

INVESTIGACIÓN ORIGINAL

MORTALIDAD DE PACIENTES DE UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS. UN ESTUDIO PROSPECTIVO DE DOCE MESES.

Argüello Quirós, María Fernanda y Salas Segura, Donato Arnoldo

Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia, San José, Costa Rica.

Resumen: La mortalidad de los pacientes que ingresan a una Unidad de Cuidado Intensivo es importante, pero esperable dadas sus precarias condiciones de salud. Del mismo modo, la mortalidad luego del egreso de estas unidades es un tópico importante dados los recursos y tiempo que se han invertido en los pacientes. Se presenta un estudio observacional, descriptivo y prospectivo de un año de duración que dio seguimiento a los pacientes ingresados y egresados de una Unidad de Cuidados Intensivos de tercer nivel. Durante los primeros seis meses se ingresaron 240 pacientes a la unidad, de los cuales 15 (6,25%) murieron en las primeras 24 horas y 35 (14,5%) durante el resto de la estancia. Después del egreso de la unidad fallecieron cinco pacientes (2%) durante el resto de la estancia hospitalaria, cinco fallecieron en el periodo de los 28 días posterior al egreso hospitalario y 11 pacientes fallecieron durante los siguientes seis meses. La sobrevida de los pacientes egresados alcanzó un 86%. Los diagnósticos de muerte más frecuentes en la unidad fueron: choque séptico, cardiopatía isquémica, pancreatitis aguda y politraumatismo. En el hogar la causa más frecuente de muerte fue neumonía, y en el hogar, la enfermedad de fondo.

Palabras clave: cuidados intensivos, mortalidad, estadísticas de la atención médica.

Fuente: BIREME

Recibido: 29 Julio 2015. Aceptado: 4 Septiembre 2015. Publicado: 15 Octubre 2015.

MORTALITY OF PATIENTS IN INTENSIVE CARE UNIT. A TWELVE MONTHS' FOLLOW-UP STUDY

Abstract: The mortality of patients admitted to an Intensive Care Unit is an important concern but is expected given their poor health. Similarly, mortality after discharge from these units is an important topic given the resources and time that has been invested in this patients. An observational, prospective descriptive study was conducted for a year to follow patients admitted in a third level Intensive Care Unit. During the first six months 240 patients were admitted to the unit, 15 of them died in the first 24 hours and 35 (14.5%) during the rest of the stay. Five patients (2%) died on ward, another five died in the period of 28 post-hospital discharge and 11 patients died over the next six months after hospital discharge. Survival of patients discharged reached 86%. The most frequent diagnoses of death in the unit were septic shock, ischemic heart disease, acute pancreatitis and politraumatism. In hospital wards the cause of death was pneumonia, and at home, the underlying disease.

Key words: intensive care, mortality, medical care statistics. Source: BIREME.

INTRODUCCIÓN

Las Unidades de Cuidado Intensivo (UCI) consumen un importante porcentaje del presupuesto hospitalario dadas las condiciones de los pacientes que ingresan a ellas y los grandes recursos en personal, tecnología, medicamentos y otros insumos que requieren estos pacientes.

Por lo anterior es importante evaluar los índices de mortalidad de esta población, no solo durante la estancia intrahospitalaria sino luego de su egreso para determinar el resultado final de estos cuidados tan especializados y onerosos.

En la actualidad existe una corriente de investigación clínica interesada en el seguimiento de los pacientes que egresan de los cuidados intensivos [1,2], no solo para valorar su mortalidad, sino también su calidad de vida posterior.

El presente trabajo es parte de una investigación mayor que dio seguimiento a los pacientes ingresados en nuestra UCI durante su

internamiento y durante los 6 meses siguientes a su egreso.

MATERIALES

Se trató de un estudio observacional, descriptivo y prospectivo de un año de duración, parte de un estudio mayor, que dio seguimiento a todos los pacientes egresados de la UCI, con un periodo de enrolamiento de seis meses y de otros 6 meses de seguimiento con cuatro momentos de corte: al egreso de la UCI, al egreso del hospital, a los 28 días y a los 6 meses después del alta. La información recabada incluyó datos demográficos y de condición de salud que se recolectaron al ingreso a la UCI y en los 4 momentos descritos. Se entrevistó al paciente mismo o al cuidador en su defecto. Las entrevistas a los 28 días y a los 6 meses se realizaron por vía telefónica y si no fue posible la comunicación por este medio, se consultó la información del registro civil del Tribunal Supremo de Elecciones para determinar su condición de vida.

