

11224 12
31

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES
DE POSGRADO E INVESTIGACION
FACULTAD DE MEDICINA

I S S S S T E
HOSPITAL REGIONAL

"LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS"

"MORBI-MORTALIDAD EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
ADULTO DEL HOSPITAL REGIONAL "LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS".

TRABAJO DE TESIS QUE PRESENTA EL:

DR. OCTAVIO GALVAN REYES

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE LA ESPECIALIDAD EN:
MEDICINA DEL ENFERMO EN ESTADO CRITICO ADULTO

1997

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central

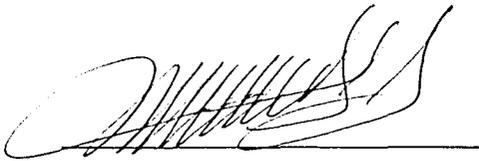


UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

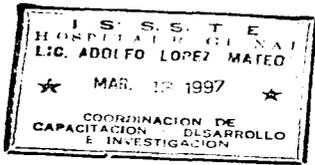
DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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.



DR. BENJAMIN MANZANO SOSA
Coordinador de Capacitación
y desarrollo



DR. OTHON GAYOSSO CRUZ
Profesor Titular del
Curso



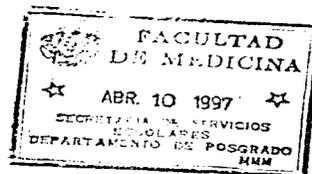
DR. ENRIQUE ELGUERO PINEDA
Coordinador de Urgencias
y Terapia Intensiva



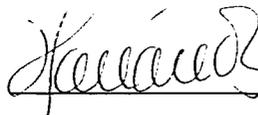
DR. ROBERTO BRUGADA MOLINA
Asesor



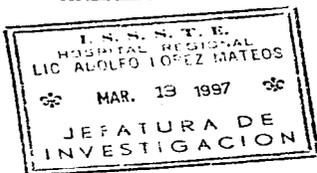
DR. OTHON GAYOSSO CRUZ
Vocal de Investigación



DRA. IRMA ROMERO CASTELAZO
Jefe de Investigación
HRLALM



DR. ANDRES HERNANDEZ
RAMIREZ
Jefe de Capacitación y
y Desarrollo



a g r a d e c i m i e n t o s

Dedico este trabajo:

A la memoria de mi madre
EVA REYES S. (QEPD)

a la memoria de la tía
"PONCHITA" (QEPD)
Cuya rectitud y profesionalismo
fueron ejemplo a seguir

A mi padre, Gela y a mis
hermanos por su comprensión
y ayuda.

"Al Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos", a sus instalaciones, a la Unidad de Cuidados Intensivos Adulto, a sus pacientes y a los maestros que permitieron lograr nuestros objetivos".

GRACIAS

I N D I C E

	PAG
RESUMEN	1
SUMMARY	2
INTRODUCCION	3
JUSTIFICACION	8
OBJETIVOS	8
MATERIAL Y METODOS	9
RESULTADOS	10
ANEXOS	
GRAFICAS	
TABLAS	
DISCUSION	11
CONCLUSIONES	13
BIBLIOGRAFIA	14

RESUMEN:

El objetivo del presente estudio fue el de conocer las características epidemiológicas del grupo de pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos Adulto (UCIA), durante un período de un año. Se estudiaron en total a 388 pacientes, los datos se recavaron de los expedientes contenidos en los Departamentos de Archivo y Estadística del Hospital Regional "Lic Adolfo López Mateos", ISSSTE.

