

11224
11-
24'

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACION

I. S. S. S. T. E.

HOSPITAL REGIONAL LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS

TITULO DEL TRABAJO

MORBI-MORTALIDAD DEL PACIENTE SENIL EN LA U

TRABAJO DE INVESTIGACION QUE PARA OBTENER EL

TITULO EN LA ESPECIALIDAD DE

MEDICINA DEL ENFERMO EN ESTADO CRITICO

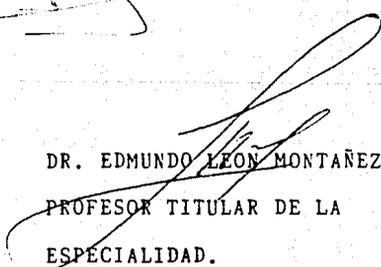
990



PRESENTA EL:

DR. LUIS ALEJANDRO FUENTES ESPERON


DR. JORGE ROBLES ALARCON
COORDINADOR DE CAPACITACION
DESARROLLO E INVESTIGACION.


DR. EDMUNDO LEON MONTAÑEZ
PROFESOR TITULAR DE LA
ESPECIALIDAD.

México, D.F., Noviembre de 1990.

FALLA DE ORIGEN



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 está 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.

Resumen.-

Se efectuó el presente estudio para determinar la morbi-mortalidad de el paciente senil, que ingresa a la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional, Lic. Adolfo López Mateos ISSSTE. Se incluyó a 72 pacientes mayores de 65 años de edad, independientemente de su diagnóstico de ingreso. La edad promedio fué de 78.9 ± 13.2 años; 42 fueron femeninos y los 30 restantes masculinos. Se tomó como referencia de gravedad y pronóstico la valoración de APACHE II. Para el grupo de mortalidad la calificación de ingreso fué $\bar{X} 35.4 \pm 7.1$ puntos, mientras que para el grupo que sobrevivió fué de $\bar{X} 16.5 \pm 3.2$ puntos. El diagnóstico de ingreso, por grupos de enfermedad fué: Enfermedades respiratorias 9.7%, enfermedades cardiovasculares 20.8%, postquirúrgicos de urgencia (abdomen y cráneo) de un 22.2%, síndrome séptico 8.3%, trastornos metabólicos 15.2%, postquirúrgicos electivos 8.3%, politraumatizados 8.3%, postparo cardiorespiratorio de 8.3%.

Las complicaciones por orden de frecuencia fueron: sepsis (vía aérea y cavidad abdominal) SIRPA, falla cardiaca, IRA, sangrado de tubo digestivo y desnutrición.

Las causas de muerte más frecuentes fueron las siguientes: SIRPA 15.2%, Shock séptico 30.4%, enfermedades cardiovasculares 21.7%, enfermedades metabólicas 2.1%, falla renal aguda 2.1%, F.O.M. 26%.

La mortalidad temprana (dentro de la UCI) fué de 44.4%. La mortalidad tardía (dentro de las dos primeras semanas de haberse egresado de la UCI) fué de 63.8%. Con una sobrevivencia de 36.2% al finalizar el estudio.

Al finalizar el presente estudio y en base a los datos obtenidos, proponemos un protocolo de admisión para el paciente senil a la UCI de nuestro hospital.

Key words: Senile, morbidity, mortality, admission.

Summary:

We made the present study, to determine the morbidity and mortality of the senile patient when they enter to the ICU in R.H. Lic. Adolfo López Mateos, ISSSTE.

The average of the age of the patients of, $\bar{X} 78.9 \pm 13.2$ years old, 42 patients were female and 30 male. We take the score APACHE II for assess the severity of prognostic and disease. We found two groups: Group I.- With high mortality, average of $\bar{X} 34.5 \pm 7.1$ points in the score APACHE II, the other group of the low mortality in average of $\bar{X} 16.5 \pm 3.2$ points of the same score.

The diagnose of patients were: Respiratory disease 9.7%, cardiovascular disease 20.8%, surgical emergency patients (head and abdomen) 22.2%, septic syndrome 8.3%, metabolic disease 15.2%, surgical elective patients 8.3%, trauma patients 8.3%, patients postresuscitation C.P. 8.3%. The more frequent complications were sepsis, ARDS, Congestive heart failure, acute renal failure, gastrointestinal bleeding, starvation.

The cause of death were: ARDS 15.2%, septic shock 30.4%, cardiovascular disease 21.7%, metabolic disease 2.1%, renal disease 2.1%, F.O.M. 26%.

The early mortality, inside ICU, were 44.4%, the late mortality include two-week out ICU, were 63.8%, and 36.2% of survival, until finish the study.

According to the results end, we considered and make a protocol to admission to the patients senile to the ICU of we hospital.

Key words: senile, mortality, morbidity, admission.

Introducción.-

La combinación de enfermedades que ponen en peligro la vida, -- recursos finitos, terapéutica, técnicas de monitores invasivo y altos costos, hace la necesidad de tener información adecuada para basar -- grandes decisiones prioritarias. Por tal motivo muchas investigaciones son dirigidas para determinar cuando la U.C.I., puede ser usada -- para máximo beneficio de la población hospitalaria. Estas investigaciones podrían incluir procedimientos para poder determinar cuales -- son los pacientes que se beneficiarían con la U.C.I. y excluir aquellos sin posibilidad de beneficio, por lo que las investigaciones en -- caminadas al desarrollo de predictores exactos de pronóstico, en fun -- ción de las condiciones iniciales, diagnóstico y otras variables pro -- nósticas, deberían ser alentadas. (2,3).

Se han desarrollado múltiples sistemas de evaluación pronóstica -- para determinar el riesgo de muerte en la U.C.I., sin embargo la ma -- yoría de éstos indicadores han sido desarrollados en otros países, -- tal como EUA., que si bien muestran hasta cierto punto un claro pano -- rama de la severidad de las enfermedades y del pronóstico de los pa -- cientes manejados en la U.C.I. En muchas ocasiones, dichos paráme -- tros podrían, no ser aplicables al tipo de pacientes manejados en la -- unidad de cuidados intensivos en nuestro país (principalmente por di -- ferencias en las características físicas y hábitos socioculturales -- de la población). Mucho menos aún cuando hay desconocimiento estadís -- tico, acerca de la población manejada en la UCI así como de los pro -- blemas médicos y/o quirúrgicos que usualmente son tratados en dicha -- unidad.

