

UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE MEDICINA
DIRECCION DE POSTGRADO
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN
MEDICINA CRÍTICA.

DETERMINACION DE COSTOS EN LA FAMILIA DEL PACIENTE QUE
INGRESA A LAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA DE HOSPITALES
PUBLICOS

AUTOR: DAVID A. SALAS M.

BARBULA, JUNIO 2006

UNIVERSIDAD DE CARABOBO

DIRECCION DE POSTGRADO

FACULTA DE MEDICINA

CONSTANCIA DE ACEPTACION

DETERMINACION DE COSTOS EN LA FAMILIA DEL PACIENTE QUE
INGRESA A LAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA DE HOSPITALES
PUBLICOS

TUTOR: DRA. DELLANIRA CHACIN.

ASESOR CLINICO DR. MARTA QUEVEDO.

ASESOR ESTADÍSTICO: LIC JOSE GARCIA.

ACEPTADO EN EL AREA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO DE LA
UNIVERSIDAD DE CARABOBO

POR: _____

BARBULA, JUNIO 2006



ACTA DE DISCUSIÓN DE TRABAJO ESPECIAL DE GRADO

En atención a lo dispuesto en los Artículos 127, 128, 137, 138 y 139 del Reglamento de Estudios de Postgrado de la Universidad de Carabobo, quienes suscribimos como Jurado designado por el Consejo de Postgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud, de acuerdo a lo previsto en el Artículo 135 del citado Reglamento, para estudiar el Trabajo Especial de Grado titulado:

DETERMINACIÓN DE COSTO EN LA FAMILIA DEL PACIENTE INGRESADO A LAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA DE HOSPITALES PÚBLICOS

Presentado para optar al grado de **Especialista en Medicina Crítica** por el (la) aspirante:

SALAS M., DAVID A.
C.I. V – 7067392

Habiendo examinado el Trabajo presentado, bajo la tutoría del profesor(a): María Dellanira Chacín de G. C.I. 3730647, decidimos que el mismo está **APROBADO** .

Acta que se expide en valencia, en fecha: **15/12/2007**

Prof. Carlos Rosales (Pdte)
C.I. 4 452 249
Fecha 03/07/2018

Prof. Asdrúbal Fajardo
C.I. 8598146
Fecha 03-07-2018

TG: 83-07

Prof. Marta Quevedo
C.I. 7091108
Fecha: 03/07/2018.

INDICE GENERAL

Introducción	1
Capitulo I: El problema	5
Planteamiento y formulación del problema	5
Objetivos	6
Justificación	7
Capitulo II: Fundamentos teóricos	8
Antecedentes	8
Bases teóricas	10
Definición de Términos	17
Sistema de variables	18
Capitulo III: Metodología	19
Tipo de investigación	19
Población y muestra	19
Métodos y recolección de la muestra	20
Criterios de Inclusión y Exclusión	20
Alcances y limitaciones de la investigación	21
Análisis y presentación de los resultados	22
Discusión	50
Conclusiones	52
Recomendaciones	54
Bibliografía	58
Anexos	59

INDICE DE CUADROS Y GRAFICOS

Cuadro 1: Ingreso mensual por núcleo familiar.	23
Gráfico 1: Ingreso mensual por núcleo familiar.	25
Cuadro 2: Paciente como principal fuente de ingreso familiar.	26
Gráfico 2: Paciente como principal fuente de ingreso familiar.	27
Cuadro 3: Distribución por estadía hospitalaria según regiones encuestadas.	28
Gráfico 3: Distribución por estadía hospitalaria según regiones encuestadas.	30
Cuadro 4: Gastos de laboratorio diario por la familia según región encuestada.	31
Gráfico 4: Gastos de laboratorio diario por la familia según región encuestada.	33
Cuadro 5: Gastos de Radiología diario por la familia según región encuestada.	34
Gráfico 5: Gastos de Radiología diario por la familia según región encuestada.	36
Cuadro 6: Gastos en fármacos diario por la familia según región encuestada.	37
Gráfico 6: Gastos en fármacos diario por la familia según región encuestada.	39
Cuadro 7: Gastos en Transporte y alimentación según región encuestada.	40
Gráfico 7: Gastos en Transporte y alimentación según región encuestada.	42
Cuadro 8: Gastos varios no incluidos en anteriores según región encuestada.	43
Gráfico 8: Gastos varios no incluidos en anteriores según región encuestada.	45
Cuadro 9: Recomendaciones de familiares según región encuestada.	46
Gráfico 9: Recomendaciones de familiares según región encuestada.	49

INTRODUCCIÓN

La familia es considerada un elemento básico de la sociedad, es el primer contacto que tiene el individuo al nacer y siempre está allí brindando el apoyo en las situaciones difíciles. Por tanto, cuando uno de sus miembros enferma y amerita el ingreso a una institución hospitalaria, se altera la dinámica familiar, siendo aun mayor cuando el enfermo es admitido en una unidad de cuidados intensivos.

Esta alteración aumenta por múltiples razones que involucran elementos de índole social-afectivo e incluso religioso. Sin embargo no son estos los que más afectan al núcleo familiar, sino el aspecto administrativo tanto de la institución donde se encuentra el caso, como de la propia familia, ya que por si solo representa la causa de la gran carga emotiva y depresiva que rodean toda la estadía hasta el egreso.

En este orden de ideas hay que considerar que la enfermedad de un paciente y su ingreso a UCI genera una crisis que afecta a la totalidad de la familia y por lo tanto los roles y funciones que asumía la persona enferma se distribuyen a otros miembros, experimentando la dolorosa reacción caracterizada por shock emocional, desconfianza, y angustia, que sumado a la escasez de recursos para el cumplimiento del tratamiento, aumentan el nivel de preocupación y estrés

derivados de la falta de medios necesarios para la recuperación y reintegro del individuo a la sociedad.

Por otra parte si se toma en cuenta que el objetivo primordial de cada Hospital Público y Privado, es preservar la salud bio-psico-social del ser humano y salvaguardar la vida de la población, derecho fundamental consagrado en todas las constituciones del mundo. Y es precisamente en estos centros donde se cumple un inimaginable y complejo universo de actividades, donde confluye una innumerable cantidad de personas de las mas variadas profesiones, ocupaciones e intereses, ya sea como usuario de sus servicios, proveedores, asesores o empleados de la institución. Es definitivamente la organización con la mayor responsabilidad científica, moral, social, legal, administrativa y humanitaria, que existe.

No es fácil la administración de este tipo de complejos, más aun cuando en realidad quienes tienen a su cargo la dirección hospitalaria, no lo hacen como una empresa social prestadora de servicios de salud, gerenciado basándose en los principios de la calidad total... Pero ¿Qué es? Y ¿Cómo se puede medir la Calidad Medico-Asistencial?

Ante estas interrogantes, se pudiera definir sencillamente como el logro de un diagnóstico correcto y un tratamiento apropiado. Aunque podemos ir más allá...

Se dice que se atendió con Calidad Médico-Asistencial cuando:

1. El paciente recibió el tipo y el número servicios apropiados en forma oportuna.
2. Se obtuvieron resultados aceptables en términos de efectividad del tratamiento y satisfacción del paciente.
3. Se evitaron los riesgos y las complicaciones.

Podemos verlo también desde el ángulo opuesto. Se considera que no hubo Calidad Médico-Asistencial cuando:

1. No se hizo lo correcto la primera vez y debe repetirse.
2. El procedimiento y tratamiento estaba indicado y no se realizó.
3. El procedimiento estaba contraindicado y se hizo.

Es necesario hacer la salvedad de que no siendo la medicina una ciencia matemática, es factible que en algunas ocasiones, aun haciendo lo correcto, el resultado no sea inicialmente satisfactorio, por lo tanto sea necesario repetirlo o complementar el procedimiento y/o el tratamiento, sin que esto signifique que

hubo falta de calidad medica pero si un mayor uso de recursos y por lo tanto del presupuesto destinado a otras actividades o áreas de la propia institución.

La calidad médica representa la reducción del uso de servicios innecesarios que incrementan los costos no solo económicos, sino también humanos, tanto directos, como indirectos. Así como los intangibles, consecuencia de una hospitalización prolongada y una larga recuperación en términos de productividad y sufrimiento personal y familiar, además de su repercusión social.

La merma del presupuesto de cualquier institución repercute directamente en la economía de la familia del paciente hospitalizado, sobre todo en Terapia Intensiva, donde el personal médico a pesar de limitarse a lo estrictamente necesario para el paciente, no puede evitar afectar el aspecto administrativo de la familia y por lo tanto su modo de vida y subsistencia. El presente trabajo de investigación es solo una reseña de lo aportado por la familia del paciente crítico durante la hospitalización del mismo y que de una manera directa o indirectamente repercute en su calidad de vida

CAPITULO I

1. El Problema.

1.1 Planteamiento y Formulación del Problema.

Se considera en toda institución hospitalaria que el paciente que ingresa al servicio de terapia intensiva, genera un costo hospitalario excesivamente alto en su estadía y tratamiento, dependiente de su evolución clínica y pronóstico, el cual esta plenamente justificado. Sin embargo en las instituciones publicas que disponen de este servicio, no se hace un estimado de la carga económica que deben soportar los familiares del paciente, sobre todo cuando por circunstancias ajenas a estos, en la institución donde se encuentra recluido, no se realizan una serie de pruebas, exploraciones y exámenes paraclínicos siendo el gasto que ello genera cubierto en su totalidad por el grupo de personas parientes o no del paciente critico.

