



UNIVERSIDAD
DE LOS ANDES

**UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
FACULTAD DE MEDICINA
POSTGRADO DE TERAPIA INTENSIVA Y MEDICINA CRÍTICA
INSTITUTO AUTÓNOMO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LOS
ANDES**

**EVALUACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN AL PACIENTE CRÍTICO Y
RELACIÓN CON SITUACIÓN DE CRISIS EN EL SECTOR SALUD.**

www.bdigital.ula.ve

AUTOR: Dra. María G. Mendoza.

TUTORA: Dra. Elia Figueira.

MÉRIDA, 2017

C.C.Reconocimiento

**EVALUACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN AL PACIENTE CRÍTICO Y
RELACIÓN CON SITUACIÓN DE CRISIS EN EL SECTOR SALUD.**

www.bdigital.ula.ve

**TRABAJO ESPECIAL DE GRADO PRESENTADO POR LA MÉDICO
NEUMÓNOLOGO MARÍA GABRIELA MENDOZA, CI: 16.066973, ANTE EL
CONSEJO DE FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE LOS
ANDES, COMO CREDENCIAL DE MÉRITO PARA LA OBTENCIÓN DEL
GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA CRÍTICA, MENCIÓN ADULTOS.**

C.C.Reconocimiento

AUTORA: Maria Gabriela Mendoza Montilla

Médico Neumonólogo, egresada de la Universidad de Los Andes, Mérida, Venezuela.
Residente del segundo año de postgrado, Postgrado de Medicina Crítica y Terapia Intensiva
División de Estudios de Postgrado de la Facultad de Medicina, ULA, Mérida.

TUTORA: Elia Figueira de Gabaldón

www.bdigital.ula.ve
Médico Psiquiatra, egresada de la Universidad de Los Andes, Mérida, Venezuela. Adjunto
de la Unidad de Cuidados Intensivos del IAHULA
Profesor invitado del Postgrado de Medicina Crítica y Terapia Intensiva.

ASESOR METODOLÓGICO: Akbar Fuenmayor.

Médico Pediatra- Intensivista.

Adjunto a la Unidad de Cuidados Intensivos del IAHULA.

Profesor agregado del Postgrado de Medicina Crítica y Terapia Intensiva.

AGRADECIMIENTO

A Dios y a la Virgen de la Consolación por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

A mis padres, Papá eres ejemplo de lucha, constancia y trabajo, Mamá gracias por tu apoyo en todo momento, por sus consejos a ambos, por darme la vida, quererme mucho, creer en mí, gracias por darme una carrera para mi futuro.

A mis hermanas, mis amigas incondicionales, ejemplos de perseverancia y emprendimiento, gracias por acompañarme siempre en mis decisiones, y estar a mi lado para apoyarme.

A mi esposo, mi compañero de vida, mi apoyo incondicional en buenos y malos momentos, el amor que me da alegría y ganas de vivir y luchar por nuestro futuro, gracias por brindarme el tiempo necesario para realizarme profesionalmente, por ser un excelente padre, sin ti nada de esto sería posible. A mi hermosa hija, quien cambio la perspectiva de mi vida y despertó en mí el amor más infinito que puede existir.

Finalmente a todos los especialistas, que marcaron cada etapa de mi camino estos dos años y que me ayudaron en a salir adelante, gracias

ÍNDICE GENERAL DE CONTENIDO

| | PÁG. |
|---|-------------|
| ÍNDICE DE CONTENIDO | I,II |
| 1. INTRODUCCIÓN | 1 |
| 1.1 Formulación y delimitación del problema | 1 |
| 1.2 Justificación | 3 |
| 1.3 Objetivo General | 4 |
| 1.4 Objetivos específicos | 4 |
| 1.5 Antecedentes de la Investigación | 5 |
| 1.6 Bases Teóricas | 6 |
| 1.7 Aspecto Legal | 7 |
| 1.8 Aspecto Asistencial | 8 |
| 2 MÉTODOS | 11 |
| 2.1 Tipo y diseño de la Investigación | 11 |
| 2.2 Población y Muestra | 11 |
| 2.3 Operacionalización de la Variable | 12 |
| 2.4 Materiales y Métodos | 13 |
| 2.5 Análisis estadístico | 13 |

| | |
|--|----|
| 3. RESULTADOS | 14 |
| 4. DISCUSIÓN | 18 |
| 5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES | 22 |
| 5.1 Conclusiones | 22 |
| 5.2 Recomendaciones | 23 |
| BIBLIOGRAFÍA | 24 |
| ANEXOS | |

www.bdigital.ula.ve

| | PÁG. |
|--|-------------|
| ÍNDICE DE TABLAS | III |
| Tabla N° 1 Características demográficas de los pacientes según período | 27 |
| Tabla N° 2. Características clínicas según bienio | 29 |
| Tabla N° 3. Indicadores de calidad evaluados en la admisión, la hospitalización y el alta y seguimiento según bienio | 30 |
| Tabla N° 4: Tasa de no aceptados | 31 |

www.bdigital.ula.ve

UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
POSTGRADO DE TERAPIA INTENSIVA Y MEDICINA CRÍTICA
INSTITUTO AUTÓNOMO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LOS ANDES

**EVALUACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN AL PACIENTE CRÍTICO Y
RELACIÓN CON SITUACIÓN DE CRISIS EN EL SECTOR SALUD.**

AUTORA: Dra.Maria Gabriela Mendoza Montilla

TUTORA: Elia Figueira de Gabaldón

RESUMEN

Introducción: La carencia de medicamentos y desabastecimiento de insumos en el IAHULA se agravó en los últimos años debido a la crisis económica que actualmente vive Venezuela, esta situación limita la calidad de atención a los usuarios. **Objetivo:** Evaluar el proceso de atención al paciente crítico en las etapas de admisión, hospitalización, alta y seguimiento durante los bienios 2014-2015 y 2016-2017. **Metodología:** Estudio descriptivo, longitudinal, dividido en dos períodos donde se revisaron las solicitudes de ingreso a UCI y las historias clínicas de los pacientes que se hospitalizaron en terapia intensiva durante los bienios 2014-2015 y 2016-2017. La interrelación entre las variables cualitativas se evaluó mediante chi cuadrado y entre las variables cuantitativas por prueba de U Mann Whitney. **Resultados:** la edad promedio de la población fue de 35,72 años, del género masculino 52.3%; de ocupación obrero en un 94,07% ; procedente del área Metropolitana un 51,7% y pertenecientes al estrato IV y V de la escala de Graffar un 87,6%,; con nivel de prioridad al ingreso al SMI apropiado en ambos bienios (78,2 y 60,7%) Los pacientes del segundo bienio tenían mayor puntaje de APACHE (21,67 % y 33,8%). La demora la ingreso al SMI fue de 51,9% y 69,2%; la demanda insatisfecha para ambos bienios fue de 40,2 y 60,2%. Más del 60% de los casos no tuvieron atención gratuita con recursos del hospital, en el segundo período, 93% de los pacientes recibieron atención médica con recursos adquiridos por su familia, la frecuencia y tasa de neumonía asociada a ventilación mecánica también se incrementó en este período 22,5 y 37,8 x 1000 días de ventilación mecánica respectivamente. La duración de la hospitalización en cuidados intermedios fue mayor en el segundo período (23,2 ±15,9 y 48,4 ± 53,8); igualmente los días de hospitalización en la UCI también se incrementaron en el segundo período (6,4 y 7,3) y el retraso al alta también se incrementó en el segundo bienio (0,3% y 24,3%); el retraso al alta tuvo un aumento marcado en el segundo período 0,35 y 24 ,3%, todos con significancia estadística. **Conclusión:** los resultados indican disminución de los estándares de calidad en el proceso de evaluación de la práctica asistencial.

Palabras Claves: Paciente Critico, Proceso de atención, crisis sector salud.

UNIVERSIDAD DE LOS ANDES

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
POSTGRADO DE TERAPIA INTENSIVA Y MEDICINA CRÍTICA
INSTITUTO AUTÓNOMO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LOS ANDES

**EVALUACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN AL PACIENTE CRÍTICO Y
RELACIÓN CON SITUACIÓN DE CRISIS EN EL SECTOR SALUD.**

AUTORA: Dra. Maria Gabriela Mendoza Montilla

TUTORA: Elia Figueira de Gabaldón

ABSTRACT

Introduction: in the IAHULA from 2016, the medicine deficiency and the scarcity of supplies raised, which limits the quality of attention to the patients. This is related to the economic crisis in Venezuela. **Goal:** Evaluates the process of attention to the critical patient in the stages of admission, hospitalization and discharge during the periods of two years 2014-2015 and 2016-2017. **Methodology:** descriptive, longitudinal Study divided in two periods where the requests of revenue were checked to UCI and the clinical histories of the patients who hospitalized in intensive therapy during the periods of two years 2014-2015 and 2016-2017. **Results:** The average age of the population was 35,72 years ; of the masculine kind 52.3 %; proceeding from the Metropolitan area 51,7 % and belonging to the stratum the IVth and V of Graffar's scale 87,6 %. The patients of the second period of two years had APACHE'S major value (21,67 % and 33,8 %). I deposit the delay to the SMI it was 51,9 % and 69,2 % respectively, with statistical meaning. More than 60 % of the cases did not have free attention with resources of the hospital, in the second period, 93 % of the patients received medical attention with resources acquired by his family, the frequency and rate of pneumonia associated with mechanical ventilation also increased in this period 22,5 and 37,8 x 1000 days of mechanical ventilation respectively. The duration of the hospitalization in elegant intervals was major in the second period (23,2 ±15,9 and 48,4 ± 53,8); equally the days of hospitalization in the UCI also increased in the second period (6,4 and 7,3) and the delay to the discharge also increased in the second period of two years (0,3 % and 24,3 %); the delay to the discharge had an increase marked in the second period 0,35 and 24, 3 %, all with statistical meaning. **Conclusions:** the results indicate decrease of the qualit standards in the process of evaluation of the welfare practice

Key words: Critical patient, care process, crisiS in the health sector.

