



Universidad Nacional Autónoma
de México



11224
ces
30

Facultad de Medicina
División de Estudios de Posgrado
Dirección General de Servicios Médicos del
Departamento del Distrito Federal
Dirección de Enseñanza e Investigación
Subdirección de Enseñanza Médica
Departamento de Posgrado
Curso Universitario de Especialización en :

"MEDICINA DEL ENFERMO EN ESTADO CRITICO"

**ANALISIS DE CAUSAS NO TRAUMATICAS DE INGRESO
A LAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA**

TRABAJO DE INVESTIGACION CLINICA

P R E S E N T A

DRA. MA. GUADALUPE VALENZUELA ARELLANO

PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA DEL ENFERMO EN ESTADO CRITICO

DIRECTOR DE TESIS: DR. MAR ANTONIO GARCIA QUIROZ

**TESTIS CON
FALSA DE ORIGEN**
1988



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

	Pag.
INTRODUCCION	1
MATERIAL Y METODO	4
RESULTADOS	9
DISCUSION	29
CONCLUSIONES	32
RESUMEN	33
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	34

INTRODUCCION

La exacta determinación del estado de gravedad de los pacientes elegibles, para ser admitidos en la Unidad de Terapia Intensiva (UTI) constituye un aspecto difícil de precisar. Dichos criterios deberán establecerse por escrito y recibir gran promoción entre el cuerpo médico; no pueden generalizarse a todos los hospitales debido a la variedad de morbilidad y en los servicios que ofrece cada hospital. Sin embargo, se han identificado 3 grupos de características clínicas generales que pueden servir de orientación para la información de criterios de ingreso y egreso de pacientes a la UTI. (1)

Dichos grupos son los siguientes:

- Pacientes que presentan inestabilidad de uno o más sistemas fisiológicos mayores: sistema circulatorio, respiratorio, renal, digestivo y otros. como ejemplo pueden citarse: el paro cardiaco, el paro respiratorio, coma, deshidratación grave y otros estados similares.
- Pacientes cuyos sistemas fisiológicos son estables pero tienen alto riesgo de desarrollar una complicación grave ejemplo: los coronarios, una vez lograda su estabilidad circulatoria pero que en un momento dado pueden desarrollar una arritmia; los pacientes a quienes se les efectuó una cirugía mayor y que por su naturaleza corren el mismo riesgo. Este grupo de pacientes son de los de monitor, en los cuales la función del monitor es esencialmente detectora de la crisis.
- Pacientes que por su estado crítico requieren de una continua vigilancia médica y de enfermería, así como, la utilización de equipo médico especializados: diálisis renal, apoyo ventilatorio.
- Otros autores identifican como pacientes críticamente enfermos los cuales deben ser ingresados para su manejo a las UTI aquéllos que pertenecen a la clase IV definida como pacientes que requieren de cuidados médicos y de enfermería con relación de 1 enfermera por paciente; y su

evolución es impredecible porque ellos necesitan de cambios frecuentes - de órdenes y terapéutica. Estos pacientes generalmente acumulan 40 a 50 puntos en las primeras 24 hrs. de su enfermedad crítica, en el Sistema - de Evaluación de Intervención Terapéutica. (2)

La UTI está prácticamente relacionada con todos los Servicios y Departamentos de cada hospital: quirófono, urgencias, recuperación, etc. Se reporta, que en el Hospital General de Massachusetts entre marzo de 1977 y diciembre de 1978, de un total de 3444 pacientes 206 (6%) de la clase IV ingresaron a la UTI procedentes de diferentes servicios sin especificar la causa que motivó su ingreso. (2)

En otro estudio realizado por Thibault en 1979, en dicho Hospital en 2693 - ingresos a la UTI estuvieron pobremente definidas. En el American Journal Public Health, Sheffer y Col, reportaron 613 ingresos a la UTI del Centro - Médico de la Universidad de Washington, pero también no se especificó la - causa de ingreso. (3)

De octubre de 1979 a octubre de 1980 en las UTI de Cleveland, ingresaron - 900 pacientes, la mayoría de estos tuvieron infarto miocárdico o sospecha del mismo, desórdenes valvulares, arritmias; pacientes quirúrgicos para monitoreo pre y posoperatorio y causas no especificadas. (4)

En México, se realizó en 1986, una investigación dirigida a encontrar las - causas más frecuentes de ingreso a las UTI por incidentes adversos; de un - total de 904 pacientes, 70 reingresaron y los aparatos más frecuentemente - afectados fueron el digestivo, nervioso central, cardiopulmonar, urinario, hematológico, reproductor. (5)

La aplicación estricta y justa de los criterios clínicos en la admisión y - egreso de pacientes a la UTI constituye un aspecto crucial y fundamental en la dinámica y utilización de servicios de cuidado intensivo, llevados a - a cabo con el propósito de mejorar el pronóstico y la calidad de vida de - los pacientes.

La información que nos proporcionan los artículos no es precisa en cuanto a las causas más frecuentes de ingreso por patología médico-quirúrgica a las UTI, por lo que su importancia radica en conocer la situación real de este problema y sobre todo en nuestro medio del que se conoce empíricamente con mayor frecuencia de ingresos por patología traumática. Como consecuencia la información que proporcione servirá para justificar la implementación de dichas causas de ingreso y finalmente convertir en reversibles los síndromes potencialmente mortales, por los que ingresaron dichos pacientes.

El desarrollo científico de la Medicina ha mejorado la sobrevivencia de los enfermos en estado crítico, de tal manera que en las Unidades de Terapia Intensiva es donde se llevan a cabo, los procedimientos para tratar a los pacientes con síndromes mortales potencialmente reversibles. Debido a que no existen antecedentes estadísticos; este estudio se encamina a conocer las causas más frecuentes por las que éstos ingresan a las Unidades de Terapia Intensiva de los Hospitales Traumatológicos del Departamento del Distrito Federal.

