

11224



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI

INCIDENCIA, EPIDEMIOLOGÍA Y
CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE PACIENTES
CON ENFERMEDAD REUMATOLÓGICA GRAVE
EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
(UCI) DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI DE
MARZO DEL 2004 A JUNIO DEL 2005

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:
ESPECIALIDAD EN
MEDICINA DEL ENFERMO
EN ESTADO CRÍTICO

P R E S E N T A :
DR. JUAN JOSÉ BECERRA LARA

ASESORES:

DR. JOSÉ ARTURO FUENTES GONZÁLEZ
DR. OCTAVIO IVAN ABRAJAN HERNÁNDEZ



MÉXICO, D.F.

FEBRERO 2005

2005

0351536



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).

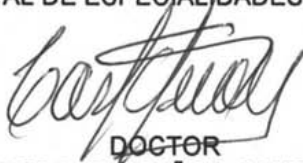
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición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

HOJA DE RECOLECCIÓN DE FIRMAS

PA 

DOCTORA
NORMA LETICIA JUÁREZ DIAZ GONZÁLEZ
DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI





DOCTOR
JORGE A. CASTAÑÓN GONZÁLEZ
PROFESOR DEL CURSO DE LA ESPECIALIZACIÓN DEL ENFERMO EN
ESTADO CRITICO
DIRECTOR DE LA UMAE DE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI



DOCTOR
MARCO ANTONIO LEÓN GUTIÉRREZ
PROFESOR ADJUNTO AL CURSO DE LA ESPECIALIZACIÓN DEL ENFERMO
EN ESTADO CRITICO
ADSCRITO A LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS UMAE HOSPITAL DE
ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI



DOCTOR
JOSÉ ARTURO FUENTES GONZÁLEZ
ADSCRITO A LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL DE
ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI





INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA
COORDINACIÓN DE UNIDADES MÉDICAS DE ALTA ESPECIALIZACIÓN
U.M.A.E. HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "DR. BERNARDO SEPÚLVEDA G. "
CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI
DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

19 de agosto, 2005

ACTA DEL COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN

A las 12:00 horas del día hoy se reunieron en sesión extraordinaria en la Sala de Juntas de la Dirección de Educación e Investigación en Salud del hospital, los miembros del Comité Local de Investigación, para evaluar el Proyecto de Investigación intitulado:

171/2005 INCIDENCIA, EPIDEMIOLOGÍA Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE PACIENTES CON ENFERMEDAD REUMATOLÓGICA GRAVE EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI DE MARZO DE 2004 A JUNIO DEL 2005

Este proyecto queda registrado con el número de registro U.M.A.E. Hospital de Especialidades "Dr. Bernardo Sepúlveda G." Centro Médico Nacional Siglo XXI 3601-171-2005.

Autógrafa en el Cuaderno de la Dirección de Medicina Biológica de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

DICTAMEN: APROBADO

NOMBRE: Juan José Becerra Lara

FECHA: 28/sep/05

FIRMA: [Firma]

DR. JORGE ALBERTO CASTAÑÓN GONZÁLEZ
PRESIDENTE DEL COMITÉ

JACG, NJDG, RPS' tbb.

INDICE:

RESUMEN.....	2
ANTECEDENTES.....	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	10
JUSTIFICACIÓN.....	10
OBJETIVOS GENERALES	12
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	12
MATERIAL Y MÉTODOS	
DISEÑO DEL ESTUDIO.....	13
DEFINICIÓN DEL PLAN DE PROCESAMIENTO.....	13
CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	13
CRITERIOS DE NO INCLUSIÓN.....	14
ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	14
RESULTADOS.....	15
DISCUSION.....	20
CONSLUSIONES.....	22
BIBLIOGRAFÍA	23

RESUMEN:

Título: Incidencia, epidemiología y características clínicas de pacientes con enfermedad reumatológica grave en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI de Marzo del 2004 a Junio del 2005.

Autores: Dr. Becerra L. J. J. , Dr. Fuentes G. J. A. y Dr. Abrajan H.O.I.

Objetivos: Determinar la Incidencia y las principales características clínicas y epidemiológicas de pacientes con enfermedad reumatológicas en la UCI del HE CMN S XXI de Marzo del 2004 a Junio del 2005.

Material, Pacientes y Método: Se identificaron los pacientes con ayuda del registro de egresos del servicio de Terapia Intensiva. Se realizó búsqueda de los expedientes clínicos de donde se recolectó la información de forma retrospectiva. Se incluyeron pacientes con diagnóstico definitivo de patología reumatológica o que durante su estancia en la Terapia se concluyera este diagnóstico. Revisando su expediente clínico, se recolectó la información de las características demográficas, manifestaciones clínicas, los principales órganos y sistemas afectados, las complicaciones generadas durante los días de hospitalización en la UCI, el tratamiento y los días de apoyo ventilatorio mecánico y el desenlace a su egreso. No se incluyeron pacientes menores de 16 años, y se excluyeron aquellos sin expediente completo.