INTRODUCCIÓN

1.1 Formulación y Delimitación del Problema

Las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) se han convertido en una parte integral de la atención hospitalaria. Se trata de organizaciones complejas que incluyen diferentes disciplinas, alta tecnología y diversos procedimientos diagnósticos y terapéuticos. La evolución del paciente y la eficacia de la atención en terapia intensiva determinarán la supervivencia y el grado de discapacidad y calidad de vida futuras (1).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estimó que para 2011 la disponibilidad de camas de UCI es de 0,3 camas por cada 10.000 habitantes. En Estados Unidos y Europa se estima que 5% al 10% del total de las camas hospitalarias funcionales son camas de Unidad de Cuidados Intensivos; en Perú la Norma Técnica de los Servicios de Cuidados Intensivos establece que el número de camas deberá ser el 5% del total de camas hospitalarias.(2)

La UCI del Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes (IAHULA) cuenta actualmente con 6 cupos de cuidados críticos polivalentes compartidas entre pacientes adultos y pediátricos, esta disponibilidad representan el 1,14% de las camas hospitalarias (522 camas funcionales de hospitalización) (3); sin embargo, al tomar en cuenta las camas activas de la emergencia, en promedio 140 camas que representan la principal fuente de pacientes que ingresan a la UCI, existen 662 camas funcionales lo que significa que sólo 0,90% de las camas hospitalarias son de cuidados críticos. Para subsanar esta deficiencia y aplicando el criterio de los países de altos ingresos, se requeriría entre 31 a 62 camas de UCI (3,4). Por otra parte, si tomamos en cuenta la población del área de cobertura del hospital (2.500.000 habitantes), se requerirían 75 camas de cuidados intensivos (2,4). La deficiencia de camas disponibles para cuidados intensivos genera demanda insatisfecha y limitaciones al acceso para el cuidado de atención en salud, violando así el derecho a la salud.

En Venezuela, la Constitución Nacional en los artículos 83, 84 y 85, consagra el derecho a la calidad y gratuidad de la atención en salud, sin embargo tales preceptos no se cumplen cabalmente para el paciente en estado crítico, tanto por las limitaciones en la disponibilidad de cupos como por la insuficiente disponibilidad de insumos para la atención (5).

En el Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes, a partir del año 2014, se agudizó el desabastecimiento de insumos debido a la crisis económica, social y política desatada por la caída de los precios de la canasta petrolera venezolana y otras distorsiones de la economía nacional. Esta situación también comprometió la oferta de servicios asistenciales para el paciente críticamente enfermo. Entre los elementos que conforman la crisis hospitalaria en el IAHULA cabe mencionar el desfinanciamiento, desabastecimiento de insumos, daños de infraestructura y equipos y deficiencias organizacionales, fuga de talentos y cierre total de actividades (7,8); esta amplia gama de problemas deteriora todos los elementos de la calidad de atención (accesibilidad, gratuidad, eficiencia, seguridad del personal y usuarios, integralidad).

Las crisis económicas tienen diferentes impactos sobre el estado de salud de la población, dependiendo de la extensión y duración de la crisis, de las políticas económicas y sociales existentes y de los sistemas de protección social que se adopten (9).

La evidencia muestra que los países con el nivel más alto de protección social y provisión universal tienden a obtener mejores resultados en salud. En estos países se han desarrollado diversos sistemas e indicadores destinados a evaluar y mejorar la calidad de atención médica. La calidad de atención se define como el nivel de excelencia que una institución prestadora de servicios de salud ha escogido alcanzar para lograr la satisfacción de sus usuarios y representa al mismo tiempo la medida en que se evalúa o se mide dicha calidad (9,10).

Para evaluar la calidad asistencial en medicina crítica se han señalado diversos indicadores de procesos y resultados, algunos propuestos por Avedis Donabedian, quien establece las dimensiones de estructura, proceso y resultado y sus indicadores para evaluarla. El autor refiere como indicador de estructura los recursos humanos y financieros disponibles en un hospital; los indicadores de proceso incluyen las habilidades, destrezas, actitudes, técnicas y servicios de apoyo para brindar atención sanitaria y los indicadores de resultado miden la satisfacción de las expectativas del usuario mediante un servicio de mayor calidad.(12)

De igual forma la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC) en 2011 propuso varios indicadores para evaluar el proceso, la seguridad, la efectividad y la gestión de la práctica asistencial, algunos de estos indicadores serán utilizados en esta investigación, ver anexo 1. (11)

1.2 Justificación

Los estudios que relacionan el contexto político y económico con las desigualdades en salud de la población son escasos, con discreto aumento en los últimos años. Varios estudios han demostrado la influencia de las estrategias de salud, en el sentido de que aquellos países que potencian un estado del bienestar más extenso, con menos desigualdades de renta y políticas de pleno empleo, obtienen mejores resultados en algunos indicadores de salud (sobre todo se ha estudiado la mortalidad infantil) y menores desigualdades de salud. Por el contrario, otros estudios no han encontrado relaciones tan explícitas con las desigualdades en salud (9).

No se debe esperar que una situación extraordinaria en salud sea catalogada como crisis por los medios de comunicación o la comunidad, los profesionales de salud deben anticiparse y declararla, para ello deben disponer de una definición concreta y sus respectivos indicadores que permitan determinar cuándo una “alerta” se convierte en una “emergencia” y posteriormente en una “crisis”. En la literatura revisada no se encontraron publicaciones que aporten definiciones consensuadas de “crisis asistencial” en medicina crítica y terapia intensiva (9).

El Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española define “crisis” como un cambio brusco en el curso de una enfermedad, ya sea para mejorarla o agravarla. El concepto también incluye la situación de un asunto o proceso cuando está en duda la continuidad, modificación o cese de la misma. En medicina, crisis es parte del vocabulario de los profesionales sanitarios y hace referencia a situaciones fuera de lo habitual. En salud pública no existe una definición clara de crisis, aunque se utiliza el término para referirse a una situación difícil que afecta la salud de poblaciones diversas (9). Existen otros factores que caracterizan las crisis de salud, tales como eventos, condiciones o agentes con potencial de daño rápido y en gran magnitud a la población expuesta, sobre todo cuando este daño se acompaña de una pobre respuesta del sistema sanitario debido a que enfrenta un problema de salud sin antecedentes y para el cual no existen los conocimientos científicos, la experiencia y la preparación requeridos para su control (9).

Las crisis asistenciales, como todas las crisis, afectan con mayor impacto a las poblaciones más vulnerables. Las personas en los extremos de la vida, con recursos económicos limitados, portadoras de enfermedades crónicas y los pacientes con enfermedades graves suelen verse más afectados en situaciones de crisis. (9)

En el caso de los pacientes en estado crítico, es esencial determinar el impacto de las crisis a través de la evaluación del proceso de atención médica desde que es ingresado o admitido, durante la hospitalización y al egresar del hospital, con ello se identifican los problemas en cada fase del proceso y se interviene según un orden de priorización (13).

Es importante evaluar continuamente el proceso de atención de los pacientes críticos, sobre todo si se considera que las UCI pueden representar cerca del 10% de los costos asistenciales. Además, esta evaluación permite conocer las estadísticas de eventos que indican pobre calidad de atención, tales como: readmisión de pacientes en periodos menores a 48 horas, broncoaspiración secundaria a vómito, paro cardíaco y reanimación dentro de la UCI, úlceras por decúbito, necesidad de reintubación en periodos menores a 24 horas, neumotórax post punción, entre otras.

Por todo lo anteriormente citado, este proyecto se propuso evaluar el proceso de atención al paciente crítico en las etapas de Admisión, Hospitalización, alta y seguimiento durante los últimos cuatro años, con el fin de determinar si la crisis asistencial está deteriorando los indicadores de calidad.

1.3 Objetivo General

Evaluar el proceso de atención al paciente crítico en las etapas de admisión, hospitalización, alta y seguimiento durante los bienios 2014-2015 y 2016-2017

1.4 Objetivos Específicos:

- 1.-Describir en cada bienio las características socio demográficas y clínicas de la población estudiada: Edad, Sexo, Ocupación, Procedencia y Escala de Graffar, tipo de paciente, niveles de prioridad, probabilidad de muerte pronosticada por la escala APACHE, etc.
- 2.-Analizar en cada bienio las etapas del proceso de atención al paciente crítico mediante la aplicación de indicadores relevantes de calidad.

1.5 Antecedentes de la investigación

Nates J, Nunnally M, Kleinpell R, Blosser S, Goldner J, Birriel B, et al. ICU Admission, Discharge, and Triage Guidelines: A Framework to Enhance Clinical Operations, Development of Institutional Policies, and Further Research. Crit Care Med 2016; 44:1553–1602. Revisión realizada en Estados Unidos con el objetivo de actualizar las directrices de la Sociedad de Medicina Crítica para la admisión, alta y triaje en las UCI. Los autores indican que son directrices administrativas que implican complejas variables éticas y médico-legales, así como aspectos de la atención al paciente que afectan la práctica clínica diaria.

Acacio M. *Demanda insatisfecha de atención en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Universitario de los Andes, Mérida, Venezuela*”. Tesis. [Mérida-Venezuela]: Universidad de Los Andes; 2014. Estudio clínico prospectivo, observacional en UCI adultos del IAHULA, que caracteriza los pacientes a quienes les solicitaron admisión hasta 28 días de seguimiento, con el objetivo de determinar la magnitud de la demanda asistencial insatisfecha de Cuidados Intensivos Adultos en IAHULA, evaluando indicadores de rendimiento, calidad y eficiencia relacionados con la demanda y oferta de servicios. De 240 solicitudes de admisión, para una oferta de 7 camas-día, el 81% reunían criterios de admisión pero sólo ingresaba el 52%, La mortalidad de los pacientes en el servicio de emergencia que no ingresaron a Unidad de Cuidados Intensivos fue de 17%, en la Unidad de Cuidados Intensivos fue de 19%.

Díaz R. *Crisis de salud pública y sus formas de presentación*. Tesis. [Madrid]: Universidad Complutense de Madrid; 2013. Estudio realizado en España, de tipo cualitativo con el objetivo de identificar los elementos básicos para la definición de crisis de salud pública y sus formas de presentación, en la práctica sanitaria española. Estudio basado en el Consenso Delphi sobre los elementos definitorios, factores generadores y las formas de presentación de dichas crisis, se elaboró una serie de indicadores de crisis de salud pública. Se compararon los indicadores con las definiciones institucionales de crisis de salud pública de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS), la Junta de Andalucía (Consejería de Salud), la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN), la OMS Europa, la Universidad de Albany, Escuela de Salud pública (UAESP) y la Unión

Europea (UE). El autor concluyó que en la declaración de una crisis de salud pública, el problema sanitario enfrentado debe cumplir con la medición de los indicadores para su definición, clasificados según: las características del problema, sus consecuencias, la capacidad de gestión y la alarma social.

1.6 Bases Teóricas.

Crisis: La OMS Europa la define como una situación inestable de extremo peligro o dificultad. Indica punto de cambio, usualmente el deterioro de una situación. Aparece cuando los sistemas locales de salud de los cuales depende la gente, son desbordados e inhábiles para responder a las necesidades o a una demanda incrementada. (9)

Atención médica: se define como el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo y que intervienen sistemáticamente para la prevención y curación de las enfermedades que los afectan, así como de la rehabilitación de los mismos. Consta de varias etapas, valoración, admisión, hospitalización, seguimiento y alta. (20).

