

Morbimortalidad en 10 años de atención en la unidad de cuidados intensivos del Hospital General Agustín O'Horan de Mérida, Yucatán

Dr. Lucio Soberanes Ramírez,* Dra. Doris del Carmen Salazar Escalante,† Dr. Marco Antonio Cetina Cámara*

RESUMEN

Objetivo: Conocer la mortalidad y morbilidad en una UCI de un hospital general de Mérida, México.

Diseño: Retrospectivo.

Lugar: UCI de un hospital general de Mérida, Yucatán; México.

Pacientes: Dos mil ochocientos noventa y nueve pacientes ingresados a la UCIA en el periodo comprendido del primero de enero de 1994 al 31 de diciembre de 2004.

Intervenciones: Ninguna

Mediciones y resultados: Se incluyeron 3,046 pacientes (1,521 hombres y 1,378 mujeres), edad media 39.4 ± 19.2 años (rango 11-98 años) que ingresaron a la UCI de enero de 1994 a diciembre de 2004. El diagnóstico de ingreso más frecuente fue el traumatismo craneoencefálico severo (313 casos, 10.7%), seguido de la eclampsia (254 casos, 8.76%). La estancia en la UCI fue 5.1 ± 4.64 días (rango 1-60 días) y la mortalidad en los 10 años de estudio fue de 22.1%, causada por choque séptico (178 pacientes, 28.2%), síndrome de disfunción orgánica múltiple (142 pacientes, 22.7%) y muerte cerebral (113 pacientes, 17.9%).

Conclusión: La causa principal de ingreso difiere de las reportadas en otros estudios en nuestro país, pero la mortalidad es semejante.

Palabras clave: UCI, mortalidad, morbilidad, mortalidad, días de estancia.

La Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), es un área de atención médica sumamente especializada, tanto en su personal humano como en su equipamien-

SUMMARY

Objective: To know the morbidity and morbidity in an ICU of a general hospital of Mérida, México.

Design: Retrospective study.

Setting: ICU of a general hospital of Mérida, Yucatán, Mexico.

Patients: Two thousand and eight hundred ninety nine patients (1,521 men and 1,378 women), mean age 39.4 ± 19.2 yrs (range 11-98 yrs) admitted to the ICU from January 1994 to December 2004 were included.

Interventions: None.

Measurements and main results: Severe trauma head injury (313 patients, 10.7%) and eclampsia (254 patients, 8.76%) were the most frequent diagnosis. ICU stay was 5.1 ± 4.64 days (range 1-60 days) and the mortality rate was 22.1% due to septic shock (178 patients, 28.2%), multiple organ dysfunction syndrome (142 patients, 22.7%), and brain dead (113 patients, 17.9%).

Conclusion: The most important cause of admission to the ICU is different from other causes reported in several studies in our country, however the mortality rate is similar.

Key words: ICU, diagnosis, mortality, morbidity, ICU stay.

to; esta especialización permite la adecuada atención de pacientes con múltiples enfermedades o dolencias graves, que por su naturaleza ponen en peligro sus vidas.¹

Así mismo, cada UCI, tiene por sí misma, diferentes grupos de patologías de ingreso, sus propias complicaciones y mortalidad.

Los diagnósticos de ingreso a la UCI varían de acuerdo al tipo de unidad de que se trate. Por las

* Médicos adscritos a la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Agustín O'Horan, SSA, Mérida, Yucatán, México.

† Médico adscrito a la Unidad de Terapia Intensiva del Centro Médico "Lic. Ignacio García Téllez", IMSS, Mérida, Yucatán.

características del paciente que reciben, se clasifican en polivalentes y especializadas; unidades de cuidados intensivos especializadas se encuentran en capital del país, y son del tipo neumológico, infeccioso, neuroquirúrgico y cardiológico.^{2,3}

En la ciudad de México, Ceron y cols.³ realizaron un estudio en el año de 1998 donde evaluaron tres terapias polivalentes, el objetivo fue comparar el rendimiento de cuatro sistemas de predicción de mortalidad, de las categorías diagnósticas al ingreso la más frecuente fue el postoperatorio (45.5%) y le siguieron las categorías no quirúrgicas por insuficiencia respiratoria y por insuficiencia cardiovascular con 14 y 7% respectivamente. La edad promedio de los pacientes fue de 57 ± 20 años y el sexo que predominó fue el masculino con 55%, la mortalidad fue de 23.9%.