Por otra parte debemos recordar que a la par de este gasto administrativo se encuentran los generados por transporte, alimentación, uso de servicio telefónico, pago en guarderías o personal domestico adicional, así como el numero de horas sueño perdidos en pasillos sin las comodidades mínimas para sobrellevar el cansancio y la fuerte carga emocional que se generan cuando se tiene a un familiar en la terapia intensiva de estos hospitales.

1.2 Objetivos.

1.2.1 General:

Determinar los costos generados en la familia por el paciente que ingresa en las unidades de terapia intensiva de los hospitales públicos.

1.2.2 Específicos.

- a) Identificar el aporte económico por el familiar o representante del paciente en exámenes de laboratorio, estudios de imágenes, pruebas y perfiles especiales y exploraciones invasivas o no.
- b) Determinar el costo/día en la adquisición de fármacos para el paciente críticamente enfermo.
- c) Identificar cuanto representa el gasto diario en transporte, teléfono y alimentación del familiar o acompañante, durante la estadía hospitalaria del paciente de UCI.
- d) Evidenciar si las condiciones de comodidad, horas de descanso y nivel de salud de los familiares y representantes del paciente de medicina intensiva, son las más adecuadas ante la ya mencionada carga económica y emocional por las cuales atraviesan estos.
- e) Describir si el paciente crítico, es la principal fuente de recursos en el núcleo familiar

1.3 Justificación.

Está claro que el paciente de medicina crítica representa un caso aparte y especial dentro del área de atención sanitaria y por lo tanto gran generador de gastos hospitalarios, incluso por encima del presupuesto establecido de la entidad pública prestataria de salud y más aun de cualquier otro servicio dentro de la misma.

Por otra parte estimamos que el mismo, genera gastos fuera de los hospitales cuando en estos no se cuenta con la totalidad de los medios necesarios para la adecuada atención, tales como laboratorio y fármacos entre otros, pero sin que hasta ahora se conozca cual es el valor real a ser cubierto total o casi su totalidad por los familiares del paciente.

Dentro de este orden de ideas la asociación de costo familiar del paciente crítico y la inestabilidad económica y social que esta genera, representa un tema no muy claro o aun no dilucidado en su máxima expresión, por lo que esta plenamente justificado la exploración mediante el presente trabajo de investigación.

CAPITULO II

2. Fundamentos Teóricos.

2.1 Antecedentes Bibliográficos.

En la literatura Médica no encontramos suficiente información o estudios clínicos acerca de la repercusión económica en la familia de lo que representa la sola hospitalización de un paciente en una unidad de medicina critica , algunos de estos son de carácter exploratorio y de reciente publicación dirigidos mas a la repercusión emocional y adaptación al trauma que esto representa, que al aporte económico como tal, quizás porque la mayoría de ellos corresponden a países donde el sistema de seguridad social que abarca el sector salud, funciona de manera casi adecuada a las exigencias del publico en general.

Trabajos que exploran el componente emocional y la repercusión de la discapacidad del paciente, así como el enfoque desde el punto de vista psiquiátrico, son las constantes de los mismos con muy poca asignación o comentario a los esfuerzos económicos de la familia durante la hospitalización del individuo en Terapia Intensiva. Dentro de los más destacados se encuentran:

- 1994: Kleiber C; Respuestas emocionales de la familia durante la hospitalización en medicina critica.
- 1994: Davis-Martin S; Percepción de las necesidades familiares de pacientes con larga estancia en las unidades de medicina critica.

- 1999: Niskanen M; Calidad de vida después de hospitalización prolongada en cuidado crítico.
- 2003: Hofhuis J; Calidad de vida en la admisión del paciente de cuidado crítico
- 2004: Kirchhoff KT; Carga para la familia del paciente críticamente enfermo.
- 2004: Azoulay E; Interacciones Médico-familia en las unidades de terapia intensiva.
- 2005: Williams CM; Identificación de la contribución de los familiares del paciente en las unidades de cuidado crítico.
- 2005: Verhaeghe S; Necesidades y experiencias de los familiares del paciente adulto de medicina crítica.
- 2005: Programa de asistencia al familiar del paciente recluido en terapia intensiva.

2.2. Bases Teóricas

Desde una perspectiva más general, todos estos informes o trabajos están orientados en base al factor emocional y la recuperación del individuo a la sociedad, además de la asistencia especializada a la familia con respecto a las implicaciones en la esfera psicosocial que la discapacidad del paciente genera, con poca inherencia en el aspecto económico el cual solo se menciona en algunos casos, luego que el paciente regresa a su hogar.

Las unidades de cuidados intensivos se caracterizan por ser áreas hospitalarias que requieren de una gran tecnología y equipo humano capacitado para curar y cuidar a la persona críticamente enferma, lo que genera en la institución hospitalaria la inversión de grandes recursos tanto humanos como materiales para poder lograr el objetivo planteado: la recuperación satisfactoria del paciente e incorporación a su vida familiar con el mínimo de secuelas posibles (1).

Resulta necesario destacar que para el año 2002, el presupuesto aprobado a los centros hospitalarios del país sufrió un recorte en comparación con el presupuesto aprobado el año anterior, según denunciaron los directores del Hospital “José María Vargas” (Caracas) y “José Ignacio Baldó” (Caracas), lo que incide directamente en el cumplimiento del derecho a la salud. El déficit

presupuestario y las fallas en la gerencia afectan a la mayoría de los centros de salud del país (2).

Los problemas de presupuesto que afectan a la totalidad de los centros de salud pública y la inequidad de su distribución, según se observa en la Ley de Presupuesto para el Ejercicio Fiscal de 2002 (70% dirigido al pago de nómina), obstaculizan la superación de estas fallas (2).

Ahora bien la carencia de insumos médico-quirúrgicos, la falta de medicamentos, el deterioro de equipos médicos y algunos problemas de infraestructura se presentan como patrón común en la condiciones de operatividad de los hospitales tipo III y tipo IV, que integran la red pública hospitalaria de todo el territorio nacional (2).

En este modo si se considera como medida prioritaria la existencia de las salas de terapia intensiva en este tipo de hospital, se observa que el funcionamiento de ellas y la recuperabilidad del paciente y por ende la menor estancia hospitalaria en un servicio por lo demás sumamente costoso, será por una parte, directamente proporcional a la disposición de recursos destinados para tal fin, mientras que por la otra dependerá de la calidad del servicio médico y

paramédico, lo cual conllevaría a la reducción del uso de medidas innecesarias que incrementan los costos no solo económicos, sino también humanos, tanto directos, como indirectos. Así como los intangibles, consecuencia de una hospitalización prolongada y una larga recuperación en términos de productividad y sufrimiento personal y familiar, además de su repercusión social (3).

De esta forma podemos mencionar que si son cumplidas cada una de estas acotaciones, se lograría cumplir el objetivo de cada Hospital Público, que es preservar la salud del individuo y salvaguardar la vida de la población, derecho fundamental consagrado en las constituciones del mundo (3).

Resulta necesario destacar que el riesgo de síntomas depresivos, angustia, ansiedad y otros e incluso la presencia o potenciación del estrés postraumático se hacen mas evidentes en los miembros de una familia cuando la principal fuente de ingresos se encuentra en situación crítica en una sala de terapia intensiva (4,5).

Siendo las cosas así, resulta claro que la satisfacción tanto de la familia y en algunos casos del paciente, así como de la institución y de quienes tuviesen a su cargo el caso durante la estancia en UCI, se vería enteramente gratificada si no

Se escatimara ningún esfuerzo con la finalidad de lograr la completa recuperación y reintegro al ambiente Bio-psico-social.

Para ello la atención debe no solo abarcar al individuo que se encuentra hospitalizado, sino incluir a cada miembro de la familia; saber manejar el estrés generado y por sobre todas las cosas, saber disponer o gerenciar los medios disponibles, atendiendo las prioridades y no diluir los esfuerzos en programas mal implementados cuya consecuencia inmediata es el despilfarro de recursos y la falla en el funcionamiento de servicios claves como las salas de medicina crítica (3,6).

Importa y en mucha medida que la atención médica ha sido posiblemente la que ha estado dependiente de las reglas que rigen la economía de mercado, tal vez por la relación tan particular e irrenunciable, de carácter individual, entre paciente y médico. Sin embargo la tendencia en los países industrializados es muy clara y los médicos en el ejercicio de su profesión liberal están cada día más sometidos a las regulaciones e imposiciones de una industria —la más grande del mundo—, la industria de la salud, cuyas reglas son completamente diferentes a las que estaban acostumbrados los médicos hasta hace tan sólo una generación. En sustancia los médicos han pasado a ser empleados, y en algunos casos

administradores, de un negocio más, el negocio de la salud de personas o poblaciones enteras.

El médico tiene que aprender a interactuar con los administradores (generalmente no son médicos y entienden tan solo parcialmente lo que son los valores y principios de la deontología médica), y negociar con ellos (que velan fundamentalmente por los intereses de una empresa, aunque se llame clínica u hospital), entre los derechos y deberes de los pacientes, los de los médicos y demás personal de salud, los de los empleados y los de la institución financiera a la cual deben su principal lealtad y dependencia institucional y de cuya solvencia económica todos dependen en última instancia. Se trata —es evidente— de una nueva y compleja situación en la cual debe intervenir inteligente y creativamente el gremio médico (7).

Por otra parte hay exámenes instrumentales y pruebas de laboratorio que son indispensables para establecer un determinado diagnóstico y poder, basado en ello, fundamentar un tratamiento adecuado. Pero, es fácil exagerar esa necesidad e indicar una plétora de exploraciones y exámenes, que no necesariamente van a contribuir a cambiar el diagnóstico, aumentando así innecesariamente los costos hospitalarios y por lo tanto presupuestarios.

