

MORTALIDAD EN UNA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA. ANÁLISIS DE UN AÑO

Mortality in an intensive care unit. Analysis in a year

Dr. Asmell Ramos Cabrera^I; Dr. Héctor Oscar Victoria Bárzaga^{II}

- I. Especialista de I Grado en Medicina Interna. Profesor Instructor. Hospital Clínico Quirúrgico Docente Provincial "Octavio de la Concepción y la Pedraja"*
- II. Especialista de I Grado en Dermatología. Profesor Instructor.*

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo, con el objetivo de determinar el comportamiento de la mortalidad en la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Militar de Camagüey, desde el 1 de enero de 2005 al 1 de enero de

2006. La fuente primaria estuvo constituida por las historias clínicas de los pacientes egresados del servicio, se realizó la tabulación de los datos y el procesamiento estadístico, se encontraron como principales indicadores 225 pacientes egresados, de ellos fallecidos 138, para el 61.3 %. El 75 % de los ingresos procedió de la Unidad de Cuidados Intensivos Emergentes, el resto provino fundamentalmente de los servicios de Medicina (15 %) y Cirugía (10%). Las variables edad y enfermedad intercurrente fueron las de mayor incidencia en la mortalidad, se identificaron factores subjetivos modificables como el ingreso de todo paciente grave independientemente de la no reversibilidad de su estado, criterios de no gravedad y tiempo para la admisión o traslado a sala de terapia intensiva.

DeCS: unidades de terapia intensiva/ estadísticas & dato numérico; mortalidad

ABSTRACT

A descriptive study with the objective to determine the behavior of mortality in the Intensive Therapy Unit at the Military Hospital of Camagüey, was carried out from December 31st, 2004 to January the 1st, 2006. The primary source was constituted by the clinical recordings of the patients discharged of the service, data tabulation and the statistical processing was carried out, being found as main indicators that 225 discharged patients, of these 138 dead, representing the 61.3%. The 75% of the admissions proceeded of the emerging intensive care unit, the remainder fundamentally came from the medicine (15%) and surgery services (10%). The variables age and intercurrent illness were those of greater incident in the mortality, modifiable subjective factors were identified; as the admission of every serious patient independently of not reversible of their state, not dangerous criteria and time for the admission or transfer to the intensive therapy room.

INTRODUCCIÓN

La Medicina como ciencia es una especialidad relativamente joven, ha estado vinculada desde sus inicios al desarrollo humano, y los cuidados intensivos como especialidad médica han sido quizás su máxima expresión, transitando por etapas en que con algunos aportes científicos y tecnológicos se lograban fabulosos resultados asistenciales, hasta otras más recientes donde se cuestiona el hasta dónde llegar con los medios invasivos, cuándo prolongar la vida agónica de un paciente y tomar un órgano para donación. Los retos éticos y filosóficos han sido particularmente fuertes para el personal que se desempeña en la atención al paciente grave y aún en el siglo XXI existen diferencias acerca de los criterios de admisibilidad, reversibilidad, riesgo, beneficio y se redefinen términos como eutanasia pasiva y activa.

Los cuidados intensivos al escapar de los recintos universitarios y hospitales privados del primer mundo, han masificado los costos haciéndolos pender cual espada de Damocles sobre el personal que presta el servicio, exigiendo de estos que atiendan mayor cantidad de pacientes, con menor tiempo de hospitalización, más número de años y mayor cantidad de enfermedades crónicas asociadas. La ansiedad suscitada por la experiencia de la muerte se configura con el componente esencial de la relación enfermo terminal-familia-equipo de salud.¹

La responsabilidad que supone desempeñar el papel de elector de uno entre varios pacientes “elegibles” para ser admitidos en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) es enorme, pues aunque todos son merecedores de ello por su propia condición de seres humanos, y con un valor intrínseco

no expresado en términos relativos.² La cuestión de qué enfermos deben admitirse en las unidades de terapia intensiva (UTI), la determinación del grado de agresividad de los tratamientos y cuándo dar estos por terminados, hacen que la selección, admisión y alta constituyan dilemas permanentes que deben solventarse con el enfermo, sus familiares y con los comités éticos de cada centro.³

