

TERAPIA INTENSIVA MUNICIPAL. RESULTADOS

****Dr. Juan A Gómez Pérez***
*****Dr. Rigoberto Betancourt Nápoles***
******Dra. Nurys San Quintín Muños***
*******Dr. Reniel F Peña Yermat***
********Dra. Yamila Rodríguez Sánchez***

****Especialista de 1er Grado en Angiología y C. Vascolar. Diplomado en Atención a Pacientes Graves. Especialista de 1er Grado en Medicina General Integral.***
*****Especialista de 1er Grado en Neurología. Master en Neurociencias y Biología del Comportamiento. Especialista de 1er Grado en Medicina General Integral.***
******Especialista de 1er Grado en Medicina Interna. Especialista de 1er Grado en Medicina General Integral.***
*******Especialista de 1er Grado en Medicina General Integral.***
********Especialista de 1er Grado en Medicina Interna.***

Terapia Intensiva Municipal
Policlínico 13 de Marzo
Sierra de Cubitas Camagüey
Calle 7ma No 21. S. de Cubitas
Correo electrónico: adalberto@finlay.cmw.sld.cu

INTRODUCCIÓN

La atención especializada al enfermo grave es uno de los propósitos que ha logrado cumplirse de forma más exitosa en nuestras instituciones de salud, teniendo sus comienzos en la unidad de cuidados intensivos (UCI) del Hospital Clínico Quirúrgico Docente Calixto García en 1971, en el Hospital Clínico Quirúrgico Docente Manuel Ascunce Doménech a partir de 1978 y en Sierra de Cubitas en el año 2004.

En Inglaterra, en 1800, había tenido sus primeros intentos esta actividad, cuando se pretendió reunir los pacientes muy graves en un área especial. En Europa Occidental durante la epidemia de Poliomiélitis se logra resultados satisfactorios con el uso de ventiladores mecánicos.

Actualmente, innumerables organizaciones médicas dan fe del considerable logro de estas unidades a escala mundial, al modificar los índices de mortalidad de la Cardiopatía Isquémica, disminuir los de mortalidad materna y abrir paso al desarrollo de la Trasplantología.

Han transcurrido más de dos décadas y sigue siendo una preocupación la determinación del ingreso y la selección de los pacientes en la UCI. A partir de estas consideraciones la edad y las causas más frecuentes de ingreso se modificarán en cada unidad. La presencia de un enfermo grave en las unidades de cuidados progresivos, si bien logra restablecerse la salud y preservarle la vida, exige en pago, la presencia de complicaciones temibles por sus secuelas inválidas y por el peligro para la vida a corto y mediano plazo.

El desarrollo de las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) en los hospitales, 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. (1-2)

El paso de los años, el desarrollo científico-tecnológico y el incremento del conocimiento sobre los procesos bioquímicos y fisiológicos que determina la condición de gravedad, y por tanto de compromiso de la vida para los pacientes, demuestra que el tiempo constituye un elemento sumamente importante en el pronóstico y posibilidad de recuperación de los pacientes en dicha situación. Se hace, por tanto, necesario que el conocimiento, la forma de trabajo protocolizado y la tecnología, salgan de los grandes centros hospitalarios y de esta forma disminuir el tiempo de llegada de los enfermos a dicha atención. Un importante ejemplo de ello lo constituye la necesidad de aplicación de tratamiento fibrinolítico con la mayor brevedad posible en el Infarto Agudo de Miocardio (IAM) con ST elevado. (3)

Resulta imprescindible en cualquier unidad de atención al grave, el análisis estadístico diario para una toma de decisión y un consenso adecuado de modo tal como señala el Dr. Caballero: "...el sentido de la existencia de nuestras unidades se vea cumplido en

cada una de las acciones médicas desarrolladas...”; con el único propósito de perfeccionar el que hacer diario y brindar salud para todos.

OBJETIVOS

I. General

- Conocer el comportamiento de la morbi-mortalidad del Servicio de Cuidados Intensivos del Policlínico 13 de Marzo de Sierra de Cubitas durante el año 2005.

