

ARTÍCULO ORIGINAL

Morbilidad y mortalidad en colaboradores cubanos en un Centro de Diagnóstico Integral en la República Bolivariana de Venezuela

Angel Antonio Urbay Ruíz^{1*} 

¹Hospital Provincial Clínico Quirúrgico Universitario “Arnaldo Milián Castro”, Santa Clara, Villa Clara, Cuba

*Angel Antonio Urbay Ruíz. angelurbayruiz@gmail.com

Recibido: 25/01/2022 - Aprobado: 18/10/2022

RESUMEN

Introducción: la medicina del enfermo en estado crítico o no se orienta a la atención de enfermos con alteraciones fisiopatológicas agudas y graves que pueden comprometer la vida y son potencialmente reversibles.

Objetivo: describir el comportamiento de la morbilidad y la mortalidad en colaboradores cubanos en un Centro de Diagnóstico Integral en la República Bolivariana de Venezuela.

Métodos: se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal, en las Salas de Terapia Intensiva y de Hospitalización de un Centro de Diagnóstico Integral del Distrito Capital en la República Bolivariana de Venezuela en el período desde enero de 2019 hasta noviembre de 2020; la muestra estuvo conformada por 282 colaboradores que demandaron ingreso en ese período.

Resultados: el mayor número de pacientes ingresados en Terapia Intensiva tenían diagnóstico de enfermedades clínicas -hipertensión arterial crónica descompensada (21%)-, el grupo de edad más representativo fue el de 50 a 59 años (32,17%) y el sexo masculino (65,73%), con mayor estadía entre cuatro y seis días (28%), se ventilaron 17 enfermos (11,90%) y se informó un fallecido con el diagnóstico de infarto cerebral aterotrombótico. Entre los ingresados en hospitalización fueron mayoritarios los ingresos quirúrgicos (25,18%), las edades entre 30 y 39 años (34,53%) y el sexo femenino (65,47%), sobresaliendo la estadía entre uno y tres días (43,17%). La hipertensión arterial (34,75%) fue la comorbilidad más relevante, mientras que el mayor número de ingresos fueron del perfil ocupacional médico (34,75%).

Conclusiones: la morbilidad de los colaboradores se comportó parecida a sus similares del país venezolano. Solo hubo un fallecido en el grupo de enfermos ventilados.

Palabras clave: morbilidad; mortalidad; cuidados críticos; hospitalización

ABSTRACT

Introduction: critical or non-critically ill patients' medicine is oriented to the care of patients with acute and severe pathophysiological alterations that may compromise life and are potentially reversible.

Objective: to describe the behavior of morbidity and mortality in Cuban collaborators in an Integral Diagnostic Center in the Bolivarian Republic of Venezuela.

Methods: a descriptive, cross-sectional study was carried out in the Intensive Care and Hospitalization Wards of an Integral Diagnostic Center of the Capital District in the Bolivarian Republic of Venezuela from January 2019 to November 2020; the sample consisted of 282 collaborators who requested admission during that period.

Results: the largest number of patients admitted to Intensive Care had a diagnosis of clinical disease -chronic decompensated arterial hypertension (21%)-, the most representative age group was 50 to 59 years old (32.17%) and male sex (65.73%), with a longer stay between four and six days (28%), 17 patients were ventilated (11.90%) and one death was reported with a diagnosis of atherothrombotic cerebral infarction. Among those admitted to hospital, surgical admissions (25.18%), age between 30 and 39 years (34.53%) and female sex (65.47%) were the most common, with a stay of between one and three days (43.17%). Arterial hypertension (34.75%) was the most relevant comorbidity, while the greatest number of admissions were of the medical occupational profile (34.75%).

Conclusions: the morbidity of the collaborators was similar to that of their Venezuelan counterparts. There was only one death in the group of ventilated patients.

Key words: morbidity; mortality; critical care; hospitalization

INTRODUCCIÓN

La insuficiencia respiratoria aguda y la necesidad de ventilación mecánica constituyen unas de las principales causas de ingreso en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI). El peso de la insuficiencia respiratoria aguda es elevado en términos de morbilidad y mortalidad, así como el costo de su principal tratamiento: la ventilación mecánica. La incidencia de esta enfermedad varía según los criterios establecidos y la región estudiada; en Europa esta enfermedad tiene una incidencia de entre 70 y 80 casos por cada 100 000 habitantes por año y en los Estados Unidos varía entre 130 y 140 casos por cada 100 000 pacientes al año. En la UCI del Hospital Provincial Universitario "Arnaldo Milián Castro" de la Ciudad de Santa Clara, Provincia de Villa Clara, Cuba, del total de los ingresos alrededor del 50% reciben asistencia ventilatoria mecánica por alguna razón, por lo que se ha convertido en una de las principales causas de ingreso. Los estudios de mortalidad han arrojado una cifra de alrededor del 30% en las Unidades de Cuidados Intensivos de Europa y Estados Unidos y se ha relacionado un incremento significativo con la sepsis, los estados de choque, el distrés respiratorio, la insuficiencia hepática, la malignidad, la edad avanzada y la insuficiencia renal crónica. La mortalidad es mucho menor cuando el órgano afectado es solo el pulmón que cuando se asocian otras disfunciones orgánicas.