En otro estudio realizado en la ciudad de México en una UCI de tercer nivel⁴ en pacientes que desarrollaron neumonía asociada a la ventilación mecánica, el diagnóstico de ingreso más frecuente fue sepsis abdominal, la edad promedio fue de 47.1 ± 20.6 , fueron hombres 51.62% y los días de estancia fueron de 7.8 ± 1.23 días.

Blas y cols.⁵ informaron de una mortalidad de 32% en las UCIA en México, la que comparó con la de otros países como Brasil (34%), Italia (30%), Hong Kong (36%), Canadá (25%), Japón (17%) y Estados Unidos de América (19.7%).

En nuestra ciudad, se cuenta con cuatro unidades de cuidados intensivos en el sector público, todas ellas del tipo polivalente, siendo el hospital Agustín O'Horan, el de mayor capacidad de atención médica en la Secretaría de Salud, sitio donde se realizó este estudio.

El hospital cumple 100 años en febrero de 2005, y la Unidad de Cuidados Intensivos como tal cumple 21 años, en todo este tiempo no se ha realizado ningún estudio y por tal motivo se desconoce la mortalidad, causas principales de ingreso y demás información epidemiológica.

PACIENTES Y MÉTODOS

El propio investigador realizó la encuesta descriptiva, retrospectiva, con muestreo no probabilístico, por conveniencia, en todos los pacientes que ingresaron del 1 de enero de 1994 al 31 de diciembre de 2004, éstos obtenidos de una base de datos secundaria existente en la unidad; el propio investigador se encargó de revisar y capturar la fecha de ingreso y egreso, edad, género, diagnóstico

principal de ingreso y egreso, servicio de procedencia, días de estancia, y condición de egreso de cada paciente en otra base de datos hecha ex profeso para este trabajo en el programa estadístico SPSS 12 versión para Windows. Para el análisis estadístico descriptivo los datos se presentaron en proporciones, promedios y desviación estándar a través de gráficos y tablas.

RESULTADOS

De los 3,046 pacientes ingresados en 10 años, fueron excluidos 147 por no tener completo los registros requeridos, o por ser éstos ilegibles, quedando un total de 2,899 pacientes analizados.

El sexo masculino fue el predominante con 1,521 pacientes (52.4%) y el femenino con 1,378 (47.5%). La edad promedio fue de 39.4 ± 19.2 años, con una edad mínima de 11 años y máxima de 98 años. Los pacientes fueron canalizados en su mayoría por el Servicio de Urgencias (50.05%), seguidos del Servicio de Recuperación Quirúrgica (32.14%), del cual, 17.52% correspondió al de cirugía general y 14.62% al de tococirugía. En el *cuadro I* se enumeran cada uno de los servicios de procedencia y su porcentaje de presentación.

El diagnóstico principal de ingreso fue el traumatismo craneoencefálico grave con 313 casos (10.79%), seguidos de la eclampsia con 254 casos (8.76%) y la sepsis abdominal con 249 (8.58%). En este reporte de 10 años de atención, se presentaron 46 casos de tétanos grave (1.58%), 37 casos de accidentes ofídicos (1.27%), y 9 casos de dengue hemorrágico (0.31 %). El *cuadro II* presenta las 10 principales causas de ingreso.

La mortalidad se presentó en 22.14% de los casos con un total de 642 pacientes, siendo la causa más frecuente de muerte el choque séptico con 28.29% (178 pacientes), seguidos del síndrome de

Cuadro I. Servicio de procedencia.