Resultados: De los 16 meses que se realizó la búsqueda, se reportaron 1297 ingresos de pacientes con patología quirúrgica y médica. Entre estos ingresos se identificaron 47 pacientes con enfermedad reumatológica con incidencia de 3.6%, el promedio de edad fue 28 años y con predominio de mujeres en relación 4.8:1 . Las enfermedades más frecuentes fueron: Artritis Reumatoide, Lupus Eritematoso, Esclerosis sistémica y síndrome de CREST, Síndrome de Sjogrens, Granulomatosis de Wegener y síndrome antifosfolípido primario. La mayoría de los pacientes (34 pacientes) ingresaron por complicaciones al tratamiento o por exacerbación de su enfermedad; en 13 casos el motivo de ingreso fue cirugía programada o patología no asociada a la enfermedad reumatológica. Treinta y tres requirieron apoyo ventilatorio mecánico. Los sistemas más afectados fueron: el sistema respiratorio, sistema renal, sistema nervioso central, sistema dermatológico, cardiovascular y sistema gastrointestinal. De los 47 pacientes en 27 se determinó al menos un sitio de infección; siendo pulmón y vías urinarias las más frecuentes. fallecieron 37 pacientes solo a 2 de estos pacientes se autorizó la necropsia. La principal causa de muerte registrada en el expediente fue choque séptico. El resto de los pacientes se egreso por mejoría.

Conclusión: La enfermedad reumatológica es de baja incidencia en las unidades de cuidados intensivos, respecto a otros estudios citados en la literatura mundial nuestra casuística fue mayor en tiempo similar de estudio. El género femenino en edad reproductiva fue el grupo más afectado. El sistema respiratorio y renal y la integración de síndrome riñón pulmón fueron las manifestaciones más frecuentes. Las infecciones fueron frecuentes y asociadas a mortalidad. Estas patologías requieren reconocimiento un rápido y tratamiento oportuno; por lo cual el intensivista debe estar capacitado en la atención de estos pacientes.

ANTECEDENTES

Las enfermedades reumatológicas son parte de las patologías autoinmunes, de pronóstico variable y curso clínico impredecible. La mayoría estas patologías durante su evolución presentan agudización, condición que pone en peligro la vida del paciente.

De los registros y estudios realizados de este tipo de enfermedades en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) se conoce poco sobre la incidencia y prevalencia. Se comenta por Namieta y Cols que entre el 10 y 25% de todos los pacientes con alguna enfermedad reumatológica requiere ser ingresado a un hospital por descompensación de su patología, y de ellos hasta una tercera parte requiere ser ingresado a una UCI por la severidad del padecimiento, se considera por lo tanto como un padecimiento raro de estas unidades pero que por naturaleza de condición potencialmente mortal. Las causas de ingreso de estos pacientes a la UCI son:

1. Exacerbación de las manifestaciones de la enfermedad reumatológica.
2. Desarrollo de manifestaciones nuevas asociadas a la patología reumática que amenazan la vida del paciente.
3. Infección grave asociada a la terapia inmunosupresora.
4. Complicaciones asociadas al tratamiento o por efectos adversos de los fármacos.
5. Malignidad como complicación de una terapia citotóxica prolongada.
6. Enfermedad aguda grave que no tiene relación con la patología reumatológica.^(1,2,3)

En estos pacientes puede coexistir más de un motivo de ingreso, complicando y haciendo compleja la atención de estos pacientes. Bouachour y colaboradores reporto en 88 pacientes con enfermedad reumatológica ingresados a una UCI que hasta el 20% de ellos, se les realizo el diagnóstico por primera vez durante su ingreso a esta unidad, por lo tanto la recomendación y el interés de que

el intensivista y todo facultativo que se encuentre en la atención de pacientes en las UCI, sea capaz de reconocer las manifestaciones, complicaciones, el curso clínico y evolución de este tipo de enfermedades reumatológicas^(3,4)

EPIDEMIOLOGÍA DE LAS ENFERMEDADES REUMATOLOGICAS EN LA UCI

Existen varios reportes sobre la epidemiología y frecuencia, así como las características demográficas de los pacientes que ingresan con enfermedad reumatológica, Kollef y colaboradores reportaron 36 pacientes ingresados a una UCI con enfermedad reumática durante un periodo de 28 meses, siendo el promedio de edad 51 años. Los diagnósticos mas frecuentes fueron artritis reumatoide (24), lupus eritematoso sistémico (8), esclerosis sistémica (5), síndrome de Sjogrens (3) y poliarteritis nodosa, Granulomatosis de Wegener, artritis Juvenil, síndrome de Goodpasture y vasculitis por hipersensibilidad 1 paciente respectivamente. Las complicaciones que descompensaron y originaron el ingreso de estos fueron: sangrado de tubo digestivo, insuficiencia cardiaca, neumonía, sepsis, enfermedad pulmonar intersticial, crisis convulsivas, sangrado en sistema nervioso central , pancreatitis, falla hepática, tromboembolia pulmonar o infarto cerebral.^(3,5,6)