El desarrollo de las distintas técnicas quirúrgicas y de las técnicas anestésicas durante la última década ha permitido el incremento de intervenciones quirúrgicas, así como de su complejidad. Los pacientes quirúrgicos tienen un mayor protagonismo entre el total de pacientes atendidos en un hospital (salas convencionales de cirugía y UCI).^(1,2,3,4) Las embarazadas y las puérperas también ingresan con mucha frecuencia en Salas de Ginecoobstetricia y en la UCI (fundamentalmente como consecuencia de la preeclampsia, que evoluciona finalmente a eclampsia, una de las tres causas más frecuentes de mortalidad en la embarazada, junto con la enfermedad tromboembólica y la hemorragia posparto).^(5,6,7) En la República Bolivariana de Venezuela la misión médica cubana atiende, entre otros, los Centros de Diagnóstico Integral (CDI), instituciones médicas que tienen en su estructura salas convencionales de hospitalización y Salas de Terapia Intensiva, en las que ingresan pacientes adultos por las Especialidades de Medicina Interna, Ortopedia y Traumatología, Obstetricia, Cirugía y otras especialidades afines. A pesar de existir un grupo de investigaciones sobre la temática, es preciso investigar en los CDI porque en los últimos años no se conocen con exactitud la morbilidad y la mortalidad en la UCI y en las salas de hospitalización. Esta investigación tiene el objetivo de describir el comportamiento de la morbilidad y la mortalidad en un CDI de los pacientes colaboradores cubanos que ingresan en estas unidades.

MÉTODOS

Diseño y población

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, de corte transversal, en el Centro de Diagnóstico Integral "María Eugenia González", del Distrito Capital en la República Bolivariana de Venezuela centro atendido desde marzo de 2018 por el personal del Centro de Salud Integral (CSI) "Salvador Allende" (centro de referencia nacional) por reparaciones de este último, de los colaboradores cubanos ingresados en el período comprendido desde el primero de enero de 2019 y hasta el 21 de noviembre de 2020. Se incluyeron, de forma consecutiva, todos los pacientes de 20 años de edad y más que ingresaron en el CDI procedentes de cualquiera de los estados en el período que abarcó el estudio debido a enfermedades quirúrgicas (urgentes o electivas) y clínicas, por requerir soporte intensivo de las funciones vitales o vigilancia continua especializada.

Operacionalización de las variables

- Edad: se tomó en años cumplidos y se agruparon en las siguientes clases: de 20 a 29 años, de 30 a 39 años, de 40 a 49 años, de 50 a 59 años, de 60 a 69 años y de 70 o más años
- Sexo: según el género humano, en masculino y femenino
- Comorbilidades (según antecedente y criterios diagnósticos establecidos): hipertensión arterial (se consideró hipertensión arterial -HTA- a partir de cifras de presión arterial sistólica >140 mmHg y diastólica >90 mmHg), asma

bronquial, gastritis crónicas, diabetes mellitus tipo 1 y tipo 2,^(2,8) enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), hipotiroidismo, cardiopatía isquémica, hipercolesterolemia

-Perfil por el que vino a la misión desde Cuba: médico, enfermera(o), administrativo, especial, deportista, estadística, farmacia, rehabilitación, electromedicina, cocinero, chofer, periodista, laboratorio, económico, diplomático, informático, contador, óptica.

