



## MORBIMORTALIDAD EN TERAPIAS INTENSIVAS DE CENTROS DIAGNOSTICOS INTEGRALES DEL ESTADO SUCRE-VENEZUELA

***Autores:***

***Dr. Antonio González Velázquez <sup>1</sup>,***

***Dr. Osiel Monteserin Alfonso <sup>2</sup>***

***Dr. Emilio Álvarez Dube <sup>2</sup>.***

<sup>1</sup>. *Especialista de 1er grado en Medicina General Integral, Residente de 3er Año en Terapia Intensiva y Emergencias Pediátricas, Diplomado práctico en Terapia Intensiva y Emergencias.*

<sup>2</sup>. *Medico General, Diplomado Práctico en Terapia Intensiva y Emergencias*

**Centro Diagnostico Integral “Bolívar y Martí”, Cariaco,  
Municipio Ribero, Estado Sucre, Venezuela  
E-mail [tony.velazquez@infomed.sld.cu](mailto:tony.velazquez@infomed.sld.cu), [tonybelkis05@yahoo.es](mailto:tonybelkis05@yahoo.es)**

## **Resumen**

Realizamos un estudio longitudinal, prospectivo y descriptivo, de los 96 pacientes ingresados en Terapia Intensiva, en los Centros de Diagnostico Integrales (CDI) del estado Sucre en Venezuela en el periodo comprendido desde 3 de octubre del 2005 al 20 de enero del 2006, período durante el cual funcionan 5 centros de diagnósticos, para conocer las características del trabajo de las Terapias Intensivas dentro de la estructura de los CDI. Las variables utilizadas en la investigación fueron la edad, sexo, causas de ingreso, horas de estadía en la misma, altas, remisiones, y mortalidad. Se comprobó un predominio del sexo masculino y el grupo de edad de 50 a 79 años entre los pacientes ingresados (30.20%). Las principales causas de ingresos fueron las cardiovasculares (52.10%). El 40.62% permaneció menos de 12 horas en la unidad. El 61,45% de los casos fue dado de alta desde la misma. La mortalidad fue de un 15.58%.

**Palabras Clave:** morbilidad, mortalidad, terapia intensiva, centros diagnósticos integrales.

## **Introducción**

El desarrollo de los Centros de Diagnostico Integrales(CDI), constituye un gigantesco paso de avance en el Sistema de Atención Médica Venezolano que corresponde a la llamada misión Barrio Adentro II, complementando la atención primaria de Salud que desde hace mas de 2 años se implementa en la hermana República Bolivariana de Venezuela a través de la misión Barrio Adentro.

Los CDI constituyen centros con posibilidades de atención a la urgencia, emergencias y cuidados del pacientes crítico; por cada cinco centros existen posibilidades de tratamiento quirúrgico de emergencia en uno de ellos, donde se pueden atender pacientes en situación crítica que en el pasado no contaban con la atención especializada y de forma totalmente gratuita, por patologías propias de variados órganos y sistemas, a través de 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 <sup>1</sup>.

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. <sup>1</sup>

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) <sup>2</sup>, como sucede en las Terapias Intensivas Municipales de nuestro país.

Motivados por la necesidad de conocer las características del trabajo en dichas unidades realizamos esta investigación.

### Objetivo

Conocer las características de los pacientes ingresados y la mortalidad en centros integrales de diagnósticos del estado Sucre en terapia intensiva.

### Material Método

Se realizó un estudio longitudinal, prospectivo y descriptivo sobre una muestra constituida por 96 pacientes que representan el total de los ingresados en las Terapias Intensivas de los CDI del estado Sucre, que actualmente se encuentran funcionando (solo 5 CDI se incluyeron en muestra), en el período comprendido desde el 3 de octubre del 2005, al 20 de enero del 2006, porque aun faltan municipios del estado por ofrecer este importante y noble servicio del mas alto nivel.

Las variables estudiadas fueron: edad, sexo, causas de ingreso, promedio de horas de estadía, altas, remisiones y mortalidad. Los datos fueron obtenidos de las historias clínicas, del registro de ingresos de la unidad y el departamento de estadísticas del estado Sucre.

Para el análisis estadístico fue empleado el porcentaje como unidad de medida y la prueba de Chi Cuadrado, estableciéndose significación estadística sí  $p < 0,05$ . Los datos recolectados en base de datos y procesados PC Pentium IV soportados Windows XP

### Resultados Discutidos

Al relacionar los pacientes ingresados por grupos de edades y sexo se encontró un predominio de los hombres de 50 a 79 años con 29 para el 30.20% y las mujeres del mismo grupo etáreo con 17 para un 17.70%, siendo las diferencias observadas Fácilmente explicadas por azar pues  $\chi^2 = 3,990$  para  $p < 0,05$  (Tabla # 1).