Algunos facultativos tal vez racionalizando su conducta, no vacilan en indicar exploraciones redundantes para tratar de confirmar o reforzar sus sospechas diagnósticas. Otros lo justifican pensando que es prudente indicarlos como una precaución y prueba de su competencia profesional contra posibles intentos de demandas por mala práctica médica (7).

A la larga es un factor muy negativo, que contribuye en menor o mayor medida a exploraciones innecesarias, laboriosas, invasivas y hasta traumáticas, que si no están plenamente indicadas, solo provocan mayor duda, y en algunos casos el empeoramiento del cuadro con mayor estancia hospitalaria, teniendo como resultado final mayor aporte económico del familiar, cuando ya la institución llámese publica o privada no dispone de presupuesto (7).

Hay, sin embargo otro elemento de importancia crucial en cuanto al tema, y no es otro que la utilización racional vs. Abusiva y cómoda de la terapia intensiva. Las unidades de terapia intensiva se hicieron parte integrante de todo hospital general desde hace varias décadas. Con el solo propósito de “disponer en el hospital de un sitio donde los pacientes en el período postoperatorio, y todos aquellos que necesitaban estrecha atención, pudiesen ser observados”(7).

Importa y por muchas razones el uso irracional de la UCI con pacientes que no reúnen los criterios de ingreso a la misma, o representar estas, áreas donde los médicos de otros servicios tienden a reposar sus responsabilidades, y por lo tanto el consecuente uso de recursos destinados a otros casos que no pueden beneficiarse de ingresar por falta de cupo en las mismas (7).

En 1995 el costo de las unidades de terapia intensiva en EE.UU. había escalado a la impresionante suma de 62 millardos de dólares (equivalente al 1 % del PIB del país), un tercio de los cuales (20 millardos) se gastaban en lo que pasó a llamarse eufemísticamente PIC (*Potentially Ineffective Care*, o sea, Cuidado Inefectivo Potencial (7). Hay allí un elemento importante a considerar en todo esto: la comodidad del médico.

En la actualidad la supervivencia de las salas de terapia intensiva requiere de medidas drásticas que vayan en contra de todo aquello que le reste operatividad y rendimiento, y en beneficio de quien merece una oportunidad real de vivir.

Resulta necesario destacar que dentro de otras causales indirectas de agotamiento de los recursos hospitalarios, se encuentra la densidad poblacional,

que ha incrementado el número de consultas, ingresos y empleo de recursos sin que esto se acompañe de la creación de nuevas infraestructuras adecuadas a ello.

Por otra parte es necesario comentar la falta de efectividad de los programas de medicina preventiva establecidos desde hace años en nuestro país, lo cual ha congestionado las áreas de emergencia y por lo tanto en buena medida las de terapia intensiva (8).

Por lo anteriormente expuesto es evidente, en cierta medida, que la tranquilidad de la familia del paciente que ingresa en salas de terapia intensiva y la confianza de estos hacia el personal que allí trabaja y por lo tanto hacia el hospital, tendría una base sólida, en la medida que los costos de tal hospitalización y el manejo del estrés que esto genera, se cumpliesen en su totalidad por los centros donde se encuentra recluido el caso.

2.3. Definición de Términos.

- Presupuesto: Ingresos y gastos para un período determinado de tiempo de una corporación, compañía o institución.

- **Economía:** Orden en el gasto de una casa. Virtud que consiste en evitar los gastos inútiles. Conjunto de actividades de una comunidad humana en lo que respecta a la producción y al consumo de riquezas.
- **Secuela:** Consecuencia de una cosa; en medicina, incapacidad parcial o total de realizar una determinada actividad o movimiento.
- **Depresión:** Trastorno caracterizado por una disminución del tono afectivo, relacionado con tristeza o melancolía.
- **Fármacos:** sustancias empleadas con la finalidad de curar; conjunto de sustancias indicadas para lograr un determinado objetivo terapéutico.

2.4. Sistema de Variables.

2.4.1. Variable independiente: ingreso económico de la familia del paciente crítico.

2.4.2. Variable dependiente: Costo de fármacos, radiología y laboratorio.

2.4.3. Variable interviniente: Presupuesto hospitalario

CAPITULO III

3. Metodología.

3.1 Tipo de Investigación.

Se trata de estudio descriptivo de corte transversal. En el cual se tomaron en cuenta solo dos (02) hospitales del territorio venezolano, uno adscrito a organismos regionales de salud, mientras que el otro está bajo el comando del IVSS, a nivel de la región central.

3.2. Población y muestra.

Se tomo en cuenta a todos los familiares mayores de edad de los pacientes ingresados a terapia intensiva de dos (02) hospitales nacionales, uno del IVSS mientras que el otro sostenido por presupuesto local en la región de los andes en el periodo Junio – Noviembre del 2005, con:

- Trece (13) muestras tomadas del hospital del IVSS.
- Doce (12) muestras del hospital regional.

3.3. Métodos y Técnicas de recolección de muestras.

Se aplicó instrumento dado por una encuesta que consto de 5 parámetros o variables a medir: fármacos, radiología, laboratorio, transporte y alimentación del paciente (Referido a nutrición parenteral o aportes nutricionales endovenoso), y otros gastos dados por traslado del familiar, alojamiento, alimentación y cuidado de menores de edad durante el tiempo de la hospitalización

3.4. Criterios de Inclusión.

Se incluyo a todo familiar de los pacientes ingresados en las Unidades de Terapia Intensiva de los dos (02) centros mencionados, durante el periodo junio-noviembre del 2005.

3.5. Criterios de Exclusión:

No se tomó en cuenta para el la aplicación de la encuesta, a todos aquellos pacientes que tuviesen otro tipo de ayuda económica, tales como aportes de la empresa pública o privada, donaciones, ayuda gubernamental (Alcaldías, Gobernaciones o Gobierno Nacional) y cualquier otra que no provenga directamente de la institución donde se encuentra recluido el caso.

3.6. Alcances y Limitaciones de la Investigación.

Este trabajo fue realizado tomando en cuenta a todos los pacientes que durante el periodo junio – noviembre del 2005, ingresaron a las Unidades de Cuidados Intensivos de los hospitales mencionados y tomando en cuenta los criterios de exclusión señalados.

El alcance de la investigación radicó principalmente en el aporte económico por rubros o necesidades diarias del paciente ingresado en estos servicios, siendo las principales limitantes del estudio:

A). La estadía hospitalaria debido a patologías que requerían mas que un cuidado intensivo, áreas destinadas a cuidados intermedios, ausentes en los centros hospitalarios encuestados y que aumentaban el promedio de ocupación/cama en dichas instituciones.

B). Mientras que por la otra, la omisión de parte del medico, o decisión de parte del familiar de cual estudio debió realizarse de acuerdo a presupuesto del día, esto llevó a que, en gran medida, la mayoría de los casos ingresados a las áreas de medicina crítica no fueron adecuadamente monitorizados y/o tratados desde el punto de vista paraclínico y farmacológico.

3.7. Análisis y Presentación de los resultados.

A continuación se presentan los resultados obtenidos de la presente investigación. Para ello los datos fueron analizados con el paquete estadístico SPSS ver 11.0 para ambiente Windows. La información se presenta en cuadros de asociación, con frecuencias absolutas y porcentajes.

Según la información vertida en los cuadros, se utilizó el Test Exacto de Fisher o el de análisis de diferencias de porcentajes (prueba Z), para conocer la significación de las asociaciones establecidas o de diferencias entre los dos grupos estudiados con respecto a sus sugerencias u observaciones sobre la investigación.

Para los análisis de significación estadística se utilizó un criterio de error de menos de 5% ($p < 0.05$).

CUADRO No 1.
COSTO PARA LA FAMILIA DEL
PACIENTE INGRESADO EN TERAPIA INTENSIVA

DISTRIBUCIÓN DE INGRESO MENSUAL DEL GRUPO FAMILIAR
SEGÚN REGIÓN DE LOS HOSPITALES DONDE FUERON INGRESADOS
VENEZUELA. JUNIO-NOVIEMBRE 2005

INGRESO FAMILIAR MENSUAL (MILES DE Bs.)	LOS ANDES (%)	CENTRO (IVSS)
250 – 350	2 (16,7)	4 (30,7)
351 – 550	4 (33,3)	2 (15,4)
551 – 750	5 (41,7)	3 (23,1)
751 O MÁS	1 (8,3)	4 (30,8)
TOTAL	12 (100,0)	13 (100,0)

FUENTE: CUESTIONARIOS APLICADOS A LOS FAMILIARES

En los doce familiares investigados con pacientes hospitalizados en la región de Los Andes se determinó que la mayoría (41,7%) tienen ingresos en su grupo familiar entre 551 y 750 mil bolívares, siguen los familiares (33,3%) con ingresos entre 351 y 550 mil bolívares, después un grupo de dos familiares para un 16,7%, con ingreso de su grupo familiar entre 250 y 300 mil bolívares y, por último sólo un (8,3%) familiar que expresó que su ingreso familiar es de 751 mil bolívares o más.