II. Específico

- Caracterizar el universo de estudio según grupos de edades y sexo.
- Conocer las principales causas de ingreso.
- Determinar el estado de los pacientes al egreso así como su estadía en la sala.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio longitudinal, retrospectivo y descriptivo sobre una muestra constituida por 183 pacientes, que representan el total de los ingresados en la Terapia Intensiva Municipal, ubicada en el Policlínico 13 de Marzo de Sierra de Cubitas, durante el año 2005.

Las variables estudiadas fueron: edad, sexo, causas de ingreso, promedio de horas de estadía y la conducta al egreso, los grupos de edades fueron elegidos por los autores así como los grupos en que se divide la estadía. Los datos fueron obtenidos de las historias clínicas, del registro de ingresos de la unidad y el departamento de estadísticas.

Para el análisis estadístico se uso el programa MICROSTAT y los resultados se brindan en tablas y gráficos. Se utiliza una microcomputadora Celeron (R) CPU2.53.

RESULTADOS

Edad	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino			
	#	%	#	%	#	%
0-18	7	3,8	9	4,9	16	8.8
19-40	34	18,5	11	6,02	45	24.6
41-60	15	8,2	24	13,1	39	21.3
61+	35	19,2	48	26,2	83	45.3
Total	91		92		183	100

Fuente: Registro de pacientes.

TABLA # 2: CAUSAS DE INGRESO

Patología	#	%
Emergencia hiperetensiva	35	19.1
Enfermedad cerebro vascular isquémica	12	6.5
Edema Agudo del Pulmón	14	7.7
IMA	5	2.8
Angina inestable	17	9.2
Otras enfermedades del sistema circulatorio	26	14.2
Politraumatizado	26	14.2
Gestorragias	3	1.7
Materna complicada	7	3.8
Intoxicaciones	14	7.7
DM descompensada	5	2.8
EPOC descompensada	3	1.5
ICC descompensada	1	0.5
Status convulsivo	4	2.2
Total	183	100

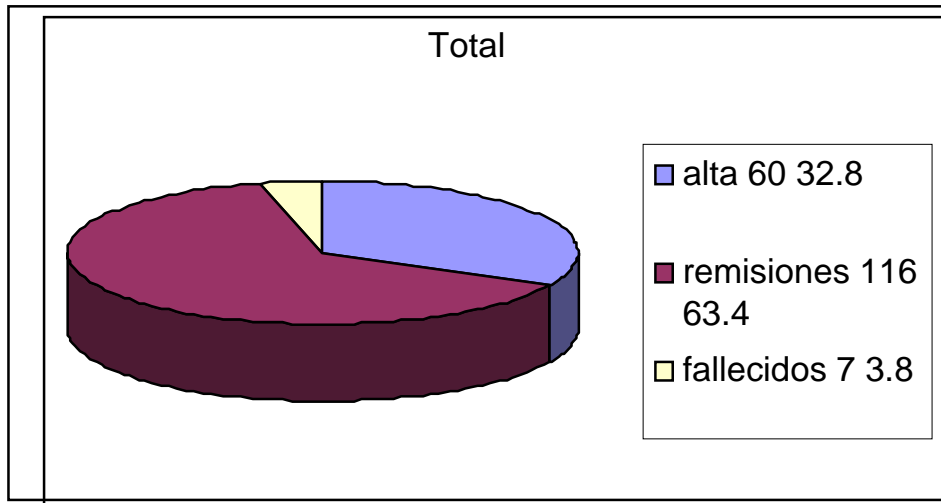
Fuente: Registro de pacientes.

TABLA # 3: CONDUCTA AL EGRESO

Conducta	No	%
Alta	60	32.8
Remisiones	116	63.4
Fallecidos	7	3.8
Total	183	100

Fuente: Registro de pacientes

Figura 1



Fuente: Registro de pacientes.

TABLA # 4: ESTADÍA EN LA SALA

Horas	No.	%
-3 h	71	38.7
3-12 h	53	28.9
12-24 h	50	27.5
Días	9	4.9
Total	183	100

Fuente: Registro de pacientes.