Los resultados encontrados fueron: edad promedio de 51 años \pm 19 años, 207 (53%) pacientes fueron del sexo femenino y 181 (47%) del masculino; con respecto a la mortalidad, 80 (20%) de ellos fallecieron; el tiempo de estancia en la Unidad fluctuó entre 1 y 65 días con un promedio de 4 días. El diagnóstico de ingreso se clasificó de acuerdo al Sistema Pronóstico Apache III, encontrándose que 88 (22.6%) tuvieron patología gastrointestinal, con patología neuroquirúrgica ingresaron 87 pacientes (22.4%), ginecología y obstetricia contó con 53 pacientes (13.6%), endocrinología ingresó a 48 (12.5%), traumatología 30 (7.8%) y otros servicios ingresaron a 32 pacientes (8.3%). Las complicaciones más importantes que se presentaron fueron sangrado del tubo digestivo alto que afectó a 51 pacientes, la insuficiencia renal aguda se observó en 45 pacientes, el choque séptico se presentó en 22 pacientes, la falla orgánica múltiple en 17 pacientes y el SIRPA en 15.

Se concluyó que la mortalidad en la UCIA es del 20%, siendo las principales patologías de ingreso gastrointestinales y neuroquirúrgicas.

SUMMARY:

The purpose of this study was to know the epidemiological characteristics of the group of patients admitted to adult intensive care unit (AICU). During a period of a year 388 patients admitted to the AICU were studied, excluding those with coronary pathology. Data were retrieved from records contained in File and Statistics Departments of the Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos" ISSSTE:

Results: Average age of patients was 51 ± 19 years, they were 207 women (53%) and 181 men (47%); in relation to mortality 80 of them died (20%), hospital stay was 1 to 65 days with an average of 4 days. Admission diagnosis was classified according to prognosis system APACHE III finding 88 (22.6%) with gastrointestinal pathology, 87 patients (22.4%) with neurosurgical diseases, 53 patients (13.6%) with gynecology and obstetrics ailments, 48 (12.5%) with endocrinological illnesses, 30 (7.8%) with traumatological pathology and other departments admitted 32 patients (8.3%). The most important complications presented were high digestive tract bleeding (51 patients), acute renal failure (45 patients), septic shock (22 patients), multiple organic failure (17 patients) and RDS (15 patients).

It was concluded that mortality rate in AICU is 20%, being the main admission pathologies gastrointestinal and neurosurgical ones.

**MORBI-MORTALIDAD EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
ADULTO DEL HOSPITAL REGIONAL "LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS"**

I. INTRODUCCION:

ANTECEDENTES

Las Unidades de Cuidados Intensivos son centros de atención de pacientes con patologías potencialmente reversibles, contando con personal tanto médico como paramédico adiestrado en el manejo de aparatos electromédicos para apoyo órgano-funcional, de ahí que las Unidades de Cuidados Intensivos nacieran de la necesidad de un cuidado constante especializado y de alta calidad a los enfermos graves, teniendo como objetivos: 1). Salvar la vida de pacientes graves mediante la atención eficaz y oportuna durante un estado crítico, 2). Acortar el período crítico de la enfermedad aguda, 3). Facilitar la vigilancia continua de los pacientes en estado crítico, 4). Contribuir a la prevención de secuelas e invalidez Y 5). Colaborar en programas de enseñanza e investigación (1)..

El nacimiento de las UCIS se reserva a este siglo, no teniendo más de 50 años de existencia, su origen, se remonta a las salas de cuidados posoperatorios y recuperación anestésica teniendo la función de concentrar al personal de enfermería en íntimo contacto con los cirujanos y anesthesiólogos para una vigilancia más estrecha del paciente, en ese momento, su utilidad se justificaba por: La remisión de una enfermedad determinada dependía de causas que evolucionaban rápidamente necesitando manejo de urgencia; La vigilancia automática continua por ejemplo los signos vitales, a menudo podían impedir estas catástrofes; la conciencia social del

médico no le permitiría cirugías técnicamente mayores con buen éxito ya que terminaban en fracasos por complicaciones postoperatorias; durante las epidemias de poliomelitis en Los Angeles, Dinamarca y Suecia en 1948 y 1953 se observó, que los pacientes tratados con respiradores cerrados murieron en tanto que sobrevivieron en porcentaje importante los asistidos por traqueostomía, drenaje traqueobronquial y ventilación con presión positiva intermitente. En 1965 Lassen junto con un anestesiólogo trató a pacientes con poliomelitis, por lo que se considera pionero de cuidados intensivos. Max Harry en un estudio minucioso sobre la morbi-mortalidad de ciertos padecimientos concluye que éstos, han disminuido gracias a las UCIS, en 1966 Hughes estableció la primera Unidad Coronaria del mundo, observándose una disminución importante en las complicaciones cardíacas (2,3,4).