Para los trece familiares que fueron entrevistados con pacientes en terapia intensiva en una institución hospitalaria de la región central, adscrito al Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS), predominan los que contestaron en

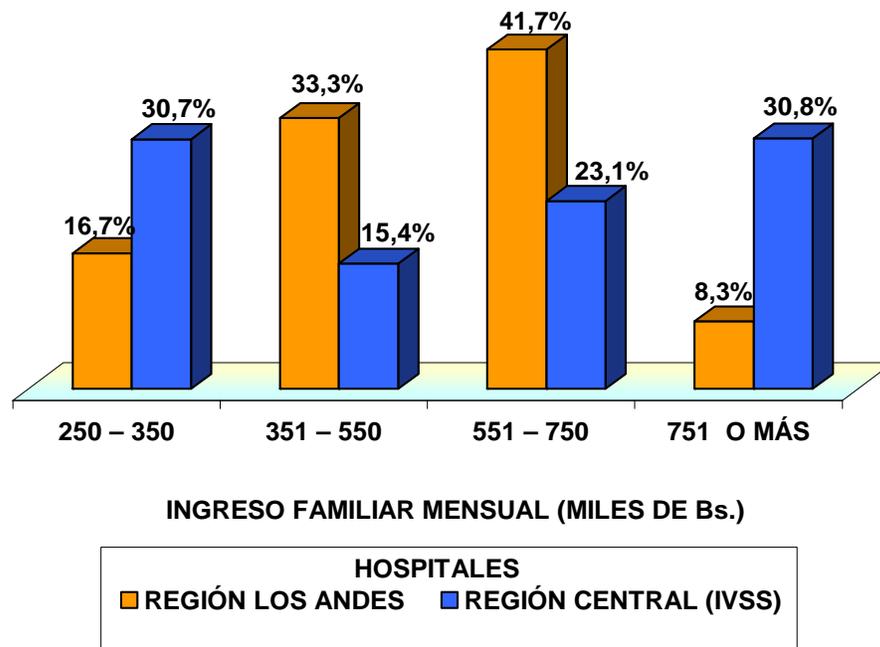
las categorías extremas de ingreso, es decir entre 250 y 230 mil bolívares, y entre 751 mil bolívares o más, siendo el porcentaje respectivo para ambas de 30,7%. Con un 23,1%, se ubican los de ingreso familiar entre 551 y 750 mil bolívares, finalizando en orden de importancia los que tienen ingreso familiar entre 351 y 550 mil bolívares con representación del 15,4%.

No se determinó una asociación significativa entre la región donde se ubica el hospital y el ingreso mensual familiar de los pacientes según el resultado del Test Exacto de Fisher fue 0,31 ($P > 0,05$).

GRÁFICO N° 1

COSTO PARA LA FAMILIA DEL
PACIENTE INGRESADO EN TERAPIA INTENSIVA

DISTRIBUCIÓN DE INGRESO MENSUAL DEL GRUPO FAMILIAR
SEGÚN REGIÓN DE LOS HOSPITALES DONDE FUERON INGRESADOS
VENEZUELA. JUNIO-NOVIEMBRE 2005.



FUENTE: CUESTIONARIOS APLICADOS A LOS FAMILIARES

CUADRO No 2.
 COSTO PARA LA FAMILIA DEL
 PACIENTE INGRESADO EN TERAPIA INTENSIVA
 DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES COMO PRINCIPAL
 FUENTE DE INGRESO FAMILIAR SEGÚN REGIÓN DE
 LOS HOSPITALES DONDE FUERON INGRESADOS.
 VENEZUELA. JUNIO-NOVIEMBRE 2005

PACIENTE COMO PRINCIPAL FUENTE DE INGRESO FAMILIAR	LOS ANDES (%)	CENTRO (IVSS)
SI	9 (75,0)	7 (53,8)
NO	3 (25,0)	6 (46,2)
TOTAL	12 (100,0)	13 (100,0)

FUENTE: CUESTIONARIOS APLICADOS A LOS FAMILIARES

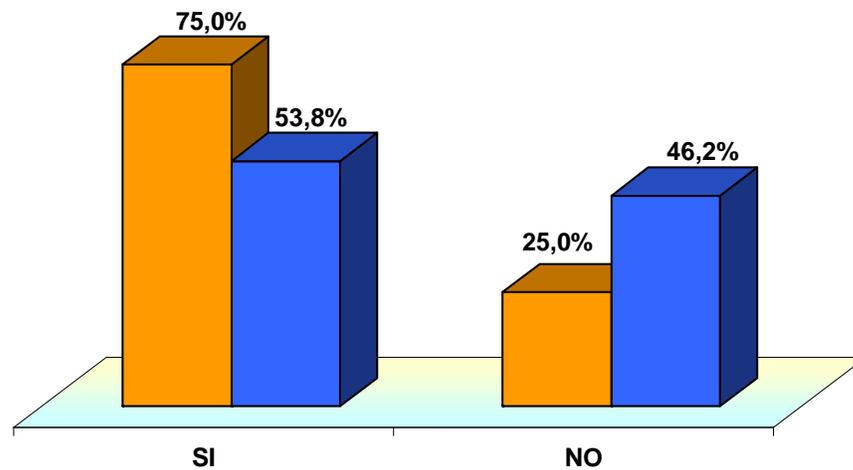
De los doce pacientes investigados en la región de Los Andes se determinó que nueve (75,0%) son la fuente principal de los ingresos de sus familias, mientras que de los trece pacientes hospitalizados en el IVSS de la región central, el 53,8% poseen la misma condición descrita anteriormente.

No se determinó una asociación significativa entre la región donde se ubica el hospital y que el paciente sea fuente principal de ingreso según el resultado del test Exacto de Fisher que a nivel bilateral fue 0,41 ($P > 0,05$).

GRÁFICO Nº 2

COSTO PARA LA FAMILIA DEL
PACIENTE INGRESADO EN TERAPIA INTENSIVA

DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES COMO PRINCIPAL FUENTE DE INGRESO FAMILIAR SEGÚN REGIÓN DE LOS HOSPITALES DONDE FUERON INGRESADOS VENEZUELA. JUNIO-NOVIEMBRE 2005.



PACIENTES COMO PRINCIPAL FUENTE DE INGRESO FAMILIAR



FUENTE: CUESTIONARIOS APLICADOS A LOS FAMILIARES

CUADRO No 3.
 COSTO PARA LA FAMILIA DEL
 PACIENTE INGRESADO EN TERAPIA INTENSIVA
 DISTRIBUCIÓN DE LA ESTADÍA HOSPITALARIA DE LOS PACIENTES
 SEGÚN REGIÓN DE LOS HOSPITALES DONDE FUERON INGRESADOS
 VENEZUELA. JUNIO-NOVIEMBRE 2005.

ESTADÍA (DÍAS)	LOS ANDES (%)	CENTRO (IVSS)
0 – 6	3 (25,0)	2 (15,4)
7 – 12	2 (16,7)	3 (23,1)
13 – 18	2 (16,7)	3 (23,1)
19 O MÁS	5 (41,7)	5 (38,4)
TOTAL	12 (100,0)	13 (100,0)

FUENTE: CUESTIONARIOS APLICADOS A LOS FAMILIARES

La mayoría de los doce pacientes investigados hospitalizados en la región de Los Andes, es decir, cinco (41,7%) permanecieron en terapia intensiva por 19 o más días. Para 7 a 12 días y 13 a 18 días, hubo el mismo porcentaje (16,7%) de pacientes, mientras que entre 0 y 6 días se estableció que fueron el 25,0% de dicho grupo.

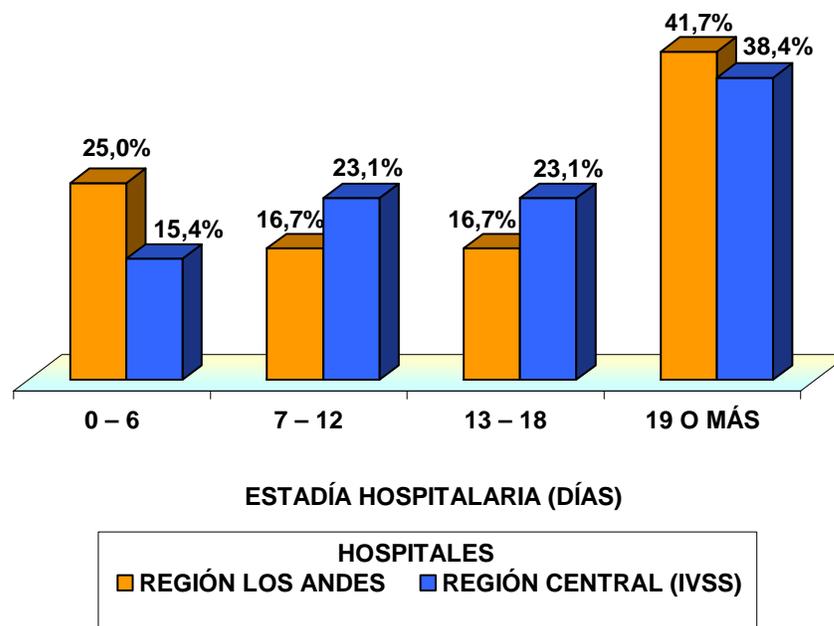
Por su parte los pacientes en terapia intensiva en una institución hospitalaria de la región central, adscrito al Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS), la estadía hospitalaria predominante fue también la de 19 días o más, pues fueron el 38,4%, siendo de 23,1% por igual para los de 7 a 12 días y de 13 a 18 días. Por último, los de 0 a 6 días constituyeron el 15,4%.

No se determinó una asociación significativa entre la región donde se ubica el hospital y la estadía hospitalaria de los pacientes según el resultado del test Exacto de Fisher que fue 0,90 ($P > 0,05$).

GRÁFICO Nº 3

COSTO PARA LA FAMILIA DEL
PACIENTE INGRESADO EN TERAPIA INTENSIVA

DISTRIBUCIÓN DE LA ESTADÍA HOSPITALARIA DE LOS PACIENTES
SEGÚN REGIÓN DE LOS HOSPITALES DONDE FUERON INGRESADOS
VENEZUELA. JUNIO-NOVIEMBRE 2005.



