

República Bolivariana de Venezuela
Estado Monagas
Municipio Maturín
Misión Barrio Adentro

Título: Comportamiento del indicador de Vidas salvadas en
el centro diagnóstico integral Ramón Canelón
En el periodo de Enero a Diciembre de 2013

Autora: Dra. Naidys Coronel Faife
Residente de segundo año de Medicina General Integral

Tutora: Dra. Yennis Pineda Gómez
Especialista en Primer grado de Medicina General Integral

TRABAJO PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA GENERAL INTEGRAL

Año 2014

Dedicatoria

A mi madre, por su entrega, dedicación, ejemplo de abnegación y guía constante de mi futuro.

Agradecimientos

A mi madre mi agradecimiento más profundo y sincero, que con su perseverancia permitió que se hiciera realidad lo que solo era una idea, excesiva, hace algún tiempo.

A la Revolución Cubana, por permitirme e inspirarme como profesional.

A la Revolución Bolivariana que me permitió realizar mi sueño de ser internacionalista y dar todo de mí en función de la humanidad.

A todos los compañeros de misión en la República Bolivariana de Venezuela.

A mis pacientes de la República Bolivariana de Venezuela.

Pensamiento

“El que sabe más, vale más. Saber es tener. La moneda se funde y el saber no.....un hombre instruido vive de su ciencia y como la lleva en sí, no se le pierde y su existencia es fácil y segura.”

José Martí

Resumen

Se realizó un estudio observacional, descriptivo de corte transversal para determinar la frecuencia de las vidas salvadas en el Centro Diagnóstico Integral "Ramón Canelón" perteneciente al Área de Salud Integral comunitaria (ASIC) Viento Colao, desde el 1^{ro} Enero al 31 de Diciembre de 2013. El universo y la muestra estuvo integrado por todos los enfermos que recibieron atención médica en la institución y se consideraron vidas salvadas, de acuerdo a criterios de inclusión y exclusión en el estudio. Para obtener la información se revisó el registro de vidas salvadas del Centro de Diagnóstico Integral "Ramón Canelón", las variables utilizadas fueron sexo, grupos de edad, sistema afectado, referidos, no referidos, ingreso en Apoyo Vital Avanzado, Sala de ingreso, Unidad de cuidados Intensivos, servicios del CDI.

Índice:

Introducción.....	1
Control semántico.....	9
Marco teórico.....	10
Objetivos.....	16
Diseño metodológico.....	17
Análisis y discusión de los resultados.....	24
Conclusiones.....	38
Recomendaciones.....	39

Introducción

La historia señala que todo pueblo, desde la más remota antigüedad ha tenido su medicina. El período primitivo de la medicina ha sido oscuro en todas partes y en sus inicios el arte de curar estaba constituido por una reunión de nociones rudimentarias y también por los datos que arrojaba la tradición. La medicina primitiva era muy semejante en todos los países del mundo; era de carácter teúrgico y con tendencia a atribuir la enfermedad a las alteraciones de los humores del cuerpo. Los sacerdotes asociaban sus drogas a prácticas misteriosas que se acompañaban de ritual a las posibilidades humanas.^{1, 2}

No existía en todo este tiempo concepto de Emergencia, los pacientes prácticamente seguían una evolución natural, los médicos y el sistema rudimentario de salud de ese entonces, no satisfacía las demandas reales de la población.³

Si nos remontamos a la época del Imperio Incaico podemos afirmar que la Medicina de entonces tenía por objeto eliminar el síntoma, primaba pues el criterio terapéutico, sobre el etiológico que desconocían, pues creían que su origen era mágico-religioso. No identificaron el concepto de Emergencia, ni existía ningún lugar específico donde atender pacientes con enfermedades que requieran atención rápida y precoz. Existían médicos encargados de curar a la nobleza y a sus parientes, otros curaban a la gente común (curanderos). En el Incanato "tenían más conocimiento de heridas y llagas, además de sus particulares hierbas para curarlas", según Cobo. Su terapéutica se basó en el empleo de hierbas y otros recursos de la naturaleza.^{1, 2}

Los primeros años estuvieron dominados por las guerras de la conquista hasta que el virreinato fue pacificado. A fines del siglo XVII aparecieron algunos médicos y cirujanos que hicieron posible el progreso operado durante el siglo XVIII en que la atención de los enfermos estaba a cargo de ellos y de aprendices, enfermeros, barchilones, comadronas y finalmente curanderos. Anteriormente en las ciudades había cirujanos modestos, barberos y flebotomos, que practicaban el oficio de limpiar heridas, sangrar, aplicar ventosas y clisteres y escasos médicos.^{1, 2}

En el Virreinato, el cuidado de los enfermos tenía un claro tinte medieval, se hacía en tres instancias: nivel del pobre elemental, fuese esclavo, siervo de gleba o pobre urbano, eran asistidos en el hospital. El nivel del artesano o del naciente burgués, era asistido en su domicilio por el llamado médico de cabecera y el nivel del poderoso: príncipe, señor o magnate religioso, atendido en su residencia por un médico principal, el médico de cámara.^{1,2}

Los hospitales tenían la conformación de un asilo o guardería, en el que la enfermedad debía ser sobrellevada, predominando el consuelo al incurable o moribundo, que eran formas de ejercicio de la

caridad; de ahí la incorporación de las prácticas religiosas cotidianas, como parte preferencial del cuidado de los enfermos. En esta medicina, la figura del sacerdote, del capellán ayudados por las hermanas era dominante y el médico venía a ocupar un rol secundario, con breves visitas, pues el tratamiento tenía todas las características de un acto de amor y la medicina más que una profesión o un arte, era un oficio caritativo^{1, 2}.

La medicina en general permaneció estacionaria, primando la escolástica, se continuaba aceptando que la enfermedad era el resultado de la cólera divina o consecuencia de la acción de los astros. Vivíamos intelectualmente como en la Edad Media. El Renacimiento europeo tardó mucho en llegar.^{11, 12}.

La cuna de la medicina europea fue la India. Los himnos de Rig Veda fueron famosos. Para ellos la vida era un "soplo" que anima al cuerpo y la enfermedad la destrucción de la armonía corporal. Las leyes del Manú, daban consejos higiénicos. Creían en los cuatro elementos: aire, fuego, agua y tierra.¹⁰⁻¹³

Los hebreos tenían menos conocimientos que los egipcios. *La Biblia* recomendaba limpieza, lavados y abluciones. Tuvieron las primeras parteras Schipha y Perlanen y comían preparados especiales. La medicina China era muy antigua. Daban sus médicos gran importancia al estudio del pulso y al aspecto de la lengua. Introdujeron el ruibarbo y el hierro. Usaban medicamentos repugnantes. Temían a la sangría y castigaban al médico cuando no curaba al enfermo^{11, 12}.

Pero donde más adelantó la medicina de la antigüedad fue con los griegos que la aprendieron de los egipcios. Entre ellos figuró Quirón y su discípulo Esculapio, considerado como Dios y al que se atribuyeron grandes milagros. Sus más notables representantes fueron: Hipócrates y Galeno.^{11, 13}

Hipócrates de gran talento y con gran poder de observación. Fue un maestro admirable. Expuso con claridad la teoría humoral y consideraba la enfermedad como originada por una condición especial del fluido animal. Observó el gran poder curativo de la naturaleza y sostuvo siempre que se debía seguir, respetar y no interrumpir con remedios religiosos. Usaba purgantes, evacuantes, sudoríficos, diuréticos y sangrías locales. Sus aforismos y pronósticos eran maravillosos y su propósito era el de salvar una vida.¹³

A partir de 1730 se inicia una nueva era iniciándose un gran adelanto y el despertar de la Medicina, formándose médicos y cirujanos con pensamientos más modernos, sin embargo seguimos sin tener el concepto de atención de emergencias, ni de servicios especializados en esta atención. En países como el Perú, con la guerra de la Independencia hubo notables adelantos en la atención de las emergencias, aunque aún no se tenía el concepto de estas como tales. El ejército libertador contaba con las innovaciones impuestas por el gran cirujano napoleónico Larrea.¹⁴

Los hospitales de sangre, las ambulancias y los botiquines. La preocupación por dotar de los elementos necesarios a sus ejércitos hizo que se ocuparan de tener o reclamar siempre medicinas y cirujanos, y de montar los Hospitales de sangre. Los botiquines estaban dotados de variado material como por ejemplo: siete petacas de cuero, doscientas tablillas forradas en badana para fracturas, tres almireces de cobre mediano con

su mango, noventa telas en plásticas de siete varas de largo y media tercia de ancho, seis torniquetes encintados, dos bolsas de instrumentos de cirugía faltriquera, dos estuches con seis escalpelos, cinco jeringas y un bombillón de plata, dos cajas de instrumentos de cirugía de operaciones mayores completas con llave. Además 192 rollos de vendas circulares de todo largo y ancho, 92 compresas, 452 tablillas de curación.^{15, 16}