Godeau, reportò en una serie de 181 pacientes ingresados a una UCI en un hospital Francés, en un periodo de 12 años, la Artritis Reumatoide fue la causa más frecuente de ingreso a la UCI, seguida por Vasculitis Necrotizante, Lupus Eritematoso Sistémico (LES), Esclerosis Sistémica y Dermatomiositis-Polimiositis. De ellos hasta el 41% se ingreso por algún tipo de infección grave, el 28% por exacerbación de su enfermedad reumatológica y el 15% por patología no relacionada a su enfermedad de fondo. Nguyen-Oghalai y cols, reportaron una serie de 52 pacientes con patología reumática sistémica, en un hospital universitario de Texas; donde se encontró que Artritis Reumatoide fue la patología más frecuente, seguida por esclerosis sistémica, LES, Polimiositis, Vasculitis, Síndrome de Sjogrens, Sarcoidosis y Síndrome Antifosfolipido. De las últimas series realizadas por Thong y cols, quienes publicaron un análisis retrospectivo de 28 pacientes en Singapore, encontrando pacientes mas jóvenes en relación con las publicaciones previas y donde hasta el 71% de ellos padecía LES, las

principales causa de ingreso a la UCI prácticamente fueron las mismas, infección en primer lugar, hipotensión y falla respiratoria aguda como subsecuentes. (3,4,5)

De estos trabajos, se logra referir que hasta el 75% de las enfermedades Reumatológicas que ingresan a la UCI son artritis reumatoide, LES y esclerosis sistémica, y que hasta en el 50% de los motivos de ingreso, se debe a infección grave, siendo solo entre el 25 al 35% la exacerbación de la enfermedad la causa de ingreso. Además una numero importante de estos pacientes, ingresan a la UCI por motivos no relacionados a su enfermedad, la importancia radica en que estas patologías pueden influir sobre el curso clínico y pronostico del problema agudo. (6)

Una de las grandes dificultades a las que se enfrenta el intensivista al tratar este tipo de pacientes, es la heterogeneidad con la que se manifiestan los padecimientos reumatológicos, las dificultades diagnosticas durante los procesos agudos y las modificaciones en las pruebas diagnosticas asociados a infecciones. A pesar de tener la ventaja de que la mayoría de estos pacientes ya tienen el diagnóstico al momento de su ingreso, una minoría ingresa sin tener diagnostico, con problema agudo, potencialmente amenazador de la vida del paciente y que requiere un abordaje diagnostico terapéutico certero y con un grado de precisión elevado para poder brindar una posibilidad de mejoría al paciente. Una forma interesante que se desprende de los estudios hasta ahora publicado es conocer la frecuencia y las principales manifestaciones de los sistemas y/o los órganos principalmente involucrados en la agudización de estos padecimientos. Una serie de trabajos han reportado la frecuencia, severidad, manifestaciones y prioridad de sistemas y órganos afectados, donde se incluyen los siguientes:(3,6,7)

1. SISTEMA RESPIRATORIO

Este sistema fue el mas frecuentemente afectado en los pacientes con patología reumatológica que ingresan a la UCI. Edemas el principal sitio de afección de las infecciones por patógenos oportunistas. Los principales síntomas fueron: Disnea, tos, hemoptisis, dolor torácico, hipoxia y afección intersticial y parenquimatosa del pulmón. LES, esclerosis sistémica, artritis reumatoide y Síndrome de Goodpasture fueron las entidades principalmente involucradas. Solo

Pourrat reporto que hasta 2/3 partes de los pacientes ingresados a la UCI requerían apoyo con ventilación mecánica. (1,3)

Anatómicamente las complicaciones de la vía aérea son problemas que con frecuencia pueden presentarse en la terapia intensiva, complicando el procedimiento acceder a una vía aérea artificial considerando frecuentemente como vía aérea difícil. Estos problemas pueden tener presentación aguda que amenaza la vida o crónico que afecta procedimiento electivos. El compromiso de la articulación temporomandibular frecuente en pacientes con artritis reumatoide y el compromiso de la articulación cricoaritenoidea pueden ocasionar obstrucción parcial de la vía aérea, que en condiciones de patología aguda puede considerarse como vía aérea difícil. (3,7)

En este sistema se presenta una de las expresiones clínicas más severas de la patología reumática, la hemorragia alveolar. Al menos en LES se conoce que hasta el 2% llega a desarrollar hemorragia pulmonar. (3,7) El resto de los estudios señalados no mencionan la frecuencia con la cual se presento. Cuando se encuentra evidencia clínica de hemorragia pulmonar acompañada de afección glomerular se integra el síndrome riñón-pulmón; que desde el punto de vista fisiopatológico comprende una severidad extrema con altas posibilidades de muerte. (3,7)

2. SISTEMA CARDIOVASCULAR

La hipertensión arterial sistémica fue la manifestación mas frecuente en estos pacientes, sin embargo pocas veces fue tan severa como para llevar al paciente a una emergencias hipertensiva. Una característica particular de los pacientes con patología reumática, es la afección prematura que presentan las arterias coronarias, sobre todo en presencia de poliarteritis nodosa o LES. Además el infarto agudo al miocardio es posible que ocurra en ausencia de arteritis en pacientes con Síndrome antifosfolipidos.(3)

Se ha observado que en mujeres con LES entre los 35 y 44 años tienen 50 veces mayor riesgo de presentar un infarto agudo al miocardio, en comparación con mujeres controles de la misma edad. Lo cual se ha explicado por los

siguientes factores: la presencia de aterosclerosis prematura, la presencia de daño a la pared arterial por el estado proinflamatorio crónico, el empleo de esteroides y la presencia de menopausia precoz.⁽³⁾ Otras condiciones menos frecuentes son los trastornos del ritmo sobre todo asociados a miocarditis o a daño al sistema de conducción. Otras manifestaciones menos comunes son: estenosis, trombosis o aneurismas de las arterias coronarias, casos de pericarditis son frecuente en LES, pero raramente produce taponamiento cardiaco; además puede presentarse endocarditis no infecciosa, prolapso de válvula mitral en, insuficiencia ventricular izquierda, etc. ^(3,7,8)