Enfermedades que demandaron ingreso:

-Postoperatorios: estados postoperatorios de apendicetomía, embarazo ectópico, herniorrafia, lisis de bridas, etc

-Hipertensión arterial crónica descompensada o de debut

-Infección urinaria: alta o baja según el examen clínico y de laboratorio

-Aborto diferido o en curso

-Dengue según criterios clínicos y con IgM positiva

-Enfermedades ostiomioarticulares: discopatías, sacrolumbalgias y otros traumas

-Neumonía: adquirida en la comunidad, no grave y grave (criterios mayores: necesidad de ventilación mecánica, presencia de choque séptico; criterios menores: tensión arterial sistólica <90 mmHg, frecuencia respiratoria ≥ 30 rpm, $PaO_2/FIO_2 < 250$, infiltrados multilobares, confusión y desorientación -o ambas-, uremia (BUN 420 mg/dl), hipotermia <36°C, leucopenia $< 4 \times 10^9$ leucocitos/l y trombocitopenia 100×10^9 plaquetas/l. Neumonía nosocomial: se diagnosticó por la presencia de infiltrado inflamatorio en una radiografía de tórax o tomografía axial computadorizada (TAC). Se debió tener al menos uno de los siguientes criterios después de 48 horas de haber estado hospitalizado: fiebre mayor de 38°C sin otro origen, leucocitosis mayor de $12 \times 10^9/l$ o leucopenia menor de $4 \times 10^9/l$, y al menos uno de los siguientes criterios (dos si solo se utilizan criterios clínicos): aparición de esputo purulento o cambio en sus características, tos o disnea o taquipnea, auscultación: presencia de crepitantes, roncos o sibilancias).

-Colecistitis aguda

-Sangramiento digestivo alto: con clínica y demostración endoscópica

-Síndrome febril inespecífico: sin causa aparente clínica ni demostrable por laboratorio

-Enfermedad cerebrovascular (ECV): independientemente del tipo

-Arritmias cardíacas: se tuvieron en cuenta los criterios actuales

-Infarto agudo al miocardio (IMA): se tuvieron en cuenta los criterios actuales

-Angina inestable: con cambios eléctricos y no

-Tumores malignos: por criterios clínicos y de complementarios

-Trauma craneoencefálico (TCE): según criterios clínicos y de imágenes.

-Estadía hospitalaria: se consideraron los intervalos de uno a tres días, de cuatro a seis días, de siete a nueve días, de 10 a 12 días, de 13 a 15 días y de 16 días y más.

Se consideró como tasa de morbilidad la cantidad de individuos considerados enfermos o que son afectados por una enfermedad en un espacio y tiempo

determinado. Es la frecuencia de la enfermedad en proporción a una población. La morbilidad es un dato estadístico importante para medir la evolución o el retroceso de alguna enfermedad, evaluar su importancia sanitaria y determinar las posibles soluciones. El cómputo de la tasa de morbilidad requiere que se especifique el período y el lugar.

Las tasas de morbilidad más frecuentemente utilizadas son las siguientes:

- Prevalencia: frecuencia de todos los casos (antiguos y nuevos) de una enfermedad o condición patológica en un momento dado del tiempo (prevalencia de punto) o durante un período definido (prevalencia de período)
- Incidencia: es la rapidez con la que ocurre una enfermedad. También la frecuencia con que se agregan (desarrollan o descubren) nuevos casos de una enfermedad/afección durante un período específico y en un área determinada.

Control de sesgos: con el objetivo de aumentar la precisión y la exactitud de los datos necesarios para la investigación se tuvo en cuenta el control los siguientes sesgos: de selección, de clasificación, de confusión, de información y por precisión. El procesamiento de los resultados se realizó por los autores y un especialista ajeno al estudio y los resultados se confrontaron.

Fuentes de recolección de datos

Los datos necesarios para las variables que fueron objeto de estudio se obtuvieron, principalmente, de los Libros de Registro de pacientes de las Salas de Terapia Intensiva y de Hospitalización y de las historias clínicas para plasmarse definitivamente en una base de datos realizada con el paquete estadístico SPSS 17.0 para Windows.

Análisis estadístico

Para las variables cualitativas se obtuvieron las frecuencias absolutas y relativas (por cientos) de las distintas categorías y las razones; para las variables cuantitativas las medias, las medianas, la desviación estándar y los rangos. El tratamiento de los datos se realizó mediante el programa estadístico SPSS versión 17.0 para Windows. Se estimaron las tasas de morbilidad y de mortalidad, se emplearon las siguientes expresiones: morbilidad de casos clínicos= $\frac{\text{total de casos con morbilidad clínicax100\%}}{\text{total de la muestra}}$, morbilidad de casos quirúrgicos= $\frac{\text{total de casos con morbilidad quirúrgicax100\%}}{\text{total de la muestra}}$ y mortalidad total= $\frac{\text{total de casos de fallecidosx100\%}}{\text{total de la muestra}}$.

Consideraciones éticas

En el presente estudio se cumplieron los preceptos éticos básicos de los procesos investigativos clínico-epidemiológicos. La Dirección del CDI y el Comité de Ética del centro dieron su aprobación.