La Unidad de Cuidados Intensivos Adulto (UCIA) de nuestro Hospital, se fundó en el año de 1977 contando con dos camas, actualmente cuenta con 15 camas divididas en Unidad Metabólica 7, Unidad Coronaria 4 y Terapia Intermedia 4, atendiéndose anualmente a 550 a 600 pacientes aproximadamente que representa el 3.8% del total de pacientes que ingresaron durante el año de 1995. Su organigrama está formado por un jefe de servicio, 2 médicos intensivistas para cada turno, 8 residentes, una jefe de enfermeras, 3 enfermeras intensivistas para cada turno, 3 enfermeras generales y 3 enfermeras auxiliares por turno, se cuenta con un laboratorio central que atiende a todo el Hospital y en donde se procesan todos los estudios de rutina por la mañana, además de un laboratorio de urgencias que trabaja los tres tur-

nos, se integra al organigrama una secretaria ejecutiva en el turno matutino y un auxiliar de intendencia para cada turno.

Los nuevos conocimientos sobre fisiopatología, la introducción de técnicas terapéuticas invasivas e intensivas y la creación de un equipo electromédico especializado, hacen posible tratar con éxito algunos padecimientos que hace pocos años se consideraban difíciles de toda posibilidad de recuperación. La utilización eficaz de los recursos de diagnóstico y la nueva terapéutica con que se dispone en la actualidad, depende no únicamente de políticas racionales de ingreso-egreso, sino además de criterios correctos de ubicación de cada enfermedad en las diversas áreas de hospitalización y de fluidez en la interacción de departamentos clínicos como urgencias, recuperación postquirúrgica, inhaloterapia y la unidad de cuidados intensivos (UCI) (5,6).

Con respecto a la evolución que han cobrado las UCIs, hace algunos años únicamente el 10 al 20% de los hospitales norteamericanos contaba con unidades de cuidados intensivos, en los noventa, de los 6000 hospitales existentes, casi todos cuentan con dichas unidades, contándose con alrededor de 65,000 camas dedicadas a las UCIs (7,8).

PREDICION DEL PRONOSTICO GRUPAL:

Con la recolección de la información sobre los factores de riesgo del paciente como tipo de enfermedad, gravedad de la enfermedad y reserva fisiológica, muchos pacientes se pueden estratificar por pronóstico antes del tratamiento, esto brinda una estimación del riesgo relativo de muerte para los grupos de pacientes con características similares. En la actualidad existen varios métodos para la estratificación del riesgo de los grupos de

pacientes agudamente enfermos de las UCIs e incluyen el sistema de clasificación APACHE II, el modelo de predicción de mortalidad (MPM) el puntaje de fisiología aguda simplificada (SAP) y el TISS. El sistema APACHE II incorpora como factores de riesgo, la edad, el estado de salud previo y la disfunción fisiológica aguda para dar una medición general de la enfermedad. La disfunción fisiológica, se refleja en puntaje numérico sobre la base del peor, es decir del valor más anormal, de 12 mediciones fisiológicas de rutina, estas escalas pronósticas se han utilizado como un método confiable para estimar el pronóstico entre los grupos de pacientes de las UCIs.

De acuerdo a los índices de mortalidad en los Estados Unidos se reporta del 15 al 20%, aunque ésto tiende a incrementarse en situaciones del estado de salud del paciente como la sepsis, choque séptico, SIRPA y FOM (7,8,9).