Dentro de los antecedentes históricos más relevantes que han sido reportados, destacan los de la campaña Napoleónica en Egipto y los de la guerra de Crimea, que si bien no coinciden exactamente con la concepción actual de la Medicina de Intensiva, son probablemente la base de lo que hoy día se concibe como una nueva disciplina de la medicina. En 1799 mientras se desarrollaba un combate en la península de Aboukir entre las fuerzas Turcas y francesas, un cirujano del ejército Napoleónico, el barón Dominique Jean Larrey, organizó la atención de los heridos en tres estaciones de complejidad creciente, determinando que la estación principal concentrara a todos los heridos graves para poder brindarles una atención especial.^{31, 32}

Hacia el 1821, se impulsa la modernización de los hospitales, de acuerdo a los adelantos de la Europa de ese entonces. El personal estaba dirigido por un médico y un cirujano que tenían la obligación de hacer dos visitas al día, a los enfermos que se encontraban en el hospital; la organización era rudimentaria, contando con personal profesional en escaso número, prestando asistencia sólo en las mañanas, pues a partir de la ocho de la noche, cerraban sus puertas y todo el personal se retiraba a sus alcobas, quedando los enfermos prácticamente abandonados.^{17, 18, 19}

A principios de 1880, se produjo el primer accidente con cloroformo, en Lima, Perú, sucediendo un síncope completo, largo y permanente que amenazaba la muerte, por lo que los médicos del Hospital de Sangre de Santa Sofía se dedicaron a reaccionar al enfermo, consiguiéndose felizmente, con procedimientos todos tendientes a despertar la respiración, como la extracción de lengua con pinzas y la aplicación de movimientos adecuados del tórax. Vuelto a la vida, se continuó con la operación". (La primera reanimación cardiopulmonar), fue la primera Vida Salvada del mundo.^{3, 4}

En 1885, Inglaterra determinó la apertura del Servicio de Urgencias, que radicó inicialmente en las estaciones de bomberos; al año siguiente se extendió la experiencia a Viena, en 1887 a Budapest, en 1903 a Kiev, capital de Ucrania, y al constituirse la Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas, a todo ese inmenso territorio europeo. La efectividad de sus acciones y el ordenamiento de las causas de muerte en naciones desarrolladas determinaron el surgimiento de sistemas análogos en las capitales y principales ciudades de países capitalistas industrializados, con alta calidad técnica y equipos sofisticados.¹

En regiones del llamado Tercer Mundo se crearon sistemas parecidos, con primacía de personal paramédico entrenado, sobre todo en funciones de cardioreanimación.^{5, 6}

A principios del siglo XIX, la atención de las emergencias era deplorable. En 1905, C. Villarán relata que en el Hospital Dos de Mayo, Argentina, de 11 pacientes intervenidos de urgencia, sólo 4 se

recuperaron luego de una larga complicación por infección, y que estos resultados no dependen sólo de las malas condiciones en que llegan los enfermos, sino también las múltiples dificultades que se presentan en nuestros hospitales cuando se requiere atención de emergencia. Pues si un paciente llegaba después de las nueve de la mañana, cuando ya se había terminado de pasar la primera visita, era examinado a las dos de la tarde cuando regresaba el residente a pasar su segunda visita; pero si era necesaria una intervención quirúrgica, debía esperar hasta las nueve de la noche, hora de entrada del médico de guardia, que era el único que podía autorizarla, perdiéndose un tiempo valioso.²⁰

Recién en 1913, comprendiendo la dificultad que se tenía para poder atender a los pacientes agudos, se aceptó la recepción nocturna y en el Hospital Dos de Mayo se construyó un Departamento de Emergencia con su propia sala de operaciones. Poco a poco se fue progresando y es así que paulatinamente este tipo de atención fue mejorando. En 1934 el Hospital Arzobispo Loayza contaba con tres cirujanos residentes que cubrían las 24 horas del día, acompañados de tres estudiantes de medicina, disponiendo de 2 salas de operaciones bien organizadas.^{21, 22}

En los servicios de urgencias no se requería aparentemente una preparación específica, ni mucho menos especializada, para poder desempeñarse en estas áreas. Lo mismo ocurrió por muchos años con la atención de los pacientes críticos o bien en la atención de pacientes con traumatismos.^{23, 26}

Durante la Segundo Guerra Mundial, pero en especial durante y después de los conflictos armados de Corea y Vietnam, se obtuvieron avances muy importantes en la atención medica de lesionados durante la guerra, esto llevó a pensar que sería benéfico aplicar tales conocimientos adquiridos en los conflictos bélicos para la atención pre hospitalaria y hospitalaria en el campo civil en tiempos de paz .y hasta entonces que se reconoció que se debía contar tanto con personal médico como paramédico especializado en la atención de las urgencias, además del equipo electromédico y vehículos que cubrieran ciertos estándares mínimos; por mencionar solo un ejemplo, el equipo y el diseño de las ambulancias tanto aéreas como terrestres. Esto ocurrió muy recientemente si lo comparamos con la historia de la humanidad.²⁵

En el terreno hospitalario los servicios de urgencias, se han conocido por muchos años como "la tierra de nadie". Históricamente fueron y en algunos lugares aún continúan siendo atendidos los pacientes, por médicos residentes de menor jerarquía, médicos internos e incluso por estudiantes de medicina.^{27, 28, 29}

En España durante los últimos diez años, se han desarrollado equipos de emergencias sanitarias y se han creado dispositivos de urgencias de atención primaria, normalizando de este modo la atención urgente y emergente propiamente dicha.^{33, 34, 35, 36}

En Chile los servicios de atención de urgencias primarias (SAPU), surgen como una estrategia para mejorar el acceso de la población a la atención de urgencia, en los horarios en que no funcionaban los centros de salud pública, en los territorios donde vive la población, esto llevaría aparejado una descongestión de las urgencias de los Hospitales de referencia, dado que estos centros funcionarían tamizando la demanda hacia los niveles centrales. Estos servicios fueron creados hace cerca de 10 años en la comuna Pedro Aguirre Cerda, localidad periférica y socialmente deprimida, con una población de aproximadamente 120 mil beneficiarios y su objetivo es atender las urgencias que se generan en la comuna, seleccionado lo que debe derivarse a los hospitales de referencia, previa estabilización de ellos.^{38,39,40, 41}

En Cuba a partir del año 2003 como idea de nuestro Comandante en Jefe se crean las Unidades de Cuidados Intensivos municipales, con el objetivo de garantizar a la población los cuidados inmediatos durante las urgencias médicas que presentan a diario y dar respuesta a lo que significa el factor tiempo en la emergencia médica.^{42, 43, 44, 45}

Como medidas de carácter urgente, aplicación inmediata y eficaz para atender a la población desde el mayor al menor grado de desfavorecimiento, surgen por el nuevo Gobierno Bolivariano, una serie de misiones, entre ellas Barrio Adentro I, el 16 de Abril del 2003 se inicia con la colaboración entre Cuba y Venezuela, donde galenos cubanos brindan una atención gratuita a toda la población. La misión Barrio Adentro II era el siguiente paso lógico, con la incorporación de los Centros Diagnósticos Integrales para una atención médica integral y más calificada. Estos centros cuentan con equipamiento de alta tecnología y personal para el seguimiento de las afecciones y sus complicaciones, sin costo alguno, lo que hace que la atención en materia de salud del pueblo venezolano en estos momentos esté muy superior los patrones que regían antes del triunfo de la Revolución Bolivariana. El objetivo es claro: llevar un servicio integral de salud a todos los ciudadanos sin excepción de clases.

Como emblema de este programa social, la Misión Barrio Adentro asentó este servicio de salud de una magnitud nunca antes vista en el país con 220 millones de consultas y 39 mil vidas salvadas, que dieron atención a 17 millones de personas.^{7, 8, 9}

En Venezuela la creación de los Centros Diagnósticos Integrales a partir de Junio del 2005, ha logrado fortalecer paulatinamente la atención primaria de salud, donde se brinda una atención especializada y con sus medios diagnósticos y resolución al paciente grave han logrado salvar vidas humanas en individuos que de no contar con este servicio en el barrio o cercano a este no hubiesen sobrevivido a la situación de salud que lo llevo a pedir ayuda médica, el rechazo a la atención en diferentes instituciones hospitalarias, salida de instituciones privadas por termino del seguro médico entre otras lamentables situaciones acarrear también pérdidas de vidas.