Por otra parte la mayoría de los índices pronósticos publicados han sido desarrollados en poblaciones de pacientes adultos en general, por lo que al ser aplicados en un grupo específico de la población (Por ejemplo, pediátricos, seniles), quizá no sería adecuado como un índice de evaluación confiable.

En base a lo antes expuesto y ante la información estadística --- acerca de la población manejada en nuestra UCI (Unidad de Cuidados - Intensivos del Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos, ISSTE México D.F.), nos hemos interesado en efectuar el siguiente estudio para así contar con indicadores confiables y aplicables a nuestros pacientes.

Material y Método.-

El presente estudio fué realizado en la Unidad de Cuidados Inten-
sivos del hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos del ISSTE en la
Ciudad de México D.F., durante un período de tiempo que abarcó del -
mes de diciembre de 1989 a junio de 1990.

Se incluyó a todos los pacientes mayores de 65 años de edad que -
ingresaron a la Unidad de Cuidados Intensivos, independientemente de
su sexo, edad, diagnóstico de ingreso y condiciones generales, así -
como la presencia o no de padecimientos crónicos o intercurrentes. -
Se excluyeron todos aquellos pacientes que durante su seguimiento --
fueron trasladados a otra unidad hospitalaria.

Una vez ingresado el paciente se efectuó valoración clínica y de-
laboratorio, para calificarlo y clasificarlo, según la escala de va-
loración de APACHE II (3,4,5,6,7,14). Durante su estancia en la uni-
dad (UCI), se efectuó valoración diaria de APACHE II para evaluar su
evaluación. Además se practicó exploración clínica y recolección de-
datos referentes a signos vitales, resultados de laboratorio y otros
asentados en la hoja de seguimiento diario tanto del personal de en-
fermería, como médico.

Se evaluaron las siguientes variables:

- I.- Diagnóstico o motivo de ingreso.
- 2.- Diagnóstico o motivo de egreso
- 3.- Calificación de APACHE II a su ingreso y a su egreso
- 4.- Complicaciones
- 5.- Dias de estancia en la Unidad
- 6.- Causas de mortalidad.

Para la recolección de datos se uso el siguiente material:

- 1.- Expediente clínico
- 2.- Exploración diaria del paciente
- 3.- Hoja diaria de enfermería y del médico
- 4.- Cédula de recolección de datos.

Se efectuó el análisis estadístico de los resultados, mediante la utilización de medidas de tendencia central y de dispersión, así como tablas y gráficas para la representación de los mismos.

Además Chi cuadrada para efectuar la comparación estadística y obtener la diferencia en relación a la mortalidad y la calificación de APACHE II de ingreso y egreso.

Resultados.-

De los 72 pacientes incluidos en el presente estudio, 42 (58.3%) fueron femeninos y 30 (41.7%) masculinos, en relación al No. de defunciones con respecto al sexo: 24 (52.1%) fueron masculinos y 22 (47.9%) femeninos, sumando un total de 46 defunciones (100%), de éstas, 32 (69.5%) ocurrieron durante su estancia en la UCI y 14 (30.5%) ocurrieron durante su estancia en los diferentes servicios, en un período comprendido dentro de las dos primeras semanas, después de haber sido egresados de la UCI.

De los pacientes que sobrevivieron (26 pacientes); 20 (76.9%) eran del sexo femenino y 6 (23.1) masculinos, siendo estadísticamente significativa la mayor mortalidad en el grupo de pacientes masculinos que en el grupo de pacientes femeninos, con un valor de $P = 0.001$. (gráfica 1y2)

La edad promedio de los pacientes en general fue de 78.9 ± 13.2 años, sin embargo al comparar la edad de los mismos en relación a fallecimiento, no se encontró diferencia estadísticamente significativa, siendo para el grupo de sobrevivientes de 78.8 ± 12.1 años y para los fallecidos de 79 ± 12.1 años. (gráfica 3)

Los diagnósticos de ingreso fueron agrupados en relación del aparato o sistema con mayor afección y que al mismo tiempo motivó el ingreso del paciente a la UCI.

- Enfermedades respiratorias.- principalmente EPOC agudizado por algún proceso infeccioso en la mayoría de los casos, con 7 pacientes (9.7%), del total de ingresos. Todos requirieron apoyo ventilatorio desde su ingreso, para su manejo, falleciendo 6 y solamente uno sobrevivió.

- Enfermedades cardiovasculares.- (IAM, trastornos del ritmo y de la conducción, falla de bomba), 15 pacientes (20.8%) de los -- cuales 7 fallecieron y 8 sobrevivieron .

-Postquirúrgicos de urgencia .- 16 casos (22.2%) incluyendo: la parotomía exploradora por abdomen agudo, pancreatitis necrótico--hemorrágica, oclusión intestinal, trombosis mesentérica y postope--rados de cráneo para drenaje de algún hematoma intracraneano. De éste grupo fallecieron 10 y sobrevivieron unicamente 6 pacientes.

- Sépticos.- 6 pacientes (8.3%) como motivo de ingreso, con sepsis localizada principalmente a cavidad abdominal, torácica, o -- partes blandas , de ellos 5 fallecieron y uno sobrevivio .

- Trastornos metabólicos.- En los que se incluye a pacientes -- con diabetes mellitus descompensada, complicada con estado hiper--osmolar o cetoacidosis y otros con desequilibrio hidroelectrolíti--co y ácido-base. Solo 1 fallecimiento y 10 sobrevivientes de un -- total de 11 casos (15.2%) .

- Postquirúrgicos electivos .- De (abdomen, tórax, cráneo, pél--vis) 6 pacientes (8.3%) 1 fallecido y 5 sobrevivientes.