MATERIAL Y METODO

Se revisaron los expedientes clínicos de los ingresos de causa médico-quirúrgica a las UTI de los Hospitales de la Dirección General de Servicios Médicos del Departamento del Distrito Federal del 1° de enero al 31 de diciembre de 1986; se excluyeron los expedientes con información incompleta, así como de pacientes los cuales fueron trasladados a Unidades ajenas a esta dependencia. Los datos fueron en hojas tabulares de las cuales incluyeron las siguientes variables:

1.- HOSPITALES

- a) Balbuena "B"
- b) Ruben Leñero "L"
- c) La Villa "V"
- d) Xoco "X"

CARACTERISTICAS GENERALES

- Registro
- Edad
- Sexo
- Fecha de Ingreso
- Fecha de Egreso
- Días de Estancia

2.- SERVICIO DE PROCEDENCIA

- a) Urgencias Urg.
- b) Medicina Interna M.I.
- c) Cirugía Cir.
- d) Quirófono Qui.
- e) Otros

3.- INSUFICIENCIAS

- a) Renal
- b) Cardíaca
- c) Respiratoria
- d) Otras

4.- COMA

5.- CHOQUE

- a) Hipovolémico
- b) Séptico
- c) Cardiológico

6.- CRISIS

- a) Epiléptica
- b) Hipertensiva
- c) Asmática
- d) Otras

7.- VARIOS

- a) Cardiopatía isquémica
- b) Arritmias
- c) Posoperatorio de alto riesgo
- d) Hemorragia gastrointestinal severa
- e) Paro cardiorrespiratorio sin muerte cerebral
- f) Sepsis
- g) Desequilibrio hidroelectrolítico
- h) Descompensación metabólica

DIAGNOSTICOS DE EGRESO

8. CARDIOVASCULARES

- a) Cardiopatía isquémica
- b) Cardiopatía reumática
- c) Fibrilación auricular
- d) Taquicardia supraventricular
- e) Hipertensión arterial
 - Urgencia hipertensiva
 - Emergencia hipertensiva
- f) Bloqueos auriculoventriculares
- g) Tromboflebitis

9. RESPIRATORIOS

- a) Bronconeumonía
- b) Tromboembolia pulmonar
- c) Cor Pulmonale
- d) Asma
 - Crisis asmática
 - Estado asmático
- e) Absceso pulmonar
- f) Derrame pulmonar
- g) Enfermedad obstructiva crónica
- h) Estenosis postraqueostomía

10. METABOLICAS

- a) Diabetes Mellitus
 - Insulino dependiente
 - No insulino dependiente
- b) Coma hipoglicémico
- c) Coma hiperosmolar
- d) Acidosis Láctica
- e) Monitoreo Nutrición Parenteral Total

11.- HEMATOLOGICAS

- a) Anemia aguda
- b) Otras

12.- NEUROLOGICO

- a) Enfermedad cerebro vascular
- b) Trombosis cerebral
- c) Infarto cerebral
- d) Hemorragia
- e) Isquemia anoxia cerebral transitoria
- f) Epilepsia

13.- INFECCIOSAS

- a) Sepsis abdominal
- b) Choque séptico
- c) Tétanos
- d) Otras

14.- DIGESTIVO

- a) Gastritis alcohólica
- b) Gastritis medicamentosa
- c) Hemorragia de tubo digestivo alto
- d) Ulcera duodenal
- e) Pancreatitis
- f) Apendicitis
- g) Trombosis mesentérica
- h) Cirrosis
- i) Hepatitis
- j) Otros

15.- GINECOLOGICO

- a) Pre-eclampsia
- b) Eclampsia

16.- QUIRURGICO

- a) Pre-operatorio alto riesgo
- b) Posoperatorio de alto riesgo

17.- OTROS DIAGNOSTICOS DE EGRESO

18.- COMPLICACIONES

19.- CIRUGIA EFECTUADA

20.- CONDICIONES DE EGRESO

- a) Mejoría
- b) Fallecimiento

En cuanto al método estadístico con objeto de facilitar la clasificación de los resultados ya que existe una variedad infinita en cuanto a los padecimientos específicos de cada paciente del Universo, se tomó una muestra aleatoria la cual fue calculada de acuerdo a un análisis probabilístico, dicha muestra varió de 50 a 51 expedientes; los resultados se dan en porcentajes.

RESULTADOS

Durante la revisión de los expedientes clínicos algunos de ellos fueron - excluidos debido a que su información era incompleta o pertenecieron a pa- cientes, quienes se trasladaron a otras instituciones y por lo tanto, con información parcial. A continuación se muestra el número de tales casos.

Número de expedientes excluidos de la revisión.

HOSPITAL	INCOMPLETOS	TRASLADOS
Balbuena	7	4
Ruben Leñero	50	5
La Villa	57	10
Xoco	41	17
Total	155	36

Los casos tomados en cuenta para la realización del estudio fueron los si- guientes, distribuidos tanto por hospital, así como la relación con las - causas traumáticas.

Distribución de casos Médico, Quirúrgicos y Traumáticos por Hospital (fig. 1.1, 1.2).

HOSPITAL	CASOS MEDICO-QUIRURGICOS		CASOS TRAUMATICOS	
Balbuena	137	24.37%	211	24.67%
Ruben Leñero	129	22.95%	200	23.39%
La Villa	189	33.62%	208	24.32%
Xoco	107	19.03%	236	27.60%
TOTAL	562	99.97%	855	99.98%

De cada hospital se tomó una muestra aleatoria; la distribución del tama- ño de cada uno fue la siguiente:

Tamaño de las Muestras por Hospital (fig. 2)

HOSPITAL	No. DE CASOS
Balbuena	51
Ruben Leñero	51
La Villa	50
Xoco	50
Total	202

Dentro de los aspectos importantes de la investigación, se incluye la distribución de los ingresos en base a la edad y sexo de los pacientes, así como la distribución de los ingresos de acuerdo a cada hospital.