FUENTE: CUESTIONARIOS APLICADOS A LOS FAMILIARES

CUADRO No 4.
 COSTO PARA LA FAMILIA DEL
 PACIENTE INGRESADO EN TERAPIA INTENSIVA
 DISTRIBUCIÓN DE LOS FAMILIARES DE LOS PACIENTES SEGÚN EL
 GASTO GENERADO EN EXAMENES DE LABORATORIO *DIARIAMENTE*
 Y REGIÓN DE LOS HOSPITALES DONDE FUERON INGRESADOS
 VENEZUELA. JUNIO-NOVIEMBRE 2005.

GASTOS (MILES DE Bs.) PRUEBAS DE LABORATORIO	LOS ANDES (%)	CENTRO (IVSS)
21.000 – 30.000	0 (0,0)	1 (7,7)
31.000 – 50.000	0 (0,0)	3 (23,1)
MÁS DE 50.000	12 (100,0)	9 (69,2)
TOTAL	12 (100,0)	13 (100,0)

FUENTE: CUESTIONARIOS APLICADOS A LOS FAMILIARES

Todos (100,0%) los familiares de los doce pacientes investigados hospitalizados en la región de Los Andes, expresaron haber tenido gastos generados o estimados mayores a 50 mil bolívares diariamente por pruebas de laboratorio.

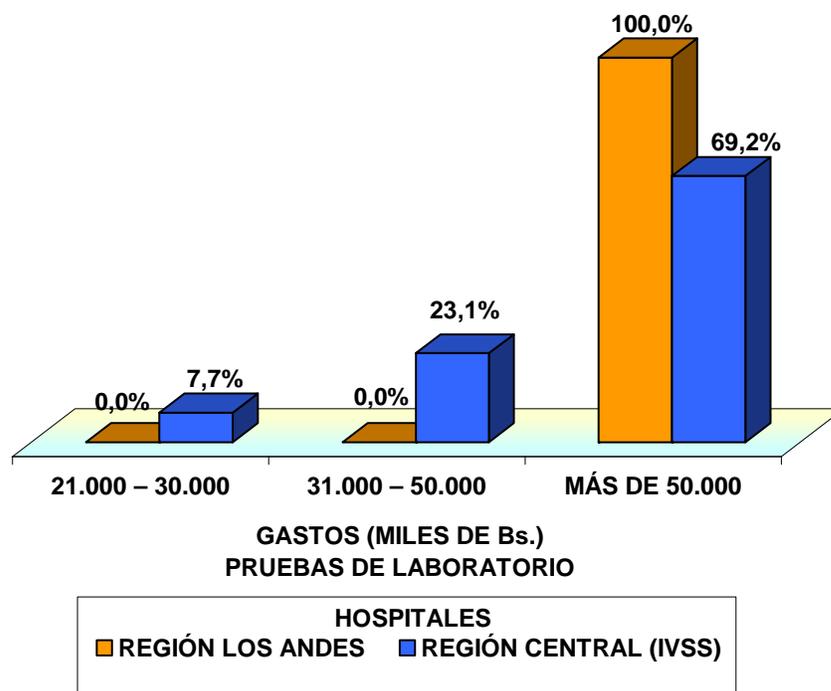
Por su parte, el 69,2% de los familiares de los pacientes en terapia intensiva en una institución hospitalaria de la región central, adscrito al Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS), expresaron que para el mismo rubro de gastos una cifra superior a 50.000 mil bolívares, mientras que el 23,1% dijo que entre 31.000 y 50.000 bolívares y sólo uno (7,7%) expresó una cifra entre 21.000 y 30.000 bolívares.

No se determinó una asociación significativa entre la región donde se ubica el hospital y el gasto generado o estimado por los familiares por pruebas realizadas de laboratorio diariamente según el resultado del test Exacto de Fisher que fue 0,10 ($P > 0,05$).

GRÁFICO Nº 4

COSTO PARA LA FAMILIA DEL
PACIENTE INGRESADO EN TERAPIA INTENSIVA

DISTRIBUCIÓN DE LOS FAMILIARES DE LOS PACIENTES SEGÚN EL GASTO
GENERADO O ESTIMADO EN EXAMENES DE LABORATORIO DIARIAMENTE
Y REGIÓN DE LOS HOSPITALES DONDE FUERON INGRESADOS
VENEZUELA. JUNIO-NOVIEMBRE 2005.



FUENTE: CUESTIONARIOS APLICADOS A LOS FAMILIARES

CUADRO No 5.
 COSTO PARA LA FAMILIA DEL
 PACIENTE INGRESADO EN TERAPIA INTENSIVA
 DISTRIBUCIÓN DE LOS FAMILIARES DE LOS PACIENTES SEGÚN EL
 GASTO ESTIMADO EN ESTUDIOS RADIOLÓGICOS
 SIMPLES O DE IMAGENOLOGÍA ESPECIALIZADA *DIARIAMENTE*
 Y REGIÓN DE LOS HOSPITALES DONDE FUERON INGRESADOS
 VENEZUELA. JUNIO-NOVIEMBRE 2005.

GASTOS (MILES DE Bs.) ESTUDIO RADIOLÓGICOS SIMPLES O DE IMAGENOLOGÍA ESPECIALIZADA	LOS ANDES (%)	CENTRO (IVSS)
MENOS DE 150,000	5 (41,7)	4 (30,7)
150.000 – 200.000	3 (25,0)	6 (46,2)
MÁS DE 200.000	4 (33,3)	3 (23,1)
TOTAL	12 (100,0)	13 (100,0)

FUENTE: CUESTIONARIOS APLICADOS A LOS FAMILIARES

Cinco (41,7%) de los familiares de los doce pacientes investigados hospitalizados en la región de Los Andes, expresaron haber tenido gastos generados o estimados menores a 150.000 mil bolívares por concepto de estudios radiológicos simples o de imagenología especializada diariamente, mientras que el 25,0% dijo una cifra entre 150.000 a 200.000 mil bolívares y el restante 33,3% del grupo, ubicó dichos gastos en más de 200.000 bolívares.

De trece familiares de los pacientes en terapia intensiva en una institución hospitalaria de la región central, adscrito al Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS), cuatro (30,7%) expresaron que para el mismo tipo de gastos

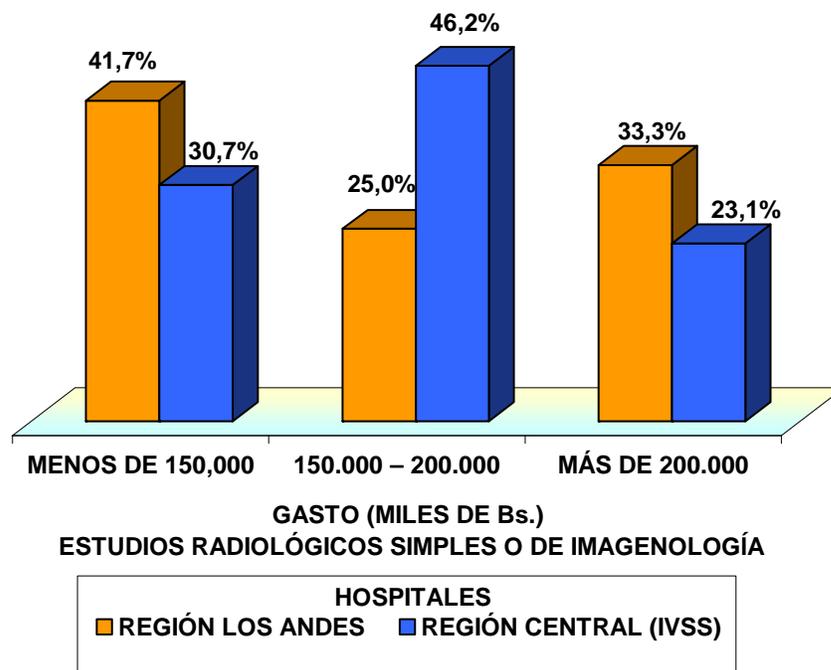
haber erogado una cifra menor a 150.000 bolívares, mientras que el 46,2% dijo que el gasto había sido entre 150.000 y 200.000 bolívares y el 23,1% mencionó mayor a 200.000 bolívares.

No se determinó una asociación significativa entre la región donde se ubica el hospital y el gasto generado o estimado por los familiares por concepto de estudios radiológicos simples o de imagenología especializada diariamente según el resultado del test Exacto de Fisher que fue 0,60 ($P > 0,05$).

GRÁFICO Nº 5

COSTO PARA LA FAMILIA DEL
PACIENTE INGRESADO EN TERAPIA INTENSIVA

DISTRIBUCIÓN DE LOS FAMILIARES DE LOS PACIENTES SEGÚN EL GASTO GENERADO O ESTIMADO EN ESTUDIOS RADIOLÓGICOS SIMPLES O DE IMAGENOLÓGÍA ESPECIALIZADA DIARIAMENTE Y REGIÓN DE LOS HOSPITALES DONDE FUERON INGRESADOS VENEZUELA. JUNIO-NOVIEMBRE 2005.



FUENTE: CUESTIONARIOS APLICADOS A LOS FAMILIARES

CUADRO No 6.
 COSTO PARA LA FAMILIA DEL
 PACIENTE INGRESADO EN TERAPIA INTENSIVA
 DISTRIBUCIÓN DE LOS FAMILIARES DE LOS PACIENTES SEGÚN EL
 GASTO GENERADO O ESTIMADO EN FÁMACOS *DIARIAMENTE*
 Y REGIÓN DE LOS HOSPITALES DONDE FUERON INGRESADOS
 VENEZUELA. JUNIO-NOVIEMBRE 2005.

