,0%
No	68 94,4%	4 5,6%	72 100,0%
Total	84 95,5%	4 4,5%	88 100,0%

p = 0,444. Prueba Exacta de Fisher

Tabla 8. Suspensión de cirugías y condición de egreso. Salas de hospitalización pediátricas. Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes. 01 de febrero 2018 y el 30 de julio 2018

Suspensión de la cirugía	Condición de Egreso		Total
	Vivo	Muerto	
Si	25 (100)	0	25 (100)
No	8 (88,8)	(11,2)1	9 (100)
Total	33 (97,1)	1 (2,9)	34 (100,0)

p = 0,60. Prueba Exacta de Fisher

Tabla 9. Cumplimiento de tratamiento con antibióticos y duración de la hospitalización. Salas de hospitalización pediátricas. Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes. 01 de febrero 2018 y el 30 de julio 2018

Cumplimiento del tratamiento con antibióticos	Estadístico	Días de hospitalización
Si	Media	20,25
	Mediana	20,00
	Desv. típ.	12,798
	Mínimo	6
	Máximo	54
No	Media	28,10
	Mediana	21,00
	Desv. típ.	23,402
	Mínimo	5
	Máximo	128

p= 0,215. Prueba U de Mann-Whitney

Tabla 10. Suspensión de cirugías y duración de la hospitalización. Salas de hospitalización pediátricas. Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes. 01 de febrero 2018 y el 30 de julio 2018

Suspensión de la cirugía	Estadístico	Días de hospitalización
Resuelto en el Tiempo Indicado	Media	19,20
	Mediana	16,00
	Desv. típ.	11,213
	Mínimo	3
	Máximo	40
Suspendida	Media	23,59
	Mediana	20,00
	Desv. típ.	15,659
	Mínimo	4
	Máximo	61

P = 0,439. Prueba U de Mann-Whitney

La frecuencia de interrupciones en la antibioticoterapia fue mayor en los pacientes que provenían de poblaciones fuera del área metropolitana; en tanto que la edad, sexo, presencia de enfermedades crónicas y la etiología de la enfermedad no se asociaron con diferencias en la frecuencia de interrupciones del tratamiento. Los pacientes a quienes se suspendieron las cirugías tuvieron mayor edad; el sexo, procedencia, presencia de enfermedades crónicas y la etiología de la enfermedad no se asociaron con la frecuencia de suspensiones, tabla 11.

www.bdigital.ula.ve

Tabla 11. Distribución de frecuencias de interrupciones en la antibioticoterapia y de suspensión de cirugías según edad, sexo, procedencia, presencia de enfermedades crónicas, y etiología de la enfermedad. Salas de hospitalización pediátricas. Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes. 01 de febrero 2018 y el 30 de julio 2018

Variable	Categoría	Cumplimiento de tratamiento antibiótico			Suspensión de cirugía		
		Si	No	P	No	Sí	P
Edad (años)	(mediana y rango)	2,0	4,5	0,195	5,5	12,0	0,016*
		8,90	14,9		13,4	14,9	
Sexo	Femenino	5	36	0,139	3	7	0,633†
		12,2%	87,8%		30,0%	70,0%	
	Masculino	11	36		7	17	
		23,4%	76,6%		29,2%	70,8%	
Procedencia	Metropolitano	7	13	0,034	4	6	0,316†
		35,0%	65,0%		40,0%	60,0%	
	No metropolitano	9	59		6	18	
		13,2%	86,8%		25,0%	75,0%	
Enfermedad crónica	Sí	4	23	0,413	3	5	0,435†
		14,8%	85,2%		37,5%	62,5%	
	No	12	49		7	19	
		19,7%	80,3%		26,9%	73,1%	
Etiología de la enfermedad	Infección	15	59	0,422	6	16	0,215†
		20,3%	79,7%		27,3%	72,7%	
	Causas externas	1	7		1	6	
		12,5%	87,5%		14,3%	85,7%	
	Otros	0	6		3	2	
		0	100,0%		60,0%	40,0%	

*Prueba U de Mann Whitney

†Prueba Exacta de Fisher

DISCUSIÓN

El Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes (IAHULA), es un hospital de IV nivel de complejidad de referencia nacional y regional, en cuyas instalaciones son atendidas las necesidades de salud de la población residente en la región andina venezolana con grandes deficiencias en insumos, en dispositivos médicos y con instalaciones inadecuadas para el cuidado y atención de los pacientes.

