

Tendencias de egresos hospitalarios en Sala de Cuidados Intensivos del Hospital Clínicoquirúrgico Docente "Dr. Ambrosio Grillo Portuondo"

Tendencies of hospital discharges in the Intensive Care Unit of "Dr. Ambrosio Grillo Portuondo" Teaching Clinical Surgical Hospital

MsC. Pedro Manuel Pacheco Quintana,¹ Dra. C. Carmen Cecilia Pacheco Quintana,² MsC. Carmen María Berenguer Guarnaluses,³ MsC. Lázaro Jorge Berenguer Guarnaluses⁴ y Lic. Alma María Díaz Berenguer⁵

¹ Especialista de I Grado en Cardiología y en Medicina Intensiva y Emergencias. Máster en Urgencias Médicas. Instructor. Hospital Clínicoquirúrgico Docente "Dr. Ambrosio Grillo Portuondo", Santiago de Cuba, Cuba.

² Especialista de II Grado en Medicina General Integral. Doctora en Ciencias Pedagógicas. Profesora Asistente. Máster en Salud Pública y en Atención Primaria de Salud. Facultad de Ciencias Médicas No.1, Santiago de Cuba, Cuba.

³ Especialista de II Grado en Medicina General Integral y de I Grado en Pediatría. Máster en Atención Primaria de Salud y en Atención Integral al Niño. Profesora Auxiliar. Facultad de Ciencias Médicas No.1, Santiago de Cuba, Cuba.

⁴ Especialista de I Grado en Medicina Interna. Máster en Urgencias Médicas. Instructor. Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso", Santiago de Cuba, Cuba.

⁵ Licenciada en Gestión de Información en Salud. Facultad de Ciencias Médicas No.2, Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

Se efectuó una investigación de servicios de salud, longitudinal y retrospectiva, de 2 467 pacientes ingresados en la Sala de Cuidados Intensivos del Hospital Clínicoquirúrgico Docente "Dr. Ambrosio Grillo Portuondo" de Santiago de Cuba, en el quinquenio 2003-2007, para determinar las tendencias de los egresos de dicha Unidad y su relación con algunas variables de uso hospitalario. Las tasas de ese indicador disminuyeron en el lustro, predominantemente en los casos de hombres y ancianos. El índice de masculinidad tendió al incremento y la estadía promedio no excedió de 5 días. El traslado de otra sala para este Servicio constituyó la causa más frecuente de ingresos, lo cual coincidió con los motivos de egreso. Las tasas de mortalidad hospitalaria decrecieron, contrariamente a lo ocurrido en relación con el pronóstico de muerte de las féminas.

Palabras clave: Sala de Cuidados Intensivos, egreso hospitalario, mortalidad hospitalaria, pronóstico de muerte, atención secundaria de salud

ABSTRACT

A longitudinal and retrospective investigation of health services was carried out in 2 467 patients who were admitted to the Intensive Care Unit of "Dr. Ambrosio Grillo Portuondo" Teaching Clinical Surgical Hospital from Santiago de Cuba, in the five year period 2003-

2007, to determine the tendencies of discharges in this institution and their relationship with some variables used in the hospital. The rates of that indicator decreased in the 5 years period, predominantly in the cases of men and aged patients. The masculinity index increased and the average stay didn't exceed 5 days. The transfer from another Service to this unit constituted the most frequent cause for admissions, which coincided with the reasons for discharge. The rates of hospital mortality decreased, contrarily to what happened in relation to the death prognosis in the female sex.

Key words: Intensive Care Unit, hospital discharge, hospital mortality, death prognosis, secondary health care.

INTRODUCCIÓN

La atención al paciente grave data de épocas remotas, pero su perfeccionamiento ha sido inexorablemente progresivo.¹ Las experiencias con la guerra de Viet Nam llevaron a Estados Unidos de Norteamérica y Francia a preparar todas las condiciones para la aplicación de sistemas de urgencias en tiempos de paz, que sentaron las pautas de modelos internacionales y fueron introduciéndose paulatinamente en otros países.