Tabla: 1 Distribución de pacientes según edad y sexo

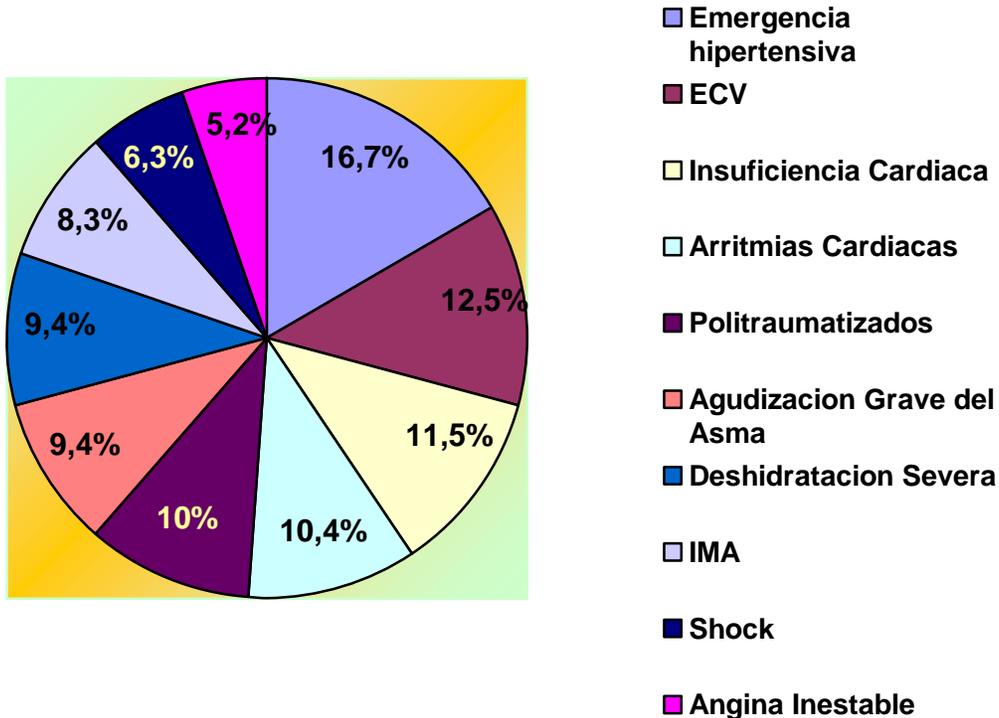
Edad	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino			
	#	%	#	%	#	%
< 15	3	3.12	1	1.04	4	4.16
15-29	7	7.29	3	3.12	10	10.41
30-49	11	11.45	16	16.66	27	28.12
50-79	17	17.70	29	30.20	46	47.91
> 80	7	7.29	2	2.08	9	9.37

Total	45	46.87	51	53.12	96	100
-------	----	-------	----	-------	----	-----

Fuente: historias clínicas

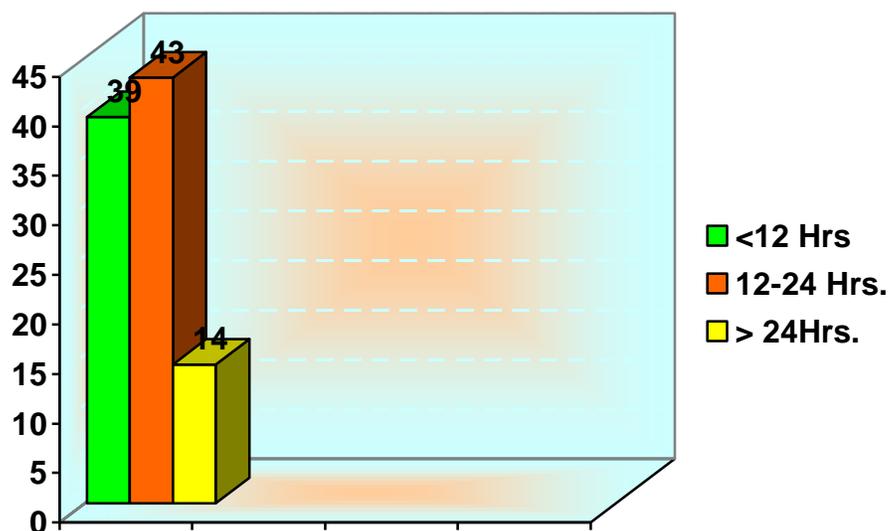
Las enfermedades cardiovasculares ocupan la mayor proporción entre las diez primeras causas de ingreso con un 52.08%, seguido de la Enfermedad Cerebrovascular (ECV) 12,50%, politraumatizado 10.41%, agudización grave de asma 9.37%, deshidratación moderada a severa 9.37% y el shock 6.25%

Figura: 1 Causas de ingreso en CDI estado Sucre- Venezuela.



