

**MORBIMORTALIDAD EN EL PACIENTE VENTILADO
UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA. 2005**

Dr. Orlando Iglesias Pérez.*
Dr. Rafael Martínez Labrada.**
Dr. Luis f. Cervantes Castro.***
Lic. Griselda Garlobo García.****
Alumna Liubetsis Nnúñez Garlobo*****

* ***Especialista de Primer Grado Medicina Interna. Intensivista
Profesor Instructor.***

** ***Especialista de Primer Grado. Profesor Asistente..***

*** ***Especialista en medicina General Integral.***

**** ***Licenciada en Enfermería.***

***** ***Alumna de Segundo Año de Medicina. Alumna Ayudante.***

**Hospital Provincial Universitario Carlos Manuel de Céspedes
Bayamo-Granma**

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo y longitudinal en el cual el universo lo constituyeron 114 pacientes sometidos a ventilación mecánica artificial en la sala de cuidados intensivos del hospital universitario Carlos Manuel de Céspedes de Bayamo, Granma. En el periodo comprendido de enero a diciembre de 2005, con la finalidad de determinar la morbimortalidad en el paciente ventilado. Para ello se analizaron las variables edad, sexo, tiempos de ventilación mecánica, enfermedad al ingreso, complicaciones y procedencia de los mismos.

La letalidad en el ventilado fue de un 35 %, siendo el sexo masculino el más afectado (70 %), el grupo de edades de mayor incidencia fue el de 31 a 50. La mortalidad fue mayor en los tres primeros días de ventilados, las afecciones mas frecuentes fueron las respiratorias con un 42,5 %. La mayoría de los pacientes tuvieron enfermedades clínicas con un 65 %. La bronconeumonía fue la complicación mas frecuente. La mayor cantidad de fallecidos correspondieron al servicio de UCIM con un 90 %.

La variable utilizada fue el por ciento, expresándose los resultados en tablas.

INTRODUCCIÓN

No existen dudas que la ventilación mecánica artificial es uno de los métodos de soporte de la función pulmonar en los pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos de nuestros hospitales, método este de difícil manejo para mucho de los especialistas y médicos en formación que en dichas unidades laboran, por lo que necesitan de bastos conocimientos de anatomía y fisiología del aparato respiratorio.

La idea de concentrar los pacientes muy graves de los hospitales en un centro especializado no es nueva, ya se ensayo en Inglaterra en los años 1800 en un hospital de Newcastle .(1-2)

Las primeras unidades de cuidados intensivos en el actual sentido de este concepto fueron instaladas por Safar en Boltimor en 1959 y en Pitsbursgh en 1961. (3)

En nuestro país a partir de la década de los sesenta comenzaron a funcionar las primeras unidades equipadas fundamentalmente con equipos de ventilación mecánica y sobre todo acreditadas para ese fin inicialmente en este tipo de pacientes es muy alta la mortalidad dado por la tecnología de la maquina, la poca experiencia que existía y las complicaciones surgidas .(4-5)

Hoy las unidades de cuidados intensivos cuentan con modernos ventiladores volumétricos un personal mas calificados, logrando reducir estas complicaciones y por tanto la mortalidad (6-7)

En nuestras salas de cuidados intensivos las afecciones que se presentan con mayor frecuencia son las clínicas seguidas de las quirúrgicas y en ocasiones

politraumatizados complejos, aunque no siempre requieren de ventilación, pero teniendo en cuenta la alta incidencias de dichas afecciones y la mortalidad creciente en los últimos años en los pacientes ventilados, pero además el numero de complicaciones que aparecen producto a dicho proceder, nos motivo a realizar dicho estudio. (7-11)

OBJETIVOS.

GENERALES:

Identificar los aspectos generales de la morbimortalidad en el ventilado en la sala de cuidados progresivos del hospital Universitario Carlos Manuel de céspedes de Bayamo, Granma. Desde enero a diciembre de 2005.

ESPECÍFICOS:

1. Determinar la letalidad del paciente ventilado según edad.
2. Establecer la relación entre mortalidad y el tiempo de ventilación mecánica artificial.
3. Identificar los diagnósticos mas frecuentes que llevan a la ventilación mecánica.
4. Describir las patologías al ingreso según el perfil clínico o quirúrgico.
5. Determinar la mortalidad de estos pacientes según el lugar de procedencia.
6. Identificar las complicaciones mas frecuentes en el paciente fallecido.

MATERIAL Y MÉTODO.

Se realizo un estudio descriptivo y prospectivo, cuyo universo fueron los pacientes ingresados en la sala de cuidados intensivos del hospital Universitario Carlos Manuel de Céspedes de Bayamo, Granma en el periodo de tiempo comprendido de enero a diciembre de 2005.

Para ello fue necesario revisar las historias clínicas de todos los pacientes ingresados extrayendo las siguientes variables: sexo, tiempo de ventilación mecánica, complicaciones más frecuentes y la procedencia de los mismos, estableciendo la relación entre las variables a estudiar, todo con la finalidad de identificar los aspectos que influyeron en la letalidad del paciente ventilado.

Durante la investigación se establecieron comparaciones con otros estudios provinciales, nacionales e internacionales.

Los resultados se expresaron en por ciento y para mejor comprensión se expusieron en tablas.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN.

En la tabla 1 se determina la mortalidad de ventilados según los grupos de edades y sexo, encontrándose que el grupo más afectado fue el de 31 a 50 años, incluyendo al sexo masculino con un 71 %. Estos resultados coinciden con la literatura revisada (4-6).