Se han logrado avances en reanimación, ventilación mecánica, tratamiento de la sepsis y nutrición parenteral. Los nuevos retos que se presentan son mejorar los avances conseguidos; definir índices de gravedad más precisos que permitan una mejor selección de los criterios de ingreso y las medidas a aplicar; resolver los problemas éticos, morales, legales y económicos, y por último, lograr extender el valor formativo de la medicina intensiva a la docencia de estudiantes y médicos.⁴

Es pregunta recurrente si existe un límite permisible de mortalidad para las UTI. Cada vez que se obtienen logros para aumentar la supervivencia de los pacientes la naturaleza siempre reacia a ceder terreno contra ataca, en los años 70-80 los brotes de sepsis estafilocócica meticillin resistente, luego la invasión y colonización de los dispositivos protésicos; unido a la creciente e incontrolada resistencia antimicrobiana, que entre otros perjuicios ha disminuido la esperanza de supervivencia en los pacientes transplantados. Este panorama se ha complicado tras la aparición del sida y el surgimiento de enfermedades reemergentes y emergentes como el síndrome de dificultad respiratoria aguda severa.

El objetivo de nuestro estudio es conocer el comportamiento de la mortalidad en la UTI de nuestro hospital.

MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo, explicativo y cuantitativo desde el 1 de enero de 2005 hasta el 1 de enero de 2006 para conocer el comportamiento de la mortalidad en la UTI. El universo estuvo constituido por 225 pacientes egresados de este servicio. La muestra coincidió con el universo. La fuente primaria de información se obtuvo del libro de registro de egresos del servicio de terapia, que radica en el departamento de Estadísticas y la fuente secundaria estuvo dada por la utilización de las HC de los egresados. Se incluyeron en el estudio todas las historias clínicas que estuvieran en buen estado y brindaran información sobre el ingreso y el egreso. Se excluyeron las HC que no cumplieron con estos criterios.

Se estudiaron las siguientes variables:

-Total de pacientes egresados vivos de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI-UTI).

-Total de pacientes egresados vivos de Unidad de Cuidados Intermedios (UCIM).

-Total de pacientes egresados fallecidos de UCI.

-Total de pacientes egresados fallecidos de UCIM.

-Servicio de procedencia

-Tiempo transcurrido entre el ingreso en el hospital y su traslado a las Salas de Cuidados Intensivos

- Edad

-Existencia de enfermedades intercurrentes.

Se definió como enfermedades intercurrentes las nosológicas, generalmente crónicas que inciden de forma negativa sobre el estado de

salud y recuperación del paciente, tales como los antecedentes de cardiopatía isquémica, historia de diabetes mellitus o de tolerancia a la glucosa alterada, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, estado de inmunodeficiencia conocida, cirrosis hepática, insuficiencia renal crónica y enfermedad cerebrovascular previa. La información se procesó mediante el paquete estadístico spss para Windows xp, en un ordenador personal P4 con el programa Excel. Se determinó en estadística descriptiva distribución de por ciento.

RESULTADOS

La mortalidad encontrada en el servicio de terapia intensiva en el período evaluado fue de 138 fallecidos, de estos 101 procedían de la UCIM para un 73 %, la UCI tuvo en igual período 37 decesos para el 27 % del total de fallecidos. El análisis por secciones arrojó que el 55.2 % de los ingresados en la UCIM fallecieron, al igual que el 88 % de los de la UCI, de forma global el 61.3 de los ingresos en el servicio falleció. La relación de egresados vivos-egresados fallecidos fue de 1.6 a 1 (Tabla 2).

Tabla 1. Mortalidad al egreso de la UTI por secciones

Procedencia	Total	Vivos	%	Fallecidos	%
UTI	225	87	38.7	138	61.3
UCIM	183	82	44.8	101	55.2
UCI	42	5	12	37	88

Fuente: Historia clínica

Existió una fuerte relación entre la cantidad de años, la existencia de enfermedades intercurrentes y el número de fallecidos en el servicio de terapia (Tabla2).

Tabla 2. Enfermedades intercurrentes y mortalidad

Enfermedad	No. Mortalidad	Mortalidad %
Sin enfermedad	2	1.5
Con una enfermedad	26	18.8
Con dos o más enfermedad	110	79.7

Fuente: Historia clínica

Se determinó que existen factores subjetivos que pueden ser modificables y que repercuten en los índices de mortalidad.