RESULTADOS

En la Tabla 1 hubo un predominio de ingresos del perfil médico (34,75%) y de enfermería (21,28%), tanto en la Sala de Terapia Intensiva como en la de Hospitalización.

Tabla 1. Distribución según el perfil de los colaboradores cubanos ingresados

Perfil	Sala de Terapia Intensiva		Sala de Hospitalización		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Médico	42	29,40	56	40,30	98	34,75
Enfermero(a)	25	17,50	35	25,18	60	21,28
Administrativo	17	12,00	9	6,50	26	9,22
Especial	8	5,60	12	8,63	20	7,09
Deportista	10	7,00	8	5,75	18	6,38
Estadística	7	5,00	3	2,16	10	3,55
Farmacia	5	3,50	3	2,16	8	2,83
Rehabilitación	6	4,20	2	1,44	8	2,83
Electromedicina	6	4,20	1	0,72	7	2,48
Cocinero	4	2,80	1	0,72	5	1,80
Chofer	4	2,80	1	0,72	5	1,80
Periodista	1	0,70	3	2,16	4	1,42
Laboratorio	3	2,10	1	0,72	4	1,42
Económico	1	0,70	2	1,44	3	1,10
Diplomático	1	0,70	1	0,72	2	0,71
Informático	1	0,70	1	0,72	2	0,71
Contador	1	0,70	0	0,00	1	0,35
Óptica	1	0,70	0	0,00	1	0,35
Total	143	100	139	100	282	100

El grupo de edades en la Sala de Hospitalización (Tabla 2) para el sexo masculino que predominó fue el comprendido entre 50 y 59 años, mientras que para el femenino fue el de 30 a 39 años. Por cada hombre hubo 1,2 mujeres ingresadas.

Tabla 2. Distribución según la edad y el sexo de los colaboradores cubanos ingresados en la Sala de Hospitalización

Grupo de edades (años)	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%
20 - 29	2	1,44	25	17,99	27	19,42
30 - 39	12	8,63	36	25,90	48	34,53
40 - 49	11	7,91	20	14,39	31	22,30
50 - 59	18	12,95	9	6,47	27	19,42
60 - 69	5	3,60	1	0,72	6	4,32
Total	48	34,53	91	65,47	139	100

Nota: paciente de mayor edad: masculino, de 67 años, con antecedentes de HTA y gastritis crónica, que ingresó por enterocolitis bacteriana y paciente de menor edad: femenino, de 21 años, estudiante de Periodismo, con antecedentes previos de salud, que ingresó por síndrome febril inespecífico.

La Tabla 3 muestra el grupo de edades de los ingresados en la Sala de Terapia Intensiva: para el sexo masculino predominó el comprendido entre 50 y 59 años, mientras que para el femenino fue el de 40 a 49 años. Por cada mujer hubo 1,92 hombres ingresados.

Tabla 3. Distribución según la edad y el sexo de los colaboradores cubanos ingresados en la Sala de Terapia Intensiva

Grupo de edades (años)	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	No.	%	No.	%	No.	%
20 - 29	7	4,89	11	7,69	18	12,60
30 - 39	15	10,49	11	7,69	26	18,18
40 - 49	23	16,08	16	11,19	39	27,27
50 - 59	35	24,47	11	7,69	46	32,17
60 - 69	12	8,39	0	0,00	12	8,40
≥70	2	1,40	0	0,00	2	1,40
Total	94	65,73	49	34,26	143	100

Nota: paciente de mayor edad: masculino, de 70 años, con antecedentes de salud, que ingresó por IMA no Q y paciente de menor edad: femenino, de 23 años, con antecedentes de litiasis vesicular, que ingresó por colecistitis aguda.

Entre las comorbilidades sobresalen la HTA (98, 34,75%) y el asma bronquial (21, 7,45%) -Tabla 4-.

Tabla 4. Distribución de las comorbilidades en colaboradores cubanos ingresados

Comorbilidades	Sala de Terapia Intensiva (n=143)		Sala de Hospitalización (n=139)		Total (n=282)	
	No.	%	No.	%	No.	%
	HTA	73	51,05	25	18	98
Asma bronquial	13	9,10	8	5,75	21	7,45
Gastritis crónica	4	2,80	12	8,63	16	5,70
Diabetes mellitus	9	6,30	6	4,32	15	5,32
EPOC	5	3,50	10	7,20	15	5,32
Hipotiroidismo	7	4,90	4	2,90	11	3,90
Cardiopatía isquémica	7	4,90	3	2,16	10	3,55
Hipercolesterolemia	8	5,60	2	1,44	10	3,55
Otras	5	3,50	2	1,44	7	2,48
Total	31	91,61	72	51,80	203	72,02

HTA: hipertensión arterial; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica

En la Tabla 5 se muestran los pacientes con enfermedades patológicas. De un total de 282 pacientes egresaron vivos 281, hubo un solo fallecido con el diagnóstico de infarto cerebral aterotrombótico. El postoperatorio tuvo el mayor número de casos (63, 22,34%) en la serie y en la hospitalización. En la UCI fue la hipertensión arterial crónica descompensada la de mayores rubros (30, 21%).