Según el tiempo de ventilación en nuestro estudio podemos observar que los menores de 3 días aportaron la mayor cantidad de fallecidos con un 40 %, resultados estos que fueron influenciados por las patologías y las condiciones en que se encontraban los mismos, seguidos de los de más de 10 días y de 3 a 5 días con un 37,7 % y 33 % respectivamente. Estos resultados podemos observarlos en la tabla 2 y coinciden con otros autores revisados. (2-6)

En la tabla 3 podemos observar que las pacientes ventilados con afecciones respiratorias tuvieron una mortalidad mayor (42,0 %), seguidas de los politraumatizados y cardiovasculares con un 20 % y 15% respectivamente.

Los resultados expresados en la tabla #4 establecen una comparación entre el paciente quirúrgico y el clínico, donde predominaron estos últimos con un 65%. Dado esto porque el mayor número de pacientes ingresados en nuestra unidad fueron por patologías clínicas.

Es necesario aclarar que en estudios nacionales e internacionales los pacientes quirúrgicos fueron los que más se ventilaron incluyendo los traumatismos craneoencefálicos. (1-3)

En la tabla # 5 podemos demostrar que las complicaciones más frecuentes fueron la bronconeumonía bacteriana con un 45%, resultados estos explicados por las continuas aspiraciones, el clima y en algunas ocasiones la nutrición, seguidas del fallo multiórganos y el tromboembolismo pulmonar con un 25% y un 15% respectivamente.

Según el lugar de procedencia podemos expresar que la mayor cantidad de pacientes fallecidos son los procedentes de UCIM con 18 pacientes para un 90%, seguido de los procedentes de otras salas y salón de operaciones respectivamente con 2 y 10 pacientes para un 50% y 25%, resultados estos que demuestra la tabla # 6.

CONCLUSIONES

1. La letalidad mayor de pacientes ventilados correspondió al sexo masculino.
2. La mayor mortalidad de pacientes ventilados correspondió al grupo de 31 a 50 años
3. El mayor número de fallecidos correspondió con los tres primeros días de ventilación.
4. La complicación más frecuente fue la bronconeumonía bacteriana

TABLA 1 MORTALIDAD DE VENTILADOS SEGÚN GRUPOS ETARIOS

Grupos Etáreos	SEXO			
	Masculino	%	Femenino	
15 – 30	3	10,7	1	8,4
31 – 50	20	71,4	4	33,3
51 – 66	3	10,7	4	33,3
+ 67	2	7,2	3	25,0
Total	28	100	12	100

Fuente: Historias clínicas

TABLA 2 LETALIDAD SEGÚN TIEMPO DE VENTILACIÓN

Tiempo Ventilación (Días)	Pacientes	Letalidad
0 – 3	50	20
4 – 5	30	10
6 – 10	20	5
+ 10	14	5
Total	114	40

Fuente: Historias clínicas

TABLA 3 FALLECIDOS POR PATOLOGÍAS

Patologías	FALLECIDOS	%
Politraumas	8	20.0
Respiratorias	17	41.5
Cardiovasculares	6	15.0
Digestivas	5	12.5
Genitourinarias	2	5.0
Otras	2	6.0
Total	40	100

Fuente: Historias Clínicas.

TABLA 4 LETALIDAD SEGÚN PERFIL CLÍNICO O QUIRÚRGICO

Perfil	Letalidad	%
Clínico	26	65
Quirúrgico	14	35
Total	40	100

Fuente: Historias Clínicas.

TABLA 5 COMPLICACIONES EN LOS PACIENTES FALLECIDOS

Complicaciones	Número	%
Bronconeumonías	18	45
Shock	4	10
Fallo multiorgánico	10	25
Tromboembolismo pulmonar	6	15
Edema agudo del pulmón	2	5
Total	40	100

Fuente: Historias Clínicas.

TABLA 6 MORBIMORTALIDAD SEGÚN LUGAR DE PROCEDENCIA

Procedencia	Nº	Fallecidos	%
Cuerpo de guardia	50	10	20
Salón de operaciones	40	10	25
UCIM	20	18	90
Otros	4	2	50
Total	114	40	35,1

Fuente: Historias Clínicas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Frey, H. Tratado de anestesiología, reanimación y tratamiento intensivo. H. F. Et. 2.ed. Barcelona: Salvat, 1976: 933.
2. Camacho, V. Insuficiencia múltiples de órganos en el paciente quirúrgico. Rev. Cub. Cirugía. 9: 1991:82.
3. Kucher, R: Función de las UCI. Wien. Klim. 77(96), 1975: 969.
4. Ministerio de Salud Pública. Datos Estadísticos. La Habana. SN. 1985. 29.
5. Pizarro Ojea J. Morbilidad y Mortalidad en terapia intensiva. Trabajo de especialización. Hospital Celia Sánchez Manduley. Manzanillo. 1987. p. 29.
6. Tham, D. Risk Factors for multiples organs system failure and death In critically injured patients. Surgery. July. 1973. 21
7. Branthwaite MA. An update on mechanical ventilation for severe acute asthma. Clin Intensive Care 1990; 1(1):4-6.
8. Sydow M, Burchardi H. Intensive care management of life-threatening status asthmaticus. Update in intensive care and emergency Medicine 1991;14:387-95. Edt. Springer-Verlag.
9. Menitove SM, Goldring RM. Combined ventilator and bicarbonate strategy in the management of status asthmaticus. Am J Med 1983;74:898-901.
10. Dellinger RP. Acute life-threatening asthma. Postgrad Med 1991;90(3):63-6.

11. Wasserfallen JB, Schaller MD, Feihl E, Perret CH. Sudden asphyxic asthma: a distinct entity? *Am Rev Respir Dis* 1990;142(1):108-11.