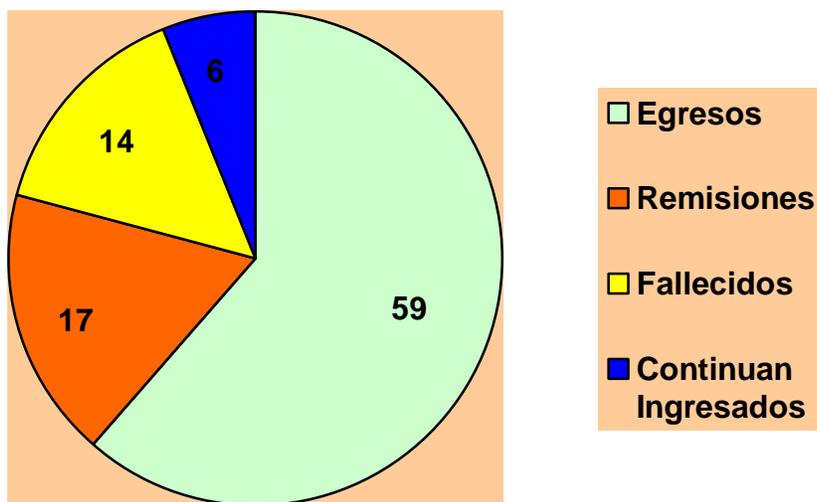
Fuente: historias clínicas

La estadía en terapia, el 40.62% (39 pacientes) permaneció menos de 12 horas, 43 pacientes (44.79%) entre 12-24 horas y 14 (14.58) más de 24 horas



Fuente: historias clínicas

De la totalidad de los pacientes ingresados 59 (61.45) fueron egresados de la unidad, hacia sala de observación, 17 (17.70) pacientes fueron referidos hacia los hospitales de Carúpano y Cumana, mientras que 6 permanecían en el Terapia de los CDI al termino de este trabajo, la mortalidad represento 14.58% (14 pacientes).



El promedio de vida de los pacientes fallecidos fue de 71 años y las principales causas: Infarto Agudo del Miocardio, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica con sepsis Respiratoria asociada, Enfermedad Cerebro Vascular y Traumas craneoencefálicos severo (por accidentes del tránsito).

En la literatura de recoge de forma reiterada como en las edades geriátricas y principalmente en el sexo masculino predominan las enfermedades que motivan ingreso en terapia intensiva.<sup>3, 4</sup>

Como se recoge en muchos estudios referentes a UCI Hospitalarias y Municipales (estas ultimas de conocimiento en nuestro sistema integrado de urgencias medicas y de salud), las afecciones vasculares (cardiacas y cerebrales) y los accidentes del transporte, continúan siendo un azote para el hombre moderno, tal como muchos autores argumentan <sup>5, 6,9,10</sup>

Consideramos que estas Unidades de Diagnostico integrales constituyen un eslabón muy importante, en la revolución en materia de salud que se lleva acabo en la hermana Republica Bolivariana de Venezuela, haciendo posible que muchos pacientes que anteriormente fallecían ahora tengan en cada municipio un Centro de Diagnostico Integral, dotados de la tecnología mas avanzada, para aplicación de Scores pronósticos y atención especializada de afecciones potencialmente mortales.<sup>7, 8,9</sup>

## **Conclusiones**

Sin duda alguna la creación de los CDI es una nueva y eficaz herramienta en la lucha contra enfermedades que solo ofrecen la posibilidad de actuar con rapidez en pocos minutos para salvar vidas de forma eficiente y programada.

Las enfermedades Cardiovasculares y Cerebrovasculares continúan siendo las de mayor prevalencia y son fuente fundamental en la Morbimortalidad de los pacientes

## **Bibliografía**

1. Gutiérrez Fernández Félix M, Gutiérrez Nuñez Carlos A. Limitación del esfuerzo terapéutico en medicina intensiva. Rev Cub Med Int Emerg. 2003;2(4).
2. 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;327:22-6.
3. Bertot Ponce Antonio Iván, Segura Figueredo .R, Expósito Reyes. O, Reyes Tomes. R, Arias Ortiz. A. Mortalidad y letalidad en Unidad de Cuidados Intensivos. Habana. 2002. Disponible en CD: ISBN 959-7164-07-8.
4. Jiménez Guerra Saúl D. Morbilidad, Mortalidad y letalidad en una unidad de cuidados intensivos polivalente. Rev Cub Med Int Emerg. 2003;2(4).
5. 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.

6. 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.
7. Morrow D. TIMI risk score for ST -elevation myocardial infarction: a convenient, bedside, clinical score for risk assessment at presentation. An intravenous nPA for treatment of infarction myocardium early II trial substudy. Circulation. 2000;102: 2031.
8. 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.
9. Silva Ramos L. Morbi-Mortalidad en una terapia intensiva municipal. Rev Cubana de Med Int Emerg. 2003;2(3)
10. Ryan T, Antman E, Brooks N, et al. 1999 update: ACC/AHA guidelines for the management of patients with acute myocardial infarction: a report of the ACC/AHA Task Force on Practice Guidelines (Committee on Management of Acute Myocardial Infarction) J Am Coll Cardiol. 1999;34:890-911.