En la serie la estadía de uno a tres días predominó (91, 32,27%), lo mismo que entre los ingresados en la Sala de Hospitalización, mientras que en las Salas de Terapia Intensiva fue mayor la de cuatro a seis días (40, 28%) -Tabla 6-.

Tabla 5. Distribución de las principales enfermedades que demandaron ingreso en los colaboradores cubanos

Patologías	Sala de Terapia Intensiva		Sala de Hospitalización		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Postoperatorio	28	19,60	35	25,18	63	22,34
HTA	30	21,00	4	2,90	34	12,10
Infección urinaria	2	1,40	18	13,00	20	7,10
Aborto diferido	1	0,70	18	13,00	19	6,74
Dengue	11	7,70	8	5,75	19	6,74
Peritonitis	13	9,10	3	2,16	16	5,70
Enfermedad ostiomioarticular	0	0,00	14	10,10	14	5,00
Neumonías	9	6,30	4	2,90	13	4,61
Colecistitis aguda	3	2,10	9	6,47	12	4,25
Sangramiento digestivo alto	5	3,50	6	4,31	11	3,90
Síndrome febril inespecífico	1	0,70	10	7,20	11	3,90
ECV	8	5,60	0	0,00	8	2,84
Arritmias cardíacas	8	5,60	0	0,00	8	2,84
IMA	8	5,60	0	0,00	8	2,84
Angina inestable	8	5,60	0	0,00	8	2,84
Tumores malignos	2	1,40	3	2,16	5	1,80
TCE	5	3,50	0	0,00	5	1,80
Otros	1	0,70	7	5,04	8	2,84
Total	143	100	139	100	282	100

HTA: hipertensión arterial; ECV: enfermedad cerebrovascular; IMA: infarto agudo al miocardio; TCE: trauma craneoencefálico

Nota: se trataron con ventilación artificial mecánica invasiva 17 pacientes en la UTI (11,9%), con un fallecido, para un 5,9% del total de ventilados. Se trasladaron a Cuba 51 enfermos (18,10%) para completar estudio y tratamiento.

Tabla 6. Distribución según la estadía de los colaboradores cubanos ingresados

Estadía hospitalaria (días)	Sala de Terapia Intensiva		Sala de Hospitalización		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
1 - 3	31	21,70	60	43,17	91	32,27
4 - 6	40	28,00	43	31,00	83	29,43
7 - 9	26	18,18	20	14,40	46	16,31
10 - 12	19	13,30	10	7,20	29	10,28
13 - 15	12	8,40	3	2,16	15	5,32
≥16	15	10,50	3	2,16	18	6,38
Total	143	100	139	100	182	100

Nota: pacientes de mayor estadía: En la UCI, con 32 días, enferma femenina, de 49 años, con antecedentes de HTA, con el diagnóstico de infarto cerebral isquémico fronto, temporo, parieto y occipital derecho y ventilación artificial mecánica (VAM), que falleció. En Hospitalización, con 43 días, paciente masculino de 52 años, con antecedentes de HTA y gastritis con el diagnóstico de Panadizo.

DISCUSIÓN

La efectividad asistencial en las UCI se evalúa habitualmente a través de la mortalidad hospitalaria ajustada a la gravedad clínica de los enfermos. Las Salas de Hospitalización permiten el ingreso y el seguimiento de enfermos que potencialmente pueden complicarse y no necesitan seguimiento intensivo.

En la serie el predominio del perfil médico y de enfermería en los ingresos está en relación con que son estos perfiles la mayoría en la colaboración cubana en Venezuela. A diferencia de los pacientes ingresados en la UCI hubo un predominio del sexo femenino en hospitalización en relación, sobre todo, a enfermedades ginecoobstétricas como el aborto diferido; igual sucede con la estadía mayoritaria entre uno y tres días en hospitalización por la misma causa, por la infección urinaria y por las cirugías por video laparoscopia realizadas. Estas unidades representan un contexto importante en la labor asistencial en los hospitales, aspectos que exigen la realización y la actualización de investigaciones en este entorno.