La sepsis y sus complicaciones representan uno de los mayores desafíos contemporáneos para los intensivistas y los investigadores involucrados en la problemática de los pacientes críticos, manteniéndose el privilegio como desde hace años de ser la primera causa de muerte en terapia intensiva médica y posquirúrgica y su incidencia continua aumentando en relación con el desarrollo de procedimientos más invasivos, tratamientos inmunosupresores, quimioterapia, mayor edad de los enfermos, floras hospitalarias multiresistentes, por otra parte, se ha visto que a pesar del empleo de procedimientos de sostén vital sofisticado y extremadamente caro su mortalidad no ha disminuido en los últimos 10 años, probablemente debido a la extrema complejidad de los mecanismos

patogénicos en juego, y también a pacientes más graves que en décadas pasadas. El shock es la complicación más inesperada y violenta que puede ocurrir durante la evolución de un cuadro séptico ya que puede preanunciar la inminente ruptura del delicado equilibrio que se establece entre la disponibilidad y la utilización de oxígeno a nivel tisular. El shock séptico aparece en el 20 al 40% de los pacientes sépticos y agrava sensiblemente el pronóstico hasta alcanzar una mortalidad del 65 al 100% (10,11,12,13,14,15,16).

Los pacientes con cuadro clínico de shock, sepsis, politraumatismo, pancreatitis aguda, necrosis de tejidos, quemaduras y otras patologías similares, suelen presentar durante su evolución afectación de la función de diferentes órganos, siendo determinante de la evolución tórpida o la mortalidad en las UCIs. La presencia de fallas orgánicas en los pacientes no sólo prolonga la estancia de los pacientes en las UCIs, sino que genera enormes gastos al sistema de salud, que se ha calculado en más de 300,000 dólares durante el periodo crítico y de rehabilitación posterior, teniendo además una mortalidad del 100% (17,18,19,20).

JUSTIFICACION:

De acuerdo a la necesidad de conocer los principales problemas con los cuales se enfrenta nuestro servicio se hace prioritario el estudio, análisis y descripción inicial de los mismos para poder implementar medidas específicas y dar solución a éstos.

OBJETIVOS:

1. General: conocer las características epidemiológicas del grupo de pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos
2. Específicos:
 - a). Conocer el diagnóstico inicial que motivó su ingreso a la Unidad.
 - b). Conocer el número de pacientes egresados durante el tiempo correspondiente.
 - c). Conocer la distribución por edad y sexo
 - d). Conocer mortalidad, tiempo de estancia y complicaciones

II. MATERIAL Y METODOS:

Se trató de un estudio descriptivo y retropectivo que incluyó los expedientes de 388 pacientes que ingresaron a la Unidad de Cuidados Intensivos Adulto del Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos", durante el tiempo comprendido del 19 de abril de 1995 al el 19 de abril de 1996. Los datos se recavaron de los expedientes contenidos en los departamentos de Archivo y Estadística. Se excluyeron los aquellos que estuvieran incompletos y cuyo diagnóstico fuera la patología coronaria. Los datos se recopilaban en hojas especiales (Anexo 1).

Las patologías que motivaron el ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos se clasificaron en función de las patologías mayores del Sistema Pronóstico APACHE III (Anexo 2).