Para los datos de estancia y mortalidad durante el internamiento en la UCI, se utilizó la base de datos de la propia unidad y para la recolección de los demás datos se utilizó un cuestionario redactado ex profeso para el estudio. En la figura No. 1 se presenta el flujograma de reclutamiento.

El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS v.21 (IBM Corp., EEUU).

El estudio fue aprobado por el Comité local de bioética en el oficio CLOBI-10-06-2014.

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio, se incluyeron un total de 240 pacientes que ingresaron a la UCI durante el segundo semestre de 2014, pero con un seguimiento de 150 luego del egreso de la unidad.

La tabla núm. 1 recoge las principales características sociodemográficas de la población.

Es menester explicar que la mortalidad propia de la UCI se empieza a considerar a partir de las primeras 24 horas después del ingreso. Los pacientes que mueren dentro de esas primeras horas se estima que hubieran muerto de todas formas con o sin apoyo de cuidados intensivos.

La mortalidad se dividió en cinco grupos: mortalidad global de la UCI, mortalidad ajustada luego de 24 horas del ingreso y hasta su egreso de la UCI, la mortalidad durante el resto del internamiento en el hospital, a los 28 días y a los seis meses del alta hospitalaria (tabla núm. 2).

En la tabla núm. tres se anotan los cinco diagnósticos de muerte más frecuente de los pacientes durante su internamiento.

Los cinco pacientes que fallecieron durante el resto de su hospitalización, murieron todos de neumonía nosocomial y ninguno recuperó un estado de la conciencia adecuado en algún momento de su estancia hospitalaria.

Tanto los pacientes fallecidos a los 28 días como a los seis meses, murieron a causa del progreso de su enfermedad de fondo: ocho de cardiopatía isquémica, y tres de insuficiencia renal y sus complicaciones.

Tabla no.1.

Características generales de los pacientes fallecidos luego de las primeras 24 horas

Sexo :

Hombres 25 (72%)

Mujeres 10 (28%)

Edad promedio y percentiles

58 años

p25: 45 años

p50: 60 años

p75: 68 años

Antecedentes patológicos personales:

Hipertensión arterial 19 (54%) pacientes

Diabetes mellitus 14 (40%) pacientes

Cardiopatía isquémica 3 (9%) pacientes

Sin antecedentes 14 (40) pacientes

Días promedio de estancia

8.6 días

p25: 3 días

p50: 5 días

p75: 10 día

Al final del periodo del estudio, sobrevivieron 129 (86%) pacientes de los 150 a los que se les dio seguimiento posterior al egreso de la UCI.