En la presente investigación se logró realizar un acercamiento del estado actual de las tasas de incidencia y de prevalencia más importantes. Según los datos reflejados en el Registro ENVIN-HELICS en las UCI españolas ingresa un mayor por ciento de pacientes con enfermedades clínicas (67,2%), mientras que las causas quirúrgicas representaron el 32,8%,⁽⁹⁾ lo que coincide con la presente investigación. Algunas explicaciones probables serían los criterios de ingresos en la UCI de los CDI y el predominio de enfermedades clínicas en el entorno en que se realizó la presente investigación; sin embargo, se obtuvieron resultados muy similares a otras investigaciones en las que la edad promedio se encuentra en la cuarta y la quinta décadas de la vida.⁽¹⁰⁾ En una investigación realizada el sexo masculino predominó,⁽¹¹⁾ igual que en la presente serie y en otros estudios.^(12,13) Sin dudas los pacientes masculinos padecen mayor número de enfermedades graves que las mujeres, lo que pudiera explicar los hallazgos de la presente investigación. En la muestra de pacientes ingresados en la UCI existen enfermedades no propias de estas salas como las infecciones urinarias, entre otras, que se ingresaron en esa unidad por presentar marcada toma del estado general e hipotensión, como sucede en todas las UCI del mundo.^(3,4,5,6,7,8,9,10,11,12) La HTA fue la comorbilidad más frecuente,⁽¹³⁾ hecho que está en relación con la frecuencia de esta enfermedad en la población cubana. En el paciente grave casi nunca aparece una sola enfermedad y, en su mayoría, presentan comorbilidades. En esta investigación la HTA fue la principal encontrada, al igual que en la bibliografía revisada; cuando coexisten la HTA y otros factores de riesgo cardiovascular pueden potenciarse mutuamente, lo que resulta en un riesgo mayor.^(14,15) En relación con la diabetes mellitus la cifra de pacientes afectados aumenta y las estimaciones actuales superan los 1,6 millones de casos nuevos anuales en los mayores de veinte años de edad. La tasa de aumento de la diabetes es máxima en naciones en vías de desarrollo por la urbanización.⁽¹⁶⁾ En otro estudio el 47% de los pacientes tenía, por lo menos, una comorbilidad asociada y una de las más frecuentes fue la diabetes mellitus, seguida de la HTA;⁽¹⁷⁾ la mayoría de los estudios revisados coincide con los de este.

Una investigación encontró que las operaciones eran la tercera causa de ingreso en las UCIs, con una mortalidad alta, y que la evolución postoperatoria, aunque relacionada con el deterioro de las funciones vitales y la prontitud del restablecimiento del equilibrio de estas, estaba firmemente influida por las

características del procedimiento quirúrgico.⁽¹⁷⁾ Por ser la UCI un servicio de referencia en la atención de los colaboradores graves en este trabajo hubo un aumento en los ingresos procedentes de otros estados y del quirófano, por lo que no es muy coincidente con otras bibliografías revisadas en las que este tipo de pacientes se hospitalizan en sus estados. El estudio SOAP (Sepsis Occurrence in Acutely-Ill Patients)⁽¹⁶⁾ informó que el 30% de los ingresos a las UCIs en hospitales europeos se debe a sepsis, con una tasa de mortalidad alta; en esta serie casi un 27,3% de los enfermos ingresados en la UCI fue por sepsis. En los últimos años se ha presentado un cambio en el perfil epidemiológico de las infecciones dentro de las UCIs relacionado a las características de los enfermos y a los factores de riesgo asociados, que predisponen a infecciones más graves y por gérmenes oportunistas y multiresistentes. Después de varios días, una respuesta antiinflamatoria compensadora con inmunosupresión puede contribuir al fallecimiento.^(16,17) Son las infecciones respiratorias la principal causa de ingreso como enfermedad clínica en varios informes de múltiples estudios.⁽¹⁶⁾ A diferencia de otras investigaciones^(16,17) en esta ocupó el quinto lugar en morbilidad y el primero en mortalidad la enfermedad cerebrovascular isquémica. Los pacientes quirúrgicos admitidos en las UCIs están en condiciones críticas o sufren trastornos fisiológicos agudos como resultado, principalmente, de la intervención quirúrgica. Los pacientes operados graves son motivo indiscutible de ingreso en las UCIs; este trabajo coincide con estudios previos en los que los pacientes ingresados en UCI mostraron un predominio de cirugías de urgencia por peritonitis, hecho que interviene desfavorablemente en su evolución satisfactoria⁽¹⁸⁾ -en esta serie la peritonitis se presentó en 13 enfermos-.