DISCUSIÓN

En el estudio se encontró un total de 225 egresados durante el periodo de un año, cifra similar a los 285 descritos por *David Jiménez*⁵ en el Hospital Militar de Matanzas. De nuestra serie 183 provenían de UCIM y 42 de UCI. En cuanto a la mortalidad el total fue de 138, para el 61.3 % del total de egresados, lo que resultó superior a las descritas en la literatura revisada.⁵⁻⁸ Por unidades la UCIM contó con 101, con el 55.2 % de sus egresos y la UCI cerró con 37 para el 88 % de sus altas.

En relación con el lugar de procedencia de los pacientes egresados, 175 procedían de la Unidad de Cuidados Intensivos Emergentes (UCIEM) 77.8 %, lo que coincide con los reportes revisados,⁴⁻⁷ 25 del servicio de Medicina (11.2 %), 15 de Cirugía (6.6 %) y otros 10 de otros servicios, así como traslados de otros centros asistenciales. Falleció el 66.3 % de los casos recibidos de la UCIEM, un 60 % de los provenientes de Medicina, el 27 % de los recibidos de Cirugía y el 30 % de los admitidos de otros sitios. El 89.9 % de los fallecidos se encontraban en el intervalo entre 61-75 y más de 75 años, existió coincidencia plena con lo descrito por otros autores.⁴⁻⁸

El 79.7 % presentaban dos o más enfermedades intercurrentes al momento de su entrada a la UTI y cuando se analizó su interdependencia con los grupos etáreos se determinó que el 91% de las pacientes fallecidos comprendidos en los grupos superiores a 60 años tenían dos o más enfermedades intercurrentes, toda la información recogida coincidió en ese aspecto.⁹⁻¹²

180 personas ingresaron en las primeras 24 h, 27 en el lapso de 48-72h y 18 en un momento posterior a las 72h, en la revisión del tema no se encontró bibliografía al respecto. De estos ingresos, el 64 % de los ingresados a las 24h falleció, igual suerte corrió el 59 % del personal que ingresó dentro de las 48-72 h y el 33 % del admitido en la UTI a partir de las 72h.

Es alto el número de fallecidos tanto global como por secciones, si esta se compara con la literatura verificada;^{2-4,8} los siguientes son factores modificables no dependientes de recursos materiales que repercuten en la mortalidad de la UTI:

Se pretende en nuestro centro que fallezcan todos los pacientes en el servicio de terapia.

Se estimula el ingreso de todo paciente grave en este servicio, independientemente de la reversibilidad o no de su enfermedad.

Ingresan en sala abierta pacientes graves (no clasificados como tal) o potencialmente graves que pudieran haber ingresado directamente en las salas de terapia.

En ocasiones se demoran los traslados de los pacientes de áreas abiertas a cerradas y llegan en deplorable estado de salud. Existiendo lentitud en el proceso definición-ratificación-traslado.

En el trabajo de *Ernesto P*² se comentan los ingresos científicos, administrativos y sociales y cómo estos repercuten en la morbimortalidad en la UCI, por lo que no es un fenómeno nuevo ni exclusivo de nuestra institución.

La decisión de ingresar un paciente grave con irreversibilidad de su proceso morboso y que inexorablemente va a morir independientemente de la intervención médica es un tema polémico, para algunos no debiera ocurrir,²⁻⁴ aunque para otros sí,^{2,3} el número de los que abogan por cumplir con la atención y no excederse en la instrumentación es mayor.

Se estima como límite “aceptable” hasta un 45 % de fallecidos,⁵⁻⁸ aunque no existen normas al respecto por lo variadas que son las terapias, lo diverso de sus estándares de evaluación, y lo difícil de su homogenización y extrapolación al no existir prácticamente dos unidades de terapias iguales. La mayoría de estos pacientes fallecieron con daño múltiple de órganos, coincidiendo con los reportes revisados.¹³⁻¹⁵

Los cuidados intensivos tienen dos objetivos: salvar la vida de los pacientes con padecimientos médicos o quirúrgicos potencialmente fatales, pero reversibles, y ofrecer a los agonizantes una muerte serena y digna.^{16,17} Es posible mejorar los estándares, basándose en la adecuada selección y clasificación, homogenización mediante el empleo de scores, protocolización de los tratamientos y sistematicidad en lo planteado anteriormente.