El presente estudio refleja el impacto negativo que dicha condición de precariedad ha causado en los resultados de la atención médica; evidenciada objetivamente en dos de los procesos de atención más importantes de la actividad hospitalaria: el tratamiento de infecciones y el movimiento quirúrgico. El cumplimiento de antibióticos fue inadecuado en el 80.7% de los pacientes y a 70.6% de los casos quirúrgico le fue suspendido el turno quirúrgico; cifras que a la luz de los indicadores de gestión y calidad en salud son alarmantes.

Hubo 17 cirugías suspendidas (50%), atribuidas a la insuficiencia de insumos médico-quirúrgicos representando la principal causa de dichas suspensiones (causas en la estructura) y las 7 restantes por causas en el proceso (quirófano no disponible, no contaba con pruebas de laboratorio preoperatorios e incumplimiento de valoraciones preoperatorias); Galván et al.¹³, contrario a lo observado en el presente estudio, reportaron que la principal causa de suspensión de cirugías en su institución estaba asociada a causas en el “proceso”

(coordinación y aplicación de protocolos) en 89,46% de los casos, en tanto que las atribuidas a la “estructura” (condiciones que hacen posible los procesos) en 10.54%; la diferencia de hallazgos se relaciona con la profunda crisis presupuestaria por la cual atraviesa el IAHULA, lo cual se hace más evidente en la resolución de patologías osteoarticulares que a menudo requieren la implantación de material de osteosíntesis de alto costo no disponible en la institución (recuérdese que las fracturas y lesiones de partes blandas fueron las causas más frecuentes de hospitalización).

La causa más comúnmente asociada al incumplimiento de antibioticoterapia fue la carencia del antibiótico indicado, lo que trajo como consecuencia el inicio tardío o la omisión de un tratamiento acorde con el foco y gravedad de la infección. También pudo constatar que en 8% de los casos el tratamiento no se cumplió en el horario establecido por déficit de personal de enfermería, problema generado por la emigración de este tipo de profesionales hacia otros países.

El grueso de los estudios que han evaluado la asociación del retraso en el inicio de la antibioticoterapia y la mortalidad, han encontrado resultados desfavorables por cada hora de retraso de inicio del tratamiento^{17,18,19,20,21,22,23}; no obstante, en el presente estudio, el incumplimiento del tratamiento con antibióticos y la suspensión de cirugías no se asociaron con mayor mortalidad o con prolongación del tiempo de hospitalización; dicho hallazgo puede obedecer a que los estudios reportados en la literatura médica, en este sentido, han sido realizados en paciente críticamente enfermos, en contraposición al presente trabajo en el que la población estudiada estaba constituida por pacientes en salas de hospitalización pediátrica en condiciones clínicas estables.

El tiempo de hospitalización fue prolongado en todos los casos (media de 25,5 días), independientemente de las interrupciones en los dos procesos de atención médica estudiados; es probable que otras deficiencias de la institución influyan más en la prolongación de la estancia hospitalaria, tales como: la espera por dispositivos implantables (derivaciones ventriculares, marcapasos, etc. que no suministra el hospital y deben adquirir los familiares), la tardanza de los familiares en adquirir insumos solicitados para el primer turno quirúrgico, la falta de quimioterapia y radioterapia para el tratamiento de los padecimientos oncológicos, las demoras para realizar estudios diagnósticos con equipo de alta tecnología (tomografía, resonancia magnética, cateterismos, etc.) y para efectuar pruebas de laboratorio rutinarias y especiales no disponibles en el hospital.