La calidad asistencial: puede definirse como “el grado en que los servicios prestados a un individuo y a la población aumentan la probabilidad de obtener resultados de salud deseables y coherentes con el conocimiento actual de los profesionales”. O de forma más simple, la evaluación de la calidad reflejaría la discordancia entre los resultados que se deberían conseguir y los que verdaderamente se alcanzan. Se define la calidad de asistencia sanitaria como aquella dimensión de ésta que garantiza una asistencia segura, adecuada, efectiva, eficiente, accesible, sigue los principios de justicia y está centrada en el enfermo. El objetivo final de la medicina es cubrir las necesidades médicas del enfermo (20).

La gestión de calidad es un aspecto importante dentro de un servicio hospitalario, la cual debe ser aplicada mediante planificación, organización, dirección y control de recursos financieros, humanos y materiales con la intención de cumplir eficazmente con la política de calidad. (20)

Los indicadores de calidad: son instrumentos de medida que identifican la presencia de un fenómeno o suceso y su intensidad, y deben ser fiables, objetivos, aceptables, relevantes y basados en la evidencia. Los indicadores actúan como señales de alarma que advierten de esta posibilidad. (11)

El proceso de evaluación: se define como el grado de eficacia y eficiencia, con que han sido empleados los recursos destinados a alcanzar los objetivos previstos, posibilitando la determinación de las desviaciones y la adopción de medidas correctivas que garanticen el cumplimiento adecuado de las metas propuestas. (20)

Eficiencia: Capacidad de lograr un efecto con el mínimo de recursos posibles o en el menor tiempo posible. (20)

Eficacia: se refiere a los resultados en relación con las metas y cumplimiento de los objetivos organizacionales. Para ser eficaz se deben priorizar las tareas y realizar ordenadamente aquellas que permiten alcanzarlos mejor. Es el grado en que un procedimiento o servicio puede lograr el mejor resultado posible. Es la relación objetivos/resultados bajo condiciones ideales. (20)

Efectividad: es la relación objetivos/resultados bajo condiciones reales. Es un término de mayor alcance que la eficacia, pues expresa la medida del impacto que un procedimiento determinado tiene sobre la salud de la población; por lo tanto, contempla el nivel con que se proporcionan pruebas, procedimientos, tratamientos y servicios y el grado en que se coordina la atención al paciente entre médicos, instituciones y tiempo. Es un atributo que solo puede evaluarse en la práctica real de la Medicina. (20).

1.7 Aspecto Legal

La salud es un derecho que está descrito en la Constitución citado en el artículo 83: “La salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida. El Estado promoverá y desarrollará políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios. Todas las personas tienen derecho a la protección de la salud, así como el deber de participar activamente en su promoción y defensa, y el de cumplir con las medidas sanitarias y de saneamiento que establezca la ley, de conformidad con los tratados y convenios internacionales suscritos y ratificados por la República. Así mismo el Estado garantiza el derecho a la salud según el Artículo 84: “Para garantizar el derecho a la salud, el Estado creará, ejercerá la rectoría y gestionará un sistema público nacional de salud, de carácter intersectorial, descentralizado y participativo, integrado al sistema de seguridad social, regido por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad. El sistema público nacional de salud dará prioridad a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades, garantizando tratamiento oportuno y rehabilitación de calidad. Los bienes y servicios públicos de salud son propiedad del Estado y no podrán ser privatizados. La comunidad organizada tiene el derecho y el deber de participar en la toma de decisiones sobre la planificación, ejecución y control de la política específica en las instituciones públicas de salud” y su financiamiento es responsabilidad del Estado tal como se cita en el artículo 85 de la Constitución venezolana “El financiamiento del sistema público nacional de salud es obligación del Estado, que integrará los recursos fiscales, las cotizaciones obligatorias de la seguridad social y cualquier otra fuente de financiamiento que determine la ley. El Estado garantizará un presupuesto para la salud que permita cumplir con los

objetivos de la política sanitaria. En coordinación con las universidades y los centros de investigación, se promoverá y desarrollará una política nacional de formación de profesionales, técnicos y técnicas y una industria nacional de producción de insumos para la salud. El Estado regulará las instituciones públicas y privadas de salud.(5)

1.8 Aspecto Asistencial.

El escaso número de camas con que cuenta el servicio de Cuidados Intensivos del IAHULA, conlleva al uso racional de sus recursos y para ello el proceso de atención se debe basar en criterios de selección de pacientes para ser admitidos, seguir su evolución y finalmente el alta.

Modelos de Priorización al ingreso al Hospital.

Prioridad 1: Pacientes inestables con necesidad de monitoreo y tratamiento intensivo, generalmente sin límites para la prolongación de la terapia que reciben; post-operados, con insuficiencia respiratoria que requieren soporte ventilatorio, en shock o inestabilidad circulatoria, que necesitan monitoreo invasivo y/o drogas vasoactivas.(13)

Prioridad 2: Estos requieren monitoreo intensivo, potencialmente pueden necesitar una intervención inmediata y sin límites terapéuticos, como pacientes con estados co-mórbidos con desarrollo de enfermedad severa médica o quirúrgica.(13)

Prioridad 3: Pueden recibir tratamiento intensivo para aliviar su enfermedad aguda, sin embargo, se le puede colocar límite a los esfuerzos terapéuticos, tal como no intubar o no efectuar reanimación cardiopulmonar si la requirieran como enfermedades malignas metastásicas complicadas, infección, taponamiento cardíaco u obstrucción de vía aérea. (13)

Prioridad 4: No apropiados para cuidados en UCI. La admisión sobre una base individual, bajo circunstancias inusuales y bajo la supervisión del jefe de la unidad. Estos pacientes se pueden clasificar en las siguientes dos categorías:

A-“Demasiado bien para beneficiarse” basados en un bajo riesgo de intervención activa que podría ser administrada en forma segura en una unidad, fuera de UCI, como cirugía vascular periférica, cetoacidosis hemodinámicamente estable, insuficiencia cardíaca congestiva leve, sobredosis de drogas sin alteración de conciencia, etc. (13)

B-“Demasiado enfermo para beneficiarse”, en enfermedades terminales e irreversibles con un estado de muerte inminente, daño cerebral severo irreversible, falla multiorgánica irreversible, cáncer metastásico sin respuesta a quimio y/o radioterapia, los que rechazan los cuidados intensivos, muerte cerebral no son potenciales donadores de órganos, estado vegetativo persistente, etc.(13)

Modelos de Priorización en la Terapia Intensiva.

La utilización de modelos de priorización es fundamental en los pacientes ingresados a la Unidad de Cuidados Intensivos que requieren un elevado nivel de atención con posibilidades de recuperación, se evita en lo posible, ingreso de casos terminales con pronóstico fatal a corto plazo (15).

| NIVEL | TIPO DE PACIENTE | ENFRMERA/ PACIENTE | INTERVENCIONES |
|-------|--|----------------------------|--|
| 3 | Pacientes críticamente enfermos que necesitan monitoreo invasivo continuo de la presión arterial a través de cánula arterial | 1:1; o menor o igual a 1:2 | Monitoreo de la presión arterial invasivo, drenaje de líquido cefalorraquídeo, Ventilación mecánica invasiva, uso de vasopresores, membrana extracorpórea; balón intraaórtico, Bomba, dispositivo de asistencia ventricular izquierda, o terapia de reemplazo renal continua |
| 2 | Pacientes inestables Monitoreo cada 2-4 horas | 1:3 | Intervenciones como ventilación no invasiva, infusiones intravenosas, sustancias vasodilatadores o antiarrítmicos. |
| 1 | Pacientes estables, que ameritan monitoreo electrocardiográfico por arritmias no malignas | 1:4 | Infusiones intravenosas y titulación de medicamentos vasodilatadores o antiarrítmicos |
| 0 | nivel 0 Pacientes estables ameritan laboratorio. Antibióticos y quimioterapia, | 1:5 | Antibióticos intravenosos, quimioterapia, Rx y laboratorio. |

Modelo por diagnósticos

Se basa en listado de condiciones o enfermedades específicas que determinan admisiones apropiadas (13,14,15,16).

Modelo por parámetros objetivos

Estandarizan la atención de salud, con protocolos que incluyen: signos clínicos, parámetros de laboratorio e imagenológicos individuales, criterios de ingreso de acuerdo al tipo de pacientes y patologías. (13,14,15,18,19)

Criterios por gravedad

En base a escalas basadas en alteraciones fisiológicas: El score Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II (APACHE II), el cual es un sistema de valoración pronóstica de mortalidad, que consiste en detectar los trastornos fisiológicos agudos que atentan contra la vida del paciente y se fundamenta en la determinación de las alteraciones de variables fisiológicas y de parámetros de laboratorio, cuya puntuación es un factor predictivo de mortalidad, siendo este índice válido para un amplio rango de diagnósticos, fácil de usar y que puede sustentarse en datos disponibles en la mayor parte de las UCI. ANEXO 2. El índice APACHE II es calculado en el momento de ingreso o al final del día de internación del paciente, por lo tanto la misma, brinda un perfil momentáneo del estado del internado, no pudiendo aportar información dinámica (12).

Criterios de alta o traslado

La condición de los pacientes que se encuentran hospitalizados en las unidades de cuidados intensivos debe ser revisada continuamente, de manera de poder identificar cuál de ellos no se está beneficiando de los cuidados en la unidad y que éstos puedan ser administrados en otras unidades de menor complejidad sin poner en riesgo al paciente. Esto se puede dar principalmente en dos condiciones:

A. Cuando el estado fisiológico del paciente se ha estabilizado y el monitoreo y cuidados en UCI ya no son necesarios. (18,19)

B. Cuando el estado fisiológico del paciente se ha deteriorado y nuevas intervenciones específicas no se han planeado por no tener la capacidad de mejorar su condición. En este momento es aconsejable el traslado a una unidad de menor complejidad con la intención de privilegiar el confort y la presencia de la familia. (18,19).

EVALUACIÓN DE CALIDAD Y EFICIENCIA.

Indicadores sanitarios y sociodemográficos para evaluación de calidad y eficiencia.

Toda unidad de cuidados intensivos debe incluir políticas de ingreso, egreso y triaje, con revisiones periódicas por un grupo multidisciplinario. Además, una adecuada evaluación de los resultados

obtenidos, respaldados por una base de datos, para así conocer las características de las admisiones, la toma de decisiones y la mortalidad ajustada para cada unidad. La incidencia de pacientes de bajo riesgo que ingresan sólo para monitoreo, puede ser usada para calibrar la eficiencia del proceso de admisión. Por otra parte, se deberían tener los cuidados necesarios para seguimiento de los pacientes rechazados para conocer su evolución en otras áreas y resultados de la no admisión (13).

La identificación de problemas y necesidades de salud se realiza a través de calidad y eficiencia. (9).