3. SISTEMA RENAL

Aproximadamente un 10 a 35% de pacientes con patología reumatológica que se ingresan a la UCI presentan función renal anormal. Las causas más comunes asociadas son: Artritis reumatoide, la Nefritis lúpica y las vasculítis necrotizante, sin olvidar el factor farmacológico que muy frecuente se asocia al daño renal. El síndrome renal mas frecuente es la insuficiencia renal rápidamente progresiva, y ocasionalmente se presentan con hematuria. Los mecanismos responsables del daño renal son: la oclusión de las arterias renales, la microangiopatía, la glomerulonefritis aguda, la glomerulonefritis creciente y menos común la nefritis tubulointersticial. ^(9,10)

4. SISTEMA NERVIOSO

Las manifestaciones neurológicas se presentan en el 10 a 20% de los pacientes que ingresan a la UCI con algún tipo de enfermedad reumatológica. Crisis convulsivas y brotes psicóticos son comunes en pacientes con LES se reporta hasta en el 54% de los pacientes. Frecuentemente representan diagnósticos difíciles, debido a que la sintomatología puede ser confundida con otras patologías como: Meningitis, enfermedad cerebro vascular, convulsiones de origen metabólico o la psicosis asociada a fármacos. El neurolupus representa una complicación de pronostico sombrío a corto plazo, y se considera en la mayoría de los casos una indicación para terapia inmunosupresora agresiva. ^(3,7,11)

El infarto arterial representa otro de los síndromes frecuentes de presentación en la UCI. Estos eventos se presentan en pacientes con LES, con arteritis de temporal, aortoarteritis, poliarteritis nodosa, entre otras vasculitis; las trombosis venosas ocurren en pacientes con síndrome antifosfolípidos primario o asociado a otras entidades. (11)

Los eventos de hemorragia intracraneal, se presenta hasta en el 7% de los pacientes con enfermedad reumatológica, casos aislados se han reportado en enfermedad de Behcet, vasculitis del sistema nervioso central, la granulomatosis de Wegener y la escleroderma; la hemorragia subaracnoidea es un evento poco frecuentes. (7,11)

5. MANIFESTACIONES HEMATOLÓGICAS

Diferentes manifestaciones de índole hematológico a menudo sin manifestaciones graves pueden presentarse, entre ellas la anemia de las enfermedades crónicas, la deficiencia de hierro, anemia hemolítica, la trombocitopenia u otro tipo de citopenias sin repercusión severa, que no se consideran motivos de ingreso a una terapia. Sin embargo la expresión mas grave de este tipo de manifestaciones con importante repercusión multisistémica y que son motivos de ingreso a las unidades de cuidados intensivos son: la anemia hemolítica microangiopática, la crisis renal en escleroderma, los trastornos de la coagulación con CID (coagulación intravascular diseminada), la deficiencia de factor VIII por la producción de anticuerpos. (3,7)

La granulocitopenia o leucopenia leve se observa hasta en el 50% de pacientes con síndrome de Sjogren y el síndrome de Felty, sin embargo este trastorno suele ser parte de efecto secundario de la terapia inmunosupresora, esto representa el factor de riesgo mas frecuente para la presencia de infecciones severas. En un estudio de con 2170 pacientes Grove y colaboradores reportaron que el 5.6% de los pacientes requirieron discontinuar el tratamiento por discrasias sanguíneas (7,9)

PRONOSTICO DE LAS ENFERMEDADES REUMATOLOGICAS

Varios autores han descrito el pronóstico de pacientes con patología reumatológica que han sido ingresados a las unidades de cuidados intensivos. La mayoría de estos estudios han demostrado como los pacientes que no sobreviven han tenido índices mas altos en las puntuaciones de las escalas pronosticas, al momento de ingreso a la UCI. El estudio realizado por Godeau donde evaluó el pronóstico en 181 pacientes en este tipo de enfermedades, encontró que el SAPS II (Simplified Acute Physiology Score II) y el tratamiento con esteroides, fueron asociados con pobre pronóstico en la UCI. La severidad y la forma de disfunción orgánica son considerados como buenos predictores de severidad y mal pronóstico. La mortalidad fue mayor en pacientes con falla renal, coma y SIRA (síndrome de insuficiencia respiratoria aguda). Otro dato importante en estos estudios es la asociación de infecciones que exacerban la enfermedad reumatológica y la mortalidad elevada. (3,9)

Pourrat y cols. Describen en pacientes que ingresaron a la UCI con infección asociada presentaban tasas de mortalidad que excedían el 50%; este factor ha querido enfatizar la necesidad de iniciar tratamiento antimicrobiana de forma temprana y la metodología dirigida a identificar la causa que origina la infección. De este y otros estudios se concluye que la mortalidad se encuentra en el rango del 30% al 60% para pacientes que requieren ingreso a la UCI, lo cual hace necesario un reconocimiento rápido del problema, instaurar oportunamente el tratamiento e identificar signos tempranos de infección para brindar tratamiento y específico. (10)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

¿Cuál será la incidencia, características epidemiológicas y las principales manifestaciones clínicas de pacientes con enfermedad Reumatológica grave que ingresaron a la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital de Especialidades "Bernardo Sepúlveda" del CMN Siglo XXI en el periodo de Marzo del 2004 a Junio del 2005?