Distribución de los Pacientes por Edad, Sexo y Hospital (fig. 3)

AÑOS	HOSPITALES								
	XOCO		LEÑERO		LA VILLA		BALBUENA		
	F	M	F	M	F	M	F	M	
0 - 10									
10 - 21	1	1	3	1	4	0	2	0	
21 - 30	3	3	5	4	7	2	11	3	
31 - 40	3	4	5	5	2	3	7	4	
41 - 50	5	5	1	3	3	1	4	4	
51 - 60	4	6	7	4	6	6	4	2	
61 - 70	3	3	4	2	4	3	1	1	
71 - 80	0	5	2	4	2	4	2	2	
81 - 90	4	0	1	0	0	1	2	0	
90 -	0	0	0	0	1	1	1	0	
Total	23	27	28	23	29	21	35	16	

Los pacientes que ingresan a UTI provienen de diferentes servicios y la proporción fue como sigue:

Distribución de Ingresos de acuerdo al Servicio de Procedencia por Hospital
(fig. 4)

HOSPITAL	SERVICIO DE PROCEDENCIA				
	URG.	QUI.	CIRUGIA	M.I.	OTROS
Balbuena	31	19	1	-	-
Ruben Leñero	37	11	2	1	-
La Villa	36	10	2	2	-
Xoco	41	7	1	1	-
Total	145	47	6	4	-
X	71.78%	23.36%	2.97%	1.98%	

Inicialmente los pacientes ingresan a la UTI con un diagnóstico sindromático, es decir, sin un diagnóstico específico, por otro lado, en un mismo paciente se pueden reunir varios síndromes o afecciones a diferentes aparatos y sistemas. Con esta premisa podremos establecer que las causas no coinciden numéricamente en cuanto al número total de pacientes. A continuación se muestra un listado de las 10 causas sindromáticas más frecuentes en cada uno de los hospitales:

Síndromes más frecuentes de ingreso a Terapia Intensiva

CAUSA DE INGRESO O D. SINDROMATICO	HOSPITALES			
	Balbuena	Xoco	Leñero	La Villa
Insuficiencia:				
Respiratoria	6	13	13	15
Cardíaca	6	0	6	0
Choque:				
Hipovolémico	10	9	14	7
Cardiogénico	1	0	0	0
Coma	4	8	6	10
Epilepsia	1	3	0	1
Arritmias	1	6	4	4
Postoperatorio alto riesgo	13	3	11	9
Descontrol Metabólico	4	6	6	1
Desequilibrio Hidroelectrolítico	1	2	5	1
Paro cardiorrespiratorio sin muerte				
Cerebral	1	0	1	0

Por el momento queda pendiente la información acerca de cuantos pacientes se representaron con más de un diagnóstico sindromático, lo cual se mencionará en el apartado de pronóstico.

La premisa establecida para el diagnóstico referida a la correlación numérica en cuanto a diagnóstico etiológico también es válida para ésta. A continuación se enlista y compara los diagnósticos más frecuentes establecidos para cada una de las muestras.

Diagnóstico de Egreso por Hospital

DIAGNOSTICO DE EGRESO O ETIOLOGICO	HOSPITALES			
	BALBUENA	LEÑERO	LA VILLA	XOCO
Cardiovasculares:				
- Cardiopatía isquémica	1	5	4	3
- Cardiopatía reumática	4	2	1	3
- Fibrilación auricular	2	3	3	3
- Taquicardia supraven	0	1	4	4
- Urgencia hipertensiva	2	3	3	3
- Emergencia hipertensiva	0	1	0	1
- Tromboflebitis	1	1	0	0
Total	10	16	12	15
Respiratorias:				
- Estenosis postraguesotomía	1	0	0	2
- Bronconeumonía	1	1	0	1
- Tromboembolia pulmonar	0	1	0	1
- Derrame pulmonar	0	0	0	0
- Enf. pulmonar obstruc. C.	0	3	2	2
- Absceso pulmonar	1	0	0	0
- Crisis asmática	1	0	3	0
Total	3	6	7	11
Metabólicas:				
- Diabetes Mellitus Tipo I	4	2	4	4
- Diabetes Mellitus Tipo II	2	6	1	3
- Coma hipoglucémico	0	1	0	2
- Coma hiperosmolar	0	1	1	0
- Ac. Láctica	0	1	0	0
- Nutrición parental total	0	0	0	1
Total	6	11	6	10

DIAGNOSTICO DE EGRESO O ETIOLOGICO	HOSPITALES			
	BALBUENA	LEÑERO	LA VILLA	XOCO
Hematológico:				
- Anemia aguda	3	5	4	3
Neurológico:				
- Enf. cerebro vascular	2	2	3	1
- Trombosis cerebral	0	1	1	2
- Hemorragia cerebral	0	3	2	1
- Infarto cerebral	1	0	2	1
- Epilepsia	1	0	1	1
- Isquemia cerebral transitoria	0	3	1	3
Total	4	9	10	9
Infeccioso:				
- Sepsis abdominal	2	1	1	1
- Choque séptico	0	1	0	1
- Otros	0	1	2	0
Total	2	3	3	2
Digestivo:				
- Gastritis alcohólica	1	0	1	0
- Gastritis medicamento	1	1	1	0
- Hemorragia tubo digestivo	1	1	2	1
- Ulcera cuodenal	2	3	2	1
- Pancreatitis	3	1	2	3
- Apendicitis	2	2	4	2
- Trombosis mesentérica	3	1	1	0
- Cirrosis	6	1	1	2
- Hepatitis	0	6	0	0
Total	19	11	14	9
Ginecológico:				
- Eclampsia	4	5	6	2
- Pre-eclampsia	0	0	0	0
Quirúrgico:				
- Posoperatorio alto riesgo	12	11	8	6
- Pre-operatorio alto riesgo	0	0	0	0
Total	12	11	8	6
Otros	0	0	0	0