Los indicadores de calidad miden el grado de utilización del servicio, la habilidad de la atención médica, de modo que los indicadores de eficiencia evalúan el resultado de las diferentes decisiones, como seguimiento de pacientes admitidos o rechazados, evaluar altas precoces o el reingreso antes de las 48 horas (9)

Los resultados de los indicadores son utilizados para establecer prioridades en los programas de salud, mejorar la eficiencia en la admisión y alta de cuidados intensivos.

Es importante evaluar el proceso de atención al paciente crítico dentro de la UCI y más aún cuando hay déficit de recursos y así llevar a cabo un uso razonado en tiempos de crisis.(13)

www.bdigital.ula.ve

2. MÉTODOS

2.1 Tipo y Diseño de la Investigación

Estudio, descriptivo, longitudinal, donde se revisaron las solicitudes de ingreso a UCI y las historias clínicas de los pacientes que se hospitalizaron en la Unidad de Cuidados Intensivos del Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes durante los bienios 2014-2015 y 2016-2017.

2.2 Población y Muestra

Se incluyeron pacientes mayores de 16 años con solicitud de valoración por UCI, durante los periodos de estudio.

2.3 Operacionalización de la Variable

| OBJETIVO GENERAL | OBJETIVO ESPECÍFICO | DIMENSIÓN | INDICADOR | VARIABLE |
|--|--|--|--|--|
| Evaluar el proceso de atención al paciente crítico en las etapas de admisión, hospitalización, alta, seguimiento y relacionar los resultados con la situación de crisis en el sector salud. | 1. Conocer las características sociodemográficas y clínicas de la población estudiada. | Sociodemográfica y clínicas | Edad Sexo Procedencia Ocupación Escala de Graffar Modelo de priorización al ingreso al Hospital Modelo de priorización al ingreso a Terapia intensiva Modelo por diagnóstico. APACHE II. Traslados asistidos para servicios de apoyo. | Ordinal Nominal Nominal Nominal Ordinal Ordinal Ordinal Nominal Ordinal Nominal |
| | 2. Analizar las cuatro etapas del proceso de atención al paciente crítico mediante la aplicación de indicadores relevantes de calidad. | Práctica asistencial: 1. Admisión -Accesibilidad | Demora de ingreso al servicio de Medicina Intensiva. Demanda insatisfecha Tasa de no aceptados | De razón: proporción De razón: Proporción. De razón: proporción |
| | | 2. Hospitalización. -Tratamiento. Complicaciones Duración del soporte Duración de la estadía | Tasa de cumplimiento del tratamiento prescrito. Frecuencia y tasa NAVM Días de ventilación mecánica Días en UCI | De razón: de proporción. De razón: de proporción. Ordinal Ordinal |
| | | 3. Alta -Motivo de egreso. -Adecuación -Eficiencia y accesibilidad -Efectividad. | Egresados vivos y muertos Alta precoz o inadecuada. Retraso al alta del servicio de Terapia Intensiva Informe al alta del servicio y encuesta de calidad. | De razón: de proporción. De razón: de proporción. De razón: de proporción. Ordinal |
| | | 4. Seguimiento Evolución en cuidados intermedios. Duración de la estadía Seguridad, eficiencia y efectividad. | Días en el hospital. Mortalidad a los 28 días Reingresos no programados en el servicio de terapia intensiva. Mortalidad estandarizada | Ordinal De razón: de proporción. De razón: de proporción. De razón: de proporción. |

2.4 Materiales y Métodos

Se registraron todas las solicitudes de admisión a UCI formuladas por los diferentes servicios (Servicio de Emergencia Adultos, Sala de Trauma y Shock, quirófanos, áreas obstétricas, salas generales de hospitalización, otros centros asistenciales).

Todos los casos fueron registrados en el formato de recolección de datos (anexo 4), determinando criterios de admisión y clasificación de prioridades.

Se consideró la situación del paciente luego de la valoración de acuerdo a las siguientes condiciones:

1. Características sociodemográficas de cada paciente: edad, sexo, procedencia, ocupación y escala de Graffar.
2. Clínicas: Tipo de paciente, niveles de prioridad al ingreso al hospital y la Unidad de Cuidados Intensivos, probabilidad de muerte pronosticada por la escala APACHE II, traslado a servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico.
3. Indicadores de calidad por etapas del proceso de atención médica atención: En la etapa de admisión se evaluó la accesibilidad a la UCI mediante la demora de ingreso al servicio de medicina intensiva y la demanda insatisfecha. En la etapa de hospitalización, la tasa de cumplimiento del tratamiento prescrito, duración de la ventilación mecánica, duración de la estadía en la Unidad de Cuidados Intensivos y frecuencia y tasa de neumonía asociada a la ventilación mecánica. En la etapa de alta: Egresados vivos y muertos, alta precoz o inadecuada, retraso al alta del servicio de Terapia Intensiva, informe al alta del servicio. En el seguimiento: Egresados vivos y muertos, mortalidad a los 28 días, reingresos no programados a la Unidad de Cuidados Intensivos.

Los pacientes fueron divididos en dos grupos, los admitidos en la UCI en el período 01 de enero 2014- 31 de diciembre 2015 (primer bienio) y en el período 01 de enero 2016 a 30 de junio 2017 (segundo bienio). Se compararon las características sociodemográficas y clínicas de los casos y los indicadores de calidad para cada bienio.

2.5 Análisis estadístico.

Se realizó revisión y corrección de los formatos de recolección de datos. Las variables cualitativas se presentan en tablas en frecuencias absolutas y porcentuales; las variables cuantitativas con medidas de tendencia central (media y mediana) y de dispersión

(desviación estándar). Para examinar la relación entre las variables cualitativas se aplicó el test de Chi cuadrado, para las cuantitativas se empleó la prueba de U Mann Whitney porque ninguna de estas variables tuvo distribución normal. Se consideró significativo un valor de $p < 0,05$. La base de datos se realizó en el programa estadístico SPSS versión 22.0.

www.bdigital.ula.ve

3. RESULTADOS

Características de los pacientes según período de estudio

Se incluyeron 439 pacientes, la edad promedio fue de 35,72 años (DE $\pm 16,937$; 16 años a 89 años), las características de los pacientes fueron similares en los dos bienios del estudio con excepción de la ocupación pues hubo mayor proporción de profesionales, técnicos y empleados en el segundo bienio, tabla 1.

Tabla 1. Características demográficas de los pacientes según período

| Característica | Subgrupo | Bienio 2014- | Bienio 2016- | Valor de p |
|-------------------------|-------------------------------------|--------------|--------------|------------|
| | | 2015 | 2017 | |
| | | No.(%) | No.(%) | |
| Grupo de edad | 15 a 64 años | 274 (93,5) | 137 (93,8) | 0,89 |
| | * 65 años y más | 19 (6,5) | 9 (6,2) | |
| Sexo | Masculino | 156 (53,6) | 74 (50,7) | 0,11 |
| | Femenino | 135 (46,4) | 72 (49,3) | |
| Ocupación | Obreros | 282 (96,6) | 131 (89,7) | 0,004 |
| | Profesionales, técnicos y empleados | 10 (3,4) | 15 (10,3) | |
| Estrato socio-económico | IV y V (pobreza) | 258 (88,1) | 127 (87,0) | 0,729 |
| | I,II y III | 35 (11,9) | 19 (13,0) | |
| Procedencia | Metropolitano | 156 (53,6) | 74 (50,7) | 0,32 |
| | No metropolitano | 135 (46,4) | 72 (49,3) | |

Fuente: Ficha de recolección de datos. * Promedio= 35,72 años

Con respecto a las características clínicas, predominaron los pacientes con diagnóstico quirúrgico, los pacientes del segundo bienio tenían mayor probabilidad de muerte según la escala APACHE, para ese segundo bienio hubo mayor proporción de pacientes “no elegibles para cuidados intensivos” (prioridad 4 en el modelo de priorización al ingreso al hospital) y menor frecuencia de casos que requerían soporte vital completo con una relación de 1 profesional de enfermería por paciente al ser ingresados en Unidad de Cuidados Intensivos (nivel 3 en el modelo de priorización para el ingreso a Unidad de Cuidados Intensivos), al compararlo con el primer bienio. Los traslados asistidos aumentaron de 15% a 21.9% en el segundo bienio. Ver tabla 2.

www.bdigital.ula.ve

Tabla 2. Características clínicas de los pacientes según bienio

| Característica | Subgrupo | Bienio 2014-2015 | Bienio 2016 - 2017 | Valor de p |
|--|--|------------------|--------------------|------------|
| Tipo de paciente | Médico | 73 (24,9%) | 42 (28,8%) | 0,39 |
| | Quirúrgico | 220 (75,1%) | 104 (71,2%) | |
| Nivel de prioridad al ingreso al hospital | Apropiado para cuidado en Unidad de Cuidados Intensivos | 229 (78,2%) | 88 (60,7%) | < 0,001 |
| | No apropiado (“demasiado bien o demasiado enfermo para beneficiarse”) | 64 (21,9%) | 57 (39,3%) | |
| Nivel de prioridad al ingreso en la UCI | Requiere soporte vital completo y una enfermera por paciente (Nivel 3) | 291 (99,3%) | 133 (91,1%) | < 0,001 |
| | Soporte vital parcial y 3-4 pacientes por enfermera(o) (Niveles 1 y 2) | 2 (0,7%) | 13 (8,9%) | |
| Traslado para servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico | Sí | 44 (15,0%) | 32 (21,9%) | 0,07 |
| | No | 249 (85,0%) | 114 (78,1%) | |
| APACHE (probabilidad de muerte) | | Media = 21,67% | Media = 33,8% | < 0,001* |
| | | Mediana = 12% | Mediana = 25% | |
| | | Rango: 4% a 75% | Rango: 4% - 80% | |

Fuente: Ficha de recolección de datos. *Prueba de U- Mann Whitney

Indicadores de calidad durante la admisión, hospitalización, alta y seguimiento.

En el bienio 2016-2017 se deterioraron todos los indicadores de calidad evaluados en este estudio, con excepción de la mortalidad y la razón estandarizada de mortalidad, tabla 3. Durante el período de estudio no hubo altas precoces ni reingresos no programados, en ambos periodos todos los casos egresaron con informe médico al alta (resumen de egreso). Durante el 2017 se observó el cumplimiento de las prescripciones médicas, sólo el 13,7% de los casos recibió oportunamente el tratamiento médico indicado con recursos del hospital, esta medición no se realizó en los demás años del estudio.