JUSTIFICACIÓN:

Tradicionalmente se consideran a los pacientes con enfermedad reumatológicas poco frecuentes en las unidades de cuidados intensivos; estos forman parte de un grupo de pacientes de evolución crónica e impredecible, a menudo con comórbidos asociados a la enfermedad o al tratamiento que hace se consideren un grupo peculiar en su curso clínico y pronóstico.

La Unidad de Cuidados Intensivos del HE CMN Siglo XXI, como parte de la atención hospitalaria de tercer nivel de especialidad y centro de referencias para gran parte de la población derechohabiente, ha sido un servicio de atención integral de este tipo de pacientes sin que hasta el momento exista un registro del tipo de patología reumática, la evolución y el pronóstico de estas enfermedades.

Existen reportes de hospitales internacionales donde corroboran la baja incidencia y prevalencia de las características clínicas que condicionan evolución desfavorable en estos pacientes.

De estos reportes se origina el interés de búsqueda en los registros de los archivos del hospital en el que desempeño mis actividades de residente, con la finalidad de dejar un registro de este tipo de patología que durante 2 años se identificaron en esta unidad, describir las principales características epidemiológicas y clínicas que en su momento sean herramientas para el clínico en aquellos casos problema que puedan ser parte de este tipo de enfermedades. Considerando que el medico intensivista debe estar preparado para la atención de este tipo de pacientes graves donde el reconocimiento oportuno, el actuar de forma temprana y un tratamiento específico pueden influir sobre el pronóstico de estos pacientes.

La factibilidad de realizar este trabajo descriptivo es posible debido a que se cuenta con un registro de egresos de todos los pacientes que han sido atendidos en esta unidad en los últimos 4 años, además se cuenta con el servicio de archivo clínico donde se dispone de los expedientes clínicos de cada paciente.

OBJETIVO GENERAL:

1. Determinar la Incidencia de las enfermedades reumatológicas de pacientes que ingresaron a la UCI del HE CMN Siglo XXI de Marzo del 2004 a Junio del 2005.
2. Describir las principales características clínicas y epidemiológicas de pacientes con enfermedades reumatológicas, que ingresaron a la UCI del HE CMN Siglo XXI de Marzo del 2004 a Junio del 2005

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Reportar por orden de frecuencia las principales patologías reumatológicas que ingresaron a la UCI.
2. Describir las principales características demográficas (Edad, género, estado civil, ocupación y comórbidos), de los pacientes con enfermedad reumatológicas que ingresaron a la UCI.
3. Identificar los principales motivos de ingreso a la unidad de cuidados intensivos de estos pacientes.
4. Describir cuales fueron los principales sistemas afectados en los pacientes que ingresaron a la UCI con patología reumatológica.
5. Reportar cuales fueron las principales complicaciones que se presentaron durante el tiempo de estancia en la unidad.
7. Describir el desenlace clínico de los pacientes al momento de su egreso.

MATERIAL Y MÉTODOS:

DISEÑO DEL ESTUDIO:

Descriptivo, retrospectivo, transversal y observacional.

DEFINICIÓN DEL PLAN DE PROCESAMIENTO Y PRESENTACIÓN DE DATOS:

- Se revisaron los expedientes de los pacientes que ingresaron a la UCI del HE CMN S XXI en el periodo comprendido de Marzo del 2004 a Junio del 2005
- Se incluyeron para el análisis los pacientes con diagnóstico de patología reumatológica ya sea a su ingreso o que este se realizará durante el periodo de hospitalización en la UCI .
- Se recolectó la información referente a aparato, sistema u órgano afectado que origino el ingreso a la UCI.
- Se reportaron las complicaciones presentadas durante su hospitalización en UCI referidas en el expediente.
- Se realizó el registro de las condiciones al momento de su egreso, considerando sólo supervivencia o muerte.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Se incluirán todos los pacientes mayores de 16 años, que hallan ingresado en el periodo comprendido para el estudio.

Se incluirán para el análisis aquellos pacientes con diagnóstico de patología reumatológica previo al ingreso o se halla concluido este tipo de enfermedad durante su ingreso.

Se realizara análisis de los pacientes que cuenten con expediente completo.

CRITERIOS DE NO INCLUSIÓN:

- Menores de 16 años.
- Pacientes que no se disponga del expediente completo.
- Pacientes que no sean derecho habientes

ANÁLISIS ESTADÍSTICO:

Se analizaron los datos obtenidos, mediante el empleo de porcentajes, media, mediana y promedios. Se utilizaron medidas de resumen, desviación estándar e intervalos de confianza al 95%.

RESULTADOS:

Durante el periodo de 16 meses en los cuales se realizó la búsqueda de pacientes con enfermedad reumatológica de la terapia intensiva, se reportaron 1297 ingresos a la unidad de cuidados intensivos con patologías quirúrgicas y médicas.