También se revisó el promedio de estancia de cada uno de los ingresos:

Promedio de Estancia Padecimiento General por Hospital

HOSPITAL	RANGO - DIAS	PROMEDIO
Balbuena	1 - 19	4.1
Ruben Leñero	1 - 18	4.6
La Villa	1 - 20	4.5
Xoco	1 - 14	4.6

Los resultados de la mortalidad de la población estudiada se reportan a - continuación:

Condición de Egresos por Hospital (fig. 5)

HOSPITAL	CONDICION DE EGRESO	
	MEJORIA	FALLECIMIENTO
Balbuena	34 28.57%	17 20.48%
Ruben Leñero	29 24.36%	22 26.50%
La Villa	28 23.52%	22 26.50%
Xoco	28 23.52%	22 26.50%
Total	119 99.97%	83 99.98%

Para la condición de egreso se cruzó con la presentación de una o más causas de ingreso a la Unidad, lo cual mostró la siguiente relación:

Condición de Egreso de acuerdo al Número de Causas de Ingreso por Hospital

CONDICION DE EGRESO POR HOSPITAL	1	No. DE CAUSAS		TOTAL
		2	3	
Balbuena				
Mejoría	13	13	8	34
Fallecimiento	4	2	11	17
Ruben Leñero				
Mejoría	20	4	5	29
Fallecimiento	4	8	10	22
La Villa				
Mejoría	18	4	6	28
Fallecimiento	5	8	9	22
Xoco				
Mejoría	19	5	4	28
Fallecimiento	6	5	11	22
Total y Porcentaje	89 - 44%	49 - 24.3%	64 - 31.7%	202 - 100%

En cuanto a las complicaciones de acuerdo a su frecuencia por Hospital, - los resultados fueron los siguientes:

Complicaciones por Hospital (fig. 6, 7)

COMPLICACIONES	HOSPITAL			
	BALBUENA	LEÑERO	LA VILLA	XOCO
Metabólicas	1	4	2	0
Infecciosas	6	4	7	0
Cardiorrespiratorias	2	4	3	2
Neurológicas	1	1	0	0
Quirúrgicas	2	1	0	0
Digestivas	0	1	0	0
Total	12	29.3%	15	36.6%
			12	29.3%
				24.9%

También se comparó la proporción de cirugías efectuadas en cada una de las muestras de los Hospitales:

Cirugía por Hospital (fig. 8)

CIRUGIA	HOSPITAL			
	BALBUENA	LEÑERO	LA VILLA	XOCO
Abdomen	7	2	1	2
Ginecológica	6	8	1	4
Cir. Columna	0	0	4	0
Ortopedia	6	4	4	1
Total	19	40.42%	11	23.4%
			10	21.27%
				7
				14%

Promedio de edad de los pacientes que egresaron a la Unidad Terapia Intensiva por Hospital

HOSPITAL	RANGO DE EDAD/AÑOS	PROMEDIO DE EDAD/AÑOS
Balbuena	8 - 95	42.8
Ruben Leñero	16 - 85	47.35
La Villa	14 - 99	50.2
Xoco	16 - 87	50.3

Relación de la edad con la condición de Egreso de los pacientes por Hospital

AÑOS	H O S P I T A L E S							
	BALBUENA		LEÑERO		LA VILLA		XOCO	
	* M	** F	M	F	M	F	M	F
0 - 10	-	-	-	-	-	-	-	-
11 - 20	2	0	3	1	2	2	2	2
21 - 30	13	1	7	2	6	3	5	1
31 - 40	5	6	5	5	4	1	4	3
41 - 50	4	4	2	2	1	3	5	5
51 - 60	3	3	4	7	7	5	6	4
61 - 70	1	1	4	2	2	5	3	3
71 - 80	3	1	3	3	4	2	2	3
81 - 90	2	0	1	0	1	1	1	1
91 y	0	1	0	0	1	0	0	0
Total	34	17	29	22	28	22	28	22