En 62% de los casos, la deficiencia de insumos y de medicamentos antibióticos fue solventada por los familiares con sus propios recursos económicos, aun cuando la mayoría de pacientes pertenecían a estratos socioeconómicos pobres y eran procedentes del área metropolitana de la ciudad de Mérida. Esta situación es una amenaza reconocida para la prestación de cuidados al paciente e incrementa los gastos de bolsillo en salud, que en Venezuela es de 64.3% de la capacidad de pago del hogar, el más alto de la Región de Las Américas y uno de los más altos del mundo. **REFERENCIA**

CONCLUSIONES

1. En la mayoría de los pacientes hubo incumplimiento de la terapia antimicrobiana, generalmente por déficit de los medicamentos.
2. La principal causa de suspensión de cirugías fue la no disponibilidad de insumos médico-quirúrgicos.
3. El incumplimiento del tratamiento con antibióticos y la suspensión de cirugías no se asociaron con mayor mortalidad o con prolongación del tiempo de hospitalización.
4. Las deficiencias en la disponibilidad de insumos médicos y de medicamentos, fueron solventadas en la mayor parte de los casos con recursos propios de los familiares de los pacientes a pesar de que la Constitución Nacional consagra el derecho a recibir atención médica gratuita y de calidad.

RECOMENDACIONES

1. Fomentar trabajos enfocados en la evaluación del impacto de la crisis hospitalaria venezolana en la calidad de atención médica.
2. Divulgar los resultados de los estudios de investigación relacionados con el impacto de la crisis hospitalaria en la calidad de la atención médica, con el fin de tomar medidas para mitigar dicha problemática.
3. Establecer mecanismos para mejorar el financiamiento de las instituciones públicas de salud y reorganizar los procesos de adquisición, almacenamiento, distribución y uso de los insumos de salud, con especial énfasis en políticas para promover el uso racional de antimicrobianos.
4. Reorganizar los procesos que regulan y norman la actividad quirúrgica.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) D`Empaire G. Calidad de atención médica y principios éticos. Acta Bioethica 2010; 16 (2): 127-132.
- 2) Yépez, J. Impacto de la Crisis Hospitalaria Venezolana en el Proceso de Atención Medica de Niños Críticamente Enfermos. Tesis de Postgrado. Universidad de los Andes, 2017.
- 3) Constitución de la República Bolivariana de Venezuela 1999 ,2000. Gaceta Oficial 36.860 del 30 de diciembre de 1999 y Gaceta Oficial 5.436 del 24 de marzo 2000.
- 4) Banco Central de Venezuela. Resultados del índice nacional de precios al consumidor, producto interno bruto y balanza de pagos. Cuarto trimestre de 2015 – cierre del año 2015. [Internet]. Disponible en:
<http://www.bcv.org.ve/Upload/Comunicados/aviso180216.pdf>. Citado: 22 de febrero 2018.
- 5) Daicz L, Monlezún G. El derrumbe del precio del petróleo y sus consecuencias para América Latina. Dirección Nacional. Centro de Economía Internacional. República Argentina, Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto. [Internet]. Disponible en: <http://www.cei.gov.ar/userfiles/Panorama%20Global.pdf>. Citado: 8 de marzo 2018.
- 6) Naciones Unidas. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Actualización de Proyecciones de América Latina y el Caribe, 2015 – 2016. Producto Interno Bruto (precios constantes en moneda nacional). Tasas de variación. [Internet]. Disponible en:

http://www.cepal.org/sites/default/files/pr/files/tabla_balancepreliminar2015_esp.pdf

f. Citado: 11 de marzo 2018.