La encuesta de calidad solo se realizó en forma parcial en ambos períodos. En el primer bienio desde junio hasta agosto de 2015 incluyendo 33 familiares y en el segundo bienio desde abril hasta junio de 2017 incluyendo 29 familiares, en ambas ocasiones la encuesta se realizó como parte de los indicadores de los trabajos especiales de grado, de la Lcda Sequera en el primer bienio y de la autora del presente trabajo para el segundo bienio, por lo que no fue incluida en los resultados, considerando que puede haber un sesgo en los mismos.(ver anexo 5).

Tabla 3. Indicadores de calidad evaluados en la admisión, la hospitalización, alta y seguimiento según bienio.

| Etapa | Indicador | Bienio 2015-2016 | Bienio 2016-2017 | Valor de p | Estándar según SEMICYUC |
|-----------------------|---|-------------------|--------------------|------------|--|
| Admisión | Demora al ingreso (≥ 4 horas) | 152 (51,9%) | 101 (69,2%) | < 0,001 | 5% |
| | Demanda insatisfecha | 40,2% | 60,2% | <0,01 | Sin estándar |
| Hospitalización | Participación del familiar en la adquisición de insumos para la asistencia médica | 201 (68,6%) | 136 (93,2%) | < 0,001 | Sin estándar Según la Constitución Nacional: 0% |
| | Frecuencia de Neumonía asociada a la VM | 11,6% | 24,7% | < 0,001 | Sin estándar |
| | Tasa de Neumonía asociada a la VM (eventos por 1000 días de VM-paciente) | 22,5 | 37,8 | < 0,01 | 12,0 |
| Al alta y seguimiento | Días de hospitalización. Media y DE | 23,2 \pm 15,9 | 48,4 \pm 53,8 | < 0,001 * | Sin estándar |
| | Días de hospitalización en UCI. Media y DE | 6,4 (5,2) | 7,3 (8,5) | 0,04* | Sin estándar |
| | Días de ventilación mecánica. Media y DE | 5,2 (4,8) | 6,5 (8,1) | 0,39* | Sin estándar |
| | Mortalidad en UCI | 18,1% | 17,8% | 0,97 | Sin estándar |
| | Mortalidad a los 28 días | 28,3% | 23,3% | 0,94 | Sin estándar |
| | Razón estandarizada de mortalidad (IC95%) | 1,3 (1,21-1,4) | 0,7 (0,63-0,80) | - | 1 \pm 0,10 |
| | Retraso al alta | 1 (0,3%) | 35 (24,3%) | < 0,001 | 9% |

Fuente: Ficha de recolección de datos.*Prueba de U Mann Whitney.

La tasa de no aceptados para el primer bienio fue de 66,52% , con tendencia al aumento para el segundo bienio con 67,51%. (ver tabla 4).

Tabla 4. Tasa de no aceptados.

| Indicador | Bienio 2014-2015 | Bienio 2016-2017 | Total |
|----------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| Tasa de No Aceptados | $(312 / 469) \times 100 = 66,52$ | $(264 / 391) \times 100 = 67,51$ | $(576 / 860) \times 100 = 66,97$ |

Fuente: Ficha de recolección de datos.

www.bdigital.ula.ve

4. DISCUSIÓN

En esta cohorte de pacientes pudo constatar un deterioro de los indicadores de calidad durante el periodo 2014 – 2017. Tanto los indicadores de proceso como los de resultados fueron afectados por la crisis hospitalaria generada por una crisis nacional de índole económica, social y política. La crisis asistencial ha ido en detrimento de los elementos de la “estructura” que según Donabedian determinan la calidad de atención médica. La “estructura” es, según el modelo de Donabedian, el conjunto de condiciones que hacen posible el proceso de atención médica.(11) El IAHULA tiene un severo desfinanciamiento, para el 2015 sólo recibió el 3% de los recursos financieros solicitados por la Oficina de Planificación y Presupuesto de la institución. Aunado a esto, la infraestructura, ya con 43 años de antigüedad con mínimo mantenimiento, es insuficiente para la demanda poblacional, toda vez que no se han construido más hospitales de especialidades en la región. Esa infraestructura presenta daños importantes que limitan la actividad asistencial (filtraciones, fallas de las redes eléctricas, de aguas blancas y negras, etc.). La mayor parte de los insumos de salud (fluidoterápicos, medicamentos, material médico quirúrgico, dispositivos invasivos, equipamiento, reactivos, etc.) son muy escasos forzando a los familiares del paciente a adquirirlos para poder darle continuidad al proceso de atención médica. (7) El incremento de los gastos de bolsillo en salud para una población vulnerable económicamente, como es el caso de la mayoría de los pacientes que pertenecían a estratos pobres de la población, puede generar gastos catastróficos en salud y contribuir a mayor empobrecimiento de estas familias(22). Las pésimas condiciones de trabajo, los bajos salarios y la crisis global del país han provocado una fuga significativa de talento entre los cuales se cuentan profesionales de salud que constituían la generación de relevo del personal de planta, el resultado ha sido el cierre paulatino de la oferta de servicios asistenciales. (23,24).

El menoscabo de los indicadores de calidad no es totalmente atribuible al deterioro de los elementos “estructurales” del hospital. Mayores esfuerzos en la formación y entrenamiento del personal que cuida estos pacientes pueden mejorar la calidad de atención, aún con limitación de recursos asistenciales.(25)

La crisis del país ha impactado negativamente en las oportunidades de formación y actualización del personal debido a las graves dificultades para realizar estudios en el

extranjero, el relativo aislamiento del país y la reducción progresiva de las facilidades para acceder a la internet.

Indicadores de calidad durante las etapas del proceso de atención médica.

Etapas de admisión.

La demora al ingreso al SMI, tiene un estándar del 5% según los indicadores de calidad de la SEMICYUC, en más del 50% de los casos no se cumplió este indicador en ambos periodos este indicador de calidad se deterioró en el segundo bienio. La demora al ingreso de un enfermo crítico en el SMI se asocia a un incremento de la mortalidad y morbilidad, así como a un incremento de costos monetarios. La capacidad de cupo de la Unidad de Cuidados Intensivos en el IAHULA se redujo en el periodo de estudio de 8 a 6 cupos debido a fallas en los procesos de esterilización en frío, toma de radiografías en cama, equipos de gases arteriales y disponibilidad de personal de enfermería. Nótese que esta capacidad de 6 camas no permite satisfacer la demanda que representa las 860 solicitudes de admisión durante el periodo, generando una demanda insatisfecha creciente que para el segundo bienio ya se ubicaba en 60%. Las consecuencias en la morbilidad y mortalidad para los pacientes no admitidos no fue evaluado en este estudio pero Gottberg, en 2008, informó que en más del 50% de los casos pediátricos hubo deterioro de las funciones orgánicas con una mortalidad del 45%, en tanto que Acacio en 2014 reportó una mortalidad similar. (26)

Etapas de Hospitalización en el Servicio de Terapia Intensiva.

Tal y como se señaló antes, durante la hospitalización más del 60% de los casos no tuvieron atención gratuita con recursos del hospital, la situación se agravó para el segundo período cuando el 93% de los pacientes recibieron atención médica con recursos adquiridos por su familia en el comercio local o foráneo. En 2014 el 55 % de los hospitales de Venezuela reportaba escasez de medicamentos y de material médico en general, cifra que aumentó en 2015 y se ubicó sobre el 60 % hasta llegar a 2016 cuando la cantidad de centros hospitalarios que presentan escasez generalizada se ubicó alrededor del 80%. (23) Debe señalarse que la adquisición de estos insumos tiene elevados costos porque el desabastecimiento generalizado de medicamentos y material médico quirúrgico ha provocado el surgimiento de un mercado negro (llamado “bachaqueo” en Venezuela) con precios especulativos; por la misma causa,

muchos insumos deben ser traídos de otras entidades federales causando demoras en el cumplimiento de intervenciones diagnósticas y terapéuticas. (8)

La frecuencia y tasa de neumonía asociada a ventilación mecánica también se incrementó durante el período y ya es tres veces más alta que el estándar establecido por la SEMICYUC. A pesar de que en la Unidad de Cuidados Intensivos del IAHULA se intenta aplicar un paquete de medidas preventiva costo-efectiva basado en evidencia la escasez de insumos para la higiene de manos es permanente y severa (jabón, gel desinfectante, toallines, lavamanos); de la misma manera, la escasez de insumos conduce a la reutilización del material fungible el cual tampoco es desinfectado y esterilizado de manera adecuada por limitaciones en la disponibilidad de equipos y materiales para la esterilización en frío y calor. (27)

Alta y seguimiento

La duración de la hospitalización fue mayor en el segundo período, este hallazgo puede relacionarse con mayor gravedad de los pacientes en el segundo bienio toda vez que la puntuación promedio en la escala APACHE fue significativamente mayor en ese bienio. Sin embargo, la prolongación de la hospitalización también puede relacionarse con un incremento de complicaciones causadas por demoras e incumplimientos en intervenciones diagnósticas y terapéuticas y mayor incidencia de infección nosocomial (ya vimos que esto ocurrió con la tasa de neumonía asociada a la ventilación mecánica) o, en el caso de Unidad de Cuidados Intensivos, por retrasos en el alta, este indicador se incrementó significativamente en el segundo periodo probablemente porque una sala completa de hospitalización de cuidados intermedios (piso 6 de la torre de hospitalización) fue cerrada para refacciones menores pero permaneció así durante 6 meses (entre 2016 y 2017).

La mortalidad observada en el paciente crítico descrita en la literatura refleja los siguientes resultados: Canadá con 25%, Japón 17% y Estados Unidos 19.7%. (30,31,32) Los factores asociados a una baja supervivencia en cuidados intensivos incluyen: la presencia de enfermedades asociadas, admisión con enfermedades no quirúrgicas, la severidad de la enfermedad, la ventilación mecánica y la estadía prolongada en cuidados intensivos (29). En la casuística de este estudio la mortalidad fue mayor que la reportada en países de altos ingresos y fue mayor en los pacientes con diagnóstico quirúrgico lo cual atribuimos a las

demoras generadas por la espera de turno quirúrgico debido a la escasez de insumos, las fallas periódicas y duraderas en el aire acondicionado de los quirófanos y los problemas de contaminación de dicha área. (28)

En los traslados asistidos para servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico se observó que más del 15% de los casos fueron objeto de traslados interhospitalarios, con un incremento en el segundo bienio, el traslado del enfermo crítico y su movilización para realizar intervenciones diagnósticas y/o terapéuticas incrementa el riesgo de complicaciones por diversos factores. (29)

En el IAHULA la principal causa de transporte interhospitalario es la realización de estudios de imagen (tomografía axial computada y resonancia magnética) debido a que los equipos no se encuentran operativos desde hace varios años y no han sido reparados. (30)

La mortalidad en Unidad de Cuidados Intensivos y a los 28 días fue menor en el segundo período a pesar de que la probabilidad de muerte según la escala APACHE era mayor, esto se tradujo en una razón estandarizada de muerte menor para el bienio 2016-2017. Se atribuye este hecho al esfuerzo de los familiares y los profesionales de salud por mantener condiciones básicas para cumplir el proceso de atención médica. Sin embargo, esta situación puede empeorar si las condiciones “estructurales” continúan deteriorándose, una tendencia que confirma esta investigación por el comportamiento de los indicadores en los dos bienios estudiados. Esta investigación no evaluó los resultados de la crisis asistencial sobre la calidad de vida del paciente luego del egreso, tampoco determinó la supervivencia y calidad de vida de los casos que no fueron admitidos en la Unidad de Cuidados Intensivos por falta de cupo.