A los efectos, la medicina intensiva es una especialidad médica dedicada al suministro de soporte vital o a los sistemas orgánicos en personas críticamente enfermas, quienes suelen requerir también niveles de supervisión y monitorización intensivos.^{2,3} En consecuencia, mueren todavía muchos pacientes en esos servicios de asistencia.

Un requisito previo a la admisión en una unidad de cuidados intensivos (UCI) es que la condición subyacente pueda ser eliminada; por tanto, en estos casos el tratamiento solo se aplica para ganar tiempo con la finalidad de que la situación de salud aguda pueda ser resuelta.⁴ Muchas veces, en los servicios de Anestesiología y Reanimación se encargan de cuidar a los pacientes críticos, generalmente después de intervenciones quirúrgicas; sin embargo, en determinados hospitales existe un grupo especial de médicos que ejercen en como intensivistas.⁵

En algunos países de Europa y Norteamérica, la atención de urgencia es realizada por profesionales que se dedican exclusivamente a ello, pues son debidamente preparados en las etapas de posgrado para brindarla, de manera que la Emergenciología se ha convertido en una especialidad médica. Ciertos hospitales de España brindan cursos obligatorios para todos los alumnos en el último año de la carrera y para los especialistas en formación, antes de incorporarse al centro sanitario, con el objeto de prevenir errores vitales y alterar la dinámica asistencial.^{6,7}

La mayoría de los médicos opina que los grandes beneficios de las UCI deberían reservarse para aquellos pacientes que pueden mejorar, es decir, que tienen una "perspectiva razonable de recuperación."^{6,8,9}

Muchas instituciones de salud han respondido a este desafío con la creación de unidades de cuidados intermedios, o sea, de menor complejidad o descarga, capaces de proporcionar cuidados que se ajusten a las necesidades de cada paciente. Se plantea incluso que pueden reducir los costos, optimizar el uso de aquellas donde se atiende con medidas intensivas, evitar las readmisiones y disminuir la tasa de mortalidad hospitalaria.^{10,11}

La ejecución de investigaciones científicas encaminadas a estudiar aspectos relacionados con la atención al paciente grave, debe ser estimulada no solo con un fin académico, sino para que sus resultados se utilicen en la toma de decisiones más acertadas.

En el hospital donde labora el autor principal se ofrece atención médica especializada a pacientes de la provincia de Santiago de Cuba, por lo cual se consideró necesario analizar las tendencias de los egresados de su sala de cuidados intensivos, debido a la alta demanda asistencial y docente en este centro sanitario.

MÉTODOS

Se realizó una investigación de servicios de salud, longitudinal y retrospectiva, para determinar las tendencias de los pacientes egresados de la Sala de Cuidados Intensivos y su relación con algunas variables de utilización institucional, pertenecientes al Hospital Docente Clínicoquirúrgico "Dr. Ambrosio Grillo Portuondo" de la provincia de Santiago de Cuba durante el quinquenio 2003-2007.

El universo de trabajo estuvo constituido por la totalidad de los pacientes que requirieron los servicios intensivos de la unidad.

- Definición y operacionalización de las variables
 1. Dependiente: egresos de la mencionada sala
 2. Independientes
 - Tasa específica de egresos hospitalarios por edad (TEE)
 - Tasa específica de egresos hospitalarios por sexo (TES)
 - Índice de masculinidad (IM): cuantitativa continua, calculado según días estadía/ egresos
 3. Algunos indicadores de uso hospitalario
 - Tiempo promedio de estadía hospitalaria (PE): cuantitativa continua, calculado según días estadía/egresos
 - Tasa de ingreso hospitalario (TIH)
 - Directo: proveniente del Servicio de Urgencias del propio hospital
 - Traslado: Ingresado en cualquiera de los servicios del hospital y luego trasladado a cuidados intensivos, independientemente de la causa
 - Tasa de egreso hospitalario según motivo (TE)
 - Tasa bruta de mortalidad en Sala de Cuidados Intensivos (TBM)
 - Tasa de mortalidad según sexo en Sala de Cuidados Intensivos (TMS)

Para procesar los datos obtenidos se utilizó el paquete estadístico SPSS 11.5.1; se emplearon el porcentaje como medida de resumen, el promedio y las tasas, así como se indicó el valor significativo por medio de $p \leq 0,05$.