Servicio	Número de casos	Porcentaje
Urgencias	1,451	50.05
Recuperación quirúrgica	508	17.52
Tococirugía	424	14.62
Servicio de Medicina Interna	278	9.58
Servicio de Cirugía General	167	5.76
Servicio de Ginecoobstetricia	57	1.96
Otro hospital	10	0.34
Servicio de traumatología y ortopedia.	4	0.13

disfunción orgánica múltiple con 22.57% (142 pacientes), y de la muerte cerebral en 113 pacientes (17.96%). La mortalidad anual se presenta en la *figura 1*, las cinco principales causas de muerte en los diez años en el *cuadro III*. Los días de estancia promedio fueron del 5.1 ± 4.64 días con un máximo de 60 días y un mínimo de uno.

Las condiciones de egreso se presentan en el *cuadro IV*.

Cuadro II. Diagnósticos principales de ingreso.

Diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje
*TCE	313	10.79
Eclampsia	254	8.76
Sepsis abdominal	249	8.58
**IAM	197	6.79
Neumonía grave	192	6.62
Politraumatizado	145	5.00
Choque hipovolémico	134	4.62
Cetoacidosis diabética	128	4.41
Preeclampsia severa	118	4.07
Pancreatitis aguda grave	114	3.93

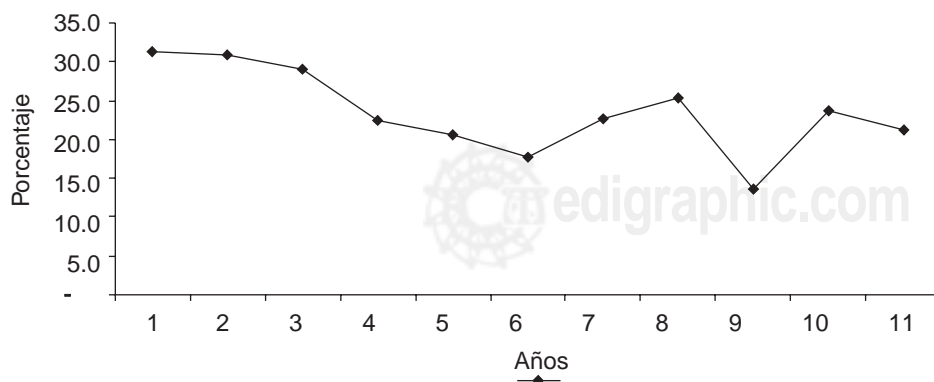
* TCE: Traumatismo craneoencefálico.

** IAM: Infarto agudo del miocardio.

Cuadro III. Cinco principales causas de muerte.

Diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje
Choque séptico	178	28.29
*SDOM	142	22.57
Muerte cerebral	113	17.96
Choque cardiogénico	64	10.17
Neumonía grave	54	8.58

* SDOM: Síndrome de disfunción orgánica múltiple.



DISCUSIÓN

En nuestro estudio el sexo masculino fue el predominante con 1,521 pacientes (52.4%), coincidimos con los estudios de Ceron³ que reportó 55%, y la de una UCI de tercer nivel⁴ que fue de 51.2%. La edad promedio fue de $39.4\% \pm 19.2$ años; en los estudios de Ceron³ los pacientes tuvieron promedio de edad mucho mayor (57 ± 20 años) que la de nuestros pacientes, lo mismo sucedió con la reportada en otra UCI⁴ 47.1 ± 20 años.

Los pacientes fueron canalizados en su mayoría por el Servicio de Urgencias (50.05%), seguidos del servicio de recuperación quirúrgica (32.14%), 17.52% correspondió al de cirugía general y 14.62% al de tococirugía, esto es lo que corresponde a una terapia polivalente como la nuestra.

El principal diagnóstico de ingreso fue el traumatismo craneoencefálico grave con 313 casos (10.79%), y la mortalidad en este subgrupo fue de 22%, siendo la principal causa de muerte, la muerte cerebral, que se presentó 85.5% de todos los casos de TCE; aunque es necesario mencionar que existe 16.6% de pacientes que fueron egresados de la unidad por máximo beneficio. La eclampsia fue la segunda causa de ingreso al servicio con 254 casos

Cuadro IV. Condiciones de egreso en los diez años.