La ausencia de reingresos no programados se relacionó con el hecho de que en el IAHULA cuando un paciente se descompensa en las primeras 24 horas de egreso de la UCI, es trasladado al área de emergencia por las limitaciones de cupo en Unidad de Cuidados Intensivos, de esta manera se crea un sub-registro de este indicador.

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

- Se estudiaron 439 pacientes, con edad promedio de 35,72 años, en su mayoría del género masculino 52.3%; procedente del área Metropolitana, de ocupación obreros y en condición de pobreza según la escala de Graffar.
- Según características clínicas en el segundo bienio, predominaron los pacientes pertenecientes a la prioridad 4 y con puntaje de APACHE elevado.
- En relación a la etapa de admisión aunque la mayoría de los pacientes poseían condiciones clínicas que justificaba su ingreso al Servicio de Medicina Intensiva, hubo dificultad para acceder al mismo ya que más del 60% de los casos sufrieron demora al ingreso mayor a 4 horas y la demanda insatisfecha fue superior al 40 % en ambos bienios.
- En la etapa de hospitalización, más del 60% de los casos no recibieron atención gratuita con recursos del hospital, situación que se agravó en el segundo período, 93% de los pacientes recibieron atención médica con recursos adquiridos por su familia, la frecuencia y tasa de neumonía asociada a ventilación mecánica también se incrementó en este período: tres veces por encima del estándar establecido por la SEMICYUC.
- En la etapa de alta y seguimiento, se incrementaron la duración de la hospitalización en cuidados intermedios; los días de hospitalización en la UCI y el retraso al alta, lo cual refleja deterioro en la seguridad, eficiencia y efectividad de la atención al paciente crítico
- Los resultados se relacionan con situación de crisis en la atención del paciente crítico de acuerdo a la definición de la OMS: demanda superior a la oferta y ausencia de recursos para brindar atención de calidad.

5.2 Recomendaciones

- Dirigirse a las autoridades competentes para concretar el proyecto de ampliación de la UCI del IAHULA.
- Fomentar la ejecución de proyectos en esta línea de investigación que incluyan el diseño de una ficha técnica que permita monitorizar el cumplimiento del tratamiento.
- Fortalecer la evaluación continua de calidad, incluyendo la encuesta de satisfacción a los familiares.
- Mejorar la estadística de los reingresos no programados.

www.bdigital.ula.ve

BIBLIOGRAFÍA

- 1.-Echavarría E, Cerón U, Esponda J†, Cabrera R‡ Ricardo. Alejandro P. Calidad y costo-efectividad en la atención del paciente crítico. Revista de la asociación mexicana de medicina crítica y terapia intensiva Vol. XXVI, Núm. 1 / Ene.-Mar. 2012 pp 42-50.[internet]. Citado el 25/03/2014. Disponible www.medigraphic.org.mx 28/02/2014
- 2.- Organización Mundial de la Salud. E estadísticas Sanitarias Mundiales 2009. Personal sanitario, infraestructura, medicamentos esenciales por 10000 habitantes [internet] Citado 09/03/2014. Disponible www.who.int/whosis/whostat/ES_WHS09_Table6.pdf
- 3.-Cedula Hospitalaria del Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes. 01/2014. Corporación de salud del estado Mérida. 20/02/2014
- 4.-Giordano A, Moraes L, Iturralde A, Cancela M. Demanda de camas en medicina intensiva. Proceso de ingreso al centro de tratamientos intensivos del Hospital de Clínicas durante un mes. Rev. Méd. Urug. vol.23 no.1 Montevideo mar. 2007.
- 5.- Constitución de la República Bolivariana de Venezuela.Gaceta oficial 2009.
- 6.- Acta 1006 Sociedad de Médicos internos y residentes del IAHAULA, marzo 2016.
- 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:01 mayo 2017.
- 8.-Cámara de la Industria Farmacéutica (CIFAR). Comunicado a la opinión pública. 20 de marzo de 2017. (Internet). Disponible en : <http://cifar.org.ve/cifar/2017/03/20/comunicado-a-la-opinion-publica/>. Citado: 30 de abril de 2017.
- 9.- Díaz R. Crisis de salud pública y sus formas de presentación. España.2014.
- 8-Censo poblacional de Venezuela. Instituto Nacional de estadística. República Bolivariana de Venezuela. Censo 2011. [Citado 28 de febrero de 2014] Disponible desde www.ine.gov.ve/.../CensodePoblacionyVivienda
- 10.-Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC). Indicadores de calidad en el enfermo crítico 2011 [citado: 2017 abril 10] Disponible en: http://www.semicyuc.org/sites/default/files/actualizacion_indicadores_calidad_2011.pdf.
- 11.- Donabedian A. The Quality of Care: How Can It Be Assessed? JAMA 1988;260: 1743-1748

- 12.- Acacio M, 2014. “Demanda insatisfecha de atención en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario de los Andes Mérida, Venezuela.
- 13.- García H. Asociación Venezolana de Clínicas y Hospitales Comité de Salud: Situación Actual del Sector Salud Venezolano. Citado 09/03/2014. Disponible en www.venamcham.org/index.php?.29/7/2010 09/04/2014
- 14- Nates J, Nunnally M, Kleinpell R, Blosser S, Goldner J, Birriel B, et al. ICU Admission, Discharge, and Triage Guidelines: A Framework to Enhance Clinical Operations, Development of Institutional Policies, and Further Research. Crit Care Med 2016; 44:1553–1602.
- 15.-Vinko T. Admisión y Alta a Unidades de Cuidados Intensivos. Admisión y alta en terapia intensiva. Pontificia Universidad Católica de Chile.[Internet] Facultad de Medicina Intensiva.Citado05/03/2014.Disponible [escuela.med.puc.cl/publ/MedicinaIntensivaAdmision .htm](http://escuela.med.puc.cl/publ/MedicinaIntensivaAdmision.htm)
- 16.- American College of Critical Care, Society of Critical Care Medicine. Guidelines for intensive care unit admission, discharge, and triage. Crit Care Med 1999; 27:633-8. [Internet]Citado28_03_2014 Disponible https://journals.lww.com/.../1999/.../Guidelines_for_i
- 17.-Linás L. Guía de admisión y egreso de la unidad de cuidados intensivos adultos. GM-UIA-001. Fundación centro médico del norte.[Internet] Citado 28/03/2014. Disponible ylang-ylang.uninorte.edu.co:8080/.../Guias/...adultos/GM-UIA-001_v2.pdf
- 18.-Sociedad Colombiana de Neumología. Criterios de ingreso a UCI. Comité Cuidado Crítico. Revista de Neumología. La Página de UCI. Citado10/3/2014. Disponible en www.encolombia.com/medicina/neumologia/neum134-01criterios.htm
- 19.-Valía J, De La Cruz I. Servicio de Anestesia Reanimación y Tratamiento del Dolor. Criterios de ingreso en UCI. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia SARTD-CHGUV. Formación continua. Valencia 6 de Marzo de 2012. Citado10/03/2014. Disponible chguv.san.gva.es/.../ServiciosHospitalarios/...2012/VALIA-Criterios_de_.
- 20.- Sarmiento X, Guardiola J, Roca J, Soler M, Toboso M, Klamburg J et al. Grup d’Estudi de Gravetat de la Societat Catalana de Medicina Intensiva i Coronàrie. Evaluación de eficiencia asistencial en UCI. Medicina Intensiva 2013; 37(3):132 -141.
- 21.-Lin F, Chaboyer W, Wallis M. A literature review of organisational, individual and teamwork factors contributing to the ICU discharge process. Aust Crit Care. 2009 Feb;22(1):29-43. Citado 10/03/2014 .Disponible desde **F Lin, W Chaboyer, M Wallis - Australian Critical Care, 2009 – Elsevier.**

- 22.- Sesma-Vázquez S, Pérez-Rico R, Sosa-Manzano L, Gómez-Dantés O. Gastos catastróficos por motivos de salud en México: magnitud, distribución y determinantes. *Salud Pública de México* 2005; 47 suppl 1: s37-s46.
- 23.- Requena, Caputo C. Pérdida de talento en Venezuela: Migración de sus investigadores. *Interciencia* 2016; 41(7): 444-453.
- 24.- Berroterán M. Migración de médicos: una fuga poco saludable. *VITAE Academia Biomédica Digital* 2006; 26 [Internet]. Disponible en: <http://caibco.ucv.ve/caibco/vitae/VitaeVeintiseis/SaludHoy/ArchivosHTM/Fuga.pdf>. Consultado: 23 de octubre 2017 .
- 25.- Haniffa R, Lubell Y, Cooper BS, Mohanty S, Alam S, Karki A, *et al.* ICU Training in South Asia Group. Impact of a structured ICU training programme in resource-limited settings in Asia. *PLoS One*. 2017 Mar 14;12(3):e0173483. doi: 10.1371/journal.pone.0173483. eCollection 2017.
- 26.- Gottberg E. Demanda Asistencial Insatisfecha de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del IAHULA Octubre 2007 y Julio 2008. Tesis (Mérida-Venezuela): Universidad de Los Andes, 2008.
- 27.- Rello J, Chastre J, Cornaglia G, Masterton R. A European care bundle for management of ventilator-associated pneumonia *J Crit Care* 2010, June 7, en prensa [Internet]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science> [citado Noviembre 30. 2010].
- 28.- Sánchez N. Quirófanos del hospital de Mérida están fuera de servicio. *El Universal*. Caracas 2016, abril 21.[Internet] Disponible en: http://www.eluniversal.com/noticias/venezuela/quiroyfanos-del-hospital-merida-estan-fuera-servicio_305923. Consultado: 26, octubre 2017.
- 29.- Markakis C, Dalezios M, Chatzicostas C, Chalkiadaki A, Politi K, and Agouridakis P J. Evaluation of a risk score for interhospital transport of critically ill patients. *Emerg Med J* 2006; 23(4): 313–317. Kulshrestha A, Singh J. Inter-hospital and intra-hospital patient transfer: Recent concepts. *Indian J Anaesth* 2016; 60(7): 451–457. doi: 10.4103/0019-5049.186012.
- 30.- Chourio A. Hospital de los Andes no cuenta con servicio de tomografía desde el 2014. *Radio Fe y Alegría. Noticias*. Mérida 2017, septiembre 18. [Internet]. Disponible en: <http://www.radiofeyalegrianoticias.net/sitio/2017/09/el-iahula-no-cuenta-con-servicio-de-tomografia-desde-el-ano-2014-audio/> Consultado: 30 de octubre 2017.

www.bdigital.ula.ve

ANEXOS

C.C.Reconocimiento

(Anexo N° 1)

INDICADORES ESTANDARIZADOS O AJUSTADOS.