El estudio está relacionado con la misión Barrio Adentro II, estrategia lanzada por el Gobierno Bolivariano en Venezuela dirigida a toda la población y en especial a la anteriormente excluida.¹⁰

Si unimos el volumen de pacientes que acuden a nuestros centros en estado crítico y se salvan sus vidas, por la labor integrada de nuestros profesionales, esto nos llevó a hacer las siguientes preguntas:

- ¿Cuántas vidas se salvan en los Centros Diagnósticos Integrales?
- ¿Cuántos pacientes son necesarios referir a otros centros hospitalarios y cuáles son las patologías más frecuentes que se atienden en los centros de diagnóstico?
- ¿Cuáles son los servicios donde son atendidos estos pacientes?

Es este el problema científico de nuestra investigación, al poder determinar el comportamiento del indicador de vidas salvadas que se logran en los Centros Diagnósticos Integrales, nos obliga a mejorar las acciones médicas para que la población venezolana gane en estado de salud, teniendo en cuenta las cifras reportadas.

Por todo lo anteriormente expuesto y las veces que ocurren emergencias médicas, nos motivamos a realizar el estudio, con el fin de determinar el comportamiento del indicador de vidas salvadas en el Centro Diagnóstico Integral "Ramón Canelón" ASIC Viento Colao.

Control semántico

- Urgencia médica: Aparición de un problema de salud de etiología diversa y gravedad variable que siempre genera la vivencia de necesidad de atención médica por parte del paciente, de un familiar o de quien quiera que en ese.
- Emergencia médica: Situación que objetivamente pone en peligro la vida del paciente o bien, puede dejar secuelas permanentes en la integridad del individuo.
- Pacientes referidos: Los enfermos que requieren de atención médica especializada y por ciertas circunstancias no la pueden obtener en el Centro Diagnóstico Integral.
- Vida salvada: Enfermos necesitados de atención médica de urgencia en los cuales existen alteraciones de los parámetros vitales, y de no recibir una atención inmediata podrían traer consigo la muerte.
- Apoyo vital avanzado: Servicios donde se recibe a todos los enfermos que de acuerdo con la evolución de su gravedad podrían poner en peligro, en tiempo mediato, su vida.

Marco teórico

Salvar una vida es un evento que no olvidamos nunca, por la gran gratificación que nos trae recordar ese momento. Las sociedades han tenido que convivir permanentemente con situaciones límites, donde la pérdida de una vida se transforma en el eje de un drama en el cual todos los sentimientos humanos se ponen de manifiesto. No se puede medir el valor de una vida, ni siquiera la pérdida parcial de capacidades en un individuo, pero perfectamente puede medirse el impacto que ello produce en las familias, en el trabajo y en la sociedad.¹

A escala universal la Medicina de urgencia hizo su aparición desde que existe el hombre, al haber sufrido siempre lesiones o enfermedades agudas que han requerido tratamiento en forma inmediata; en especial las que amenazan la vida o la integridad del individuo, poniendo en riesgo alguna extremidad o segmento del cuerpo u órgano.^{2,3}

Uno de los componentes fundamentales actuales de los sistemas de salud, es la atención en los servicios de emergencias y urgencias, que al igual que el sistema de salud propiamente dicho, se caracterizan por una estructura con niveles de complejidad diferentes, de gran importancia, que se rigen por leyes sanitarias, que tiene como objeto de trabajo preservar la vida y/o un segmento del cuerpo, por lo que no sólo garantizan la atención del paciente grave, además se realiza una valoración integral de todos los pacientes, lo cual permite regir y establecer la conducta médica a seguir con el fin de obtener su recuperación e incorporarlo de inmediato a la sociedad como agente útil, o al menos con las mínimas secuelas.^{4, 5, 6}

Señalan reportes internacionales, que tales servicios están presentes en todas las redes asistenciales de salud, y constituyen la puerta de entrada de la mayoría de los ingresos hospitalarios, y es en ellos donde se dictamina la conducta a seguir con los enfermos que solicitan y requieren de los mismos. Este hecho unido a la creciente civilización los países ha obligado a los gobiernos a desarrollar con eficacia y calidad los servicios médicos de emergencias y urgencias, puestos que cada día crecen los fenómenos asociados a factores socioeconómicos, culturales, ambientales que hacen que el hombre modernos se expongan diferentes enfermedades que compromete su vida, a accidentes, pérdida e incapacidad funcional etcéteras.^{5, 6, 7}

Estos servicios generalmente se ubican en centro hospitalarios donde los afectados son evaluados con rapidez en caso de padecimientos súbitos, accidentes, o debido a una causa por él sentida o que sufre una alteración que pone en peligro su vida, una función o un órgano y requiere atención inmediata, por lo que consta de un equipamiento y un personal especializados en ofrecer ambos servicios.^{6, 7}

En la actualidad existe la tendencia de acercar los servicios de emergencia y de urgencias a los lugares de residencia y trabajo de las personas, con la finalidad de facilitar la accesibilidad a los servicios médicos y propiciar la asistencia calificada lo más precozmente posible, lo cual ha demostrado que disminuye la mortalidad por muchas afecciones. Un ejemplo de este tipo lo constituye la red asistencial en Cuba, donde la atención de emergencia y urgencia comienza desde la atención primaria, que ha permitido llevar a los más recónditos lugares la atención médica sobre la base de organización y estructura acorde con el modelo de la medicina comunitaria.

Con el advenimiento de las especialidades cada especialista aprende a atender y manejar las urgencias que a su especialidad conciernen; sin embargo no así las urgencias que ocurren fuera del ámbito de su especialización. Esto distingue al médico de urgencias, que debe ser capaz de diagnosticar y tratar cualquier tipo de emergencia, independientemente de la edad, sexo o patología del paciente. Surge así la especialidad de Medicina Intensiva por la necesidad de un personal especializado en el manejo de tales males.^{30, 31}

La práctica de la medicina de urgencia ha variado considerablemente en los últimos años ya que abarca la totalidad de los sistemas orgánicos y comprende a pacientes de todas las edades.^{46, 47}

Tal es el cambio producido, que incluso la OMS ha caracterizado los servicios de urgencia y emergencia médica de la siguiente manera.⁶

Las características medicina de urgencia son:

- Brusquedad en la aparición de los síntomas
- Gravedad de las situaciones a atender
- Necesidad de realizar dicha atención en el menor tiempo posible y en el propio ámbito en el que se produce la demanda
- Existencia de un pronóstico de cantidad y calidad de vida, condicionado por la respuesta realizada.
- Requerimiento de unos recursos específicos, materiales y humanos.
- Disponibilidad las 24 horas del día los 365 días del año

Según la Asociación Médica Americana (AMA.) urgencia es toda aquella condición que, en opinión del enfermo, su familia, o quien quiera que asuma la responsabilidad de la demanda, requiere una asistencia inmediata. La emergencia es aquella situación urgente que pone en peligro inmediato la vida del paciente o la función de algún órgano. Las características comunes de las situaciones de urgencia son su carácter imprevisto, su localización variable y fortuita, su diversa etiología, desigual gravedad, la subjetividad en su definición y la necesidad de respuesta inmediata.¹⁶

Vidas Salvadas es un concepto muy amplio, tan es así que para cada parte de la sociedad tiene su significado y concepto diferente, para un pastor puede ser una vida salvada o varias vidas salvadas aquellas personas incorporadas al reino de Dios o participe de alguna creencia las cuales pueden ser muy variadas.^{1, 22,23, 24}

Para un padre palestino lo fue la donación de los órganos de su hijo fallecido en un tiroteo de Israel lo cual permitió salvarles la vida a 6 pacientes. Los políticos y gran parte de la humanidad todas aquellas guerras en las cuales se evitó seguir derramando sangre y cobrando vidas humanas. Gary S. Becker se refiere aquellos que esperan en los corredores de la muerte y no son víctimas de la pena capital.²²

Acercándonos a la rama de la salud igualmente existen diversos criterios sobre este tema, para los oncólogos del mundo una vida salvada lo es la supervivencia de un paciente después de haber recibido el tratamiento específico para su neoplasia.^{1, 7, 8, 24}

Prácticamente todas las acciones de salud conllevan a esto, exponemos acciones de salud ya que el termino es extenso y en el intervienen la estabilidad psíquica, física y mental del individuo, la familia y la sociedad, influyendo en ello el estilo de vida saludable que incluye ambiente, alimentación, agua potable, recreación, cultura, atención medica entre otros aspectos o acciones que dependen más de una voluntad social y política para dar salida y por ende salvar vida.