GASTOS (MILES DE Bs.) FÁRMACOS	LOS ANDES (%)	CENTRO (IVSS)
51.000 – 75.000	1 (8,3)	1 (7,7)
76.000 – 150.000	6 (50,0)	3 (23,1)
MÁS DE 150.000	5 (41,7)	9 (69,2)
TOTAL	12 (100,0)	13 (102,0)

FUENTE: CUESTIONARIOS APLICADOS A LOS FAMILIARES

De los doce familiares de los pacientes investigados hospitalizados en la región de Los Andes, uno (8,3%) expresó haber tenido gastos generados o estimados entre 51.000 y 75.000 mil bolívares por concepto de fármacos diariamente, pero la mitad de todos ellos (50,0%) dijo una cifra entre 76.000 a 150.000 mil bolívares, siendo el restante 41,7% del grupo, los que ubicaron dichos gastos en más de 150.000 bolívares.

De trece familiares de los pacientes en terapia intensiva en una institución hospitalaria de la región central, adscrito al Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS), uno (7,7%) expresó que para el mismo tipo de gastos haber erogado una cifra entre 51.000 y 75.000 bolívares, correspondiendo a 23,1% a los

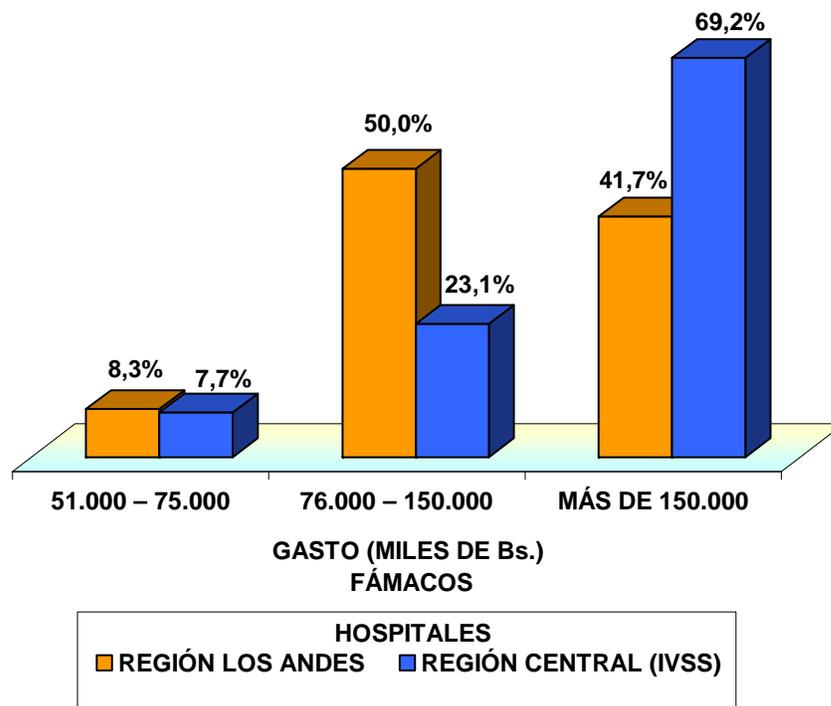
que relataron que la cifra estuvo ente 76.000 a 150.000, mientras que el 69,2% expresó que tal gasto había superado diariamente la cifra de 150.000 bolívaes.

No se determinó una asociación significativa entre la región donde se ubica el hospital y el gasto generado o estimado por los familiares por concepto de fármacos diariamente según el resultado del test Exacto de Fisher que fue 0,36 ($P > 0,05$).

GRÁFICO Nº 6

**COSTO PARA LA FAMILIA DEL
PACIENTE INGRESADO EN TERAPIA INTENSIVA**

**DISTRIBUCIÓN DE LOS FAMILIARES DE LOS PACIENTES SEGÚN EL
GASTO GENERADO O ESTIMADO EN FÁRMACOS DIARIAMENTE
Y REGIÓN DE LOS HOSPITALES DONDE FUERON INGRESADOS
VENEZUELA. JUNIO-NOVIEMBRE 2005.**



FUENTE: CUESTIONARIOS APLICADOS A LOS FAMILIARES

CUADRO No 7.
 COSTO PARA LA FAMILIA DEL
 PACIENTE INGRESADO EN TERAPIA INTENSIVA
 DISTRIBUCIÓN DE LOS FAMILIARES DE LOS PACIENTES SEGÚN EL
 GASTO GENERADO EN TRANSPORTE Y ALIMENTACIÓN
DIARIAMENTE Y REGIÓN DE LOS HOSPITALES DONDE FUERON
 INGRESADOS
 VENEZUELA. JUNIO-NOVIEMBRE 2005.

GASTOS (MILES DE Bs.) TRANSPORTE Y ALIMENTACIÓN	LOS ANDES (%)	CENTRO (IVSS)
HASTA 25.000	1 (8,3)	2 (15,4)
26.000 – 35.000	8 (75,0)	1 (7,7)
36.000 – 50.000	3 (16,7)	3 (23,1)
MÁS DE 50.000	0 (0,0)	7 (53,8)
TOTAL	12 (100,0)	13 (100,0)

FUENTE: CUESTIONARIOS APLICADOS A LOS FAMILIARES

De los doce familiares de los pacientes investigados hospitalizados en la región de Los Andes, uno (8,3%) expresó haber tenido gastos generados o estimados hasta 25.000 mil bolívares por concepto de transporte y alimentación diariamente, pero el 75,0% de todos ellos dijo una cifra entre 26.000 a 35.000 mil bolívares, siendo el restante 16,7% del grupo, los que ubicaron dichos gastos en 36.000 y 50.000 bolívares.

De trece familiares de los pacientes en terapia intensiva en una institución hospitalaria de la región central, adscrito al Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS), dos (15,4%) expresaron que para el mismo rubro haber gastado

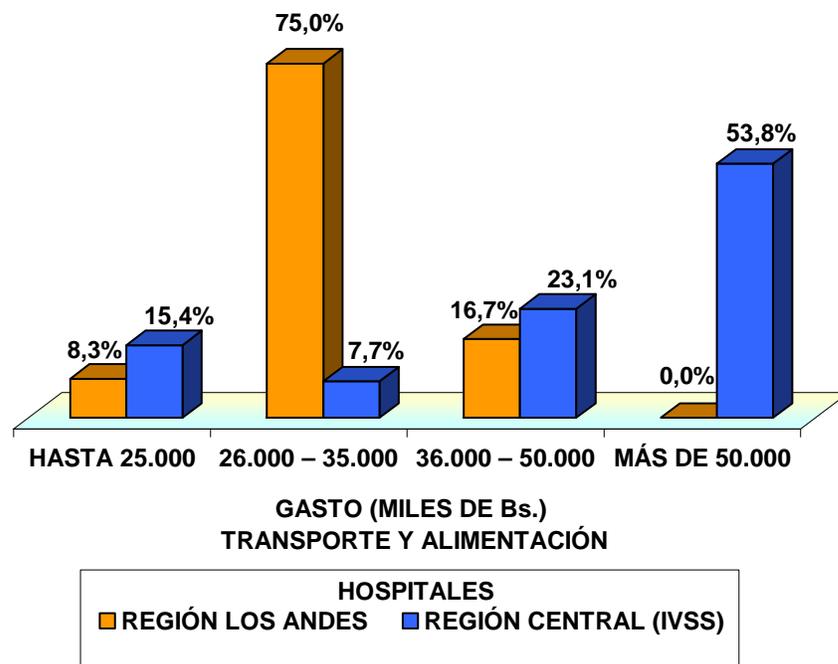
una cifra menor a 25.000 bolívares, uno (7,7%) del grupo gastó entre 26.000 a 35.000, mientras que el 23,1% expresó que había estado gastando diariamente entre 36.000 y 50.000 bolívares, finalizando con un 53,8% del grupo con gastos mayores de 50.000 bolívares.

Se determinó una asociación significativa entre la región donde se ubica el hospital y el gasto generado o estimado por los familiares por concepto transporte y alimentación diariamente según el resultado del test Exacto de Fisher que fue 0,001 ($P < 0,05$).

GRÁFICO Nº 7

COSTO PARA LA FAMILIA DEL
PACIENTE INGRESADO EN TERAPIA INTENSIVA

DISTRIBUCIÓN DE LOS FAMILIARES DE LOS PACIENTES SEGÚN EL GASTO GENERADO O ESTIMADO EN TRANSPORTE Y ALIMENTACIÓN DIARIAMENTE Y REGIÓN DE LOS HOSPITALES DONDE FUERON INGRESADOS VENEZUELA. JUNIO-NOVIEMBRE 2005.



FUENTE: CUESTIONARIOS APLICADOS A LOS FAMILIARES

CUADRO No 8.
 COSTO PARA LA FAMILIA DEL
 PACIENTE INGRESADO EN TERAPIA INTENSIVA
 DISTRIBUCIÓN DE LOS FAMILIARES DE LOS PACIENTES
 SEGÚN EL GASTO GENERADO O ESTIMADO EN AQUELLOS
 NO INCLUIDOS EN LOS ANTERIORES *DIARIAMENTE* Y
 REGIÓN DE LOS HOSPITALES DONDE FUERON INGRESADOS
 VENEZUELA. JUNIO-NOVIEMBRE 2005.