Figura núm. 1

Flujograma de reclutamiento de pacientes

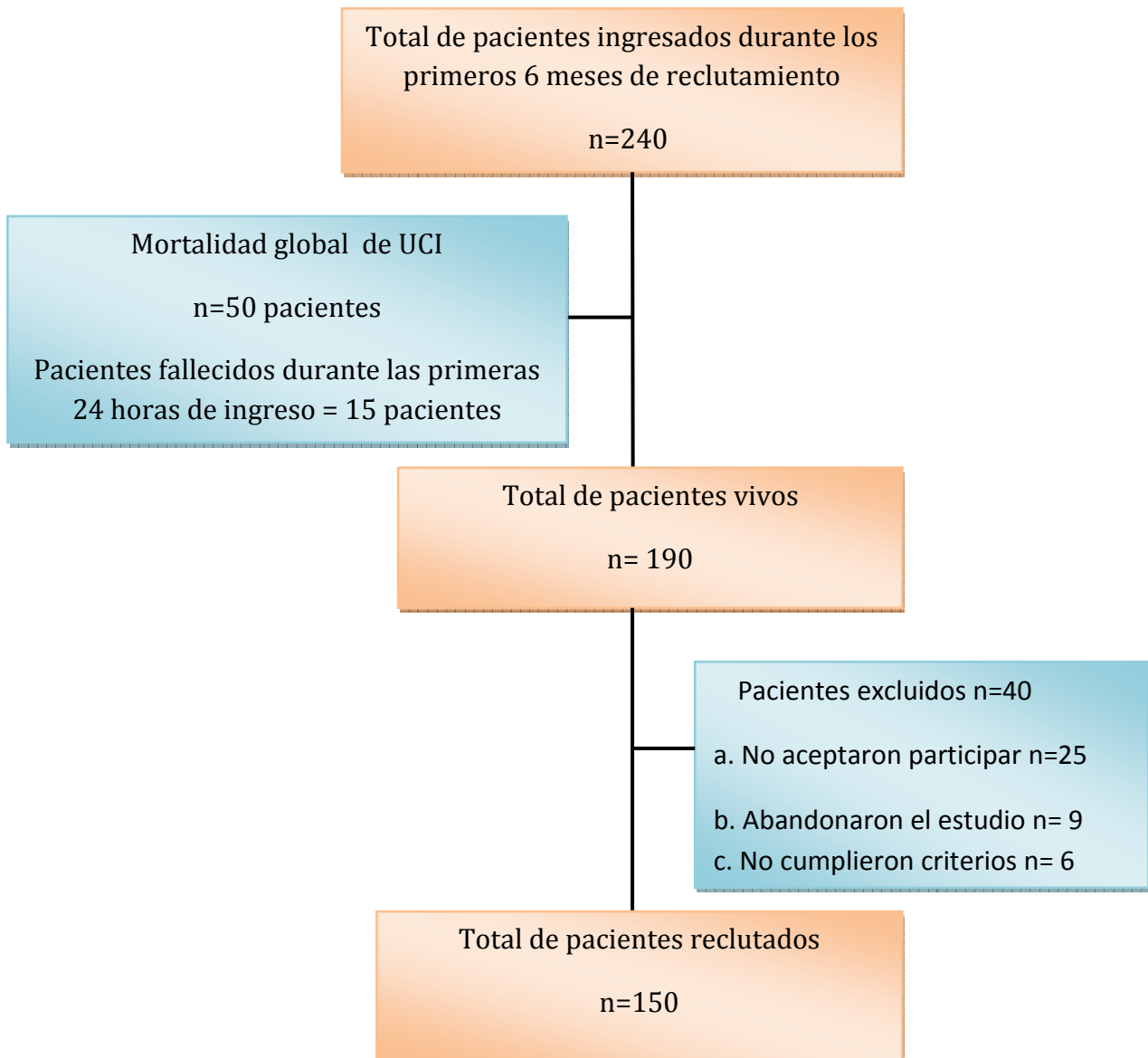


Tabla núm. 2

Mortalidad de los pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos desde su ingreso hasta los 6 meses del egreso hospitalario.

Total de pacientes	240	%
Mortalidad global en la UCI	50	21%
Mortalidad en las primeras 24 horas	15	6.25%
Mortalidad después de 24 horas en la UCI	35	14.5%
Fallecidos en el resto del egreso de la UCI	5	2%
Fallecidos a los 28 días	5	2%
Fallecidos a los 6 meses	11	4%

Tabla núm. 3

Diagnósticos más frecuentes de mortalidad durante la estancia en la UCI.

Diagnóstico	No. de pacientes
Shock Séptico	9
Infarto agudo del miocardio	4
Pancreatitis aguda severa	4
Politraumatismo	4
Otras	14

DISCUSIÓN

Los pacientes que ingresan a una UCI lo hacen con el fin de reducir la morbilidad y prevenir la mortalidad de su enfermedad, sin embargo, por su misma condición de gravedad, esto no se logra con facilidad. Es difícil determinar el porcentaje de mortalidad se considera aceptable para una UCI, pues esta varía de acuerdo al tipo de unidad (la unidades coronarias tienen la menor mortalidad mientras que las oncológicas tienen la mayor) [1].

Sin embargo, el porcentaje reportado en este trabajo de un 14,5 %, parece hallarse entre lo reportado por otros estudios de mortalidad [2,3,4] y quizás se aproxime a una cifra aceptable para una unidad médico-quirúrgica como la nuestra.