La hipovolemia, el estómago lleno, los trastornos hidroelectrolíticos y del equilibrio ácido-básico y los traumatismos de áreas vitales determinan un mayor riesgo perioperatorio debido a que no hay una preparación ni un adecuado control de las enfermedades de base.

En las UCIs de los hospitales de todo el mundo la mortalidad es la mejor medida de evaluación de su rendimiento y su desempeño. Las tasas de mortalidad general de los pacientes que ingresan en las Unidades de Cuidados Intensivos se encuentran entre un quince y un veinte por ciento; sin embargo, esta "baja mortalidad" aparente, incluye un gran número de pacientes en subpoblaciones con una mortalidad extremadamente baja, como los postoperados de "cirugía de riesgo".⁽¹⁹⁾ A pesar de todo el empeño en el desarrollo médico y de la ciencia se debe trabajar sin descansar en aras de disminuir la mortalidad de los pacientes graves, así como lograr un mejor confort en su atención.

CONCLUSIONES

Los médicos y las enfermeras demandaron el mayor número de ingresos en la serie estudiada y la hipertensión arterial fue la comorbilidad más frecuente. En las Salas de Hospitalización fue mayoritario el sexo femenino, las edades entre

30 y 39 años, los ingresos quirúrgicos y la estadía de uno a tres días. En Terapia Intensiva predominaron el sexo masculino, las edades entre 50 y 59 años, la hipertensión arterial crónica descompensada y la estadía de cuatro a seis días. Se informó un fallecido en el estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bueno H, Ross JS, Wang Y, Chen J, Vidán MT, Normand SL, et al. Trends in length of stay and short-term outcomes among Medicare patients hospitalized for heart failure: 1993-2008. JAMA [Internet]. 2010 [citado 12/12/2020];303(21):2141-2147. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3020983/>. <https://doi.org/10.1001/jama.2010.748>
2. Santana Cabrera L, Lorenzo Torrent R, Sánchez Palacios M, Martín Santana JD, Hernández Hernández JR. Pronóstico de los pacientes médicos según la duración de su estancia en la unidad de cuidados intensivos. Med Intensiva [Internet]. 2014 [citado 12/12/2020];38(2):126-127. Disponible en: <https://www.medintensiva.org/es/pronostico-los-pacientes-medicos-segun/articulo/S0210569113001381/>. <https://doi.org/10.1016/j.medin.2013.06.004>
3. Iraola Ferrer MD, Nieto Prendes P, Álvarez Li FC, Pons Moscoso F, Cruz de los Santos H. Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica: morbilidad y mortalidad en pacientes quirúrgicos ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos. Rev Cub Med Int Emerg [Internet]. 2003 [citado 12/12/2020];2(2):35-43. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mie/vol2_2_03/mie07104.pdf
4. National Center for Health Statistics (US). Health, United States, 2013: with special feature on prescription drugs [Internet]. Hyattsville (MD): NCHS; 2014 [citado 12/12/2020]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK209224/>
5. Rubio Lorente AM, González López AB, González Mirasol E, González de Merlo G. Morbimortalidad materna y fetal en pacientes con preeclampsia grave. Prog Obstet Ginecol [Internet]. 2011 [citado 12/12/2020];54(1):4-8. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-articulo-morbimortalidad-materna-fetal-pacientes-con-S0304501310004784>. <https://doi.org/10.1016/j.pog.2010.11.002>
6. Curiel Balsera E, Prieto Palomino MA, Muñoz Bono J, Ruiz de Elvira MJ, Galeas JL, Quesada García G. Análisis de la morbilidad materna de las pacientes con preeclampsia grave, eclampsia y síndrome HELLP que ingresan en una Unidad de Cuidados Intensivos gineco-obstétrica. Med Intensiva [Internet]. 2011 [citado 12/12/2020];35(8):478-83. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912011000800005
7. Dellinger RP, Levy MM, Carlet JM, Bion J, Parker MM, Jaeschke R, et al. Surviving Sepsis Campaign: International guidelines for management of severe sepsis and septic shock: 2008. Intensive Care Med [Internet]. 2008 [citado 12/12/2020];34:17-60. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2249616/pdf/134_2007_Article_934.pdf. <https://doi.org/10.1007/s00134-007-0934-2>
8. Inzucchi SE, Sherwin RS. Diabetes mellitus tipo1. En: Goldman L. Goldman's Cecil Medicine. 23th ed. Madrid: Elsevier; 2008. p. 1479-85.