ETAPA DE ADMISIÓN.

DEMORA DE INGRESO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) Tiempo transcurrido entre la indicación de ingreso por el médico y el ingreso a la UCI, se asocia a incremento de la mortalidad, morbilidad, evidencia la falta de camas en UCI. Estándar de 5%.

$$\text{Demora de ingreso} = \frac{\text{Número enfermos críticos que ingresan con una demora > 4 horas}}{\text{Número total de enfermos dados de alta de la UCI}} \times 100$$

TASA DE NO ACEPTADOS

$$\text{Tasa no aceptados} = \frac{\text{Número total de solicitudes no aceptados}}{\text{número total de solicitudes recibidos}} \times 100$$

ETAPA DE ALTA.

ALTA PRECOZ O INADECUADA DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Se asocia a un incremento en el número de eventos adversos, reingresos, costos y de mortalidad hospitalaria. estándar 1%

$$\text{Alta Precoz} = \frac{\text{número de enfermos con alta precoz o inadecuada de UCI}}{\text{número de enfermos dados de alta de UCI}} \times 100$$

RETRASO AL ALTA DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)

Periodo de tiempo superior a 12 horas desde la indicación del alta hasta su salida de la UCI, estándar de 9%. Reduce el número de camas, para nuevos ingresos y se asocia a un aumento de la morbilidad de los pacientes

$$\text{Retraso de alta} = \frac{\text{número de estancias con retraso al alta de UCI}}{\text{número total de estancias}} \times 100$$

INFORME AL ALTA: Elaboración del informe de egreso.

ETAPA DE SEGUIMIENTO.

TASA DE MORTALIDAD EN UCI

$$\text{de mortalidad en UCI} = \frac{\text{número defunciones UCI}}{\text{Número ingresos a UCI}} \times 100 \quad \text{Tasa}$$

TASA DE MORTALIDAD A LOS 28 DIAS.

$$\text{Tasa de mortalidad a los 28 días} = \frac{\text{número defunciones a los 28 días}}{\text{Número ingresos a UCI}} \times 100$$

TASA DE RE-INGRESO NO PROGRAMADO. Reingreso por causa no prevista; relacionada o no, e independientemente de donde hayan transcurrido las últimas 48 horas. Tasa elevada, reflejan altas prematuras, baja atención en piso o mala respuesta al tratamiento. Tasas bajas, estancias prolongadas (criterios de alta inadecuados).

$$\text{Tasa de reingreso} = \frac{\text{número enfermos con reingreso no programados < 48 horas}}{\text{número de enfermos dados de alta del UCI}} \times 100$$

ETAPA DE GESTIÓN.

DEMANDA INSATISFECHA

$$\text{demanda insatisfecha} = \frac{\text{número de interconsultas recibidas en periodo}}{\text{número de ingresos a la UCI periodo}} \times 100 \quad \text{Tasa}$$

TASA DE PROMEDIO DE ESTANCIA EN UCI Es un indicador de resultados observados en pacientes ingresados a UCI por periodo, y de los pacientes rechazados en el área de solicitud

$$\text{Promedios de estancia UCI} = \frac{\text{Días -cama ocupadas UCI}}{\text{Total egresos (altas y defunciones) a UCI}}$$

MORTALIDAD ESTANDARIZADA.

$$\text{Mortalidad estandarizada} = \frac{\text{Tasa de mortalidad hospitalaria}}{\text{Tasa de mortalidad hospitalaria esperada}} \times 100$$

NEUMONIA ASOCIADA A VENTILACION MECÁNICA.(NAVVM)

$$\text{NAVVM} = \frac{\text{Número de episodios de NAVVM}}{\text{Número total de días de ventilación mecánica}} \times 100$$

(ANEXO 2)

| Puntuación APACHE II | | | | | | | | | | |
|---------------------------------------|-------------------|---------------------------------|---------|--|-----------------------|------------------------|-------------------------------------|-----------|--------|--|
| APS | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| Tª rectal (°C) | > 40,9 | 39-40,9 | | 38,5-38,9 | 36-38,4 | 34-35,9 | 32-33,9 | 30-31,9 | < 30 | |
| Pres. arterial media | > 159 | 130-159 | 110-129 | | 70-109 | | 50-69 | | < 50 | |
| Frec. cardíaca | > 179 | 140-179 | 110-129 | | 70-109 | | 55-69 | 40-54 | < 40 | |
| Frec. respiratoria | > 49 | 35-49 | | 25-34 | 12-24 | 10-11 | 6-9 | | < 6 | |
| Oxigenación: Si FIO2 ≥ 0.5 (AaDO2) | > 499 | 350-499 | 200-349 | | < 200 | | | | | |
| Si FIO2 ≤ 0.5 (paO2) | | | | | > 70 | 61-70 | | 56-60 | < 56 | |
| pH arterial | > 7,69 | 7,60-7,69 | | 7,50-7,59 | 7,33-7,49 | | 7,25-7,32 | 7,15-7,24 | < 7,15 | |
| Na plasmático (mmol/l) | > 179 | 160-179 | 155-159 | 150-154 | 130-149 | | 120-129 | 111-119 | < 111 | |
| K plasmático (mmol/l) | > 6,9 | 6,0-6,9 | | 5,5-5,9 | 3,5-5,4 | 3,0-3,4 | 2,5-2,9 | | < 2,5 | |
| Creatinina * (mg/dl) | > 3,4 | 2-3,4 | 1,5-1,9 | | 0,6-1,4 | | < 0,6 | | | |
| Hematocrito (%) | > 59,9 | | 50-59,9 | 46-49,9 | 30-45,9 | | 20-29,9 | | < 20 | |
| Leucocitos (x 1000) | > 39,9 | | 20-39,9 | 15-19,9 | 3-14,9 | | 1-2,9 | | < 1 | |
| Suma de puntos APS | | | | | | | | | | |
| Total APS | | | | | | | | | | |
| 15 - GCS | | | | | | | | | | |
| EDAD | Puntuación | ENFERMEDAD CRÓNICA | | Puntos APS (A) | Puntos GCS (B) | Puntos Edad (C) | Puntos enfermedad previa (D) | | | |
| ≤ 44 | 0 | Postoperatorio programado | 2 | | | | | | | |
| 45 - 54 | 2 | Postoperatorio urgente o Médico | 5 | Total Puntos APACHE II (A+B+C+D) | | | | | | |
| 55 - 64 | 3 | | | Enfermedad crónica: | | | | | | |
| 65 - 74 | 5 | | | Hepática: cirrosis (biopsia) o hipertensión portal o episodio previo de fallo hepático | | | | | | |
| ≥ 75 | 6 | | | Cardiovascular: Disnea o angina de reposo (clase IV de la NYHA) | | | | | | |
| | | | | Respiratoria: EPOC grave, con hipercapnia, policitemia o hipertensión pulmonar | | | | | | |
| | | | | Renal: diálisis crónica | | | | | | |
| | | | | Inmunocomprometido: tratamiento inmunosupresor inmunodeficiencia crónicas | | | | | | |

(ANEXO 3)

ESCALA DE ESTRATIFICACIÓN SOCIAL DE GRAFFAR (MODIFICADO) Se utilizan cuatro (4) categorías cada una con 5 niveles.

A. PROFESIÓN DEL JEFE DE LA FAMILIA

1. Profesión universitaria, alto comerciante con posiciones gerenciales, oficiales de las fuerzas armadas nacionales: Se consideran dentro de este grupo a las personas egresadas con títulos de universidad, ó bien propietarios de empresas, industriales o comerciantes altamente productivos ó que pertenezcan a "Cadenas" como por ejemplo: CADA, Central Madeirense, Maxy's, etc. Pueden ser también personas que ocupen posiciones de alta dirección o gerencia en instituciones públicas o privadas (muy bien remuneradas) Así como personas egresadas de Institutos Pedagógicos o de Politécnicos Universitarios.

2. Profesiones técnicas ó medianos comerciantes o productores: Se consideran dentro de este grupo a las personas egresadas con título de Escuelas Industriales o Técnicas de las Fuerzas Armadas o Institutos Universitarios, así como también los peritos egresados de esas instituciones, o los artistas de teatro y afines.

3. Empleados sin profesión universitaria o técnica definida, pequeños comerciantes o productores : Se consideran en este grupo a los empleados de Institutos Privados o Públicos que no tengan profesión Universitaria o Técnica. Ejemplo: peritos de cursos cortos, secretarías, mecanógrafas, etc. También se consideran los pequeños comerciantes o productores, o sea, propietarios de negocios pequeños y empresas con menos de 5 personas incluido el dueño. Ejemplo: Propietarios de bodegas, abastos, zapaterías, talleres.

4. Obreros Especializados: Considérese en este grupo a todos aquellos obreros clasificados o especializados. Ejemplo: tractoristas, chofer, pintor, agricultor especializado. Dr. Henry Barrios-Cisneros Especialista en Medicina Interna Investigador en Salud Holística Naturista Quiropráctico Psicoterapeuta Holístico Estrés, ansiedad y depresión

5. Obreros no Especializados: Considérese en este grupo a todos aquellos obreros no clasificados o especializados. Ejemplo: jornaleros, pisatarios, vendedores ambulantes, buhoneros, servicios domésticos, trabajadores del aseo urbano.

NOTA IMPORTANTE: Esta pregunta se refiere a la profesión del Jefe de familia, y no a la ocupación, por lo tanto si el jefe de familia está desocupando o desempleado interesa conocer cuál es su profesión u ocupación habitual. En caso de que el jefe de familia sea la madre, se debe anotar en esta pregunta cuál es la profesión de ella y también hacerle la pregunta siguiente: Si el jefe de familia es ama de casa (se clasificará en 4 si su grado de instrucción es 3 ó 4, o sea, educación media incompleta o primaria, y se clasificará en 5 si es alfabeto ó analfabeta).

B. NIVEL DE INSTRUCCION DE LA MADRE Marcar con una "X" según sea la pregunta dada, atendiendo a las siguientes clasificaciones:

1. Enseñanza Universitaria o su Equivalente: Egresados con títulos de universidades, politécnicos y pedagógicos.

2. Enseñanza Secundaria Completa o Técnica Superior Completa: Consideradas dentro de esta clasificación a los egresados de bachillerato con título, egresados de escuelas normales o institutos de formación docente, egresados de escuelas técnicas con título (equivalente al bachiller diversificado o al título de formación docente).