Es llamativo que la mitad de los pacientes fallecidos eran menores de 60 años, lo que significa

que una población aun joven, murió básicamente a causa de traumas y procesos infecciosos, condiciones nosológicas que desde un punto de vista salubrista, deberían ser bastante prevenibles.

En términos generales, a nuestra unidad ingresan 2/3 más pacientes hombres que mujeres a causa de la mayor incidencia de cardiopatía isquémica en los primeros. Esta distribución también se ve reflejada en la mortalidad intra-unidad, aunque después no tiene mayor significado. Sin embargo, la mayor tasa de fallecimiento de los hombres hace que al momento del egreso de la unidad, la distribución porcentual de ambos sexos sea muy pareja.

La baja mortalidad en el resto de la hospitalización y luego del alta hospitalaria, es un conspicuo hallazgo que va en contra de los reportado por la literatura mundial, donde se publican tasas de mortalidad, luego del egreso de la UCI, que varían de 6,1% a un 27% [5,6].

La causa de muerte de los pacientes durante el resto de su estancia hospitalaria fue secundaria a neumonía nosocomial, pero todos los pacientes tuvieron en común que nunca recuperaron una condición neurológica normal, permaneciendo con menor a mayor grado de alteración del sensorio, lo cual parece ser el verdadero riesgo para el fallecimiento.

Algunos trabajos similares al nuestro han encontrado hallazgos parecidos. En 1997, *Wallis et ál.* [7] reportaron una serie de 1700 pacientes en la que encontraron que las dos primeras causas de muerte de los pacientes en salón, luego del alta de la UCI, fueron neumonía y daño estructural cerebral. Estos hallazgos se repitieron en otros estudios [2,3].

CONCLUSIONES

Con base a estos datos, parece ser que el principal determinante de sobrevida de los pacientes luego de su paso por la unidad es la condición neurológica residual.



La estancia promedio de los pacientes sobrevivientes en UCI es de 6,8 días, pero la estancia de los fallecidos fue sensiblemente mayor (casi en dos días). Mayr et ál. [8] reportaron datos similares en 2006.

Este mayor periodo de estancia está en relación con la mayor severidad de su enfermedad.

Una vez egresados del hospital, los pacientes fallecieron a consecuencia de sus enfermedades de fondo, lo que habla de una cierta evolución natural de sus padecimientos y de una adecuada prevención de infecciones nosocomiales y demás complicaciones de la estancia hospitalaria. Si la causa del fallecimiento se debió realmente a la enfermedad de fondo o a debilidades de la atención sanitaria de la misma, escapa a los objetivos de este estudio.

7. Wallis CB, Davies HTO, Shear AJ. Why do patients die on general wards after discharge from intensive care units? *Anaesthesia* 1997; 52: 9-14.
8. Mayr VD, Dunser MW, Greil V. Causes of death and determinants of outcome in critically ill patients. *Crit Care* 2006; 10:R154-167.

INFORMACIÓN DEL AUTOR

Salas Segura, Donato
e-mail: donato.salas@ucr.ac.cr.

BIBLIOGRAFÍA

1. Knaus WA, Wagner DP, Zimmerman JE, Draper EA. Variations in mortality and length of stay in intensive care units. *Ann Intern Med* 1993; 118:753-761.
2. Braber A, van Zanten ARH. Unravelling post-ICU mortality: predictors and causes of death. *Eur J Anaesthesiol* 2010; 27:486-90.
3. Azoulay E, Alberti C, Legendre I, Brun-Buisson C. Post-ICU mortality in critically ill infected patients: an international study. *Intensive Care Med* 2005; 31:56-63.
4. Azoulay E, Adrie C, de Lassence A, Pochard F, Moreau D, Thierry G, Cheval C, Moine P, Garrouste-Orgeas M, Alberti C, Cohen Y, Timsit J. Determinants of post ICU mortality: a multicentre study. *Crit Care Med* 2003; 31:428-432.
5. Goldhill DR, Sumner A. Outcome of intensive care patients in a group of British intensive care units. *Crit Care Med* 1998 26:1337-1345.
6. Rowan KM, Kerr JH, Major E, McPherson K, Short A, Vessey MP. Intensive Care Society's APACHE II study in Britain and Ireland. II. Outcome comparisons of intensive care units after adjustment for case mix by the American APACHE II method. *BMJ* 1993; 307:977-981.