Una vida salvada en el contexto en que nos desenvolvemos va más allá de una acción medica en un paciente, este concepto estaría incompleto si no tenemos en cuenta el conjunto de aspectos sociales que rodean a la población excluida, por tanto es imprescindible tener una historia médica acompañada de una historia sociológica que enfoque la vida salvada de manera integral.³²

Si se tomara una política de salud dirigida a salvar vidas podrían salvarse más de 36 millones de vidas en todo el mundo para 2015 si el número de muertes por enfermedades crónicas, tales como el cáncer, la apoplejía y la enfermedad cardiaca se redujeran un 2 % adicional cada año. Ciertamente este término alcanza su más bella expresión a partir de las inmensas bondades del personal médico cubano en los países del mundo, especialmente en los subdesarrollados, donde su principal misión es "llevar la salud a los más pobres de la Tierra"¹⁶.

Esa colaboración internacionalista cubana se inició muy temprano, con el envío a Argelia de una brigada médica, este grupo de galenos le correspondió en 1963 ser el precursor de la labor solidaria de una Revolución que solo llevaba cuatro años rigiendo los destinos del país y recibió como herencia medio siglo de dominio extranjero, miseria, insalubridad, desempleo y corrupción entre otros.^{31, 32, 33, 34}

Y así, mientras la nueva Cuba se abría paso en las citadas circunstancias, agravadas por el bloqueo económico, comercial y financiero implantado oficialmente tres años después del triunfo revolucionario, se consolidaba esa política altruista que hoy abarca más de 160 países en naciones de América Latina y el Caribe, África y Asia, en la atención de las personas más pobres y necesitadas, donde millones de ellas son atendidas y decenas de miles de vidas son salvadas.^{26,35}

Hoy en los países del tercer mundo la mayoría de la población está excluida de las oportunidades más elementales para obtener una vida saludable, es por ello que definir una vida salvada en el contexto de un país como Venezuela donde a pesar de todos los esfuerzos realizados por el gobierno bolivariano los servicios de salud en la atención secundaria no responden a los intereses ni a la línea política de gobierno para solucionar los problemas de salud de la población, la cual ha sido incluida en una revolución que avanza a pasos acelerados, pero no ha llegado a las posibilidades de atención médica a este nivel.

La salud pública en Venezuela siempre ha sido una asignatura pendiente, aun suponiendo una necesidad ineludible y un derecho básico para todo ser humano. La asistencia médica siempre fue un privilegio sólo apto para las clases altas, ya que la clase media y baja a duras penas llegaban a pagar un análisis rutinario o cualquier atención primaria.^{7, 10}

El desarrollo y fortalecimiento de los Centro de Diagnósticos Integrales en el país, significó sin dudas un importante paso de avance en el cuidado de los pacientes en situación crítica por patologías propias de variados órganos y sistemas al lograr un estratégico empleo de la tecnología y los avances terapéuticos en función de la restauración de la salud y el mantenimiento de una adecuada calidad de vida de dichos pacientes.¹⁰

Barrio Adentro es sin lugar a dudas un ejemplo del ejercicio real del derecho a la salud e inclusión social que desde sus inicios ha mostrado cifras que hablaban del éxito de la misión cubana, pues en solo un mes de trabajo con un reporte de 135 237 personas atendidas se reportaron 133 vidas salvadas. Unos de los aspectos destacados a señalar es que desde la inauguración de los Centro de Diagnósticos Integrales en junio del 2005, en solo nueve meses de trabajos, se salvaron 17 mil vidas. En estos centros y hasta agosto del 2006, las intervenciones se hacen a nivel de emergencia y las cifras reportan que fueron intervenidas quirúrgicamente 2 mil 683 para un total de 3 mil 635. Desde el comienzo de este programa social especialmente dirigido a los más pobres y necesitados de la población en el país se reporta un total de 39 mil vidas salvadas en un total de 17 millones de pacientes atendidos.^{7,}

Objetivos

Objetivo general:

- Caracterizar y determinar el comportamiento del indicador de vidas salvadas en el Centro Diagnóstico Integral "Ramón Canelón" durante el período del 1^{ro} Enero al 31 Diciembre del 2013.

Objetivos específicos:

1. Identificar los casos de vidas salvadas de acuerdo a edad y sexo.
2. Clasificar los casos de vidas salvadas de acuerdo a sistema afectado y sexo.
3. Relacionar los casos de vidas salvadas de acuerdo a la patología y sistema afectado con el hecho de remisión o no a otro servicio u otra institución de salud.
4. Relacionar los casos de pacientes considerados como vida salvadas según sistema afectado y el servicio donde les fue salvada la vida en el centro de diagnóstico integral.

Métodos

Diseño metodológico

Caracterización de la investigación:

Tipo de estudio: Se realizó un estudio observacional, descriptivo de corte transversal de todos los pacientes que fueron definidos como vidas salvadas en el Centro Diagnóstico Integral (CDI) "Ramón Canelón" del ASIC "Viento Colao" durante el período del 1^{ro} enero a 31 de diciembre del 2013.

Universo: Estuvo constituido por 9 149 pacientes que fueron atendidos en el Centro Diagnóstico Integral (CDI) "Ramón Canelón" durante el período del 1^{ro} enero a 31 de diciembre del 2013.

Muestra: Estuvo constituido por 210 pacientes que se definieron como vidas salvadas y cumplieron con los criterios de inclusión.

Criterios de Inclusión

- Todo paciente atendido en el servicio de emergencia del CDI "Ramón Canelón" que fue considerado vida salvadas mayores de 18 años de edad.

Criterios de Exclusión:

- Todo paciente que no cumpla los requisitos anteriores.

Operacionalización de las variables:

Para darle salida al objetivo número 1, se relacionó el sexo (variable cualitativa nominal dicotómica) y la edad (variable cuantitativa continua) con las vidas salvadas. Se procedió a especificar el sexo en femenino y masculino. La edad, en grupos de edades:

Variable	Escala de clasificación	Definición operacional de la escala
Edad (Grupos de edades)	• 18 - 24 años • 25 - 34 años • 35 - 44 años • 45 - 54 años • 55 - 64 años • 65 - 64 años • 65 - 74 años • 75 - 84 años • 85 y más años	Se consideró la edad en años cumplidos al momento del estudio
Sexo:	-F: Femenino -M: Masculino	Se consideró según características genéricas de los pacientes

Para darle salida al objetivo número 2: Se tuvo en cuenta la variable sexo ya descrito en el objetivo anterior y la variable sistema afectado (variable cualitativa nominal politómica) quedando de la siguiente manera:

- Sistema cardiovascular
- Sistema digestivo
- Sistema respiratorio
- Sistema nervioso
- Sistema endocrino
- Otros

Para darle salida al objetivo número 3: Se tuvo en cuenta si fueron referidos o no a otra institución médica (variable dicotómica: Referidos y No Referidos), así como el sistema afectado, quedando de la siguiente manera:

Sistema Cardiovascular, dentro de él quedaron las siguientes patologías:

- Infarto Agudo del Miocardio
- Edema Agudo Pulmonar
- Emergencia Hipertensiva
- Cardiopatías Isquémicas
- Insuficiencia Cardíaca

Sistema Digestivo, dentro del quedaron las siguientes patologías:

- Sangramiento digestivo alto por úlcera gastroduodenal.
- Síndrome doloroso abdominal “apendicitis aguda”.
- Colecistitis aguda.

Sistema respiratorio, dentro de él quedaron las siguientes patologías:

- Insuficiencia respiratoria por status asmático
- Insuficiencia respiratoria pos enfermedad pulmonar obstructiva crónica
- Insuficiencia respiratoria por sepsis

Para darle salida al objetivo número 4: Se tuvo en cuenta el sistema afectado (ya descrito en objetivos anteriores y el servicio donde les fue salvada la vida, quedando de la siguiente manera:

Apoyo Vital Avanzado: AVA

Sala de Ingreso

Unidad de Cuidados Intensivos: UCI

Métodos utilizados.

La investigación estuvo dirigida al proceso de selección y utilización de los métodos e instrumentos para la realización de las constataciones teóricas y empíricas, lo que permitió la explicación del contexto donde se aplica el problema.

Métodos Empíricos: El método empírico utilizado fue la Observación se procedió de manera directa, para la verificación de los datos de interés.

Método Estadístico: En él se emplearon la distribución de frecuencias absolutas y relativas para el procesamiento, resumen y presentación del instrumento aplicado.

Métodos Teóricos

Histórico Lógico: Facilitó el análisis del desarrollo y evolución de la situación actual del problema investigado.

Para arribar a las conclusiones y recomendaciones de la investigación, se utilizó el método de análisis y síntesis como procedimiento y además el de inducción y deducción.

Análisis y Síntesis: El análisis es un procedimiento mental mediante el cual un todo complejo se descompone en sus diversas partes y cualidades. Este método permite la división mental del todo en sus múltiples relaciones y componentes.