Se identificaron 50 pacientes con patología reumatológica que cumplieron la definición de caso. En 3 pacientes no se encontró el expediente, por lo que se excluyeron. De los 47 pacientes que se analizaron, la incidencia de ingresos a la UCI con patología reumatológica fue de 3.6 %. De los 47 pacientes, 42 (89 %) ya tenían establecido el diagnóstico desde su ingreso y a 5 pacientes se les realizó durante su estancia en la unidad de cuidados intensivos; 39 (82.9 %) fueron mujeres y 8 (17.1 %) hombres. El resto de las características epidemiológicas se reportan en la tabla 1.

Tabla 1. Características demográficas de los pacientes

CARACTERISTICA	NUMERO DE PACIENTES (%)
Total de pacientes	47
GÉNERO:	
Hombre:	8 (17.1)
Mujeres:	39 (82.9%)
Promedio de edad:	28 (16-65 años)
COMORBIDOS	
Diabetes:	4
Hipertensión arterial:	2
EPOC:	1
FÁRMACO A SU INGRESO	
AINES	32
Corticoesteroides	29
Inmunosupresores	14
Otros	6
APACHE II DE INGRESO	23± 6

El servicio del cual procedían los pacientes fueron: reumatología (22), medicina interna (11), nefrología (4), cirugía general (2) el resto de los pacientes del servicio de admisión médica continua (8).

De los 42 pacientes con diagnóstico ya conocido a su ingreso, todos recibían por lo menos un medicamento para el padecimiento, 29 eran tratados con esteroides, 32 recibían antiinflamatorios no esteroideos (AINES) y 14 eran tratados con inmunosupresores como: Metotrexate, Azatioprina y Ciclofosfamida; 39 pacientes recibían por lo menos 2 fármacos de los antes mencionados. Los 5 pacientes con diagnóstico de novo recibieron en su hospitalización en la UCI pulsos de metilprednisolona 500mg/día (3 por tres días y 2 por cinco días). Catorce de los 47 pacientes recibieron tratamiento con plasmaféresis.

Las patologías reumatológicas que con mayor frecuencia se detectaron en la unidad de cuidados intensivos fueron artritis reumatoide, lupus eritematoso sistémico y esclerosis sistémica, el resto de las patologías y la frecuencia se enumeran en la tabla 2.

Tabla 2. Patologías Reumatológicas que Ingresaron a la UCI

PATOLOGÍA REUMATOLÓGICA	NUMERO DE PACIENTES (%)
Artritis Reumatoide	23 (48.9%)
Lupus Eritematoso Sistémico	12 (25.5%)
Esclerosis Sistémica y CREST	4 (8.5%)
Síndrome de Sjögren	4 (8.5%)
Granulomatosis de Wegener	3 (6.3%)
Síndrome antifosfolípido primario	1 (2.1%)

Los motivos de ingreso a la UCI en 13 pacientes no se relacionaron a la patología reumatológica, siendo los principales cirugía de urgencia o programada, infección de vías respiratorias o descompensación de patologías comórbidas.

Los procedimientos quirúrgicos realizados fueron: Laparotomía exploradora por abdomen agudo (2 por apendicitis aguda, 1 por enfermedad diverticular complicada y 1 por hemorragia de tubo digestivo secundario a ulcera gástrica). Dos pacientes ingresaron posterior a cirugía de Craneotomía por resección de meningioma y 1 por adenoma hipofisiario. Tres pacientes fueron ingresados por Neumonía adquirida en la comunidad que necesitaron de apoyo ventilatorio mecánico. En los pacientes que ingresaron con descontrol de la glucosa, se documento 1 caso de cetoacidosis diabética y 2 casos de Estado hiperosmolar no cetótico.

Tabla 3. Motivos de ingreso a la UCI no asociados a enfermedad Reumatológica

MOTIVOS DE INGRESO A LA UCI	NUMERO DE PACIENTES (13)
Cirugía por abdomen agudo	4 pacientes
Cirugía por tumor cerebral	2 paciente
Cirugía de Columna	1 paciente
Neumonía de la Comunidad	3 pacientes
Descontrol de la Diabetes Mellitus	3 pacientes

De los 34 pacientes que ingresaron a la UCI por patologías Reumatológica complicada, 26 ingresaron con ventilación mecánica y de los 8 restantes, 7 requirieron de ventilación mecánica durante la estancia en la unidad. Los principales órganos y sistemas afectados durante su ingreso fueron: respiratorio en 27, sistema renal en 12, sistema nervioso central en 3, dermatológico en 3, cardiovascular en 2 y gastrointestinal en 1. Al momento de su ingreso o durante la hospitalización en la unidad 11 pacientes presentaron afección a más de un órgano o sistema, y la relación más frecuentemente encontrada fue riñón-pulmón y el sistema hematológico.

A la revisión del expediente y en los pacientes que se ingresaron durante la captura de la información sólo en 18 pacientes se documentó el valor de la escala de APACHE II al momento del ingreso con valor promedio de 23 ± 6 .