- Politraumatizados.- 6 pacientes (8.3%) con mortalidad del 50% siendo las principales lesiones localizadas a nivel de cráneo y -- tórax.

- Paro cardio-respiratorio.- 6 pacientes (8.3%) figurando como--causas principales: trastornos del ritmo cardiaco e hipoxia secun--daria a problema pulmonar previo. Todos fallecieron (el tiempo de resucitación en todos los casos fué mayor de 5 minutos).

(gráfica 4).

CALIFICACION DE APACHE II.-

Se efectuó valoración con APACHE II a su ingreso y seguimiento diario hasta su egreso, tanto por mejoría como por defunción.

El puntaje de APACHE II de ingreso en general fué de 25.9 ± 6.1 , sin embargo durante el seguimiento se encontró falta de mejoría para aquellos pacientes que finalmente fallecieron, llegandose a acumular hasta 43 puntos, en algunos casos, siendo para el grupo que falleció una calificación de \bar{X} 35.4 puntos a su ingreso y 37.9 ± 5 puntos para el mismo día, o día previo a su fallecimiento.

Mientras que para los pacientes que sobrevivieron, el APACHE II de ingreso fue \bar{X} 16.5 \pm 3.2 puntos y \bar{X} 10 \pm 2.9 puntos al momento de su egreso.

Sin embargo en aquellos pacientes en quienes se efectuó seguimiento a dos semanas después de su egreso de la UCI y que fallecieron en piso, éstos tuvieron a su ingreso \bar{X} 24.5 \pm 4.2 puntos y egresaron de la UCI con \bar{X} 14.7 \pm 2.9 puntos.

Efectuando la comparación estadística mediante la prueba de la χ^2 , se encontró, que un APACHE II alto, como el que mostró a su ingreso el grupo de pacientes que falleció dentro de la unidad \bar{X} 35.4 \pm 5.1 puntos, en relación al APACHE II de los pacientes que sobrevivieron \bar{X} 16.5 \pm 3.2 puntos, fue estadísticamente significativa con valor de P de 0 0021. (gráfica # 5).

Las complicaciones más frecuentes fueron las siguientes:

Sepsis, Sirpa, falla cardiaca, insuficiencia renal aguda y paro cardiorrespiratorio. Siendo casi siempre las mismas causas de muerte inmediata o posteriormente.

Causas de muerte.-

Estas fueron agrupadas dependiendo del aparato o sistema más --- afectado y cuya falla fué el principal factor que desencadenó la -- muerte.

* Sirpa.- 7 casos (15.2% de el total de muertes) 2 de éstos se desa- rollaron fuera de la UCI, pero dentro de las dos semanas de segui- miento.

* Sepsis.- En fases avanzadas de shock séptico, 14 casos (30.4%) - siendo principalmente la localización de foco séptico primario a ni- vel de cavidad abdominal y de vía aérea inferior, 2 casos con foco- primario a nivel de partes blandas.

* Problemas cardiovasculares.- Tales como trastornos del ritmo y/o- de la conducción cardiaca y falla de bomba principalmente secunda- ria a IAM, falleciendo dentro de la UCI, 7 pacientes y 3 fuera de - la unidad con un total de 10 casos (21.7%).

* Problemas metabólicos.- Sólo 1 caso, de un paciente con cetoacidó- sis diabética y desequilibrio hidroelectrolítico severo (2.1%).

* Falla multiorgánica (FOM).- Siendo ésta una de las causas más im- portantes de defunción, 12 casos (26%) siendo principalmente la sep- sis y el sirpa los problemas iniciales, que perpetuados desencadena- ron la falla de otros órganos y sistemas.

* Falla renal aguda.- 1 caso (2.1%), como causa primaria que se re- lacionó directamente con la muerte del paciente. (gráfica # 6).

En relación al número de días de estancia en la UCI en general - fué de \bar{X} 7.8 días con un mínimo de 1 día y máximo de 26 días.

Sin embargo para los pacientes que fallecieron dentro de la UCI, el tiempo de estancia, fué de \bar{X} 4.8 días y para los que fallecie- ron fuera de la UCI fué de \bar{X} 7.2 días.

Sumando ambos grupos de muertes, el promedio de estancia fué de 6.5 días. Mientras que para los sobrevivientes fué de \bar{X} 7.1 días. Encontrando unicamente diferencia significativa con valor de P de 0.0047, comparando el tiempo de estancia de los pacientes que sobrevivieron con el grupo de fallecidos dentro de la UCI (gráfica # 7).

* Mortalidad.- Durante el período de tiempo en que se efectuó el presente estudio (7 meses), ingresaron a la Unidad un total de 160-pacientes adultos (100% de ingresos), de los que 88 (55%) fueron menores de 65 años y el resto 72 (45%), fueron pacientes mayores de 65 años (seniles).

Al finalizar el presente estudio, se encontró un porcentaje de 63.8% (46 pacientes), sin embargo inicialmente, la mortalidad por pacientes fallecidos dentro de la UCI fué de 44.4%(32 casos), más 14 casos de defunción durante el seguimiento a dos semanas después de haber sido egresados de la UCI (19.4%).

La sobrevivida al final del estudio resultó ser de 36.2% (gráfica # 8).

Discusión.-

Desde finales de los años 70' y durante los 80' han aparecido -- diferentes sistemas de evaluación del estado fisiológico y de enfermedad crónica, así como de el pronóstico y severidad de las enfermedades para los pacientes que son manejados en las unidades de cuidados intensivos, algunos de ellos son APACHE I,II,III, APS, TISS, -- CHE, SS, (2,3,4,5,6,7,8,9,14,16), sin embargo uno de los más aceptados hasta ahora y que se aplica en la mayoría de las Unidades de -- Cuidados Intensivos, es el APACHE II (Acute Physiologic and Chronic Health Evaluation).

Nosotros hemos realizado el presente estudio con el fin de contar con información adecuada y aplicable al manejo de los pacientes seniles ingresados a nuestra UCI.