RESULTADOS

En la **tabla 1** se muestran los incrementos de las tasas según edad en mayores de 60 años, pues de 651 egresos (tasa de 26,4 X cada 100 egresos) se elevaron a 989 (tasa de 40,2 X cada 100 egresos) en todo el periodo estudiado.

Tabla 1. *Tendencias de egresos según grupos de edades*

Años/edad	Pacientes											
	Menos de 40		40-49		50-59		60-69		70 y más		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
2003	72	11,6	64	10,3	68	11,0	132	21,3	284	45,8	620	25,1
2004	48	9,5	61	12,0	58	11,5	142	28,1	197	38,9	506	20,5
2005	42	8,9	35	7,4	56	11,8	118	24,9	222	47,0	473	19,2
2006	55	10,5	72	13,8	79	15,1	163	31,2	153	29,4	522	1,1
2007	29	8,4	52	15,0	36	10,4	96	27,7	133	38,5	346	14,1
Total	246	9,9	284	11,5	297	12,0	651	26,4	989	40,2	2 467	100,0

p < 0,05

(%) Tasa específica por edad (TEE)

En las tendencias según sexo, el masculino alcanzó una tasa de 52,2 X 100 cada egresos, con 1 288 pacientes; la del femenino tendió a elevarse, con 1 179 y una tasa de 47,8.

En la Sala de Cuidados Intensivos (**tabla 2**), el mayor número de pacientes (1 377, para 55,8 %).permaneció internado menos de 5 días como promedio.

Tabla 2. *Promedio de estadía de en Sala de Cuidados Intensivos*

Años/pacientes	Tiempo de estadía promedio						Total	
	Menos de 5 días		5 - 7 días		Más de 7 días		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%		
2003	317	51,1	220	35,5	83	13,4	620	25,1
2004	294	58,1	148	29,2	64	12,7	506	20,5
2005	284	60,0	120	25,4	69	14,6	473	19,2
2006	289	55,4	128	24,5	105	20,1	522	21,1
2007	193	55,8	76	22,0	77	22,2	346	14,1
Total	1377	55,8	692	28,0	398	16,2	2 467	100,0

p < 0,05

Las tasas de ingresos en la Sala según procedencia (**tabla 3**): 66,0 X cada 100 ingresos, fueron el resultado de 1 629 pacientes trasladados de otros servicios del hospital, con tendencia regular y creciente, sobre todo en el bienio 2006-2007: 381 y 248, para tasas respectivas de 73,0 y 71,7.

Tabla 3. Ingresos en la Sala de Cuidados Intensivos según procedencia

Años/pacientes	Tasa de ingreso hospitalario				Total	
	Directo		Traslado		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%
2003	247	39,8	373	60,2	620	25,1
2004	187	37,0	319	63,0	506	20,5
2005	165	34,9	308	65,1	473	19,2
2006	141	27,0	381	73,0	522	21,1
2007	98	28,3	248	71,7	346	14,1
Total	838	34,0	1629	66,0	2 467	100,0

p < 0,05

Los motivos de egreso más frecuentes (**tabla 4**) fueron: traslados de 1 664 pacientes hospitalizados, para una tasa de 67,5 X por cada 100 egresados del Servicio, con tendencia creciente; y las defunciones: 450, para una tasa de 18,2.

Tabla 4. Tendencias en la Sala de Cuidados Intensivos según motivo del egreso

Años/pacientes	Motivo del egreso						Total	
	Traslado		Defunción		Alta voluntaria		No.	Tasa
	No.	Tasa	No.	Tasa	No.	Tasa	No.	Tasa
2003	425	68,5	99	20,0	96	15,5	620	25,1
2004	317	62,6	117	23,2	72	14,2	506	20,5
2005	325	68,7	77	16,3	71	15,0	473	19,2
2006	370	70,9	84	16,1	68	13,0	522	21,1
2007	227	65,6	73	21,1	46	13,3	346	14,1
Total	1 664	67,5	450	18,2	353	14,3	2 467	100,0

p < 0,05

En esta Sala (**tabla 5**) fallecieron 16-18 pacientes como promedio por cada 100 ingresados.