GASTOS VARIOS (MILES DE Bs.)	LOS ANDES (%)	CENTRO (IVSS)
HASTA 20.000	1 (8,3)	1 (7,7)
21.000 – 35.000	6 (50,0)	0 (0,0)
36.000 – 50.000	4 (33,3)	5 (38,5)
MÁS DE 50.000	1 (8,3)	7 (53,8)
TOTAL	12 (100,0)	13 (100,0)

FUENTE: CUESTIONARIOS APLICADOS A LOS FAMILIARES

De los doce familiares de los pacientes investigados hospitalizados en la región de Los Andes, uno (8,3%) expresó haber tenido gastos generados o estimados hasta 20.000 mil bolívares por concepto de gastos varios diariamente no incluidos en los anteriores, mientras que el 50,0% de todos ellos dijo una cifra entre 21.000 a 35.000 mil bolívares, siendo el 33,3% del grupo los que ubicaron dichos gastos en 36.000 a 50.000 bolívares, habiendo un (8,3%) sólo familiar que cito una cifra mayor a 50.000 bolívares.

De trece familiares de los pacientes en terapia intensiva en una institución hospitalaria de la región central, adscrito al Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS), uno (7,7%) expresó que para el mismo rubro haber gastado una

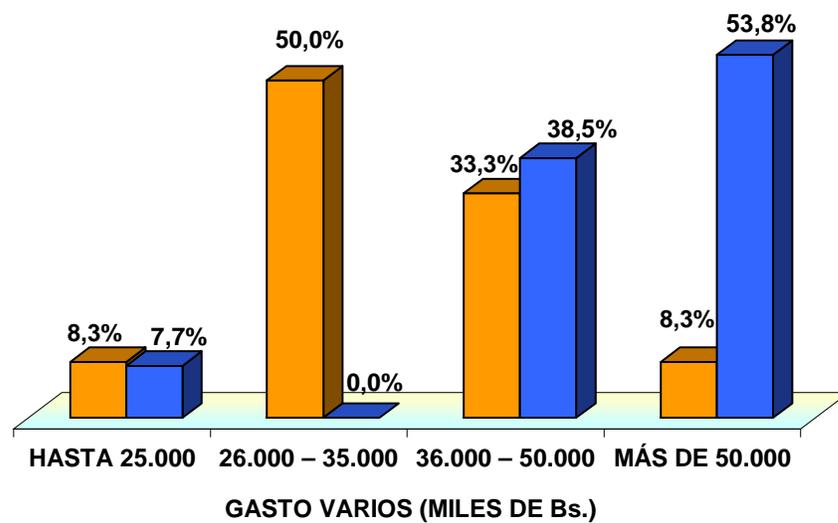
cifra menor a 20.000 bolívares, cinco (38,5%) del grupo entre 36.000 a 50.000, mientras que el 53,8% expresó que había estado gastando diariamente más de 50.000 bolívares.

Se determinó una asociación significativa entre la región donde se ubica el hospital y el gasto generado o estimado por los familiares por aquellos gastos no incluidos anteriormente de manera diaria según el resultado del test Exacto de Fisher que fue 0,006 ($P < 0,05$).

GRÁFICO Nº 8

**COSTO PARA LA FAMILIA DEL
PACIENTE INGRESADO EN TERAPIA INTENSIVA**

**DISTRIBUCIÓN DE LOS FAMILIARES DE LOS PACIENTES SEGÚN EL
GASTO GENERADO O ESTIMADO EN AQUELLOS NO INCLUIDOS
EN LOS ANTERIORES DIARIAMENTE Y REGIÓN DE LOS
HOSPITALES DONDE FUERON INGRESADOS
VENEZUELA. JUNIO-NOVIEMBRE 2005.**



HOSPITALES
■ REGIÓN LOS ANDES ■ REGIÓN CENTRAL (IVSS)

FUENTE: CUESTIONARIOS APLICADOS A LOS FAMILIARES

CUADRO No 9.
 COSTO PARA LA FAMILIA DEL
 PACIENTE INGRESADO EN TERAPIA INTENSIVA
 DISTRIBUCIÓN DE LOS FAMILIARES DE LOS PACIENTES SEGÚN
 SUS OBSERVACIONES O SUGERENCIAS Y REGIÓN DE LOS
 HOSPITALES DONDE FUERON INGRESADOS LOS PACIENTES
 VENEZUELA. JUNIO-NOVIEMBRE 2005.

OBSERVACIONES O SUGERENCIAS	LOS ANDES (%)*	CENTRO (IVSS)**
ÁREA DE REPOSO	12 (100,0)	11 (84,6)
EQUIPOS PARA UCI	11 (91,7)	12 (92,3)
COMUNICACIÓN CLARA	10 (83,3)	11 (84,6)
MEJOR TRATO	8 (66,7)	10 (76,9)
MÁS PERSONAL	9 (75,0)	9 (69,2)
MAYOR SENSIBILIDAD	9 (75,0)	9 (69,2)
RESPONDER POR LOS EQUIPOS	8 (66,7)	7 (53,8)
DOTACION HOSPITALARIA	5 (41,7)	10 (76,9)

* PORCENTAJE EN BASE A 12 FAMILIARES

** PORCENTAJE EN BASE A 13 FAMILIARES

FUENTE: CUESTIONARIOS APLICADOS A LOS FAMILIARES

Doce (100,0%) familiares de los pacientes investigados hospitalizados en la región de Los Andes expresaron que debe mejorarse el Área de Reposo, siendo el 84,6% en la región central (IVSS). Con respecto a aumentar los Equipos de la UCI, los familiares de Los Andes ofrecieron esta sugerencias en 91,7% de ellos, y en los de la región central el 92,3%.

Una Comunicación Clara fue sugerida por el grupo de Los Andes en un 83,3%, muy similar en porcentaje al grupo de la región central que fue del 84,6%.

Un Mejor Trato (del personal de salud) fue la observación del 66,7% de los familiares con pacientes en el hospital de la región andina y para este mismo un 76,9% a los familiares con pacientes en el IVSS de la región central.

Más personal y Mejor Trato hacia los familiares, resultaron con el mismo porcentaje (75,0%) de sugerencia en el grupo encuestado tanto en el hospital de la región andina, como en los familiares con pacientes en el IVSS de la región central.

Los familiares de Los Andes en un 66,7% expresaron que se de Responder por los Equipos, mientras que para los de la región Central el porcentaje fue inferior (53,8%).

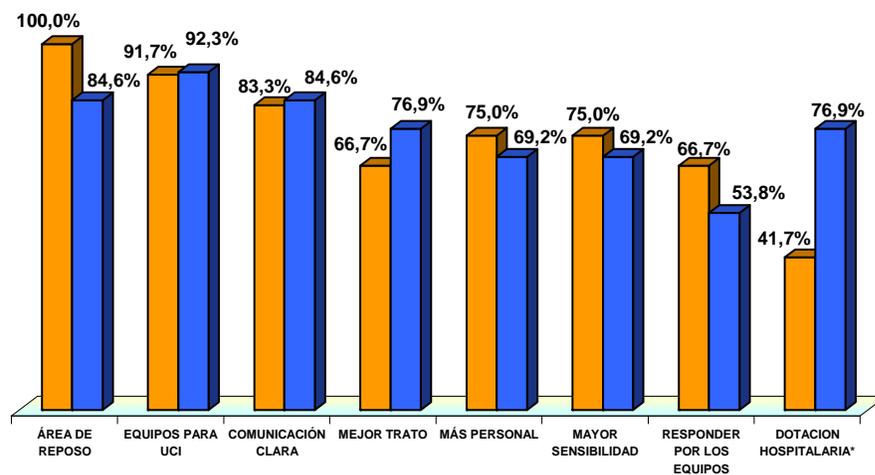
Por último, y es donde hubo mayor diferencia fue en cuanto a la Dotación Hospitalaria, donde el grupo de familiares de la región andina lo sugirió en un 41,7%, pero en los familiares con pacientes hospitalizados en le IVSS de la región central fue de 76,9%. Sin embargo no se encontró que la diferencia fuera significativa según el resultado de la prueba Z de comparación de porcentajes que dio un resultado de 1,71 para una probabilidad de error de 0,08 ($P > 0,05$).

Para las otras sugerencias no se realizaron las pruebas de diferencias de porcentajes, pues las cifras porcentuales en ambos grupos no difieren sustancialmente para que se amerite realizar la prueba de significación.

GRÁFICO Nº 9

COSTO PARA LA FAMILIA DEL
PACIENTE INGRESADO EN TERAPIA INTENSIVA

DISTRIBUCIÓN DE LOS FAMILIARES DE LOS PACIENTES
SEGÚN EL GASTO GENERADO O ESTIMADO EN AQUELLOS
NO INCLUIDOS EN LOS ANTERIORES DIARIAMENTE Y
REGIÓN DE LOS HOSPITALES DONDE FUERON INGRESADOS
VENEZUELA. JUNIO-NOVIEMBRE 2005.



OBSERVACIONES O SUGERENCIAS

HOSPITALES
■ REGIÓN LOS ANDES ■ REGIÓN CENTRAL (IVSS)

FUENTE: CUESTIONARIOS APLICADOS A LOS FAMILIARES

3.8. Discusión.

Se observa que el ingreso familiar los encuestados tanto de la región central, como de los Andes es menor de 750.000 Bs., sin embargo es en la primera de las mencionadas donde el 30,7% de los casos se encuentra en categoría extrema de ingreso global.

Por otra parte más del 50% de los pacientes que ingresaron a UCI en el periodo junio-noviembre del 2005, correspondieron a la principal fuente de ingresos del núcleo familiar, que se suma a la mayor estancia hospitalaria registrada, con un promedio en días de 19 y mas para un porcentaje superior al 30% en ambos centros de salud.

De igual forma, la tabulación y graficación de rubros individuales tales como fármacos, laboratorio y estudios de radiología y/o pruebas especiales revelan que la mayoría de los familiares encuestados están en categoría extrema de gastos o aporte extrahospitalarios.