La síntesis establece mentalmente la unión entre las partes previamente analizadas y posibilita descubrir las relaciones esenciales y características generales entre ellas. La síntesis se produce sobre la base de los resultados obtenidos previamente en el análisis. Posibilita la sistematización del conocimiento.

En nuestro estudio se utilizó en la búsqueda de la relación entre los diferentes aspectos del marco teórico, bases conceptuales utilizadas en la investigación así como la generalización y concatenación de esta a partir de la información obtenida en el instrumento aplicado.

Inducción - Deducción:

La inducción es un procedimiento mediante el cual a partir de hechos singulares se pasa a generalizaciones, lo que posibilita desempeñar un papel fundamental en la formulación de hipótesis. Otros autores la definen como una forma de razonamiento por medio de la cual se pasa del conocimiento de casos particulares a un conocimiento más general que refleja lo que hay de común en los fenómenos individuales.

La deducción es un procedimiento que se apoya en las aseveraciones y generalizaciones a partir de las cuales se realizan demostraciones o inferencias particulares o una forma de razonamiento, mediante el cual se pasa de un conocimiento general a otro de menor nivel de generalidad.

Las inferencias deductivas constituyen una cadena de enunciados cada uno de los cuales es una premisa o conclusión que se sigue directamente según las leyes de la lógica.

En la actividad científica la inducción y la deducción se complementan entre si: del estudio de numerosos casos particulares, a través de la inducción se llega a determinar generalizaciones, leyes empíricas, las que constituyen puntos de partida para definir o confirmar formulaciones teóricas. De dichas formulaciones teóricas se deducen nuevas conclusiones lógicas, las que son sometidas a comprobaciones experimentales. De ahí que solamente la complementación mutua entre estos procedimientos nos puede proporcionar un conocimiento verdadero sobre la realidad.

Estos métodos estadísticos en nuestro estudio sirvieron para llegar a una orientación mejor del problema y permitió además argumentos teóricos que facilitaran una mejor comprensión del mismo para arribar a conclusiones certeras y búsqueda de soluciones adecuadas.

Análisis y procesamiento de la información

De recolección de la información: Se realizó una revisión bibliográfica sobre el tema en publicaciones disponibles sitios Web de Internet y en Libros de textos impresos.

La recolección del dato primario se efectuó por el autor a través de la revisión de los reportes de los registros de vida salvada que se utilizan en los centros de diagnóstico integral (Anexo 1).

De procesamiento de la información: Los datos fueron procesados por medios computarizados en una laptop AMD, utilizando los programas Microsoft Word y Microsoft Excel, se utilizó el por ciento (%) como medida de resumen. Se confeccionaron tablas y gráficos para la mejor comprensión del lector.

De análisis y síntesis: Se analizó toda la información obtenida, permitiendo evaluar la misma lo que nos facilitó arribar a conclusiones y emitir recomendaciones.

Plan analítico

Para cumplir cada uno de los objetivos de esta investigación, se tuvieron en cuenta los siguientes análisis estadísticos:

- Objetivo 1. Se distribuyó la frecuencia de pacientes considerados vidas salvadas según grupo de edad y sexo.
- Objetivo 2. Se distribuyó la frecuencia de pacientes considerados vidas salvadas según sexo y sistema afectado
- Objetivo 3. Se distribuyó la frecuencia de los pacientes considerados vidas salvadas según sistema afectado y referidos o no a otra institución.
- Objetivo 4. Se distribuyó la frecuencia de los pacientes considerados como vidas salvadas según el sistema afectado y servicio donde se le salvó la vida en el centro de diagnóstico integral.

Análisis y discusión de los resultados

Tabla 1: Distribución de las vidas salvadas según sexo y los grupos etareos en el Centro Diagnóstico Integral "Ramón Canelón" durante el período de enero a Diciembre del 2013.

Grupos etareos	Femenino		Masculino		Total	
	#	%	#	%	#	%
18 - 24 años	14	6.6	8	3.8	22	10.5
25 - 34 años	18	8.5	12	5.7	30	14.3
35 - 44 años	10	4.8	12	5.7	22	10.5
45 - 54 años	19	9.0	16	7.6	29	14.0
55 - 64 años	7	3.3	31	15.0	38	18.0
65 - 74 años	13	6.2	16	7.6	35	16.6
75 - 84 años	8	3.8	11	5.2	19	9.0
85 y más años	8	3.8	7	3.3	15	7.1
Total	97	46.0	113	54.0	210	100

Fuente: Registro de vidas salvadas.

Al analizar la distribución de las vidas salvadas según sexo y grupos de edad en la tabla 1 la mayor frecuencia fue el sexo masculino con 113 pacientes que representaron el 54% del total de la muestra y en el sexo femenino con 97 pacientes para el 46%. Al analizar la distribución de las vidas salvadas según grupos etareos, el grupo de 55 - 64 años aportó el mayor número de pacientes en nuestro estudio con un total de 38 vidas salvadas para un 18% y el que aportó menos vidas salvadas fue el grupo etareo de 85 y más años con 15 pacientes (7.1%).

Cuando analizamos los grupos etareos vemos que el de mayor frecuencia fue en el grupo de edad 55-64 años con 39 vidas salvadas teniendo en cuenta que en este grupo de edad debutan la mayor cantidad de pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles, correspondiéndose también estadísticamente en el mundo con las edades de mayor aparición de descompensación de las enfermedades crónicas no transmisibles. Diversos estudios realizados exponen cifras similares a las arrojadas en nuestro estudio si consideramos edades extremas a partir de 65 años donde aportó nuestro estudio 69 casos para el 32% por ejemplo Torrico en un servicio de emergencia en Argentina encontró que predominaron las edades de más de 65 años en los casos estudiados. Estudios múltiples realizados por diversos autores, han enfocado el

predominio cada vez mayor del paciente geriátrico que ingresa en los servicios de urgencias, con una frecuencia elevada para el sexo masculino.³⁵ En el sexo femenino el grupo etario de mayor incidencia fue el de 45 a 54 años con 19 casos para el 9% ya que según la literatura revisada después de los 50 años con la llegada de la menopausia en la mujer cesa la protección hormonal para las enfermedades cardiovasculares y coinciden con las edades de aparición de las colecistopatías fundamentalmente las litiasis vesiculares.

Tabla 2: Distribución de las vidas salvadas según sexo y sistema afectado.

Sistema	Femenino		Masculino		Total	
	#	%	#	%	#	%
Cardiovascular	25	12	33	15.7	58	27.6
Respiratorio	11	5.2	33	15.7	44	20.9
Digestivo	39	18.6	21	10	60	28.6
Nervioso	5	2.3	10	4.8	15	7.1
Endocrino	7	3.3	4	2	11	5.2
Otros	10	4.8	12	5.7	22	10.4
Total	97	46.0	113	54.0	210	100

En la tabla 2 Se puede apreciar que según los sistemas afectados fue el sistema digestivo el que aportó el mayor porcentaje de vidas salvadas para un 28.6%, seguido en orden decreciente del sistema cardiovascular con 58 (27.6%), el respiratorio con 44 (20.9%), otros con 22 (10.4%), nervioso con 15 (7.1%), y el endocrino con solo 11 vidas salvadas para un 5.2% Teniendo mayor incidencia el sexo femenino con 39 casos para un 18.6%, en el sexo masculino fueron salvadas 21 vidas representando el 10%. Este predominio de las mujeres concordó con los textos revisados ya que las colecistopatías son mucho más frecuentes en dicho sexo, según Harrison el 20% de las mujeres en Estados Unidos presentan cálculos biliares contra el 8% de los hombres, la presencia de los cálculos es considerada un factor de riesgo importante para el desencadenamiento de procesos patológicos agudos que pueden comprometer la vida del paciente. Respecto a la mayor incidencia de las patologías del sistema digestivo que asistieron al servicio de urgencias y le salvaron la vida estos resultados no concuerdan con lo expresado en la literatura que refleja una incidencia y prevalencia de asistencia a los servicios de urgencias mucho mayor en las enfermedades cardiovasculares con 70% mientras que las digestivas aportan un 30%.^{12, 25} Las patologías cardiovasculares presentaron el 27.6% en cuanto al total de casos muy similar a las digestivas, no comportándose de igual forma según sexo pues las cardiovasculares en el sexo masculino aportaron 33 casos con un 15.7% y 25 en el sexo femenino para un 12%, corroborándose lo expuesto en la