* Mejoría

** Fallecimiento

DISTRIBUCION DE CASOS MEDICO QUIRURGICOS POR HOSPITAL

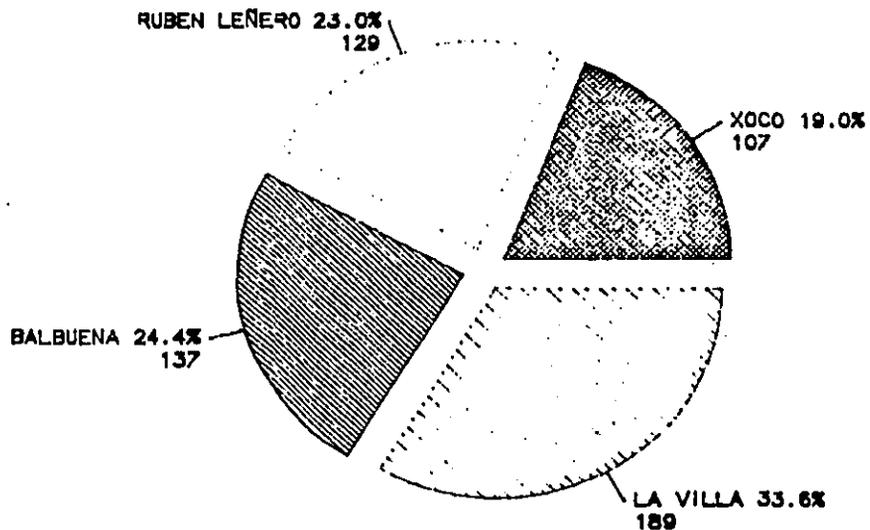


fig 1.1

DISTRIBUCION DE CASOS TRAUMATICOS

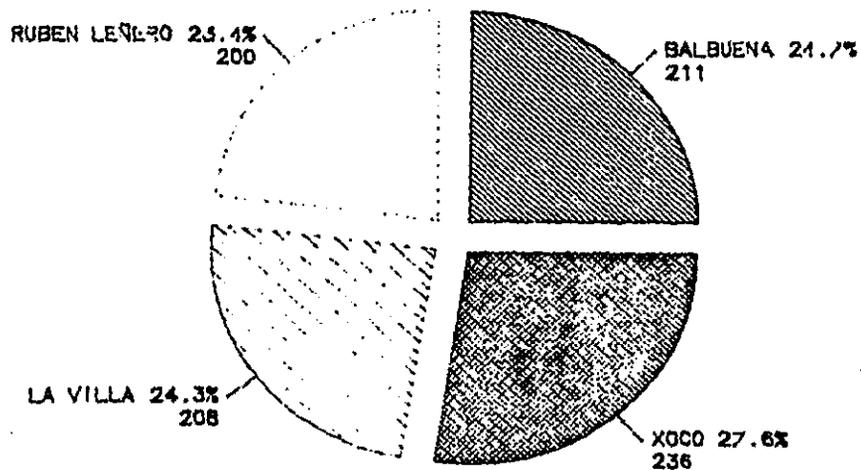


fig 1.2

TAMAÑO DE LA MUESTRA POR HOSPITAL

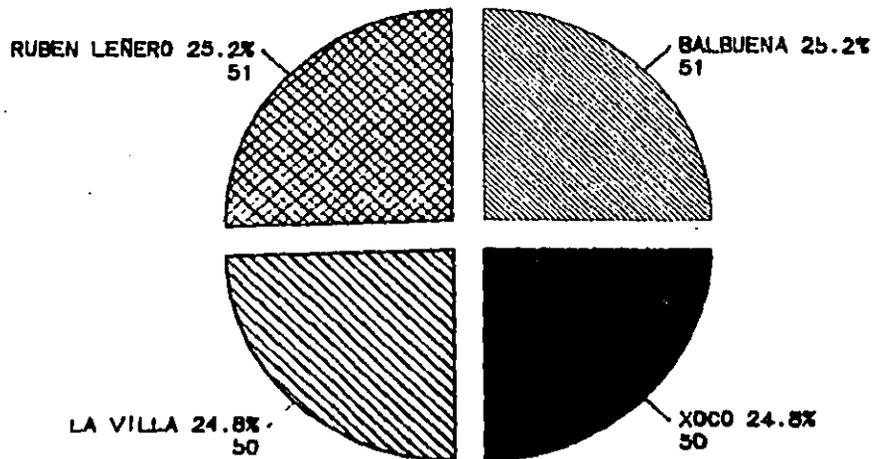
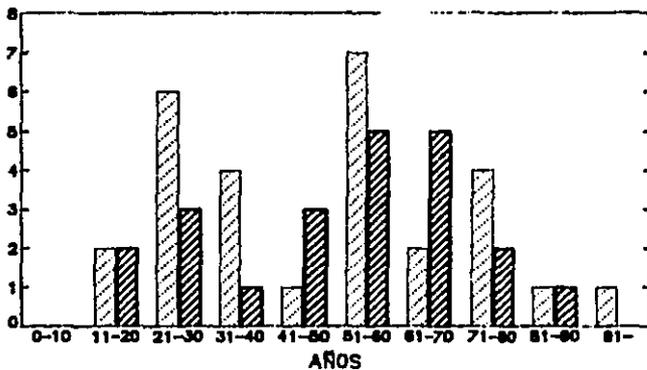


fig. 2

EDAD DE LOS PACIENTES DE INGRESO
HOSPITAL LA VILLA

MASCULINO

FEMENINO



EDAD DE LOS PACIENTES DE INGRESO
HOSPITAL LA VILLA

MASCULINO

FEMENINO

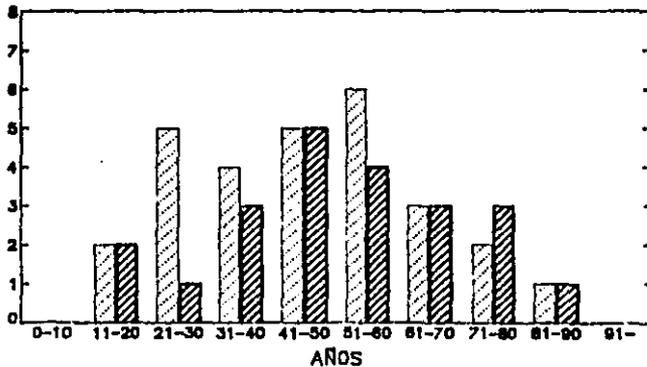
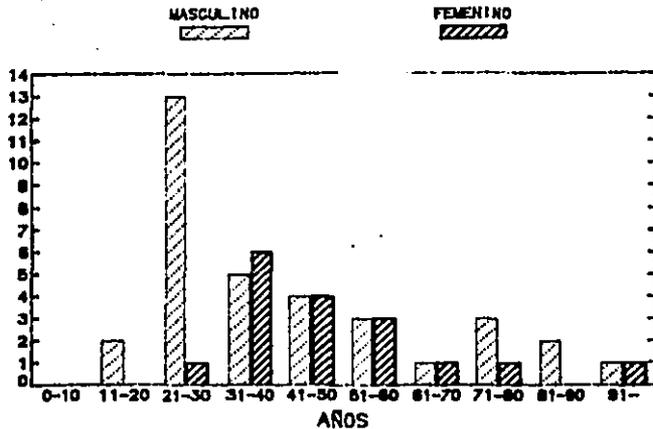