Encontrando que la edad es un factor de primordial importancia -- como determinante de mortalidad, ya que en la población adulta menor de 65 años de edad la mortalidad en general fué de 21.2%, mientras que para la población senil la mortalidad dentro de la unidad -- fué de 44.4%, ascendiendo a 63.7% dentro de las 2 primeras semanas -- después de ser egresados de la UCI. La edad promedio de la población -- senil que falleció en el presente estudio fué de \bar{x} 79 \pm 12.1 -- años. Siendo ésto debido principalmente a la importante disminución de la reserva fisiológica y a las enfermedades intercurrentes con -- que cursan éstos pacientes, a diferencia del paciente adulto no senil. (4, 8, 10, 15)-

Por otra parte la población masculina es la más afectada en relación a mortalidad demostrado con diferencia estadísticamente significativa con un valor de $P = 0.0013$.

En relación al diagnóstico de ingreso, los pacientes postquirúrgicos de urgencia (abdomen agudo, trauma de cráneo o cirugía de tórax), son los que ocupan el primer lugar como motivo de ingreso, -- siendo la principal indicación el postoperatorio de alto riesgo, la alta posibilidad de inestabilidad hemodinámica, manejo ventilatorio, Sepsis y sírpa. (22.2% de los ingresos).

Las enfermedades cardiovasculares tales como: IAM, trastornos -- del ritmo cardiaco y de la conducción y la falla de bomba así como la hipertensión arterial descontrolada ocuparon el segundo lugar co mo motivos de ingreso (20.8%).

Los problemas metabólicos secundarios a descompensación en pa--- cientes diabéticos, cursando con estado hiperosmolar y cetoacidosis y otros, debidos a deshidratación severa con desequilibrio hidro--- electrolítico y acido-base, ocuparon el tercer lugar (15.2%).

Los pacientes con diagnóstico de sepsis, politraumatizados, problemas respiratorios, postoperatorios electivos y postparo cardio-- respiratorio tuvieron un porcentaje similar como motivo de ingreso-- (8.3%).

La mayor mortalidad fué encontrada en el grupo de pacientes con diagnóstico de ingreso de postparo cardiorespiratorio, falleciendo el 100% de los casos (en todos ellos el tiempo de reanimación había sido mayor de 5 minutos). (10,11).

En el grupo de pacientes sépticos la mortalidad fué de 90%. Un - 60% para el grupo de postoperatorio de urgencia, para los politrau- matizados la mortalidad fue del 50% de los casos.

El grupo con el segundo lugar de mortalidad fué el de problemas- respiratorios con un 93%. Los grupos restantes tuvieron porcentajes de mortalidad menores.

Las principales causas de defunción relacionadas con puntuación de APACHE II mayor de 30 puntos, fueron: Sepsis, Sirpa, FOM, problemas cardiovasculares e IRA.

El tiempo de estancia aunado a la calificación de APACHE II, según Rene y Chang (14), en su seguimiento consecutivo a 4 días, encontrando que una puntuación persistente por arriba de 28 puntos, se acompañaba de una mortalidad mayor de 90%. Haciendo énfasis en 3 zonas de mayor riesgo, localizadas entre 28 y 35 puntos de APACHE II y relacionados al tiempo de seguimiento, siendo mayor la mortalidad, mientras más tiempo permaneciera elevada la puntuación de APACHE II tomando como tiempo de base 4 días.

La mortalidad encontrada inicialmente correspondiente a los pacientes que fallecieron dentro de la UCI fué de 44.4% y 55.6% de sobrevida. Tomando en cuenta reportes previos de Knaus de acuerdo a calificación de APACHE a su ingreso, serían las esperadas (5,6), y que puedan ser aceptadas como cifras favorables tomando en cuenta las características de nuestra población y las características de nuestro hospital. Sin embargo, cuando se efectuó un seguimiento a dos semanas de los pacientes que habían sido egresados de la UCI a los diferentes servicios del hospital, la mortalidad aumentó a 63.7% siendo ésta, la mortalidad final para los pacientes manejados en nuestra UCI, dentro del grupo de pacientes seniles.

Conclusión.-

Al finalizar el presente estudio, concluimos que:

- Un porcentaje importante de la población de pacientes que se manejan en nuestra Unidad de Cuidados intensivos, pertenece al grupo de edad senil (mayores de 65 años) 45% del total de ingresos.
- los principales padecimientos que motivan el ingreso a la UCI de nuestro hospital son:
 - a).- Postquirúrgicos de urgencia (abdomen agudo y trauma de cráneo).
 - b).- Enf. Cardiovasculares.- IAM, trastornos del ritmo y de la conducción cardiaca.
 - c).- Trastornos metabólicos.- Diabétes Mellitus descompensada, estado hiperosmolar, cetoacidosis, desequilibrio hidroelectrolítico y acido-base.
 - d).- Sepsis.- Fases iniciales de Shock séptico, con foco primario a nivel de cavidad abdominal, vía aérea inferior y en partes o tejidos blandos.
 - e).- Politraumatizados y pacientes postparo cardiorespiratorio.
- Las principales causas de muerte fueron las siguientes:
 - a) Sepsis
 - b) Falla orgánica múltiple
 - c) Sirpa
 - d) Falla cardiaca y trastornos del ritmo
 - e) trastornos metabólicos.
- Elevadas cifras de mortalidad, ya esperadas de acuerdo a la calificación de APACHE II de ingreso.

Obteniendo cifras de mortalidad de 44.4% para los pacientes que fallecieron dentro de la Unidad, con elevación a 63.7% después de seguimiento a dos semanas, una vez egresados de la UCI, obteniéndose una sobrevida finalmente de 36.2%.

- Tomando en cuenta factores tales como; la edad avanzada, APACHE II de ingreso mayor de 28 puntos y más estrictamente mayor de 33-puntos como calificación al ingreso (nivel 2 según Rene y Chang 14 sin mejoría en los siguientes 4 días, con mortalidad mayor del -- 90%). Y enfermedades intercurrentes o falla orgánica aguda, relacionados estrechamente con altas cifras de mortalidad, proponemos el siguiente protocolo de admisión para los pacientes seniles a la Unidad de Cuidados Intensivos de nuestro hospital.