Se encontró entre los pacientes con patología reumatológica existió alta frecuencia de infecciones a diversos sitios; el 76.5% (36 pacientes) de ellos presentó al menos un sitio de infección a su ingreso o durante los días de estancia en la UCI. En 9 de ellos la presentaban desde su ingreso al hospital, localizadas en siguientes sitios: sepsis pulmonar en 3 por neumonía comunitaria grave, abdomen con sepsis abdominal 3 (2 apendicitis y 1 enfermedad diverticular complicada) 1 a tejidos blandos por celulitis de miembro pélvico derecho y dos con infección del tracto urinario. En 27 pacientes quienes presentaron el proceso infeccioso durante su ingreso a la UCI, se documentaron los siguientes sitios:

Tabla 4 . Sitios de infección adquiridos en UCI

SITIO DE INFECCIÓN	NUMERO DE PACIENTES (%)
Neumonía nosocomial tardía	14 (51.8) pacientes
Neumonía nosocomial temprana	5 (18.5%)pacientes
Infección del tracto urinario	4 (14.8%)pacientes
Infección asociada a catéter	3 (11.1%)pacientes
Infección de herida quirúrgica	1 (3.7%)paciente

A todos los pacientes que presentaron datos de respuesta inflamatoria sistémica se les realizó cultivos. Solo en 58.3% (20 pacientes) se reportó agente infeccioso en resultados de los cultivos, predominantemente en aspirado bronquial en 9, cultivo de orina en 6, hemocultivos en 4 y cultivo de punta de catéter en 1.

Los microorganismos mas frecuentemente encontrados fueron tabla 5:

Tabla 5. Agentes infecciosos y sitios de aislamiento

AGENTE INFECCIOSO	SITIO DE AISLAMIENTO
<i>Sthaphylococcus aureus</i>	3 Aspirado bronquial
	1 hemocultivos
	1 Cultivo de orina
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	2 Aspirado bronquial
	2 Cultivo de orina
	1 Hemocultivo
	1 Punta de catéter
<i>Escherichia coli</i>	1 Aspirado Bronquial
	2 Cultivos de orina
	1. Hemocultivo
<i>Candida albicans</i>	2 Aspirado bronquial
	1 Hemocultivo
	1 Cultivo de orina
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	1 Aspirado bronquial

Las muestras previamente mencionadas se realizaron con técnica de asepsia, sin embargo las muestras de aspirado bronquial se realizaron por lavado broncoalveolar sin empleo de dispositivo especial para evitar contaminación. Solo 2 de estas muestras fueron obtenidas por procedimiento de broncoscopia. En ninguno de los resultados se reporta numero de unidad formadora de colonias; a todos los resultados se les realizo antibiograma.

De los 47 pacientes que ingresaron con patología reumatológica, murieron 37 (78.7%), solo en 2 de ellos se autorizo el estudio de necropsia. Las causas que se registraron como diagnósticos de defunción, fueron choque séptico en 31 pacientes y hemorragia pulmonar en 6 pacientes. De los 37 pacientes fallecidos, en 33 se documento infección activa; 29 pacientes presentaron disfunción

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

orgánica múltiple y 28 falla renal aguda. El resto de los 10 pacientes fueron dados de alta por mejoría.

DISCUSIÓN

En los resultados descritos, se observa como las patologías reumatológicas que requieren ingreso a la UCI son de baja frecuencia con una incidencia del 3.6%, lo cual es muy similar a la comentada por la mayoría de los reportes internacionales la cual se encuentra entre el 5 y 10%. A pesar de ello es interesante señalar que comparando lo que describe Kollef con 36 pacientes en 28 meses, Godeau reportó 181 pacientes en 12 años y Nguyen-Oghalai 52 pacientes en 5 años, en nuestro estudio se incluyeron 47 pacientes en un periodo de 16 meses, siendo proporcionalmente mayor a la frecuencia descrita.

Este tipo de enfermedades continúan siendo patologías de presentación en la edad reproductiva, encontrando que el promedio de edad de los pacientes fue 28 años, y con una afección predominantemente por mujeres con una relación 4.8:1. En el 89.3% de los casos el diagnóstico ya estaba establecido desde su ingreso y el 100% de los que presentaban ingresaron con la enfermedad previamente diagnosticada se encontraban recibiendo por lo menos un fármaco para el control de su patología.

Los motivos de ingreso en el 72.3 % de los casos fue asociada a la patología reumatológica, y las enfermedades principales fueron artritis reumatoide, LES y esclerosis sistémica como las tres mas frecuentes encontradas y reportadas por la literatura internacional. La procedencia de los pacientes en 39 de ellos estaban hospitalizados y 8 provenían de admisión continua.

La afección a órganos y sistemas que con mas frecuencia se detectó en pacientes con patología reumatológica esta acorde con lo reportado por la literatura, el sistema respiratorio sigue siendo el sitio mas afectado y que más

apoyo llega a requerir, siendo la necesidad de ventilación mecánica la terapia de soporte que se ofreció a 34 pacientes (74.3%). De los 47 pacientes descritos, solo a 18 se les reporto la valoración de la escala pronostica a su ingreso de APACHE II, con una promedio en la puntuación de 23, una mortalidad asociada en pacientes no quirúrgicos del 40%. De esta manera se corrobora lo reportado por los estudios previos donde la mortalidad asociada a este tipo de padecimientos que requieren ingreso a la UCI es elevada y continua siendo un foco de alarma al momento de ingresar un paciente de estas características a la UCI, en este trabajo fue del 78.7%.