Estadía en la Sala

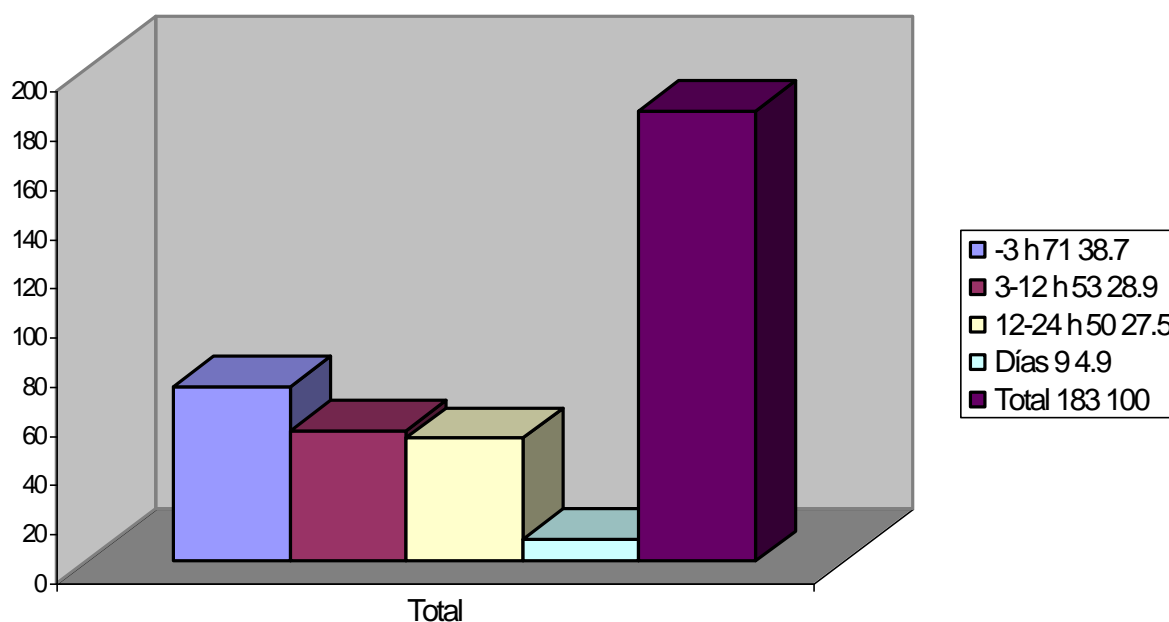


Figura 2

DISCUSIÓN

En estas nuevas unidades se atiende a personas de cualquier edad, pero se mantiene un mayor por ciento en el grupo de más de 60 años con el 45,3; de estos el 26,2% es del sexo masculino. Debemos tener en cuenta que la expectativa de vida en nuestro país sigue en aumento lo que nos obliga a la preparación a diario relacionada con entidades de este grupo etario. Tabla 1. (1-5)

Las patologías cardiovasculares de forma general ocupan en orden de frecuencia el mayor número de ingresos; en primer lugar aparece la emergencia hipertensiva con 35 pacientes para el 19,1%; luego el edema agudo del pulmón con el 14,2% seguido de la angina inestable con el 9,2%, sin olvidar que en otro grupo se unen otras enfermedades del sistema circulatorio en las que se encuentran: arritmias, insuficiencia arterial aguda secundaria a fibrilación auricular, linfangitis complicadas, marcapaso

disfuncional y otras entidades menos frecuentes que ocupan el 14,2%. El 14,2 de los ingresos lo ocupan los politraumatizados; en el caso de las enfermedades del corazón todos los estudios señalan que son las más frecuentes en su morbilidad. (1-6).

En el anuario estadístico del país en el año 2004 se mantienen las enfermedades cardiovasculares como la primera causa de morbi-mortalidad. Tabla 2

Para valorar la conducta al egreso encontramos que el 63,4% de los pacientes fue remitido a los hospitales de la atención secundaria, esta sala de cuidados especiales se encuentra a 65 km de la cabecera provincial y solo cuenta con 4 camas para observación por no tener condiciones de hospitalización, situación que será resuelta en los primeros meses del año 2006. A pesar de estos inconvenientes hay 60 enfermos que no necesitan ser enviados a los hospitales provinciales ya que su situación de salud es resuelta en nuestro servicio. Tabla 3 (Figura 1) Solo el 3.8% fallece de estos dos pacientes por edema agudo del pulmón, por politraumas e infarto agudo del miocardio (IMA) y un enfermo por shock hipovolémico. En nuestro país ingresan al año unos 12000 pacientes por IMA con una letalidad de 14 al 20%. (7)