fig. 3

EDAD DE LOS PACIENTES DE INGRESO
HOSPITAL BALBUENA



EDAD DE LOS PACIENTES DE INGRESO
HOSPITAL RUBEN LERERO

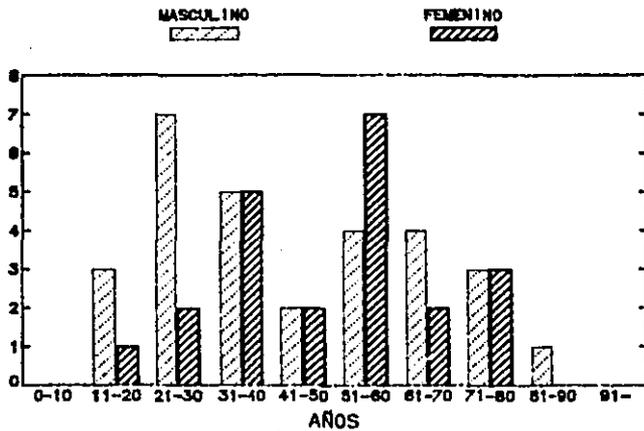


fig 3

INGRESO DE ACUERDO AL SERVICIO DE PROCEDENCIA POR HOSPITALES

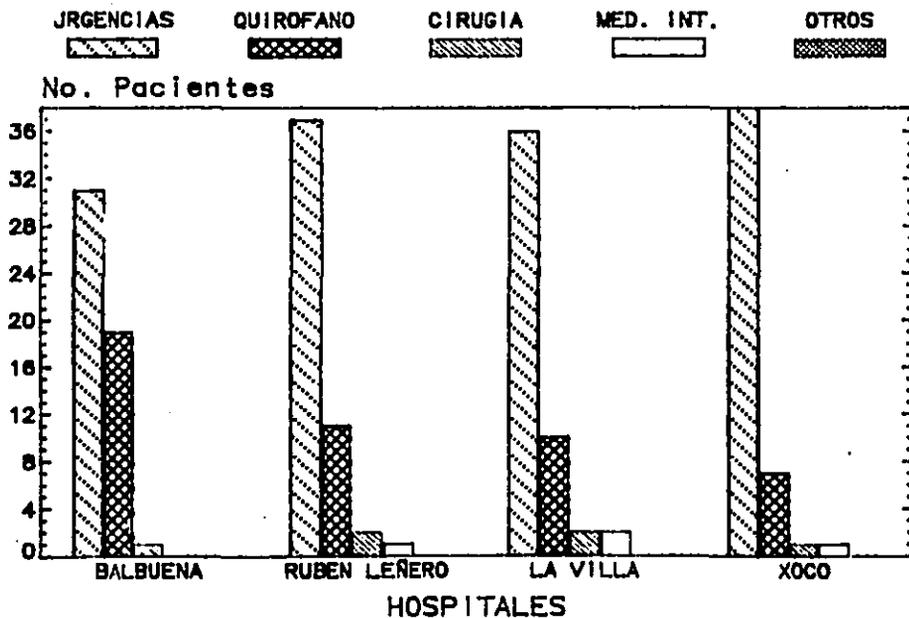
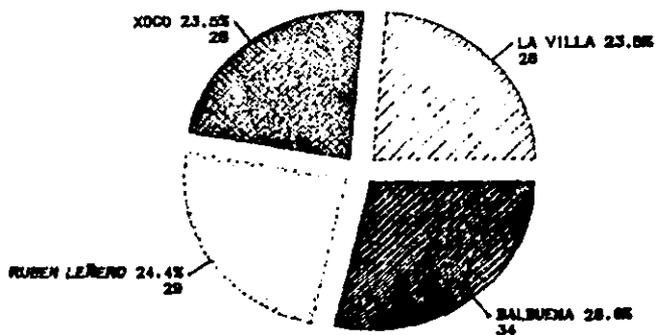