Uno de los grandes problemas para los pacientes con patología reumatológica, es la asociación con infecciones graves, en la que influyen varios factores, entre los mas importantes son el sistema inmune comprometido y el empleo de fármacos con actividad inmunosupresora. La frecuencia de infecciones encontradas para este estudio fue del 76.5% a los cuales se pudo corroborar, estando por arriba del promedio reportado por la literatura donde se comenta que al menos el 50% de estos pacientes presentaran por lo menos un sitio de infección durante el curso de su enfermedad. Aun mas interesante y con trascendencia por este tipo de complicaciones es la mortalidad asociada, reportando que en nuestra serie de casos se reporto como principal causa de muerte el choque séptico, siendo los sitios de infección mas frecuentes el sistema respiratorio y las infecciones del tracto urinario.

Por agentes patógenos encontrados, no hay gran diferencia a los pacientes que ingresan a la UCI por otras causas, predominan patógenos intrahospitalarios como *Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas aeruginosa* y *Escherichia coli* los tres germenés mas frecuentemente aislados. Por otro lado patógenos como *Candida albicans* sigue siendo un hongo que debe ser considerado en pacientes de estas características, siendo encontrado en 4 de los cultivos reportados. Otros microorganismos como atípicos, otros hongos o virus no se reportaron en este estudio.

CONCLUSIONES:

Con los resultados obtenidos se puede verificar como la incidencia es similar a los reportes internacionales; para este estudio fue del 3.6%, con respecto al número de casos descritos en tiempo de estudio similar, se obtuvo un número de pacientes mayores a los que se reportan a 28 meses, a 5 años o 12 años.

Las características demográficas que predominaron son la afección a mujeres en edad reproductiva con un promedio de edad de 28 años. Con mayor importancia en su detección rápida y oportuna por las implicaciones sociales y económicas que representa la muerte de este grupo étnico.

Los sistemas más afectados son el sistema respiratorio con necesidad de ventilación mecánica en más del 50% de los casos. El síndrome riñón/pulmón una entidad poco frecuente que debe ser reconocida en presencia de manifestaciones pulmonares y renales coexistentes. Por otro lado son las dos afecciones que con mayor frecuencia requieren terapia de soporte.

La principal complicación encontrada fueron los procesos infecciosos, siendo el sistema respiratorio y urinario los sitios más afectados. Además la neumonía nosocomial fue la complicación infecciosa intrahospitalaria más frecuente. Los agentes infecciosos no fueron diferentes en comparación a los reportados para pacientes sin patologías reumatológicas sin embargo *Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas aeruginosa* y *Candida albicans* deben ser considerados en el momento de elegir terapia antimicrobiana empírica.

A pesar de los avances y terapias de soporte que pueden ser ofrecidos en estos pacientes la mortalidad sigue siendo elevada para este estudio fue del 78.7%.

Nuestro estudio, puede ser el antecedente de futuros trabajos prospectivos donde se pueda diseñar algoritmos de abordaje diagnóstico y terapéuticos, con la finalidad de sustentar tratamientos agresivos que mejoren el pronóstico de estos pacientes.

Bibliografía Empleada:

1. **Godeau B, Mortier E, Roy PM, et al.** Short and longterm outcomes from patients whit systemic rheumatoid admitted to intensive care units: a prognostic study of 181 patients. J Rheumatol 1997;35:389-91
2. **Kollef MH, Enzenauer RJ.** Predicting outcome from intensive care for patients whit rheumatologic diseases. J Rheumatol 1992;19:1260-62
3. **Namieta M, Janssen, Dilip R, Karnad , et al.** Rheumatologic diseases in the intensive care aunit: epidemiology, clinical approach, management, and outcome. Critical Care Clinics 2002;18:729-748
4. **Nguyen-Oghalai TU, Guntupalli KK, Marcus DM, et al.** Outcome of patients whit rheumatic disease in the intensive care units. Arthritis and Rheum 2000;43:429-432.
5. **Jaya M. Raj, Sheila S, Kelly S, at al.** Arthritis in the Intensive Care Unit. Critical Care Clinics 2002;18:767-779
6. **Rishi Raj, Murin S, Richard A, Matthay, et al.** Systemic Lupus Erythematosus in the Intensive Care Unit. Critical Care Clinics 2002;18:781-804.
7. **Rodriguez W, Hanania N, Guy E and Guntupalli J.** Pulmonary-Renal Syndromes in the Intensive Care Unit. Critical Care Clinics 2002;18:881-896.
8. **Stephen B. Greenberg.** Infections in the Immunocompromised Rheumatologic Patients. Critical Care Clinics 2002;18:931-956.
9. **Hall, Schmidt y Wood.** Rheumatology in the ICU. Principles of Critical Care. 1998. Second Edition:1553-1570
10. **Pourrat O, Bureau JM, Hira M, et al.** Outcome of patients whit systemic rheumatic disease admitted to intensive care units: a retrospective study of 39 casos. Rev Med Interne 2000;21:147-51

11. Hinchey JA, Sila CA. Cerebrovascular complications of rheumatic disease. *Rheum Dis Clin North Am* 1997;23:293:316