El siglo XXI ya transcurre, el abordaje de los problemas médicos es integral y multifactorial, la medicina basada en la evidencia científica se impone, es

imposible trabajar de espaldas al progreso. Los cuidados son intensivos por la magnitud con la que se prestan, por la cualidad intrínseca que comportan y la continuidad que merecen los mismos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Guinart Zayas N. How to give attention to the terminal patient's family. Rev. Cubana Med Gen Integr 2006; 22(1).
2. Piferrer Ruiz EM, Suárez Núñez E, Hernández Rodríguez HP. Toma de decisiones médicas para ingreso en una unidad de cuidados intensivos. MEDISAN 2001; 5(1):62-7.
3. The Washington Manual o f Medical Therapeutics 50th edition Copyright © 2001
4. Chamberlain DA, Cummins RO. Advisory statements of the International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR). Resuscitation 2002; 34:99-100.
5. Jiménez Guerra SD. Morbilidad, mortalidad y letalidad en una Unidad de Cuidados Intensivos Polivalente. Rev. Cubana de Med Intensiva y Emergencias 2004; (1)
6. Álvarez Figueredo Z, Iraola Ferrer MD, Molina Díaz F, Barco Díaz V. Caracterización de la mortalidad en la Unidad de Cuidados Intensivos. 1998 Rev. Cubana Med 2000; 39(4):222-7.
7. García Delgado M, Rivera Fernández R, Ruiz-Ruano R, Fernández Mondéjar E. Análisis de mortalidad en una Unidad de Cuidados Intensivos neurotraumatológica según el sistema APACHE III. Med Clin Barc 2001; 117(12): 446 – 51.
8. Márquez Capote E, Morales Larramendi R, Pérez Sánchez G. Validación del sistema de pronóstico: modelo predictor de la mortalidad II Hospital Provincial Docente “Saturnino Lora”. MEDISAN 2003; 5(4):18-25.

9. Pérez Assef1 A, Oliva Pérez M, Calixto Augier D, Díaz Mayo J. Mortalidad hospitalaria en pacientes ingresados. Rev Cub Med Int Emerg 2003; 2(2-7).
10. Jiménez Guerra SD. Morbilidad, mortalidad y letalidad en una Unidad de Cuidados Intensivos polivalente. Rev Cub Med Int Emerg 2003; 2(4).
11. Rocha JF, Santos M, Espinosa A. El anciano críticamente enfermo. Temas de Gerontogeriatría. Cienfuegos: Finlay; 2003.p. 81-94.
12. Domínguez Perera MA. Algunas consideraciones bioéticas en el paciente crítico. Rev Cub Med Int Emerg 2003; 2(84-92).
13. Carral Novo JM, Parellada Blanco J, Chávez Pérez E. Problemática social de los trasplantes de órganos. Rev.Cubana de Medicina Intensiva y Emergencias 2006; 5(1).
14. Sanz Ortiz J, Gómez Batista X, Gómez Sancho, M Núñez Olarte JM. Cuidados paliativos. Madrid: Editorial Ministerio de Sanidad y Consumo; 2004.
15. Jiménez Guerra SD. Morbilidad, mortalidad y letalidad en una unidad de cuidados intensivos polivalente. Rev Cub Med Int Emerg 2003; 2 (4).
16. Jenicek M. Análisis de decisión y toma de decisiones en Medicina. Más allá de la innición, el coraje y el olfato. En: Epidemiología. La lógica de la medicina moderna. Barcelona: Masson; 2004; 317-47.
17. Gutiérrez Fernández FM, Gutiérrez Núñez CA. Limitación del esfuerzo terapéutico en Medicina Intensiva. Rev Cub Med Int Emerg 2003; 2 (4).

Recibido: 8 de enero de 2007.

Aceptado: 11 de abril de 21007.

Dr. Asmell Ramos Cabrera. Especialista de I Grado en Medicina Interna. Profesor Instructor. Hospital Clínico Quirúrgico Docente Provincial "Octavio de la Concepción y la Pedraja"