tabla anterior sobre la protección hormonal de la mujer mientras esta menstruando esto se corresponde con los estudios realizados por Bosh X, en su trabajo” La precocidad llega a la Unidad coronaria”. Donde expresa que aproximadamente el 65% de los pacientes que llegaron con emergencias cardiovasculares fueron hombres. Según informes de la Organización Mundial de la Salud, más del 75% de estas muertes de origen cardiovascular corresponden a la cardiopatía isquémica, la cual cada día se presenta en edades más tempranas de la vida, precisamente en momentos en que el individuo es más útil a la sociedad.²⁹ En las patologías del sistema respiratorio estas incidieron en 44 casos para un 20.9% del total de casos, podemos decir que nuestros resultados no concuerdan con los encontrados por otros autores donde las patologías respiratorias ocupan el 51.4% en los casos estudiados. Esto pudiera estar en relación con las características climáticas de la zona geográfica de nuestro centro de diagnóstico integral. El sexo masculino con el 15.7% presentó un mayor número de casos respecto al sexo femenino que aportaron el 5.2% de las vidas salvadas. Este resultado en las enfermedades de origen respiratorio concuerda con estudios realizados la cual explica la aparición de las enfermedades respiratorias más frecuentes en hombres debido a factores de riesgos como es el tabaquismo y las enfermedades profesionales como la vagasosis, silicosis mucho más frecuentes en el sexo masculino; pero hay estudios actuales que refiere un aumento de patologías respiratorias en las mujeres justificado por la cantidad cada vez mayor de mujeres fumadoras. El sistema que menos pacientes con vidas salvadas arrojó fue el endocrino con 11 casos para 5,2% lo cual concuerdan con estudios realizados por Álvarez Figueredo Zoraida, “Caracterización de la mortalidad en la unidad de cuidados intensivos”. Donde refiere que las descompensaciones fundamentalmente de la diabetes mellitus ocupó el séptimo lugar en morbi-mortalidad en su estudio concordando con lo expuesto a nivel mundial. Observando el marcado predominio del sexo femenino con 7 casos lo cual no corresponde con lo revisado ya que las descompensaciones fundamentalmente las de pacientes diabéticos no tienen predilección por ningún sexo en particular.

Tabla 3: Distribución de las vidas salvadas según sistema afectado y referido o no a otra institución médica.

Sistemas	Referidas		No Referidas		Total	
	#	%	#	%	#	%
Cardiovascular	5	2.4	53	25.2	58	27.6
Respiratorio	5	2.4	39	18.6	44	20.9
Digestivo	34	16.2	26	12.4	60	28.6
Neurológico	9	4.3	6	3.0	15	7.1
Endocrino	1	0.5	10	4.8	11	5.2
Otras	11	5.2	11	5.2	22	10.4
Total	65	31	145	69	210	100

Al analizar los resultados de la tabla 3, del total de pacientes que le salvaron la vida se refirieron 65 para un 31%, siendo el Sistema Digestivo el que aportó la mayor incidencia de referidos con 16,2%, esta cifra representó el 56% de todas las vidas salvadas en ese sistema y el 52% del total de todos los pacientes que se le salvaron la vida y fueron referidos, podemos constatar que se correspondían en su mayoría con patologías que llevaban tratamiento quirúrgico, seguidas de las patologías agrupadas en la categoría de otras como fueron Traumatismo cráneo encefálico, mordeduras de serpientes, intoxicación por psicofármacos, intoxicaciones exógenas, para 11% que representa el 16% del total que le salvaron la vida y fueron referidos. Debido a que nuestro centro no cuenta con servicios de neurocirugía, de nefrología, ni servicio de psiquiatría fue preciso su referencia una vez lograda la estabilización del paciente que entraron en la categoría anteriormente mencionada.

Las patologías quirúrgicas ocuparon el primer lugar entre las que se refirieron en nuestro estudio con un por ciento muy similar a los encontrados por otros autores en estudios realizados en instituciones que no cuentan con estos servicios.^{36, 37}

Es de destacar en nuestro estudio que a pesar que las patologías cardiovasculares presentaron un nivel de incidencia casi similar a las digestivas y el poder de resolutiveidad fue muy bueno teniendo muy pocas referencias, de un total 58 pacientes atendidos fueron referidos solamente 5 pacientes

que represento el 7% del total de los referidos que se le salvaron la vida y en su mayorías las que ocurrieron fueron por no presentar el servicio requerido después de haber estabilizado el paciente, los ejemplos más típicos fueron los pacientes partidarios de revascularización coronaria o que se encontraban todas las camas del servicio de terapia intensiva ocupadas en momento de su llegada.

El sistema Endocrino fue el presentó menor incidencia de casos remitido con un solo caso para un 0,5% siendo esta cifra directamente proporcional al número de casos que se le salvaron la vida de dicho sistema.

Tabla 4: Distribución de las vidas salvadas según las patologías Cardiovasculares y el referido a otra institución médica.

Patologías	Referidas		No Referidas		Total	
	#	%	#	%	#	%
Infarto agudo de miocardio.(IMA)	3	5.2	15	26	18	31.2
Edema agudo pulmonar	1	1.7	6	10.3	7	12.1
Emergencia hipertensiva	1	1.7	21	36.2	22	37.9
Cardiopatías isquémicas sin IMA	0	0	7	12.1	7	12.1
Insuficiencia cardiaca	0	0	9	15.5	9	15.5

Total	5	8.6	53	91.4	58	100
-------	---	-----	----	------	----	-----

En la tabla 4, se analiza el comportamiento de las vidas salvadas relacionadas con las entidades cardiovasculares más frecuentes y si fueron referido a otras instituciones médicas donde encontramos que solo 5 casos fueron referidos para un 8.6%, la emergencia hipertensiva mostraron el mayor por ciento de casos con 37.9% y solo fue referida una encefalopatía hipertensiva, seguido de los infartos agudos del miocardio con un 31.2% de ellos tres casos fueron referidos siendo la patología que más casos referidos aportó en este sistema por ser complicados. Seguidos en frecuencia por la insuficiencia cardíaca con un 15.5% y ningún caso fue referido, las cardiopatías isquémicas sin IMA y el edema agudo del pulmón que resultaron con igual número de casos con un total de 7 pacientes en cada caso para un 12.1%, resultados estos que coinciden con los encontrados por diversos autores en el mundo en trabajos de morbilidad de los servicios de emergencias. Debemos recordar que la literatura no recoge las vidas salvadas por patologías específicas sino de forma general con conceptos extremadamente amplios. Pero si tenemos en cuenta el comportamiento de las enfermedades crónicas no transmisibles veremos que las enfermedades cardiovasculares ocupan los primeros lugares tanto en el primer mundo como en los países subdesarrollados.⁴²

Es de todos conocido la alta prevalencia de la hipertensión arterial en el mundo, recordando que en la década de los 70, solo se identificaba el 50% de los hipertensos y que con la voluntad de los países, el desarrollo de diferentes estrategias en dependencia de las características de cada uno, ya se ha constatado un incremento significativo en los primeros años del Siglo XXI llegando a identificarse un 70% de los mismo, de los que están con seguimiento y tratamiento un 55%. Esto conlleva a un alto por ciento de presentación de las complicaciones como es la emergencia hipertensiva, que constituyen el 30% de las consultas en servicios de emergencias. Nuestros resultados no se alejan de los reportados en el mundo si tenemos presente que en Venezuela se reporta una prevaencia de 32% para la Hipertensión Arterial, de los que se conocen el 47% y la Organización Panamericana de la Salud reporto que Maracaibo es la mayor prevaencia del continente con 49,5%.^{43, 44, 46}

En un estudio en España se determinó, que la mortalidad de la Hipertensión Arterial tiene una relación directa con el aumento de las cifras tensionales sistólicas y con la edad de los pacientes. Manifestando que los pacientes con estas condicionales predisponen a los portadores de esta enfermedad a complicaciones cardiovasculares o cerebrovasculares muy graves y mortales como son: infarto del miocardio, hemorragia cerebral, fallo cardiaco masivo o edema agudo del pulmón por citar algunas de ellas.⁴⁶

Es bueno destacar que el porcentaje de referencia fue bajo y que existieron dos patologías como la insuficiencia cardiaca y la cardiopatía isquémica que no presentaron remisiones a ningún otro centro hospitalario.

Tabla 5: Distribución de las frecuencias de vidas salvadas según las patologías digestivas y si fue referido a otra institución médica.