Tabla 5. Mortalidad hospitalaria en Sala de Cuidados Intensivos

Años/pacientes	Mortalidad hospitalaria				Total	
	Ingresos		Fallecidos		No.	Tasa
	No.	Tasa	No.	Tasa	No.	Tasa
2003	521	84,0	99	16,0	620	25,1
2004	389	76,9	117	23,1	506	20,5
2005	396	82,9	77	17,1	473	19,2
2006	438	81,3	84	18,7	522	21,1
2007	273	83,8	73	16,2	346	14,1
Total	2017	81,7	450	18,3	2 467	100,0

p < 0,05

DISCUSIÓN

La atención especializada al paciente grave es uno de los propósitos que ha logrado cumplirse de forma más exitosa en las instituciones del país; por tanto, se impone conseguir que el conocimiento y modo especial de atenderle, rebase el marco de los grandes hospitales para que disminuya el tiempo de su llegada a ese Servicio.¹²

En esta casuística predominaron los ancianos. A medida que la expectativa de vida aumente, estos grupos adquirirán mayor importancia como objeto de la atención médica, dado que presentan características particulares, entre ellas mayor morbilidad y fragilidad sociobiológica. Algunos autores ^{13,14} afirman que entre 10-25 % de los ingresos hospitalarios son generados por senescentes.

Se entiende fácilmente que una de las mayores necesidades de la población geriátrica está relacionada con la atención a su salud. Por tal motivo resulta imprescindible trazar estrategias en los servicios de cuidados intensivos, que den respuestas a las demandas de curación y rehabilitación de estos grupos poblacionales.

Aunque prevaleció el sexo masculino, se hizo evidente la tendencia del femenino al incremento. Jiménez ¹⁵ halló en su serie una preponderancia de varones ingresados, fundamentalmente de 60 a 79 años.

La primacía de las mujeres en los ingresos hospitalarios es una tendencia que está produciéndose en casi todos los países, presumiblemente atribuible a mayor supervivencia de las féminas y una conducta favorable hacia la búsqueda de atención médica, debida en parte a su mayor contacto con prestadores de servicios. ¹³

El índice de masculinidad mostró una tendencia al aumento, sobre todo en 2006, cuando alcanzó su máximo valor, pues por cada un hombre egresado de la sala de cuidados intensivos, casi 2 mujeres egresaron en igual período; sin embargo, en un estudio realizado en Cataluña ¹⁶ en 2007 se encontró una mayor frecuencia de hospitalizaciones de hombres, con aumento a medida que avanzaba la edad. Esta diferencia en patrones por género podría estar relacionada con una estructura demográfica particular, así como también con las expectativas de vida de cada región. ¹⁶

El promedio de permanencia en la sala fue menor de 5 días, lo cual evitó complicaciones consecutivas a la hospitalización, como igualmente se ha informado en otros estudios similares. ¹⁷⁻¹⁹

La importancia de este indicador de ingreso en sala de cuidados intensivo estriba, en que obviamente los pacientes que han recibido una atención especializada previa a pesar de la gravedad, se reciben en mejores condiciones clínicas lo que repercute en un mejor pronóstico. Esto coincide con estudios encontrados, que explican la utilización de estos servicios por la oferta que prevalece en las instituciones de salud y por el tipo de enfermedades que siguen el perfil epidemiológico descrito por diversos autores. ¹⁷

El objetivo de las unidades de cuidados intensivos es modificar la mortalidad ocasionada por la aparición de insuficiencias agudas de uno o más sistemas orgánicos; no obstante, en la práctica se manejan diversos criterios, tales como factores ético-morales, disponibilidad de camas, ausencia de áreas de monitoreo intermedio y otros, que elevan los costos hospitalarios. ¹⁹