III. RESULTADOS:

Se estudiaron 388 pacientes con una edad promedio de 51 años \pm 19 (gráfica 1). Del sexo femenino fueron 207 (53%) pacientes y 181 (47%) del masculino (gráfica 2). Con respecto a la mortalidad 80 de ellos (20%) fallecieron (gráfica 3). El tiempo de estancia varió de 1 a 65 días con un promedio de 4 días (gráfica 4). El diagnóstico de ingreso se clasificó de acuerdo al pronóstico APACHE III; y se encontró que: 88 (22.6%) pacientes tuvieron patología gastrointestinal con una edad promedio de 55 años \pm 19 años de los cuales fallecieron 18. Con patología neuroquirúrgica ingresaron 87 pacientes (22.4%), con una edad promedio de 50 años \pm 18 años y 22 defunciones. Ginecología y Obstetricia contó con 53 pacientes (13.6%) edad promedio de 41 años \pm 16 años y 4 defunciones. Neumología ingresó 50 pacientes (12.8%), con una edad promedio de 61 años \pm 18 años y 15 defunciones. Endocrinología ingresó 48 pacientes (12.5%), con una edad promedio de 51 años \pm 18 años y 13 defunciones. Traumatología ingresó 30 pacientes (7.8%), con una edad promedio de 44 años \pm 17 años y 4 defunciones, por último otros Servicios ingresaron 32 pacientes (8.3%), con una edad promedio de 42 años \pm 18 años y 4 defunciones (Tabla 1). Las complicaciones que se tomaron fueron las más comunes en las Unidades de Cuidados Intensivos y se encontró que 103 pacientes (26.5%) contaron con alguna complicación con un total de 150 complicaciones. El sangrado de tubo digestivo ocupó el primer lugar con 51 pacientes afectados, seguida de la Insuficiencia Renal Aguda con 45 pacientes, el choque séptico se presentó en 22 pacientes, la falla orgánica múltiple en 17 (todos fallecieron) y el SIRPA en 15 pacientes (tabla 2).

H O J A D E R E C O L E C C I O N D E D A T O S

"MORBI-MORTALIDAD EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
ADULTO DEL H R L A L M"

FECHA _____

NOMBRE DEL PACIENTE _____

EDAD _____ SEXO _____

EXP _____

DIAGNOSTICO PRINCIPAL DEL INGRESO _____

DIAS DE ESTANCIA EN LA UNIDAD _____

COMPLICACIONES PRESENTADAS _____

DEFUNCION SI _____ NO _____

PATOLOGIAS MAYORES DEL SISTEMA PRONOSTICO APACHE III

CATEGORIA DE LA ENFERMEDAD.