Al evaluar la estadía en nuestra sala encontramos que el número mayor de pacientes permanece en este servicio menos de 3 horas con 71 enfermos para el 38,7%, de 3 a 12 horas atendemos el 27,5 % y solo se le brinda atención por un período mayor de 24 horas al 4,9%. Es evidente que las condiciones antes mencionadas en la conducta al egreso nos afectan en la estadía. Tabla 4. (Figura 2)

Consideramos que estas unidades constituyen un eslabón más dentro de los cuidados progresivos con un nivel de resolución superior a los cuidados de emergencia hospitalarios, pues el empleo razonable de diversos score, basados fundamentalmente en elementos clínicos y clasificaciones, que permiten predicción pronóstica y necesidad de empleo de tecnología avanzada, hacen posible que muchos pacientes que anteriormente causaban ingreso en las unidades hospitalarias, concluyan su atención en las mismas. (8-10)

La Terapia Intensiva Municipal ha devenido en una nueva y eficaz arma en la lucha contra un grupo muy frecuente de enfermedades de una muy elevada mortalidad que precisa de atención médica rápida y especializada. Su fortalecimiento con tecnología y con el nivel profesional del personal médico y paramédico constituye nuestro reto en el futuro.

CONCLUSIONES

- 1- Los pacientes mayores de 60 años y del sexo masculino con el 26,2% son los que con mayor frecuencia se ingresan en nuestra sala.
- 2- Las enfermedades del corazón entre ellas la emergencia hipertensiva es el diagnóstico más frecuente al ingreso.

3- Más del 50% de los ingresados se remiten a instituciones hospitalarias del nivel secundario.

4 -Un tercio de los ingresos se mantiene en la sala menos de 3 horas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Silva Ramos L, Morbi-Mortalidad en una Terapia Intensiva Municipal. Rev. Cub Med Int Emerg 2004;3(2)27-31
2. Gutiérrez Fernández Félix M, Gutiérrez Núñez Carlos A. Limitación del esfuerzo terapéutico en medicina intensiva. Rev. Cub Med Int Emerg 2003; 2 (4).
3. Pedley DK, Bissett K, Connolly EM, Goodman CG, Holding I, Pringle TH, et al. Prospective observational cohort study of time saved by prehospital thrombolysis for ST elevation myocardial infarction delivered by paramedics. BMJ 2003; 327: 22-26.
4. Álvarez Figueredo Zoraida, Iraola Ferrer Marcos, Molina Díaz Félix, Barco Díaz Vladimir. Caracterización de la mortalidad en la unidad de cuidados intensivos. Año 1998. Rev. Cubana Med 2000; 39(4): 222-7.
5. Jiménez Guerra Saúl. Núñez Martínez Jorge Félix. Domínguez Suárez Humberto. Gómez Castellanos Roberto. Comportamiento de los fallecidos en una UCI polivalente. Estudio de un trienio 1998-2000. Habana.2002. Disponible en CD: ISBN 959-7164-07-8.
6. Bertot Ponce Antonio Iván, Segura Figueredo .R, Expósito Reyes. O, Reyes Tomez. R, Arias Ortiz. A. Mortalidad y letalidad en Unidad de Cuidados Intensivos. Habana.2002. Disponible en CD: ISBN 959-7164-07-8.
7. Roca Goderich R. Temas de Medicina Interna. Edit Ciencias Medicas 4ta edición La Habana 2002. 392-401
8. Jiménez Guerra Saúl D. Morbilidad, Mortalidad y letalidad en una unidad de cuidados intensivos polivalente. Rev. Cub Med Int Emerg 2003; 2 (4).
9. Morrow D y Col: TIMI risk score for ST-elevation myocardial infarction: a convenient, bedside, clinical score for risk assessment at presentation. An intravenous nPA for treatment of infarcting myocardium early II trial substudy. Circulation 2000; 102: 2031.
10. Zapata Gerardo O, Dogliotti Ariel, Lasave Leandro, Tuero Enrique, Orlandini Andres, Paolasso Ernesto, et al. Desarrollo de un modelo simple para clasificar el riesgo al ingreso hospitalario en el infarto agudo del miocardio (SCORE ICR). Rev. Fed Arg Cardiol 2003; 32: 506-510.