Patologías	Referidas		No Referidas		Total	
	#	%	#	%	#	%
Colecistitis Aguda	4	6.7	16	26.7	20	33.3
Apendicitis aguda	27	45	8	13.3	35	58.3
Sangramiento digestivo alto por ulcera gastroduodenal.	3	5	2	3.3	5	8.3
Total	34	56.7	26	43.3	60	100

En la tabla 5 donde se analiza el comportamiento de las vidas Salvadas según las patologías Digestivas y si fue referido a otra institución médica se aprecia una mayor incidencia en la “Apendicitis Aguda” con el 58.3%, seguidas de la Colecistitis Aguda con el 33.3%. La apendicitis aguda es la causa más frecuente en Cuba, Venezuela y Estados Unidos de un ataque de dolor abdominal agudo y grave que requiere una operación abdominal. Dado que los síntomas y los signos varían ampliamente, y que un retraso de la operación es tan peligroso, se acepta que casi un 15% de operaciones por apendicitis aguda conduzcan a otros hallazgos o incluso a la ausencia de hallazgos patológicos.^{34, 32,33} La Colecistitis Aguda es la afección más espectacular y característica de la patología de las vías biliares; más frecuentes en mujeres es un [proceso](#) inflamatorio que se desarrolla en la pared de la vesícula biliar, siendo la complicación más frecuente de la colecistitis crónica. Constituye uno de los cuadros de urgencia de origen De las patologías digestivas el 56.7% de las mismas fueron referida a otras instituciones de salud, predominando la Apendicitis Aguda con un 45% del total con 27 casos, seguidas de la Colecistitis Aguda con el 6.7%. Si recordamos que nuestro centro de diagnóstico integral muchas veces no contamos con los materiales quirúrgicos necesarios fue precisa la referencia a otras instituciones de salud, lo que justifica la conducta seguida en estos casos.

En un estudio realizado en el servicio de emergencia del Hospital Cayetano de Lima, Perú, se reportó un 35 % de pacientes acudieron con abdomen agudo. En este estudio la patología abdominal aguda más frecuente correspondió a la apendicitis aguda con un 17.9%, seguida de las patologías biliares.^{49, 33,34}

Es necesario destacar que los resultados en nuestro estudio son similares a los reportados en el mundo si tenemos en cuenta reportes de la Organización Mundial de la Salud en estudios sobre el abdomen agudo donde se destacó que las apendicitis ocuparon de 15 al 32 % de las patologías abdominales agudas seguidas de las colecistitis con una cifra entre 6 y 21%.^{49, 33,34}

Tabla 6: Distribución de las frecuencias de vidas Salvadas según las patologías Respiratorias y si fue referido a otra institución médica.

Patologías	Referidas		No Referidas		Total	
	#	%	#	%	#	%
Insuficiencia respiratoria por status asmático	2	4.5	3	6.8	5	11.4
Insuficiencia respiratoria post enfermedad pulmonar obstructiva crónica	1	2.3	9	20.4	10	22.7
Insuficiencia respiratoria por sepsis	2	4.5	27	61.4	29	66
Total	5	11.4	39	88.6	44	100

En la tabla 6 se puede apreciar que la mayor por ciento de vidas salvadas con enfermedades respiratorias estuvo dado por las neumopatías inflamatorias, con un 66%, si tenemos en cuenta que la gran mayoría de estos pacientes se encontraban en edades avanzadas de la vida que un proceso como estos puede comportarse como una enfermedad grave y dar al traste con la vida de los mismos, solo fue necesario referir a dos pacientes a dos pacientes pues los mismos presentaban asociado lesiones inflamatorias del pulmón compatibles con Tuberculosis, por lo que fue preciso su referencia para confirmar diagnóstico. Fueron hospitalizados en nuestro centro 39 casos de neumopatía inflamatoria para un 88.6%. Seguidos en frecuencia están las insuficiencias respiratorias post enfermedad pulmonar obstructiva crónica con el 22.7%, Estudios realizados por Harrison nos refiere Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, afecta a 16 millones de personas, su prevalencia aumentará con el envejecimiento de la población, y es la cuarta causa de muerte en EE.UU. La entidad se caracteriza por limitación del flujo de aire, progresivo e irreversible. Las exacerbaciones agudas son motivo corriente de internación; y las patologías posteriores a estos episodios con frecuencia son prolongadas, con profundo impacto en la calidad de vida y morbilidad. Debemos tener bien presente que de los pacientes que fueron internados y registrado en la categoría de sepsis respiratorias más del 65% tenían como patología de base una EPOC.³⁰ En estos pacientes que su patología está relacionada con sus hábitos tóxicos y la labor que realizaban tienen una predisposición a presentar cuadros de disnea o neumopatía a repetición en un mismo año, lo que repercute en una buena calidad de vida por consiguiente gran por ciento de su seguro se gastaría en ingresos sucesivos, gracias a la existencia de los centros de diagnósticos integrales ellos pueden

recibir una atención médica gratuita con tratamiento médico y con una calidad profesional garantizada.

Tabla 7: Distribución de las de vidas salvadas según sistema afectado y servicio donde fue atendido.

Sistema Afectado	AVA		Sala de ingreso		UCI		Total	
	#	%	#	%	#	%	#	%
Cardiovasculares	21	10.0	25	12.0	12	5.7	58	27.6
Respiratorias	20	9.5	21	10.0	3	1.4	44	20.9
Digestivas	34	16.2	23	11.0	3	1.4	60	28.6
Neurológicas	9	4.3	5	2.3	1	0.5	15	7.1
Endocrinas	6	2.8	4	2.0	1	0.5	11	5.2
Otras	11	5.2	10	4.7	1	0.5	22	10.4
Total	101	48.0	88	42.0	21	10.0	210	100

En la Tabla 7 donde se analiza la distribución de las frecuencias de vidas salvadas según las patologías más frecuentes según el sistema afectado y el servicio donde se le salvó la vida se puede apreciar que el mayor porcentaje de vidas salvadas fue en Apoyo Vital Avanzado con 101 casos tratados para un 48%, estas se corresponden con patologías que entrañan peligro para la vida del paciente sino recibe atención médica de urgencia, pero el paciente se compensa rápidamente y es posible su egreso, o en los casos como en las patologías que llevan tratamiento quirúrgico y fue necesario su referencia una vez compensado el paciente a otras instituciones de salud. En la sala de Cuidados Intensivos se les salvó la vida a 21 pacientes que representa el 10% del total de casos, con 12 vidas salvadas de causa cardiovascular para un 5.7%, seguidas de las patologías respiratorias y digestivas con igual comportamiento con un 1.4% en cada caso.

Conclusiones

En el estudio existió mayor frecuencia de vidas salvadas en el sexo masculino y el grupo etario con mayor proporción fue entre 55 a 64 años. El sistema digestivo fue el de mayor frecuencia de vidas salvadas y el sexo masculino quien aportó el mayor número de casos. El mayor por ciento de las vidas salvadas no necesitó ser referida a otras instituciones de salud. Dentro de las patologías cardiovasculares las emergencias hipertensivas arrojaron la mayor frecuencia y el mayor porcentaje no necesitó ser referido a otra institución de salud. Dentro de las patologías digestivas las apendicitis agudas fue la de mayor frecuencia de vidas salvadas, el mayor porcentaje de patologías digestivas necesito ser referida a otra institución de salud. De las patologías del sistema respiratorio la de mayor frecuencia fue la insuficiencia respiratoria por sepsis y el mayor porcentaje no necesito ser referido a otra institución de salud. El servicio de apoyo vital avanzado fue en el que con mayor asiduidad se salvaron las vidas y el sistema digestivo fue el de mayor frecuencia.

RECOMENDACIONES

Extender este estudio a otros CDI por la importancia que asume para la comunidad en el mejoramiento de su salud y calidad de vida.