9. Mas N, Olaechea P, Palomar M, Álvarez-Lerma F, Rivas R, Nuviols X, et al. Análisis comparativo de pacientes ingresados en Unidades de Cuidados Intensivos españolas por causa médica y quirúrgica. *Med Intensiva* [Internet]. 2015 [citado 12/12/2020];39(5):279-89. Disponible en: <https://www.medintensiva.org/es/analisis-comparativo-pacientes-ingresados-unidades/articulo/S0210569114001818/>.
<https://doi.org/10.1016/j.medin.2014.07.006>
10. Álvarez Aliaga A, González Aguilera J, Rodríguez Blanco L, Peña González E, Berdú Saumell J, Hernández Galano ME. Sepsis extrahospitalaria severa en la Unidad de Cuidados Intensivos. *MAPFRE Med* [Internet]. 2006 [citado 12/12/2020];17(3):159-165. Disponible en: <https://sid-inico.usal.es/idocs/F8/ART9359/sepsis.pdf>
11. Cerda Cortaza JL, López Reyna MA. Resultados de la reanimación preoperatoria en sepsis grave y choque séptico en pacientes con infección intraabdominal. *Cir Gen* [Internet]. 2014 [citado 12/12/2020];36(4):199-204. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-cirujano-general-218-pdf-X1405009914739699>
12. Hernández Palazón J, Fuentes García D, Burguillos López S, Domenech Asensi P, Sansano Sánchez TV, Acosta Villegas F. Análisis de la insuficiencia de órganos y mortalidad en la sepsis por peritonitis secundaria. *Med Intensiva* [Internet]. 2013 [citado 12/12/2020];37(7):461-467. Disponible en: <https://www.medintensiva.org/es/analisis-insuficiencia-organos-mortalidad-sepsis/articulo/S0210569112002501/>.
<https://doi.org/10.1016/j.medin.2012.07.010>
13. Llompert Pou JA, Talayero M, Homar J, Royo C, grupo de trabajo de Trauma y Neurointensivismo de SEMICYUC. Fallo multiorgánico en el paciente con trauma grave. *Med Intensiva* [Internet]. 2014 [citado 12/12/2020];38(7):455-462. Disponible en: <https://www.medintensiva.org/es/fallo-multiorganico-el-paciente-con/articulo/S0210569114001442/>. <https://doi.org/10.1016/j.medin.2014.05.004>
14. Giner Soriano M, Díaz Baena D, Ouchi D, Gomez Lumbreras A, Morros R. Tratamiento farmacológico de la insuficiencia cardíaca según la fracción de eyección ventricular en atención primaria. *Atención Primaria* [Internet]. 2022 [citado 21/09/2022];54(8):102362. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656722000828>.
<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2022.102362>
15. Sociedad Europea de Cardiología, European Society of Hypertension. Guía ESC/ESH 2018 sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial. *Rev Esp Cardiol* [Internet]. 2019 [citado 12/12/2020];72(2):160.e1-160.e78. Disponible en: <https://www.revespcardiol.org/es-pdf-S0300893218306791>.
<https://doi.org/10.1016/j.recesp.2018.12.005>
16. Vincent JL, Sakr Y, Sprung CL, Ranieri VM, Reinhart K, Gerlach H, et al. Sepsis in European intensive care units: results of the SOAP study. *Crit Care Med* [Internet]. 2006 [citado 12/12/2020];34(2):344-53. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16424713/>.
<https://doi.org/10.1097/01.ccm.0000194725.48928.3a>
17. Barie PS, Hydo LJ, Fischer E. Comparison of APACHE II and III scoring systems for mortality prediction in critical surgical illness. *Arch Surg* [Internet]. 1995 [citado 12/12/2020];130(1):77-82. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7802581/>.
<https://doi.org/10.1001/archsurg.1995.01430010079016>

18. Jiménez Guerra SD. Morbilidad, mortalidad y letalidad en una unidad de cuidados intensivos polivalente. Rev Cub Med Int Emerg [Internet]. 2003 [citado 12/12/2020];2(4):45-50. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mie/vol2_4_03/mie08403.pdf
19. Rojas Borroto C, Martínez Rodríguez I, Morales García JC. Mortalidad en pacientes ventilados en la Unidad de Cuidados Intensivos del hospital de Morón. Mediciego [Internet]. 2012 [citado 12/12/2020];18(Supl. 1):[aprox. 8 p.]. Disponible en: <https://revmediciego.sld.cu/index.php/mediciego/article/view/348/2197>

CONFLICTO DE INTERESES

El autor declara no tener conflicto de intereses.