A. No quirúrgica:

Cardiovascular / vascular

Respiratorias

Gastrointestinal

Neurológicas

Sepsis

Trauma

Metabólica

Hematológica

B. Posoperatorias:

Cardiovascular / vascular

Respiratorias

Gastrointestinal

Neurológicas

Trauma

Renal

Ginecología

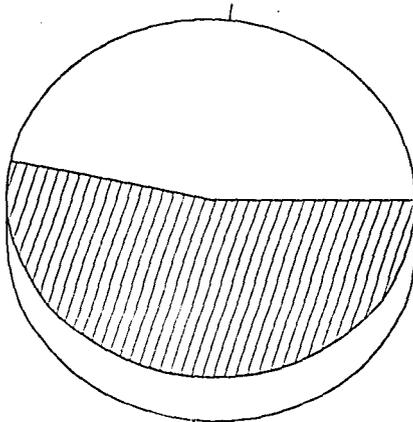
Ortopedia

MORBI-MORTALIDAD EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTO HRLALM

SEXO

HOMBRE 181

47%



MUJERES 207

53%

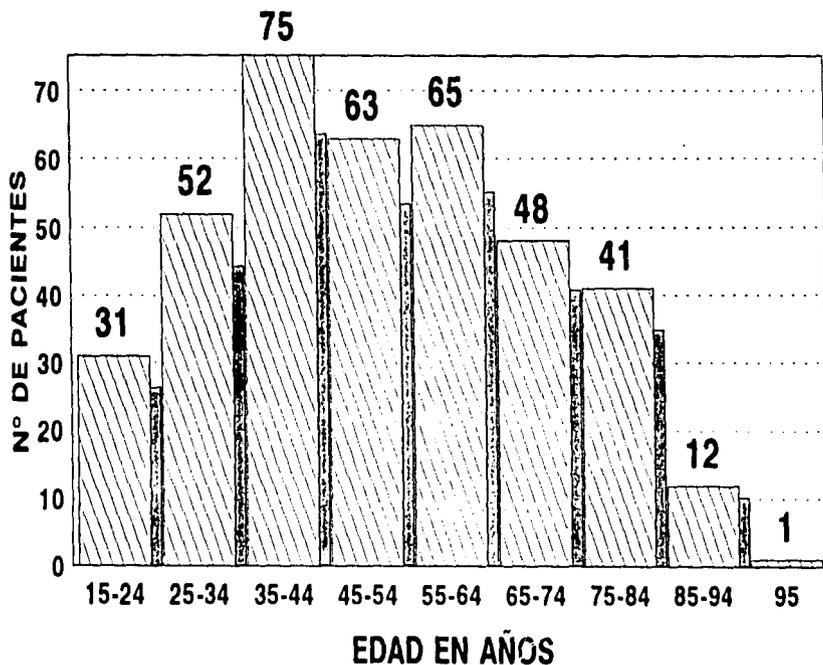
TOTAL 388 PACIENTES

**FUENTE ARCHIVO HRLALM
ISSSTE**

GRAFICA 1

MORBI-MORTALIDAD EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTO HRLALM

EDAD EN AÑOS



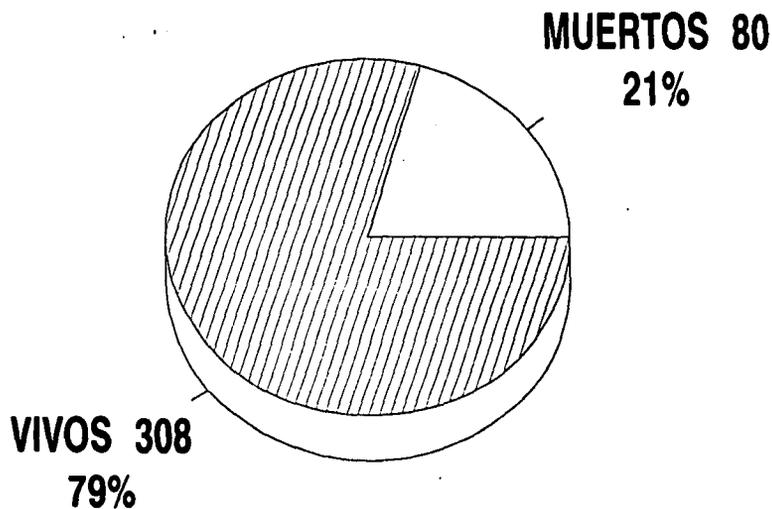
EDAD PROMEDIO 51 AÑOS \pm 19

TOTAL 388 PACIENTES FUENTE ARCHIVO HRLALM
ISSSTE

GRAFICA 2

MORBI-MORTALIDAD EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTO HRLALM

MORTALIDAD



TOTAL 388 PACIENTES

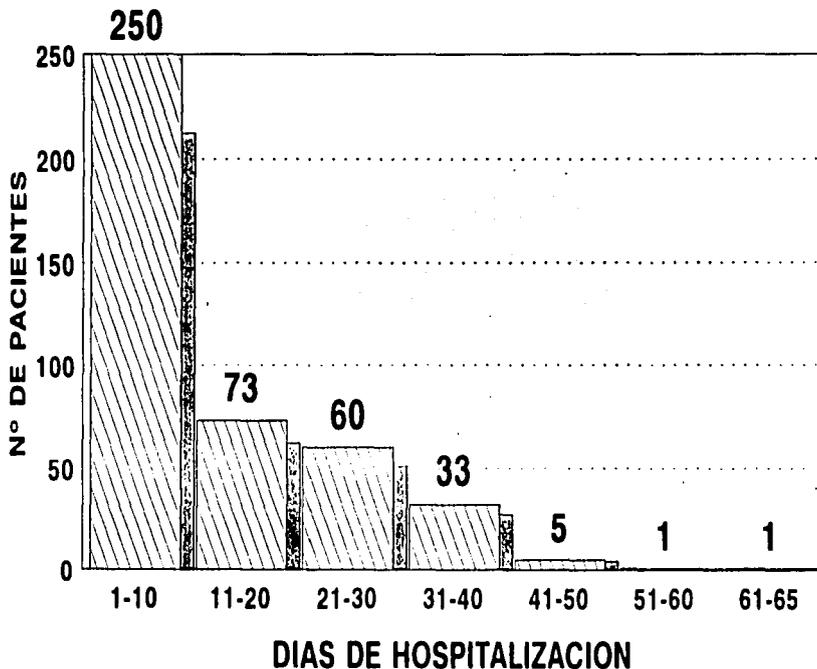
FUENTE ARCHIVO HRLALM
ISSSTE

GRAFICA 3

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

MORBI-MORTALIDAD EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTO HRLALM

DIAS DE HOSPITALIZACION



PROMEDIO 4 DIAS

TOTAL 388 PACIENTES FUENTE ARCHIVO HRLALM
ISSSTE

GRAFICA 4

**TABLA 1. MORBI-MORTALIDAD EN LA UNIDAD
DE CUIDADOS INTENSIVO ADULTO HRLALM**

ESPECIALIDAD	TOTAL	FEM	MASC	VIVO	MUERTO
GASTROENTEROLOGIA	88 (22.6%)	42	46	70	18
NEUROLOGIA	87 (22.4%)	49	38	65	22
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	53 (13.6%)	53		49	4
NEUMOLOGIA	50 (12.8%)	18	32	35	15
ENDOCRINOLOGIA	48 (12.5%)	23	25	35	13
TRAUMATOLOGIA	30 (7.8%)	9	21	26	4
OTROS	32 (8.3%)	13	19	28	4
TOTAL	388	207 (53.4%)	181 (46.6%)	308 (79.4%)	80 (20%)

**TABLA 2. MORBI-MORTALIDAD EN LA UNIDAD
DE CUIDADOS INTENSIVO ADULTO HRLALM
COMPLICACIONES**

ESPECIALIDAD	STDA	SIRPA	CHOQUE SEPTICO	IRA	FOM	TOTAL DE PACIENTES
NEUMOLOGIA	9	3	4	4	3	25
GASTROENTEROLOGIA	10	3	5	10	5	20