3. Enseñanza Secundaria Incompleta o Técnica Inferior: Se considera como secundaria incompleta a aquellas personas que no han cursado al menos hasta 2do año de educación media o normal. las que hayan cursado sólo 1ero ó 2do, incompleto se clasificarán en primaria. Se considera técnica inferior completa a aquellas personas que han realizado cursos técnicos e institutos tales como INCE, Academias Privadas, etc; y han obtenido su título.

4. Educación Primaria o Alfabeto: Personas que han estudiado algún grado de educación primaria o que saben leer o escribir. Considérese también las que sólo hayan cursado 1ero ó 2do año incompleto de educación media.

5. Analfabeta: Personas que no saben leer ni escribir.

C. PRINCIPALES FUENTES DE INGRESO DE LA FAMILIA Marcar con una "X" la casilla correspondiente a la PRINCIPAL fuente de ingreso de la FAMILIA. Se considera como principal fuente aquella que sea la base de la economía familiar. Se clasificará atendiendo las siguientes definiciones:

1. Fortuna Heredada ó Adquirida: Suficiente cantidad de dinero heredado o adquirido que le permita vivir de sus rentas. Ejemplo: Hacienda importante, grandes negocios que en poco tiempo producen fortuna o ganancias fuertes obtenidas en juegos al azar (loterías, caballos).

2. Ganancias, Beneficios, Honorarios Profesionales: Es aquella formada por ingresos o beneficios provenientes de las utilidades de una empresa o negocio, o bien por honorarios profesionales correspondientes a los percibidos por personas que ejercen profesiones liberales que no dependen de un sueldo, ejemplo: Médicos, abogados, asesores, etc.

3. Sueldo Mensual: Cuando la fuente principal se deba a la remuneración sobre una base mensual o anual pero generalmente pagada mensualmente. Todos los empleados perciben "sueldo".

4. Salario Semanal: Por día o por tarea de destajo, o ganancias o beneficios pequeños, provenientes de negocios pequeños. Se incluye en este grupo a personas que ejecutan trabajos ocasionales, vendedores a pequeña escala tipo buhoneros, taxistas. Los obreros perciben salarios, aunque en algunas empresas cobran quincenalmente.

5. Donación de Origen público o Privado: Son ayudas o subsidios otorgados por Organismos públicos y privados o de donaciones de origen familiar. Así padres sostenidos por los hijos, personas sostenidas por padres o hermanos, etc.

NOTA: Las indemnizaciones de seguridad social no son consideradas donaciones. Las personas que al momento de la encuesta vivan de indemnizaciones (por ejemplo: enfermos, cesantes, jubilados o pensionados), serán clasificados según la categoría a la cual pertenecían en el momento que todavía trabajaban.

D. CONDICIONES DE ALOJAMIENTO: Marcar con una "X" la casilla correspondiente según la observación que usted mismo haga de la vivienda. Es muy importante que sea lo más objetivo posible en esta clasificación, siguiendo las siguientes definiciones:

1. Vivienda con Óptimas Condiciones Sanitarias en Ambientes de Lujo: Viviendas ubicadas en urbanizaciones residenciales elegantes, donde el valor del terreno y la vivienda es elevado y donde necesiten disponer de transporte propio para movilizarse. Se refiere a quintas muy lujosas con grandes jardines muy bien mantenidos sus interiores y exteriores, amplios espacios y construcciones con materiales de lujo. Se incluyen apartamentos tipo Pent House muy lujosos, con espacios de terrazas, doble recibo, etc. Hay que tomar en cuenta el concepto de baño por habitación.

2. Viviendas con Óptimas Condiciones Sanitarias en Ambientes sin Lujo pero Espaciosas: Vivienda con áreas bien diferenciadas y espaciosas, dotadas de un jardín bien cuidado de los servicios y bienes necesarios para el confort, ubicados en urbanizaciones residenciales bien mantenidas. Se refiere a casa o quinta con áreas bien diferenciadas y espaciosas, con jardines bien mantenidos y condiciones

sanitarias óptimas sin ambientes de lujo. Se incluyen los apartamentos espaciosos con áreas definidas y terrazas. hay que tomar en cuenta el concepto de condiciones sanitarias óptimas. 3. Viviendas con Buenas Condiciones Sanitarias en Espacios Reducidos: Viviendas con áreas reducidas bien definidas o no, y con buenas condiciones sanitarias y ubicadas en zonas residenciales, comerciales o industriales. Se refiere a casas o quintas pequeñas con buenas condiciones sanitarias, así como a los apartamentos en general.

4. Viviendas con Ambientes Espaciosos o Reducidos con Deficiencias en Algunas Condiciones Sanitarias: Se refiere a casa o apartamento de construcción sólida, con deficiencia en algunas condiciones sanitarias (número de baño, agua, electricidad, etc) ubicados en urbanizaciones o barrios de vivienda tipo interés social o barrios de obreros y similares en zonas comerciales o industriales.

5. Rancho o Vivienda con una Habitación y Condiciones Sanitarias Inadecuadas: Se refiere al tipo de viviendas improvisadas (ranchos, barrancas, casas de vecindad) o viviendas de construcción estable pero en abandono, situadas en barrios marginales y con condiciones sanitarias inadecuadas. Si en este grupo los asentamientos de damnificados y las viviendas rurales en malas condiciones sanitarias. NOTA: En todos los casos, la falta de mantenimiento, las fallas en las condiciones sanitarias y el hacinamiento implica el descenso en las condiciones en la clasificación de la vivienda. COMPUTO PARA LA ESTRATIFICACION SOCIAL Colocar el valor de cada uno de los ítems anteriores en el espacio reservado para ello y luego se deben sumar. El valor obtenido es el que determina a cuál clase socioeconómica pertenece la familia, según la siguiente clasificación:

4-6 I Estrato Alto

7-9 II Estrato Medio Alto

10-12 III Estrato Medio Bajo

13-16 IV Estrato Obrero

17-20 V Estrato Pobreza Extrema.

(ANEXO 4)



UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO AUTÓNOMO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LOS ANDES
UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA DR. FERNANDO GABALDÓN
POSTGRADO DE TERAPIA INTENSIVA Y MEDICINA CRÍTICA
MERIDA - VENEZUELA

FORMATO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

EVALUAR DEL PROCESO DE ATENCION AL
PACIENTE CRITICO Y RELACIONAR LOS
RESULTADOS CON SITUACION DE CRISIS EN EL
SECTOR SALUD.

Investigadores:

Dra. María G. Mendoza . Neumólogo, Residente II año de Terapia Intensiva

Dra. Elia Figueira. Médico Psiquiatra adjunto al servicio de Terapia Intensiva.

(Ficha _____) Fecha: ____ / ____ / ____

| | |
|---|---|
| 1. EDAD | |
| 2. SEXO | M ____ F ____ |
| 3. PROCEDENCIA | |
| 4. OCUPACION | A- Profesión universitaria, alto comerciante con posiciones gerenciales, oficiales de las fuerzas armadas nacionales ____ B- Profesiones técnicas ó medianos comerciantes o productores ____ C- Empleados sin profesión universitaria o técnica definida, pequeños comerciantes o productores ____ D- Obreros Especializados ____ E- Obreros no especializados ____ |
| 5. FECHA DE INGRESO AL IAHULA | |
| 6. PRIORIZACION AL INGRESO A IAHULA | 1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 A---- B-- |
| 7. -APACHE II | PUNTAJE ____ %MORTALIDAD ____ |
| 8. -GRAFFAR | |
| 9. FECHA DE SOLICITUD DE INTERCONSULTA A LA UCI | |
| 10. FECHA DE INRESO A LA UCI | |
| 11. MODELO DE INGRESO POR DIAGNOSTICO | MEDICO ____ QUIRURGICO ____ |
| 12. MODELO DE PRIORIZACION AL INGRESO A LA UCI | 0 ____ 1 ____ 2 ____ 3 ____ INTENSIDAD DE TTO CUMPLIDA SI ____ NO ____ |

| | |
|--|---|
| | SI LA RESPUESTA ES NO, QUIEN COSTEO EL TTO: |
| 13. TRASLADOS ASISTIDOS | SI ___ NO ___ SI LA RESPUESTA ES SI: EVENTOS ADVERSOS SI---- NO----- ESPECIFICAR EVENTO: ----- |
| 14. FECHA DE EGRESO DE LA UCI | |
| 15. ALTA PRECOZ O INADECUADA DE LA UCI | SI ___ NO ___ MOTIVO: |
| 16. REINGRESOS NO PROGRAMADOS | SI ___ NO ___ |
| 17. NAVM | SI ___ NO ___ |
| 18. RETRASO AL EGRESO DE LA UCI | SI ___ NO ___ |
| 19. MOTIVO DE EGRESO DE LA UCI | V ___ M ___ |
| 20. FECHA DE EGRESO DEL IAHULA | |
| 21. DIAS DE HOSPITALIZACIÓN | UCI ___ IAHULA ___ |
| 22. MOTIVO DE EGRESO DEL IAHULA | V ___ M ___ |
| 23. FECHA DE MUERTE | |
| 24. ENCUESTA DE CALIDAD PERCIBIDA AL ALTA DEL SERVICIO | SI ___ NO ___ |
| 25. INFORME AL ALTA | SI ___ NO ___ |

FICHA PARA PACIENTES QUE NO INGRESARON A LA UCI:

| | |
|-----------------------------------|-------------|
| 1. -MOTIVO POR EL CUAL NO INGRESO | |
| 2. -EVOLUCION. | V ___ M ___ |

(ANEXO 5)

Encuesta de Calidad al alta.

| La sala de espera le ha resultado: | Frecuencia | Porcentaje. |
|---|-------------------|--------------------|
| Acogedora | 9 | 31% |
| Poco acogedora | 11 | 39% |
| Nada Acogedora | 9 | 21% |
| Total | 29 | 100% |

| | | |
|---|-------------------|-------------------|
| ¿Conoció los nombres de los médicos que atendieron a su familiar durante la estancia en UCI? | SI 39% | NO 61% |
| ¿Fue informado de la situación clínica de su familiar? | 91% | 9% |
| ¿ Comprendió la información que se le dio? | 76% | 24% |
| ¿ Le pareció adecuada la hora de la información? | 82% | 18% |
| ¿Conoció el nombre de la jefa de enfermería durante la estancia en la UCI? | 76% | 24% |
| ¿Conoció los nombres del personal de enfermería que atendió a su familiar durante la estancia en la UCI? | 54% | 46% |

www.bdigital.ula.ve

C.C.Reconocimiento