Otras categorías encuestadas en la investigación tales como transporte del paciente y familiar, alimentación del paciente en caso de nutrición parenteral o soporte nutricional endovenoso, así como transporte y hospedaje de los familiares, y otros gastos donde se incluyó el pago a sitios de cuidados de menores relacionados directa o indirectamente con el caso, evidenciaron que en la región central el 53,8% estuvo en valor extremo superior del rango aplicado.

Por ultimo y aunque no fue objeto de estudio, pero si una variable que amerito ser cuantificada, debemos hablar acerca de las sugerencias y principales quejas del familiar (y en ocasiones del paciente cuando éste se recuperó en su totalidad); y dentro de ellas el 70% de los encuestados abogo por una comunicación clara, precisa, frecuente y sobre todo respetuosa relacionada a la evolución y eventual pronóstico del caso, además de un sitio acorde de reposo.

Por otro lado más de un 90% de los analizados mediante la encuesta reportó la necesidad de dotar con equipos las salas de terapia intensiva y aportar los fármacos y suministros necesarios para su correcto funcionamiento (76,9% en la región central).

4. Conclusiones.

El presente trabajo de investigación describe la realidad de nuestros centros hospitalarios en relación a los servicios de Cuidados Intensivos. Cuando analizamos que lamentablemente un gran porcentaje de los pacientes que allí ingresan tienen a su cargo el mayor aporte económico del núcleo familiar, deducimos que esto afecta notoriamente la estabilidad económica, social y por lo tanto, la calidad de vida de cada uno de los integrantes de esta.

Los recursos aportados por la familia durante la estadía del caso es dependiente de la patología reinante y/o complicaciones generadas durante su estadía, y aunque la función del intensivista es la recuperación satisfactoria y por lo demás rápida de cada paciente que ingresa, esto se ve francamente obstaculizado por presupuestos deficitarios, equipos obsoletos o inoperables y falta de recurso humano debidamente entrenado y preparado para afrontar el reto de tratar al paciente crítico lo se traduce en estancia hospitalaria prolongada.

Por otra parte está la sensibilidad de algunos médicos especialistas en medicina crítica para comunicar de manera clara, precisa y concisa cada uno de los por menores que rodean el caso, a fin de mantener bien informados y con mucho tacto, a los familiares de la evolución del paciente y su eventual desenlace.

Es de hacer notar y manteniendo el mismo orden de ideas, que nuestro país adolece por completo de especialistas y grupos de apoyo psico-social a los familiares del paciente, y por lo demás no es menos cierto que tampoco se cuenta con el adecuado asesoramiento y apoyo de esta índole cuando el caso es dado de alta y tiene que afrontar una eventual discapacidad temporal o definitiva.

En definitiva, nos hemos vuelto médicos de enfermedades y no de pacientes, cuando la realidad de éxito de salvar una vida, no esta en lograr superar la patología de ingreso a UCI, y tampoco en reunir todos los criterios de extubación y desconexión de la ventilación mecánica en preparación de un eventual egreso, sino en sentir la satisfacción de reintegrar al individuo a su hogar, su familia, su trabajo o por así decirlo, a la sociedad con el mínimo de discapacidad o mejor aun sin ninguna discapacidad permanente y tratando en buena medida que la estancia prolongada y el gasto que ella genero no hayan terminado por fragmentar el delicado equilibrio familiar

5. Recomendaciones.

Cuando se analiza y detalla cada uno de los elementos que integraron la presente investigación, se pueden deducir una serie de recomendaciones que tendrían por objeto mejorar la atención integral del paciente de cuidado intensivo

1. La primera de las cuales radica en prevención antes de hospitalización; la adecuada medicina preventiva así como el incentivo de la conciencia ciudadana, mejorarían la estadística de ingresos por accidentes automovilísticos. Sin embargo no corresponde al presente trabajo de investigación las razones por las cuales fracasan las campañas de concientización de la ciudadanía y medicina preventiva.
2. Mejorar la situación económica y social de la población, con la consecuente facilidad en adquisición de fármacos, alimentación y seguridad social.
3. Establecer las base para la adecuada dotación hospitalaria en todos los servicios y salas de hospitalización.

4. Renovar, dotar y mantener los equipos de laboratorio con la adecuada adquisición de reactivos acorde a las necesidades.

5. Dotar las salas de Cuidados Intensivos de equipos, laboratorio y personal suficiente, altamente entrenado para la delicada tarea del cuidado, manejo y recuperación del paciente críticamente enfermo.

6. Mejorar la comunicación medico-paciente y en UCI medico-familiar, informando adecuadamente de la evolución clínica y pronóstico del caso.

7. Establecer áreas especializadas de apoyo psicosocial del paciente de terapia intensiva.

8. Dotar de áreas de reposo adecuado para los familiares que permanecen las 24 horas del día, en las cercanías de las salas de cuidado intensivo, en espera de evolución favorable o no del caso.

9. Establecer responsabilidades a cada uno de los integrantes del personal de salud sobre el cuidado y mantenimiento de los equipos hospitalarios y proceder con las sanciones correspondientes al caso.

Por ultimo y quizás la parte más importante y de la cual todos tenemos responsabilidades y principalmente aquellos que tienen a su cargo la coordinación de los postgrados universitarios, y es relacionado a la vocación de servicio; no se concibe la idea de permitir el ingreso a una especialidad como medicina crítica de aquellos que solo concursan por un sueldo o mantener estabilidad económica dentro del periodo que dura la enseñanza universitaria, para una vez finalizada no la ejercen por dos razones fundamentales:

1. La falta de cargos hospitalarios adecuadamente remunerados que permitan una dedicación a tiempo completo o por lo menos a medio tiempo pero con la satisfacción de laborar en ambiente acorde a las exigencias y a las aspiraciones del médico.
2. El Desconocimiento de lo que representa la última línea entre la vida y la muerte, el sacrificio que involucra ser médico intensivista, las horas que se pasan a la cabecera del enfermo intubado y conectado a soporte respiratorio y la satisfacción que genera la recuperación del caso. Todas

estas cosas están reservadas al que incondicionalmente decide realizar esta especialidad más por vocación que por cualquier otra razón.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mejías M. Medicina Crítica, Estado del Arte. 1ª ed. Editorial Ateproca. Caracas. 2006.
2. PROVEA, (2001): Informe anual 2001-2002. Caracas.
3. Rosales, C. (2006): Intergente, Boletín mensual. Año 1. N° 3. Valencia
4. Azooulay, E. Riesgo de síntomas de estrés Postraumático en familiares del paciente de terapia intensiva. *Am J Respir Crit Care Med* 2005; 171: 987-994
5. Pochard, F. Síntomas de ansiedad y depresión en los familiares del paciente ingresado a cuidado intensivo. *Crit Care Med* 2001; 29: 1893-1897.
6. Truog, RD. Recomendaciones para el cuidado final de la vida en las unidades de terapia intensiva. *Crit Care Med* 2001; 29: 2332-2348.
7. Kerdel, F. Las grandes paradojas de la medicina actual. *Gaceta Médica de caracas*. V. 112, n° 2. 2004. Caracas.
8. Cortéz A. Análisis de costos de la atención médica hospitalaria. *Colombia Médica* 2002; 33: 45-51

ANEXOS

Unidad de terapia intensiva
Dra. Deyanira Chacin.
Hospital Dr. Ángel Larralde.
Post-grado de medicina crítica.

Encuesta

El siguiente cuestionario tiene por objeto, analizar profundamente los costos que para el familiar representa el paciente de terapia intensiva, desde el momento en el cual ingresa a este servicio hasta su egreso.

No es la finalidad de este análisis plantear la problemática hospitalaria, sino más bien el impacto económico que producen los paraclínicos, exploraciones y procedimientos que en un momento determinado no están disponibles en la institución en la cual se encuentra recluido el paciente.

La encuesta consta de cinco (5) rubros, dados por:

- 1) Exámenes de laboratorio.
- 2) Estudios radiológicos o exploraciones especiales.
- 3) Recursos usados en la adquisición de fármacos.
- 4) Gastos generados por alimentación del familiar o representante así como transporte.
- 5) Gastos varios no incluidos en las primeras cuatro categorías.

Esperando toda la cooperación prestada y de lograr respuestas lo mas completas posible, agradecemos toda la sinceridad del encuestado para la realización de esta investigación.

Autor: Dr. David Antonio Salas
Médico residente de medicina crítica
Hospital Dr. Ángel Larralde. IVSS.
Valencia. Edo Carabobo.

Categorías o rubros en orden de importancia.

1) Exámenes de laboratorio u otros paraclínicos.

¿Cual es el gasto generado o estimado por UD(s) **diariamente** en las distintas pruebas de laboratorio como cifra global?

- Hasta 20.000
- De 21.000 a 30.000
- De 31.000 a 50.000.
- Más de 50.000.

2) Estudios radiológicos simples y de imagenología especializada (Tomografía, Resonancia y otros).

- Hasta 80.000.
- De 81.000 a 150.000.
- De 151.000 a 200.000.
- Más de 200.000.

3) Fármacos.

- Hasta 50.000.
- De 51.000 a 75.000.
- De 76.000 a 150.000.
- Más de 150.000.

4) Transporte y alimentación.

- Hasta 25.000.
- De 26.000 a 35.000.
- De 36.000 a 50.000.
- Más de 50.000.

5) Gastos varios no incluidos en las categorías anteriores, de esta categoría se solicita además una descripción de los mismos.

- Hasta 20.000.
- De 21.000 a 35.000.
- De 36.000 a 50.000.
- Más de 50.000.