fig. 4

CONDICION DE EGRESO
MEJORIA



CONDICION DE EGRESO
FALLECIMIENTO

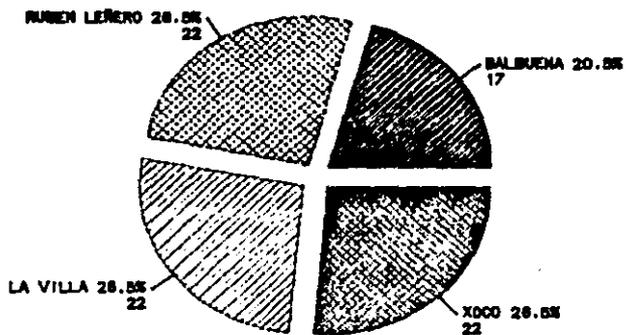


fig. 5

COMPLICACIONES DE ACUERDO A SU FRECUENCIA

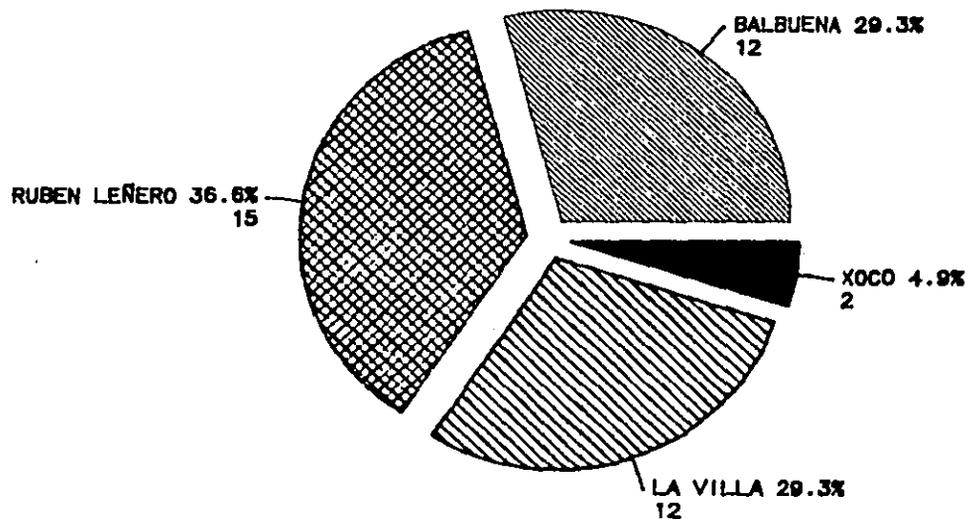
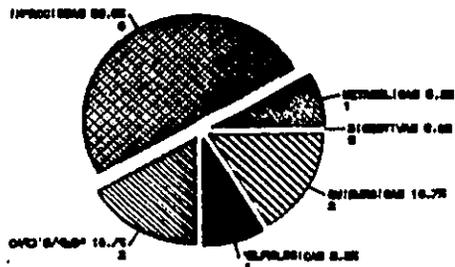
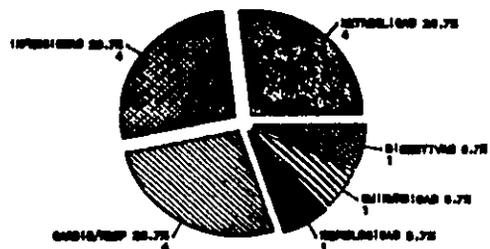


fig. 6

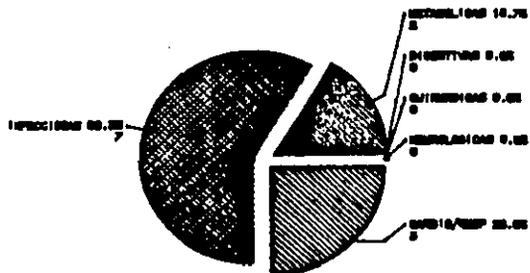
COMPLICACIONES HOSPITAL BALBUENA



COMPLICACIONES HOSPITAL RUBEN LEÑERO



COMPLICACIONES HOSPITAL LA VILLA



COMPLICACIONES HOSPITAL XOCO

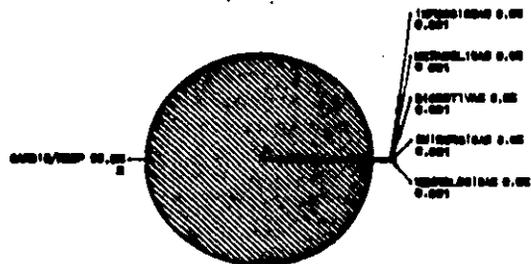


fig. 7

CIRUGIA EFECTUADA POR HOSPITALES

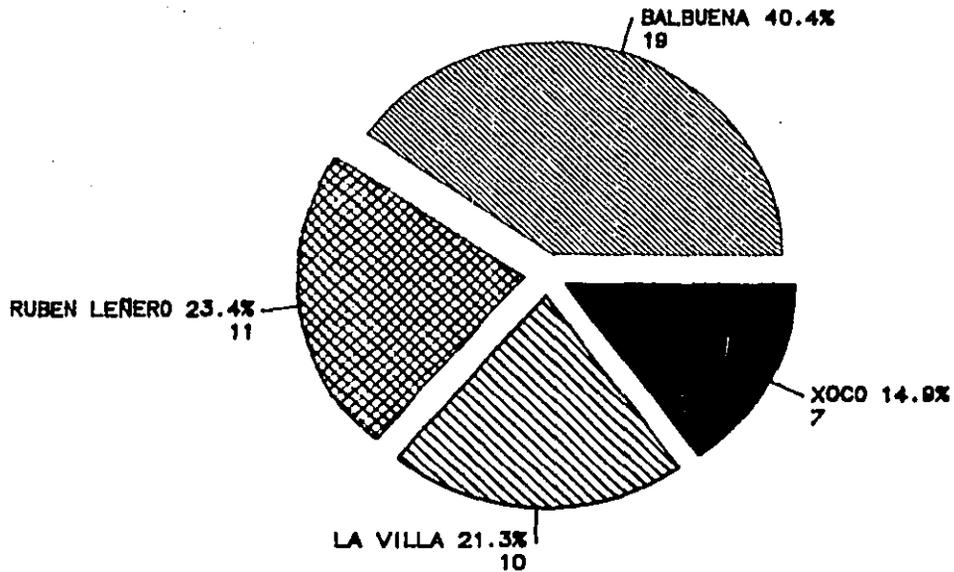


fig. B

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

DISCUSION

Independientemente que se encontraron muchos expedientes incompletos o excluidos, el Hospital que mayor proporción de patología médico-quirúrgica fue la Villa y en orden de frecuencia Balbuena, Ruben Leñero y Xoco, éste último de acuerdo a los resultados con mayor proporción de patología traumática.