La mortalidad hospitalaria es el indicador que refleja la probabilidad de un paciente internado de fallecer antes de su egreso. Como cabe suponer, este se sitúa en posición desventajosa en las salas de cuidados intensivos, pues su análisis debería ser multifactorial.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kahn JM, Goss CH, Heagerty PJ, Kramer AA, O'Brien CR, Rubenfeld GD. (2006). Hospital volume and the outcomes of mechanical ventilation. *N Engl J Med*; 355(1): 41-50.
2. Manthous CA, Amoateng-Adjepong Y, al-Kharrat T, Jacob B, Alnuaimat HM, Chatila W, Hall JB. Effects of a medical intensivist on patient care in a community teaching hospital. *Mayo Clin Proc* 1997; 72(5):391-9.
3. Hanson CW, Deutschman CS, Anderson HL 3rd, Reilly PM, Behringer EC, Schwab CW, Price J. Effects of an organized critical care service on outcomes and resource utilization: a cohort study. *Crit Care Med* 1999; 27(2):270-4.
4. Rodríguez Martínez HO. Causas de ingreso en la Clínica Los Helechos. <<http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=50580>>[consulta: 18 enero 2011].
5. González Velázquez A, Monteserin Alfonso O, Álvarez Dube E. Morbimortalidad en terapias intensivas de los Centros Diagnósticos del estado Sucre, Venezuela, 2006. <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/urgencia/115_-_morbimortalidad_en_terapia_intensiva_cdi_del_estado_sucre_2006.pdf>[consulta: 18 enero 2011].
6. Vinko T. Admisión y alta a unidades de cuidados intensivos. Chile. 2008 <<http://escuela.med.puc.cl/publ/MedicinaIntensiva/Admision.html>>[consulta: 8 febrero 2011].
7. Sosa Acosta A. Urgencias médicas. Guía de primera atención. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2004.
8. Bonilla Rodríguez AB, Gómez Rodríguez MJ, Robles Agudo E. Neumonía en el anciano institucionalizado: Criterios de derivación y/o clasificación pronóstico. *An Med Interna (Madrid)* 2003; 20(11):8-12.
9. Caballero L. Terapia intensiva. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2007:833.
10. Sosa Acosta A. Organización, estructura y dirección de la urgencia y cuidados intensivos en Cuba en terapia intensiva. 2 ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2006.
11. Jiménez Paneque RE. Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios. Una mirada actual. *Rev Cubana Salud Pública*. 2004; 30(1):17-36.
12. García C, Rivero R. Intervención en el proceso de clasificación del centro de emergencia médica [versión en CD-ROM]. IV Congreso Internacional de Urgencias, Emergencias y Medicina Intensiva. La Habana, 2006.
13. Arós F, Loma Osorio A, Alonso A, Alonso JJ, Cabadés A, Coma Canella I, et al. Guías de actuación clínica de la Sociedad Española de Cardiología en el infarto agudo de miocardio. <<http://www.revespcardiol.org/sites/default/files/elsevier/pdf/25/C521106.PDF>> [consulta: 8 febrero 2011]
14. Ramos M. Calidad de la atención de salud. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas, 2004.
15. Jiménez Guerra SD. Morbilidad, mortalidad y letalidad en una Unidad de Cuidados Intensivos Polivalente.

<http://bvs.sld.cu/revistas/mie/vol2_4_03/mie08403.htm>[consulta: 12 febrero 2011].

16. Labrada E, Moro N. Resultados del trabajo de emergencia médica móvil [versión en CD-ROM]. II Congreso Internacional de Urgencias, Emergencias y Medicina Intensiva. La Habana. 2002.
17. Hernández Ávila M, Garrido Latorre F, López Moreno S. Diseño de estudios epidemiológicos. Salud Públ Méx 2000; 42(2):144-54.
18. Weinstein MC, Stason WB, White KL. Fundamentos del análisis de eficacia en función de los costos en relación con la salud y el ejercicio de la medicina. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud, 1992:715-23. (Publicación científica nr 534)
19. García Urra D. La previsión de servicios y la gestión de la demanda. Rev Adm Sanit 2005; 3(3):477-86.

Recibido: 29 de marzo de 2011

Aprobado: 18 de abril de 2011

Dr. Pedro Manuel Pacheco Quintana. Hospital Clínicoquirúrgico Docente "Dr. Ambrosio Grillo Portuondo", Carretera Central, km 21 ½, Melgarejo, Santiago de Cuba, Cuba.