- Criterios para ingreso:

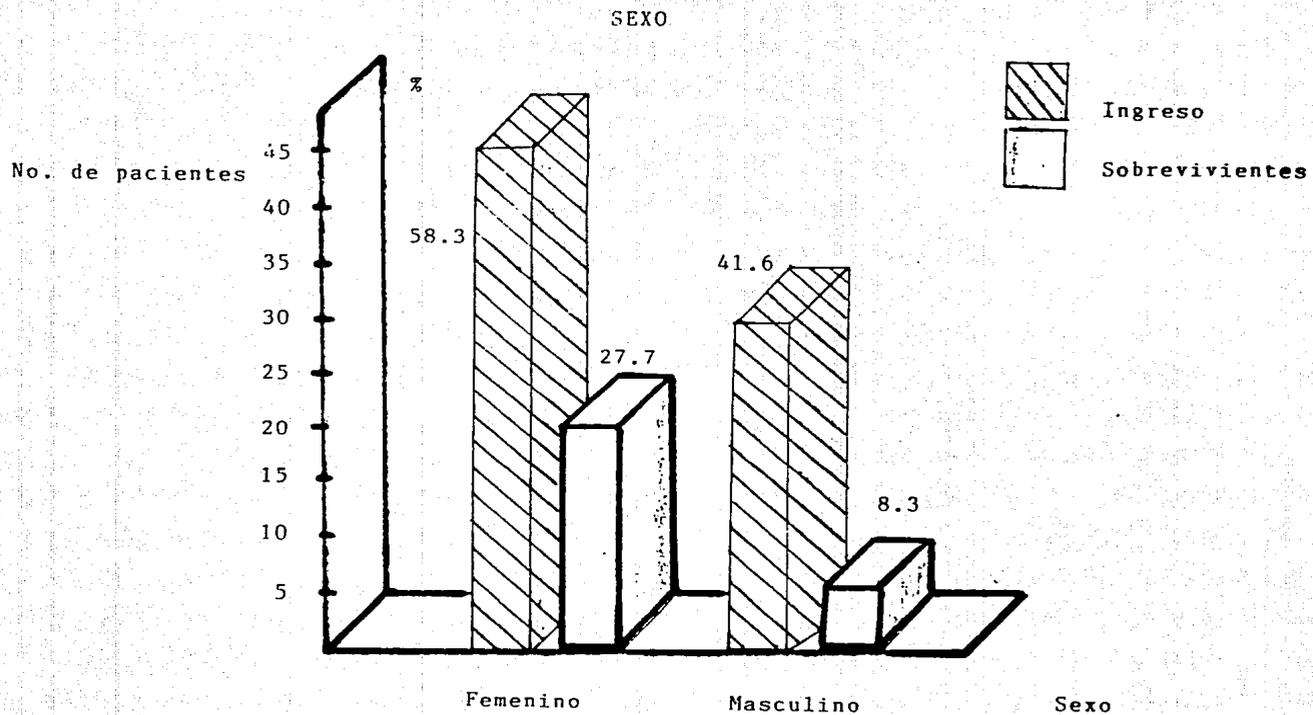
- a) No hay límite de edad
- b) Integración familiar y funcionalidad adecuada
- c) APACHE II de ingreso menor de 35 puntos
- d) Dos fallas de órganos o sistemas como máximo
- e) Evolución del padecimiento, motivo de ingreso menor de 7 días.
- f) Glasgow mayor de 7 puntos..

Más de dos criterios es motivo de rechazo.

- Criterios para ser egresados de la UCI.

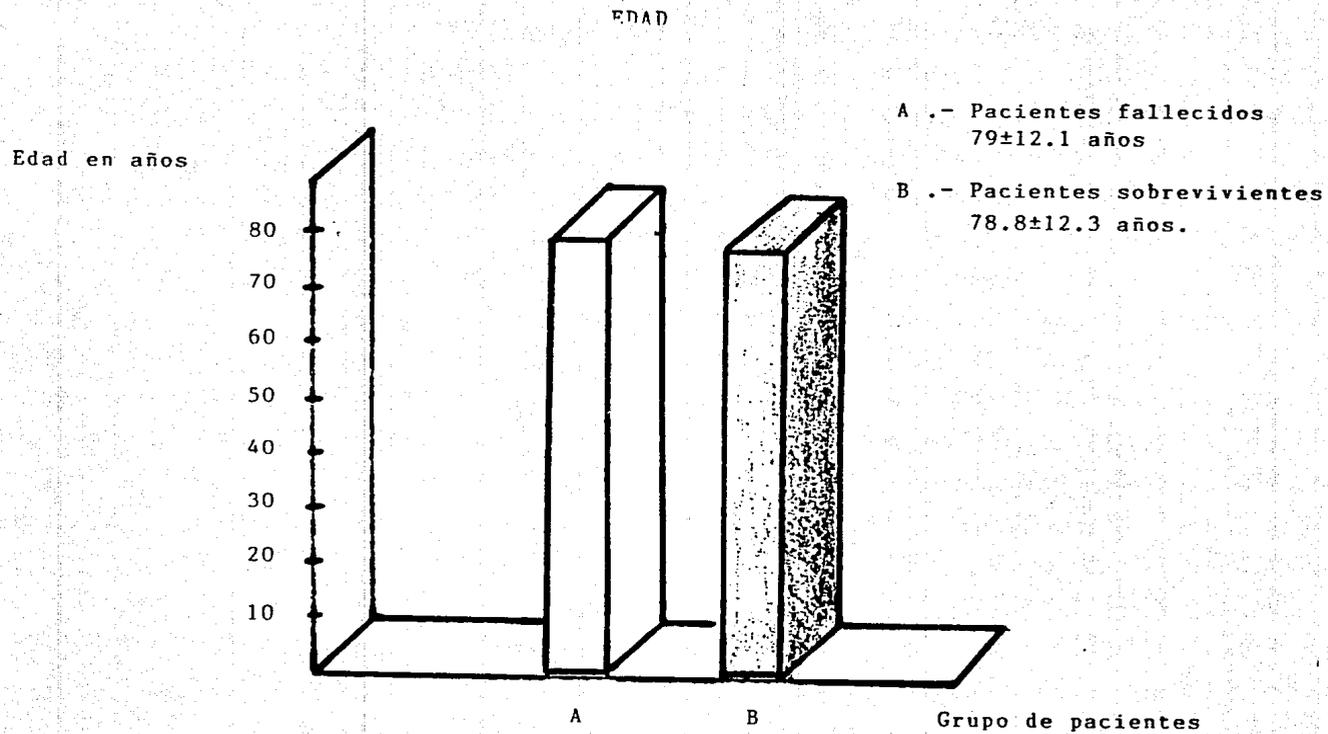
- a) Más de 3 fallas orgánicas durante más de 3 días consecutivos
- b) Seguimiento de APACHE II sin mejoría y sea éste mayor de 28 -- puntos en 4 días consecutivos (con funciones fisiológicas sin-apoyo).
- c) Estancia en la UCI mayor de 7 días, sin mejoría de la falla o enfermedad que motivó el ingreso.