NEUROLOGIA	7	5	2	10	2	15
TRAUMATOLOGIA	12	-	4	7	3	15
ENDOCRINOLOGIA	8	4	3	8	3	11
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	4	-	3	4	1	10
HEMATOLOGIA	-	-	-	2	-	2
OTROS	1	-	1	1	-	5
TOTAL	51	15	22	45	17	103

FUENTE ARCHIVO HRLALM
ISSSTE

IV. DISCUSION:

Siendo la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos" una terapia de tipo polivalente, en este estudio el mayor número de pacientes que ingresaron a la Unidad correspondió a patologías gastrointestinales con predominio quirúrgico, seguido de pacientes con patología neuroquirúrgica, aunque es necesario recordar que se excluyeron pacientes con patología coronaria.

Con respecto a los días de estancia en la Unidad (días de hospitalización) varió de 1 a 65 días y un promedio de 4 días.

Aunque se presentaron diversas complicaciones la más importante fue el sangrado de tubo digestivo alto y la insuficiencia renal aguda que afectaron a casi el 50% de los pacientes que se complicaron, los 17 pacientes con falla orgánica múltiple fallecieron tal como se menciona en la literatura.

La mortalidad general se reportó del 20% al igual que diversos autores. Los pacientes neuroquirúrgicos presentaron la mortalidad más alta con 22 casos que corresponde al 27.5% del total de las defunciones aunque sólo 2 de estos pacientes presentaron FOM; con estos datos pensamos que estos pacientes tiene una facilidad mayor para presentar edema o infartos cerebrales por lo que menester agilizar su ingreso a nuestra Unidad con la finalidad de realizar las medidas apropiadas de terapia efectiva, monitoreo apropiado, estudios de gabinete, colocación de artefactos para medición de PIC que en estos es fundamental, por último la realización de protocolos de manejo con integración de los servi-

cios de Neurocirugía, Radiología y Medicina Crítica se hace indispensable con la finalidad de disminuir este porcentaje de mortalidad.