Referencias bibliográficas

1. Álvarez Sintés R. y Cols. Tema de Medicina General Integral. 1ª edición. Ciudad Habana. Editorial Ciencias Médicas 2001. pp.536.
2. Sáenz de Ugarte I. Ideas y comentarios de las crisis de Oriente Medio [Sitio Web en Internet] 2012. Disponible en: < http://www.guerraeterna.com/archives/2012/11/seis_vidas_salv.html>
3. Becker G. La moralidad de la pena capital [Sitio Web en Internet] 2012. Disponible en: < <http://www.project-syndicate.org/commentary/bec9/Spanish>>
4. MADD.org. En El 20avo Aniversario De La Ley 21, Edad Mínima Legal Para Consumir Alcohol, MADD Y Los Líderes Del Congreso Exaltan Las 20,000 Vidas Salvadas [Sitio Web en Internet] 2012. Disponible en: <<http://www.madd.org/spanish/8585>>
5. OMS Mensaje del Director General. [Sitio Web en Internet] 2012. Disponible en: <<http://www.who.int/dg/lee/speeches/2012/worldaidsday2005b/es/index.html>>
6. Perancho I. Más vidas salvadas por la terapia del cáncer de mama. Salud [Seriada en Internet] 2012, Mayo, Disponible en: <<http://www.elmundo.es/suplementos/salud/617//1116021607.html>>
7. Editorial. Misión barrio adentro [Sitio Web en Internet] 2012, Abril. Disponible en: <<http://www.w3c.org/TR/REC-htm1401-19991224/loose.dtd>>
8. Ministerio de comunicación e información. [Sitio Web en Internet] 2012, Abril. Disponible en: <<http://www.w3c.org/TR/REC-htm1401-19991224/loose.dtd>>.
9. healthfinder.gov. Los cambios en el estilo de vida podrían salvar millones [Sitio Web en Internet] 2012, Oct. 4. Disponible en: <<http://www.healthfinder.gov/newsstory.asp?docID=528367>>.
10. colaboración.sld.cu. Vidas salvadas [Sitio Web en Internet] 2012, Mayo Disponible en: <<http://colaboración.sld.cu/Guatemala/vidasalvadas.htm>>.
11. Editorial. Historia de los Servicios de Emergencias. Revista Médica Herediana Rev. MedHered v.11 n.3 Lima jul. /set. 2012.
12. Universidad de San Martín de Porres. [Sitio Web en Internet] 2012. Disponible en: <<http://www.usmp.edu.pe/fmed/index.php?pag=curricula>>.
13. Sociedad Mexicana de Medicina de Emergencias. Sobrestancia Hospitalaria. [Sitio Web en Internet] 2012, Abril. Disponible en: <<http://www.smme.org.mx/resumenes/r2-4.htm>>
14. Hospital Posadas.org. El Hospital del año 2012. Revista Nuestro Hospital [Sitio Web en Internet]. Disponible en: <http://www.hospitalposadas.org.ar/revistadig/n2/1_2_2012>.
15. Graff L. Diseño y organización de las Unidades de Observación como Unidades de Dolor Torácico. Rev. ArgenCardiol; 2005, 34(1): 16-17.

16. Soberanes Ramírez L. Morbimortalidad en 10 años de atención en la unidad de cuidados intensivos del Hospital General Agustín O'Horan de Mérida, Yucatán. Rev. AsocMexMedCrit Ter Int 2006; 20 (2): 65-68
17. Sánchez J. M; Gutiérrez A. Aspectos éticos acerca de los cuidados en etapas terminales de la Unidad de Cuidados Intensivos. Rev. Cub. MedInt y Emergencia. 2004. (11) 351-364.
18. Farrera, Rozman C. Tratado de Medicina Interna.14 Edición. Madrid. Editorial Harcourt.2000 cap.13.
19. Gómez Torres JM. Morbimortalidad por trauma en la UCI. Habana .2002. Disponible en CD: ISBN 959-7164-07-8
20. Ochoa Carvajal RH. Estudio de la capacidad Resolutiva SAPU Pedro Cerpa. [Sitio Web en Internet] 2012,vol15.No.2 Disponible en:
<http://www.mapfre.com/fundaciones/es/FundacionMapfreMedicina/publicaciones/pdf/Reduccion_RMM_vol15_n2_art7.pdf>.
21. Jiménez Guerra S, Domínguez Suárez H, Núñez Martínez JF, Gómez Castellanos R. Ventilación Mecánica Artificial en una UCI Polivalente. 1998-2000. Habana.2002. Disponible en CD: ISBN 959-7164-07-8
22. Bosh X. Desde la torre de Marfil a las trincheras. La precocidad llega a la Unidad coronaria (comentario editorial) Rev. Esp. Cardiol. 2002. 51: 199-203.
23. Martínez-Sellés M, Ortiz J, Estévez A y col. Un nuevo índice de riesgo para pacientes con ECG normal o no diagnóstico ingresados en la unidad de dolor torácico. Rev. Esp. Cardiol. 2005; 58(7):782-8.
24. Martínez-Vila. E, Irimia. P. Factores de riesgo del ictus.[Sitio Web en Internet] 2012. Disponible en:
<<http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol23/biblio12/bsuple5.htm>>
25. Leyva Carralero CA, Salas Gonzáles M. Morbilidad y mortalidad de los pacientes politraumatizados atendidos en el Hospital V. I. Lenin de Holguín. Disponible en CD: ISBN 959-7164-07-8.
26. islagrande.cu. Reconocen ayuda de médicos cubanos al pueblo haitiano [Sitio Web en Internet] 12 de Febrero del 2012.Disponible en: <<http://www.cnctv.islagrande.cu/noticia>>.
27. VII Simposio Internacional de Cardiopatía Isquémica. España: 1996. Página 168-176
28. Sanz A. Cardiopatía Isquémica .En Farrera Rozman. Medicina Interna 14 Ed, Capítulo 67. España. Harcourt, 2004.
29. Chatterjee, K. Ischemic Heart Disease. En: Stein J.H.InternalMedicine.Fourth Edition .Chicago: Mosby, 2001: Pagina 149-158.
30. Rogers W. J Enfermedad Coronaria. Angina de Pecho .En: Cecil, Bennett J. C.Plum, Fred. Tratado de Medicina Interna .20 Edición Volumen 1. México. Megraw-Hill. Interamericana.2001.Pagina 337-343.

31. Clancy M. Chest pain units. BMJ 2002; 325; 116-117.
32. Roca, R; Smit, V. Paz, E., Losada J.; Serret B.; Llamo N. Cardiopatía Isquémica En: Roca.G R.Temas de Medicina Interna. 4 ED. Cuba. Editorial Ciencias Médicas; 2002:392-4.
33. Delgado G, Aymerich N, Herrera MI Hemorragia intracerebral. Disponible en: <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol23/suple3/suple9.htm>. 2012
34. Van,Dumburg,RT;Van,Miltenburg V.,Van,Zijil,AJ; Veerhuelk,RJ; SI Meens, ML Unstable Angina: Good long-term outcome after a complicated early course. J. AM. Coll. Cardiol. 2000;31 y 1534-9.
35. Colectivo de autores. Manual de Diagnóstico y Tratamiento en Especialidades clínicas. 1era Edición. Ciudad Habana. Editora Política. 2002. pp.260.
36. Jiménez S.D. Morbilidad y Mortalidad en una Unidad de Cuidados Intensivos. Rev. Cub. Med. Int. Emergencia 2003; 2(4) pp.45.
37. Bembibre R. Cruz de los santos, H, Rodríguez L. Aplicación de Puntaje en pacientes con enfermedad cerebrovascular. Rev. Cubana Med. 2002; 41 (3): 135.
38. Mendoza BF. Dolor torácico en el servicio de urgencias: "un reto por enfrentar" Rev. Col. Cardiol. 2003; 10: 455-464.
39. Álvarez Z., Ferrer I. Molina F., Barco V. Caracterización de la mortalidad en la unidad de cuidados intensivos. Año 1998. Rev. Cubana Med 2003; 39(4): 222-7.
40. Lee TH, Goldman L. Evaluation of the Patient with Acute Chest Pain. The New England Journal of Medicine; 2000, 342: 1187-1195.
41. Suárez J.C, Rodríguez L. Enrique C.L., Columbié R. Comportamiento del Infarto agudo del miocardio en la Unidad de Cuidados Intensivos. Enero- Diciembre 2000. Rev. Cub. Med: 2002; 41(1):25-8.
42. Mendoza BF. Dolor torácico en el servicio de urgencias: "un reto por enfrentar" Rev. Col. Cardiol. 2003; 10: 455-464.
43. OPS-OMS Análisis Preliminar de la Situación de Salud en Venezuela. OPS-OMS Venezuela: 2000
44. Botto F, Arduin M., Courtade P y col. Dolor precordial en la guardia: ¿un problema resuelto? Utilidad de la Unidad de Diagnóstico Intensivo. Rev. ArgenCardiol 2000; 68:193-202.
45. Merbilhaa RE. La radiografía de tórax en la Unidad de Dolor Torácico. Rev. ArgenCardiol; 2005, 34(1): 82-85.
46. Sociedad Española de Hipertensión Arterial. Hipertensión Arterial. Parte A. Pag (8 – 12). 2004.
47. Sociedad Española de Hipertensión Arterial. Guía Española de Hipertensión Arterial. 2005.
48. Leyva C.A, Salas M. Morbilidad y Mortalidad de los pacientes politraumatizados atendidos en el Hospital V.I Lenin de Holguín, de enero- noviembre 1998. Habana 2002.Disponible en CD.ISBN 959-7164-07-8.

49. Bertot DS, Kharash M: Evaluation of the patients with closed head trauma: An evidence based approach. EmergMedClinics of N América. 2004; 17(1):9-23.
50. KitazakiTakano S.Morbilidad en la Unidad de Cuidados Intensivos del Municipio de Batabanó. Revista de Ciencias Médicas. La Habana 2006; 12(1).
51. Instituto Nacional de la Salud. España.. Análisis de las urgencias hospitalarias. Madrid: Hospital Cruz Roja 2000: 6-12.

□