Una de las características generales del estudio fue la distribución de los pacientes que ingresan a la Unidad por edad y sexo, prácticamente no existe diferencia en cuanto al sexo; respecto a la edad de acuerdo al reporte de Cullen, el promedio es de 62 años y el de los hospitales la mayor frecuencia está entre los 45 y 55 años. (6)

Desafortunadamente no existen parámetros de comparación entre los diagnósticos sindrómicos de ingreso a las UTI, el conocer la frecuencia implica -- justificar los equipos necesarios para llegar al diagnóstico etiológico y -- el tratamiento de los mismos; en todos los hospitales coincidió como primera causa de ingreso la insuficiencia respiratoria, en segundo lugar el choque hipovolémico, los estados de coma, la insuficiencia cardíaca, arritmias, desequilibrio hidoelectrolítico y metabólico. Es importante, recalcar que las causas quirúrgicas para monitoreo posoperatorio son otras de las causas principales de ingreso. En forma general se reporta que sólo el 30% de los pacientes se convirtieron en críticos después de cirugía mayor vascular -- programada a diferencia de la cirugía gastrointestinal por sangrado, cirrosis e hipertensión portal en que posterior a ésta 70% de los pacientes son candidatos potenciales a ingresar a la UTI. (4) En la literatura sólo se reporta en forma inespecífica que los motivos de ingreso concluyen: procedimientos quirúrgicos complicados, complicaciones anestésicas o porque se -- descompensaron en el posoperatorio. (6,7)

De acuerdo al diagnóstico etiopatológico, de la comparación entre los 4 Hospitales se observó, que el Hospital de Balbuena es donde más frecuentemente se presenta patología digestiva y de vigilancia posoperatoria de alto riesgo así como en el Hospital Ruben Leñero, ocupa el primer lugar en patología -- cardiovascular; debemos mencionar que esta diferencia no es muy marcada en cuanto a los otros hospitales y que la afección a tal aparato fue de los -- primeros diagnósticos de ingreso. En los demás aparatos y sistemas se observa una frecuencia similar de tal manera que concluimos que dichas terapias son de tipo general con variaciones semejantes en cuanto a las patologías.

Otra de las características estudiadas y que prácticamente coincidió en los Hospitales, fue el promedio de días, estancia/paciente, no así como el reporte de Cullen, el que reporta 2.4 días. (8)

La condición de egreso en términos de utilidad o falla en la Unidad de Terapia Intensiva según Bertie fue de 69% de mortalidad discretamente mayor -- que los resultados en nuestro medio. (9) La decisión para egresar a los -- pacientes algunos autores la refieren de acuerdo a la disponibilidad de camas y al estado de gravedad del paciente que está por ingresar de tal manera que esto implica fallas que estadísticamente se han comprobado al egresar a pacientes en base a esta política y se establece que los egresos prematuros ocasionan 50% de los reingresos con 58% de mortalidad y que la causa de desceso sea control inadecuado del problema original en su primer ingreso. (9,4) Por lo que se concluye que el cuidado convencional de una sala -- general es insuficiente para preservar la vida del paciente crítico porque su enfermedad es en extremo grave; en base a este problema se planteó el -- programa de cuidados progresivos de los pacientes; en la filosofía del concepto existen dos aspectos mutuamente relacionados, las necesidades de -- salud del paciente y el grado o magnitud en que los servicios médicos y de enfermería deben administrarse para lograr la supervivencia del paciente y en lo posible su recuperación. El paciente constituye la base fundamental del concepto. (7)

Por los resultados de estudios de mortalidad, se estableció que la condición de egreso está directamente relacionada con el estado del paciente a su ingreso a las UTI. (9)

Con qué objeto se hacen los estudios? Como sabemos la Unidad de Terapia Intensiva, es un servicio costoso el cual, debe valorar los resultados con objeto de conocer su eficiencia. Todo sistema renovador que tenga como objetivo el aumentar la productividad al disminuir los costos de funcionamiento y mejorar la calidad de los servicios merece la más alta prioridad en su promoción y ejecución. Tal es el concepto que ofrece el programa que se ha llamado "Cuidados Progresivos de los Pacientes".

CONCLUSIONES

Del estudio realizado se concluyó que las Unidades de Terapia Intensiva de los Hospitales traumatológicos y de Urgencias, son de tipo General con un -- promedio de ingresos semejante con edades que no varían en gran proporción de los reportes previos, así también con promedio de días estancia paciente mayor, pero con una discreta menor proporción de mortalidad en relación a -- lo reportado por otros autores.

RESUMEN

El gran avance de la ciencia y la tecnología en las últimas décadas permite que muchos enfermos en estado crítico tengan oportunidad de salvarse. Con esta preocupación se crearon locales destinados a la atención del enfermo - en estado crítico, recuperable a los que se les denominó Unidades de Cuidados Intensivos.

En este caso se estudiaron 202 enfermos que ingresaron a la UTI cuya primera causa de ingreso fue la insuficiencia respiratoria con un promedio de -- días estancia mayor que lo reportado en la literatura pero con una discreta disminución de la mortalidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Organización Panamericana de la Salud. El Cuidado Intensivo de Pacientes, Hospitales y Clínicas. Dic. 1968: 1205-21.
2. Cullen J.D, Keene R., Waternaux Ch., Kunsman M.J., Caldera L.D., Peterson H.: "Results Crarges and benefits of intensive care for critically ill patients UPDATE". 1983. Critical Care Med 1984; Vol. 12 (2): 102-106
3. Sankey V.W.: How many Intensive Care bds are enough? Crit Care Med. 1983; Vol. 11 (6): 412-416
4. Franklin C, Jackson D.) Discharge decisión-making in a medical ICU: Characteristics of unexpected readmissions. Critical Care Med 1983; Vol 11 (2): 61-66
5. Ceron H.A. Escalante A.C., Días de León P.M.: Incidentes adversos como causas de ingreso a una Unidad de Cuidados Intensivos. Rev. Asoc. Mex. Med. Crit. y Ter Int. 1987; I (1): 13-19
6. Editorial: Intensive Care Units: Who needs Them? N. Eng J. Med. 1980; 302: 965
7. Organización Panamericana de la Salud. El Cuidado Intensivo de pacientes. Hospitales y Clínicas. Mauo 1969: 1132-1138.
8. Cullen D.J.: The importance of comparative data in critical care análisis. Crit Care Me. 1982; Vol. 10:618-623
9. Bettie S. Jackson.: A one-year mortality study of the most acuetely ill patients in a medical surgical intensive care unit: Toward developing a model for selection of recipients of intensive car". Heart Lung 1984, 13; 132-138.