- No se aceptan a pacientes mayores de 65 años postparo cardiorespiatorio, cuya reanimación haya durado más de 5 minutos.



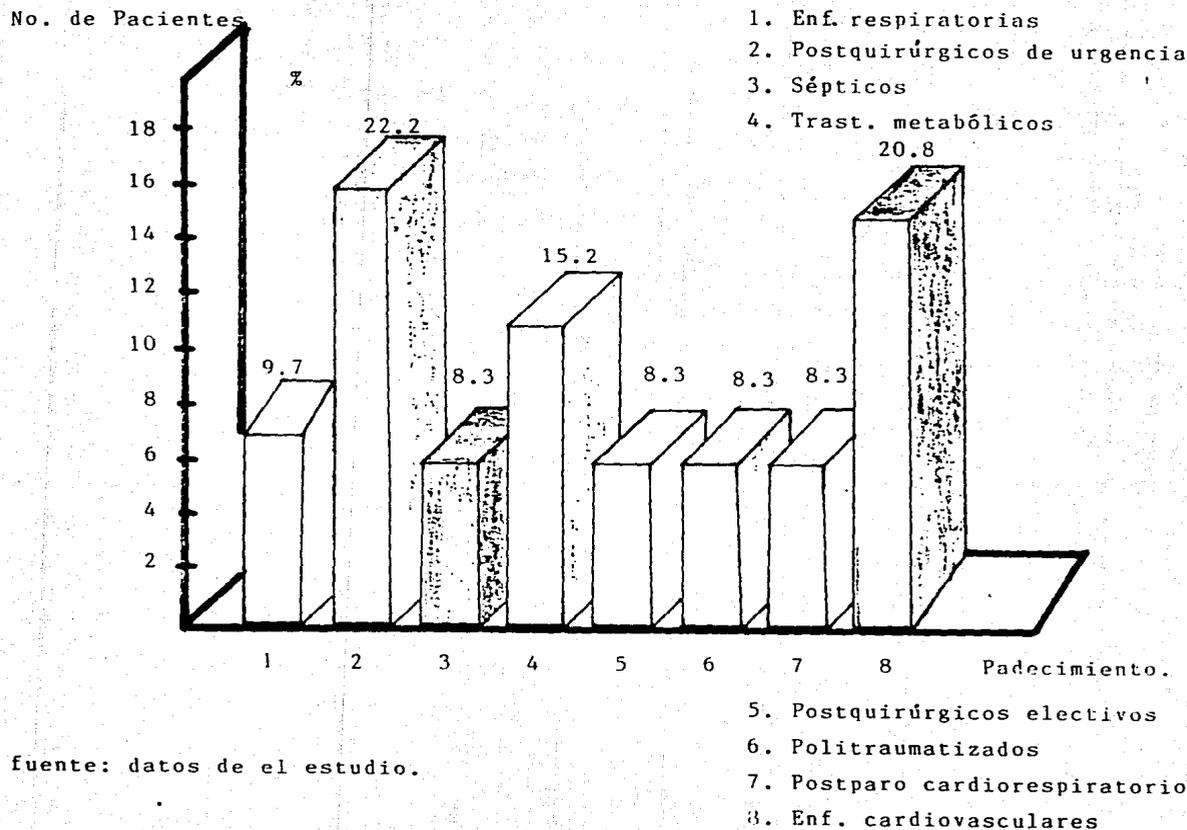
fuelle: archivo clínicu del hospital.

GRAFICA 1 - 2 .