- 7) Red de Médicos por la Salud. Encuesta Nacional de Hospitales 2016. Disponible en: <http://www.ovsalud.org/publicaciones/salud/encuesta-nacional-de-hospitales-2016/>. Citado: 12 de marzo 2018.
- 8) Carrillo-Roa, A. Sistema de salud en Venezuela: ¿un paciente sin remedio? Cad. Saúde Pública 2018; 34(3): e00058517. Doi.10.1590/0102-311x00058517.
- 9) Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes. Departamento de Estadísticas de Salud y Registros Médicos. Movimiento Hospitalario, indicadores de gestión 2016.
- 10) Méndez-Castellano H. Estratificación Social y Biología Humana. Método de Graffar Modificado. Arch Ven Puer Ped 1986;49 (2) :93-110
- 11) Aguirre J, Chávez G, Huitrón G, Cortés N. ¿Por qué se suspende una cirugía? Causas, implicaciones y antecedentes bibliográficos. Gac Méd Méx 2003, 139(6): 545-551
- 12) Perroca MG, Jericó MC, Facundin SD. Cancelamiento de cirugías en un hospital-escuela: implicaciones para la gestión de costos. Rev Latinoam Enfermagem 2007 setiembre-octubre; 15(5). Disponible on-line en www.eerp.usp.br/rlae
- 13) Galván MA, Flores NG. La suspensión de cirugía programada como un indicador de calidad en la atención hospitalaria. Rev Hosp Gral Dr. M Gea González 2006;7(2):59-62.
- 14) Appavu S, Al-Shekaili S, Al-Sharif A, Elawdy M. The Burden of Surgical Cancellations and No-Shows. Quality management study from a large regional hospital in Oman. Sultan Qaboos University Med J 2016; 16 (3):e298–302.

- 15) Tostes MFP, Covre ER, Fernandes CAM. Access to surgical assistance: challenges and perspectives. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2016;24:e2677.
- 16) Pines, JM. Timing of Antibiotics for Acute, Severe Infections. *Emerg Med Clin N Am* 2008; 26:245–257.
- 17) Glimåker M, Johansson B, Grindborg Ö, Bottai M, Lindquist L, Sjölin J. Adult bacterial meningitis: earlier treatment and improved outcome following guideline revision promoting prompt lumbar puncture. *Clin Infect Dis*. 2015 Apr 15;60(8):1162-9. doi: 10.1093/cid/civ011.
- 18) Bryan CS, Reynolds KL, Crout L. Promptness of antibiotic therapy in acute bacterial meningitis. *Ann Emerg Med*. 1986;15:544–7.
- 19) Talan DA, Guterman JJ, Overturf GD, Singer C, Hoffman JR, Lambert B. Analysis of emergency department management of suspected bacterial meningitis. *Ann Emerg Med*. 1989;18:856–62.
- 20) Talan DA, Zibulewsky J. Relationship of clinical presentation to time to antibiotics for the emergency department management of suspected bacterial meningitis. *Ann Emerg Med*. 1993;22:1733–8.
- 21) Aronin SI, Peduzzi P, Quagliarello VJ. Community-acquired bacterial meningitis: risk stratification for adverse clinical outcome and effect of antibiotic timing. *Ann Intern Med*. 1998;129:862–9.
- 22) Proulx N, Fréchette D, Toye B, Chan J, Kravcik S. Delays in the administration of antibiotics are associated with mortality from adult acute bacterial meningitis. *QJM*. 2005;98:291–8.