V. CONCLUSIONES:

- 1.- La mortalidad de la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos de el Hospital "Lic. Adolfo López Mateos" es del 20%.
- 2.- Las principales causas de ingreso a la Unidad son pacientes con patologías gastroenterológica, abdominal y neuroquirúrgica.
- 3.- Es necesario establecer protocolos de manejo adecuado para cada una de las patología con mayor mortalidad.

VI. BIBLIOGRAFIA:

- 1.- Díaz de León Ponce M: Normas de una unidad de cuidados intensivos. En Medicina Crítica. México, Limusa 1993. pp 17-56.
- 2.-Brayn-Brown C: The evolution of critical care medicine: An international exchange. State of Art 1991;12:293-309.
- 3.- Harry M, Shubin HA: Crisis in the delivery of care to the critically ill and injured. Chest 1972;62:614-616.
- 4.- Flores Izquierdo G, Alvarez Cordero R: Las unidades de cuidados intensivos, sus logros y sus problemas. Gac Med Mex 1974;108:39-45.
- 5.- Ruiz Mendoza IP, Díaz de León Ponce M: Costo de los incidentes adversos en una unidad de cuidados intensivos. Rev Asoc Mex Med Crit Ter Int 1988;2:13.
- 6.- Dennis MG: Nosocomial infection in the intensive care unit. In Principles of Diagnosis and Management. St Louis M. Mosby Year Book 1995. pp 893-942.
- 7.- Raffin AT: Perspectivas on critical medical ethics. In Principles of Critical Care USA McGraw-Hill, Inc 1992 pp:895-942.
- 8.- Van-Le L: Use of the apache II scoring system to determine mortality of gynecologic oncologic patient in the intensive care unit. Obst & Gynecol 1995;85:53-56.
- 9.-Hope AT: The riyadh intensive care program, mortality prediction algorithm assessed in 617 intensive care patients in glasgow. Anaesthesia 1995;50:103-107.
- 10.- Rello J: Nosocomial bacteremia in a medical-surgical intensive care unit epidemiologic characteristics and factors influencing mortality in ill episodios. Intensive Care Medicine 1994;20:94-98.

- 11.- Barriere LS: An overview of mortality risk prediction in sepsis. Critical Care Medicine 1995;23:376-393.
- 12.- Petros AJ: Should morbidity replace mortality as an end point for clinical trials in intensive care. The Lancet 1995;345:369-371.
- 13.- Chelluri L: Intensive care for critical ill elderly mortality, costs and quality of life. Review of the literature. Arch Inter Med 1995;155:1013-1022.
- 14.- Fagon J, Novara A: Mortality attributable to nosocomial infections. UCI 1994;15:428-434.
- 15.- Tran D; Van Onselen: Factors related to multiple organ system failure and mortality in a surgical intensive care unit. Nephrol Dial Transplant 1994;4:172-178 (suppl):
- 16.- Palizas F: Shock, sepsis y falla orgánica múltiple. En Terapia Intensiva, Argentina, ed Panamericana 1995 pp 264-297.
- 17.- Barrie P, Hydo L: A prospective comparison of two multiple organ dysfunction/failure scoring systems for prediction of mortality. Critical Surgical Illness 1994;37:660-666.
- 18.- Seneff MG: Hospital and year survival of patient admitted to intensive care units with acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease. JAMA 1995;274:1852-1857.
- 19.- Didien P: Nosocomial blood stream infection in critically ill patients. JAMA 1994;271:1598-1601.
- 20.- Cerra FB: Multiorgan failure syndrome: Clinical trade offs. State of Art 1995;11:15-30.