Tipo de alta	Frecuencia	Porcentaje
Mejoría	1,904	65.67
Defunción	642	22.14
Traslado a otro hospital	175	6.03
Máximo beneficio	157	5.41
Voluntaria	18	0.62
No ameritó	2	0.68
A domicilio	1	0.03

Figura 1. Porcentaje de mortalidad por año serie 1 (1994), 2 (1995), 3 (1996), 4 (1997), 5 (1998), 6 (1999), 7 (2000), 8 (2001), 9 (2002), 10 (2003) y 11 (2004).

(8.76%), y la principal causa de muerte, también fue la muerte cerebral con 53.3% en este subgrupo. Esto refleja el volumen de pacientes de trauma así como de pacientes obstétricas con complicaciones, que predominan en nuestro hospital, ya que es el único hospital de la Secretaría de Salud de concentración en el sureste, y no cuenta con equipo de monitoreo cerebral intensivo.⁴

La mortalidad general en estos diez años de estudio fue de 22.14%, siendo la causa más frecuente de muerte el choque séptico con 28.29% (178 pacientes), seguidos del síndrome de disfunción orgánica múltiple con 22.57% (142 pacientes), y de la muerte cerebral en 113 pacientes (17.96%). Esta mortalidad es muy similar a la que se reportaron Blas y cols.⁵ que informaron una mortalidad de 32% en la UCIA en México, lo que comparó con la de otros países como Brasil (34%), Italia (30%), Hong Kong (36%), Canadá (25%), Japón (17%) y Estados Unidos de América (19.7%).

Por último los días de estancia promedio fueron de 5.1 ± 4.64 , similares a los que reportan en la UCI de "La Raza"⁴ fue de 7 ± 1.2 días.

CONCLUSIÓN

Aunque el principal diagnóstico de ingreso fue el traumatismo craneoencefálico severo, la agrupación de la preeclampsia y la eclampsia que comparten muchos datos clínicos diagnósticos, ocuparían el primer lugar con 12.83 vs 10.79%, y en ambos casos la mortalidad se presentó por muerte cerebral.

La Unidad de Cuidados Intensivos Adultos del Hospital General Agustín O'Horan de la Secretaría de Salud, de la ciudad de Mérida, Yucatán; tiene li-

mitación en sus recursos materiales; pero la mortalidad y condiciones de egreso en estos diez años de atención, no están fuera de los rangos reportados en los trabajos de investigación de nuestro país.

AGRADECIMIENTOS

Se agradece al Lic. en Sistemas Computacionales Roberto Carlos Soberanes Ramírez, por su valiosa colaboración en la programación y captura de la información de este estudio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Task force on Guidelines, Society of Critical Care Medicine: Guidelines for categorization of services for the critically ill patient. *Crit Care Med* 1991;19:279-285.
2. Zia MJ. Indications for UCI admission. *Chest* 1994;106(3): 979-80.
3. Ceron DUW, Esponda PJ, Borboya PM, Vázquez MJP. Valor predictivo de los sistemas de calificación de gravedad: comparación de cuatro modelos en tres unidades de terapia intensiva mexicanas incluidas en base de datos multicéntrica en terapia intensiva. *Rev Asoc Mex Med Crit y Ter Int* 2000;14(2):50-59.
4. Molinar RF, Baltazar TJ, Salazar ED, Vázquez HM, Cruz HE. Incidencia de neumonía asociada a la ventilación mecánica en pacientes críticos. *Rev Asoc Mex Med Crit y Ter Int* 2001;15(1):18-21.
5. Blas MJ, Nava MS, Juárez OA. Mortalidad en la Unidad de Cuidados Intensivos: Evaluación de una escala pronóstica. *Rev Asoc Mex Med Crit y Ter Int* 2001;15(2):41-44.

Correspondencia:

Dr. Lucio Soberanes Ramírez
Calle 1-D Núm. 62 X 4 y 4-A.
Fraccionamiento Montecristo
Mérida, Yuc., México, 97133
Tel. - 044 99 997 006798

Correo electrónico: lusora13@hotmail.com