- 23) Bodilsen J, Dalager-Pedersen M, Schönheyder H, Nilesen H. Time to antibiotic therapy and outcome in bacterial meningitis: a Danish population based cohort study. *BMC Infectious Diseases* (2016) 16:392 DOI 10.1186/s12879-016-1711-z
- 24) Køster RR, Korshin A, Meyer CN. Antibiotic treatment delay and outcome in acute bacterial meningitis. *Journal of Infection* 2008; 57:449-454.
- 25) Liu VX, Fielding-Singh V, Greene JD, Baker JM, Iwashyna TJ, Bhattacharya J, Escobar GJ. The Timing of Early Antibiotics and Hospital Mortality in Sepsis. *Am J Respir Crit Care Med*. 2017 Oct 1;196(7):856-863. doi: 10.1164/rccm.201609-1848OC.
- 26) Liu VX, Fielding-Singh V, Greene JD, Baker JM, Iwashyna TJ, Bhattacharya J, et al. The timing of early antibiotics and hospital mortality in sepsis. *AJRCCM Articles in Press*. Published on 27-March-2017 as 10.1164/rccm.201609-1848OC
- 27) Sandora TJ, Desai R, Miko B, Harper MB. Assessing Quality Indicators for Pediatric Community-Acquired Pneumonia. *Am J Med Qual* 2009; 24:419-427
- 28) Karavanaki KA, Soldatou A, Koufadaki AM, Tsentidis C, Haliotis FA, Stefanidis CJ. Delayed treatment of the first febrile urinary tract infection in early childhood increased the risk of renal scarring. *Acta Paediatr* 2017; 106(1):149-154. doi: 10.1111/

ANEXOS
www.bdigital.ula.ve

TRABAJO ESPECIAL DE GRADO: SUSPENSIÓN DE CIRUGÍAS E INCUMPLIMIENTO DE ANTIBIOTICOTERAPIA POR INSUFICIENCIA DE INSUMOS ASISTENCIALES EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICA DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE VENEZUELA

I VARIABLES DEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS

APELLIDOS			NOMBRES			
HISTORIA CLINICA			EDAD (meses)		SEXO	
PROCEDENCIA	Metropolitano		DX PRINCIPAL			
	No metropolitano				Infección	
TIPO DE PACIENTE	Médico		DX ETIOLOGICO		Accidentes/violencia	
	Quirúrgico				Congénito	
COMORBILIDAD o ENFERMEDAD CRÓNICA	SI				Neoplasia	
	NO				Otros	
	CUAL					

II. PROCESO DE ATENCIÓN MÉDICA

Por qué está hospitalizado el paciente	DIA 3 EN SALA			
	Marque con una X	Cuál	Cuánto tiempo tiene en espera (días)	Cuál es la causa de la espera
En espera de estudio diagnóstico de imagen				
En espera de estudio de laboratorio				
En espera de iniciar medicamento indicado				
En espera de dispositivos médicos (derivaciones, marcapasos, etc.)				
En espera de tratamiento quirúrgico				
En espera de traslado a otra sala o institución o de egreso a su casa				
Está recibiendo tratamiento y en espera de recuperación				
Otras causas de espera				
Por qué está hospitalizado el paciente	DIA 8 EN SALA			
	Marque con una X	Cuál	Cuánto tiempo tiene en espera (días)	Cuál es la causa de la espera
En espera de estudio diagnóstico de imagen				
En espera de estudio de laboratorio				
En espera de iniciar tratamiento indicado				
En espera de dispositivo (derivaciones, marcapasos, etc.)				
En espera de tratamiento quirúrgico				
En espera de traslado a otra sala o institución o de egreso a su casa				
Está recibiendo tratamiento y en espera de recuperación				
Otras causas de espera				

III. RESULTADO DE LA HOSPITALIZACIÓN

CONDICIÓN AL EGRESO:	VIVO		CAUSA DEL DECESO, DISFUNCION ORGÁNICA POR:	
	FALLECIDO			SEPSIS NOSOCOMIAL
INFECCION NOSOC	SI		EVOLUCION DE LA ENFERMEDAD	
	NO		COMPLICACIONES IATROGENICAS NO INFECCIOSAS	
FOCO NOSOCOMIAL			COMPLICACIONES MEDICAS NO IATROGENICAS	

FECHA: _____

www.bdigital.ula.ve