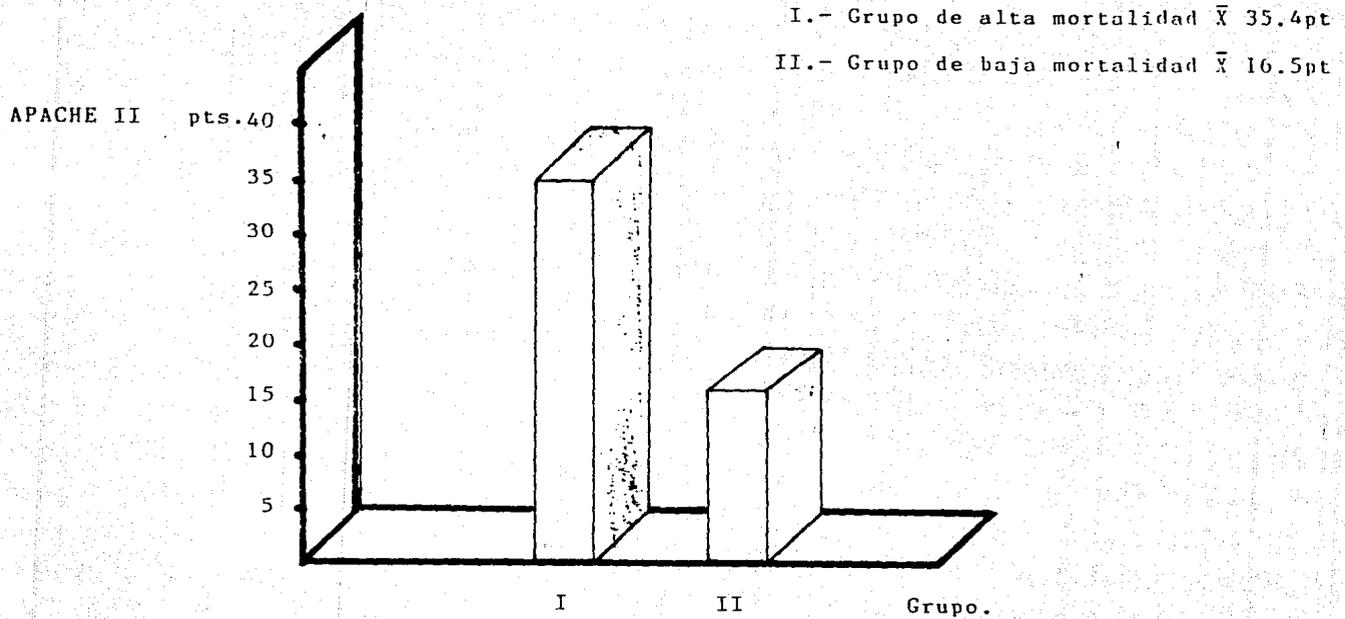
fuentes: datos obtenidos en el estudio.

DIAGNOSTICO DE INGRESO.



GRAFICA 4.-

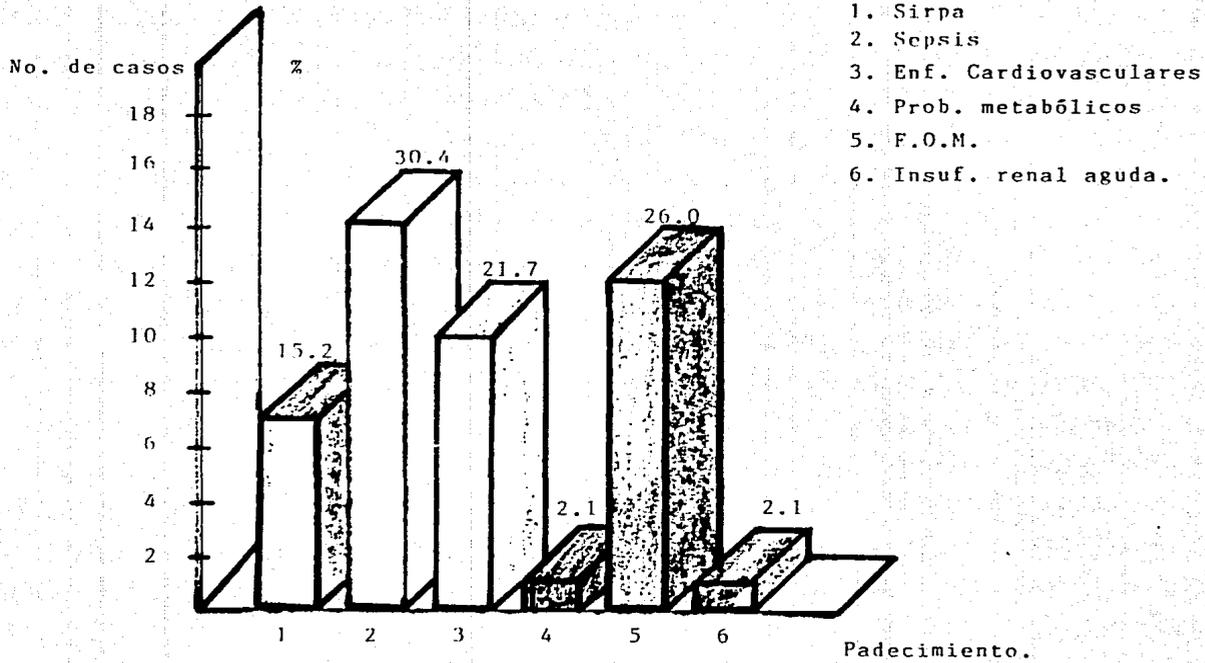
CALIFICACION DE APACHE II



GRAFICA 5.-

fuete.- Datos del estudio.

CAUSAS DE MUERTE

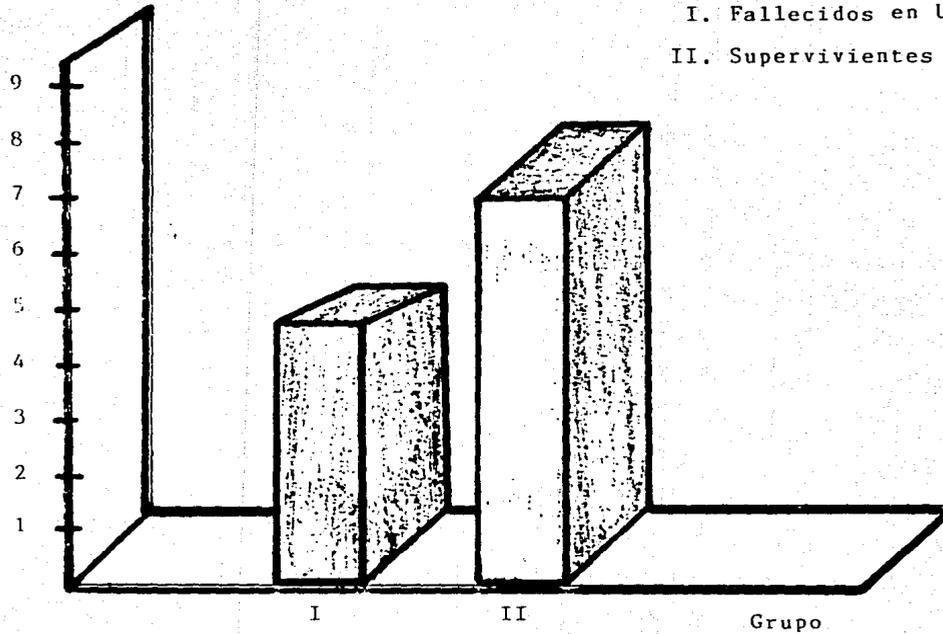


GRAFICA 6.-

fuentes.- Datos de el estudio.

DIAS DE ESTANCIA EN LA UCI

\bar{X} dias



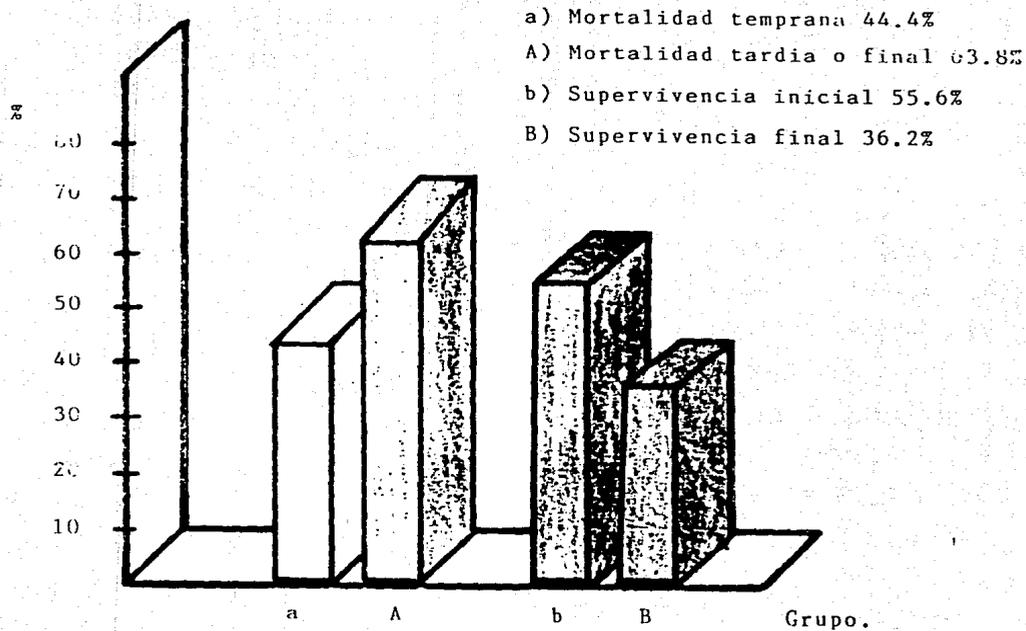
I. Fallecidos en UCI \bar{X} 4.8 dias

II. Supervivientes \bar{X} 7.1 dias

fuentes.- Datos de el estudio.

GRAFICA 7.-

MORTALIDAD



fuentes: Datos de el estudio.

GRAFICA 8.-

CON TODO MI AMOR Y ADMIRACION PARA MI ESPOSA

Y

NUESTRO PEQUEÑO HIJO

BIBLIOGRAFIA.-

- 1.- Bion J.F. Aitchison T.C. Sickness scoring and Response to Treatment as predictors of Outcome From Critical illness. Intensive Care Medicine . 1988 Vol 14 - p. 167-172
- 2.- Civeta M.J. Critical Care . Setting Objectives Respectives for Care -- 1987 . p 5-11
- 3.- Civeta M.J. Prediction and Definition of outcome in a cost-Sensitive-Critical Care 1987 p 1677-1697
- 4.- Ford A.B;Folmar S.J. Health and function in the Old and very Old. -- JAGS. March. 1988 vol.36 No. 3 p.187-197
- 5.- Knaus W.A. Wagner D. Development of APACHE. Critical Care Medicine - December 1989 vol. 17 No. 12 p S181- 185
- 6.- Knaus W.A. Droper E.A. APACHE II A severity of Disease clasification-system . Critical Care Medicine 1985 Vol. 13 No. 10 p.818-829
- 7.- Knaus W.A. Droper E.A. Prognosis in Acute Organ-System Failure, Ann Surg. 1985 Vol. 202 No. 6 p 685 -693
- 8.- Lakatta E.G. Why Cardiovascular Function may decline with Age. Geria-- trics, June 1987 Vol. 42 No. 6 p. 84-94
- 9.- Loirat P.H. Lechevallier D. Factors Related to Outcome in Intesive Ca-- re: French Multicenter Study. Critical Care Medicine April 1989 Vol 17 No.4 p. 305-308
- 10.- Murphy D.J. Murray A.M. Outcomes of Cardiopulmonary Resucitation in - the Elderly . Annals of Internal Medicine, August 1989 Vol. 111, No.12 p. 199- 205
- 11.- Murphy D.J. Murray A.M. Resucitation in the Elderly: A Blessing or-- a Curse? Annals of Internal Medicine August 1989 Vol. 111 No. 3 p.193- 195
- 12.- Norain P. MD Rubentein L.Z. Predictors of Inmediate and 6- Month Out-- comes in hospitalised Elderly Patients. The Importance of Functional- Status JAGS Sept. 1988 Vol. 36 No.9 p. 775-783
- 13.- Raju L. Khan F. Pneumonia in the Elderly A Review. Geriatrics October 1988 Vol. 43 No10 p 51-62
- 14.- Rene W.S. Chang B.S. Predicting deaths Among Intensive Care Unit -- Patients. Critical care Medicine 1988 Vol. 16 No. 1 p 34-42

- 15.- Starczewski A.R. Allen S.C. Clinical Prognostic indices of Fatality - in Elderly Patient Admitted to Hospital with Acute Pneumonia. Age and - Ageing 1988 Vol.17 No. 3 p. 181-186
- 16.- Wagner D. Draper E.A. Knaus W.A. Development APACHE III . Critical - Care Medicine , December 1989 Vol. 17 No. 12 p. S199- 203
- 17.- Wagner D. Draper E.A. Analysis: Quality of Care. Critical Care Medicine, December 1989 Vol. 17 No. 12 p. s210-212