

TRABAJOS ORIGINALES

Universidad de las Ciencias Médicas, Sectorial provincial de salud, Departamento de Urgencia y Trasplante.
Calle 13 de Junio e/ 5 y 6 Sur, No, 1454.
Guantánamo. Cuba.



Comportamiento de los indicadores de funcionamiento de las áreas intensivas municipales. Provincia Guantánamo. Año 2011

Behavior of the indicators of operation of the intensive municipal areas. Guantanamo province. Year 2011

MSc. Dr. Enrique Cantillo Ferreiro¹, MSc. Dra. Kattia Ochoa Nápoles², MSc. Dra. Dagmara Noa Pérez³, Dr. Jorge Arner Llorente⁴.

Resumen

Introducción: La puesta en funcionamiento de las Áreas Intensivas Municipales viene a completar un sistema de atención al paciente crítico cuyo perfeccionamiento favorece el logro de una importante reducción en la mortalidad de dichos pacientes. Su ubicación en el nivel primario de atención permite el control del factor tiempo y el manejo correcto de dichos pacientes. **Objetivo:** Evaluar los servicios de urgencias médicas en las áreas intensivas municipales de la atención primaria de salud de la provincia de Guantánamo. **Método:** estudio descriptivo y retrospectivo con un universo conformado por los 1180 pacientes que ingresaron en las salas de terapia intensiva municipales durante este período. Las variables analizadas incluyeron las principales causas de ingreso, de remisiones, el índice de trombolisis; el estado al egreso, total de ingresos, remitidos, las altas y los fallecidos identificando las causas de muerte. **Resultados:** la urgencia y emergencia hipertensiva constituyeron la principal causa de ingreso con el 12,0 % siendo el infarto agudo de miocardio la principal causa de remisión (78,3 %), solo fueron trombolizados el 5,4 %, esta patología junto a la insuficiencia cardiaca fueron las primeras causas de muerte con el 12,5 %, se remitieron el 51,4 % de los pacientes al nivel secundario. **Conclusiones:** La mayoría de los pacientes ingresados fueron remitidos al hospital, siendo las Áreas Intensivas Municipales de Imías y San Antonio las de peores resultados en este indicador. El infarto agudo de miocardio y la enfermedad cerebrovascular como las primeras causas de remisiones. Existió un bajo índice de trombolisis.

Palabras claves: áreas intensivas municipales

ABSTRACT

Introduction: The setting in operation of the Intensive Municipal Areas comes to complete a system of attention to the critical patient whose improvement favors the achievement of an important reduction in the mortality of those patients. Their location in the primary level of attention permits the control of the factor time and the correct handling of those patients. **Objective:** Evaluating the services of medical urgencies in the intensive municipal areas of the primary attention of health of the Province of Guantánamo. **Method:** descriptive and retrospective study with an universe conformed by the 1180 patients that were admitted in the wards of intensive municipal therapy during this period. The analyzed variables included the main causes of admission, of remissions, the index of thrombolysis; the state to the discharge, total of admission, remitted, the discharges and the dead patients identifying the causes of death. **Results:** the hypertensive urgency and emergency constituted the main cause of admission with the 12.0% being the acute heart attack the main cause of remission (78,3%), they were thrombosed the 5,4%, this pathology together with the heart inadequacy were the first causes of death with the 12,5%, they were remitted the 51.4% of the patients to the secondary level. **Conclusions:** Most of the admitted patients were remitted to the hospital, being the Intensive Municipal Areas of Imías and San Antonio those of worst results in this indicator. The acute heart attack and the cerebrovascular illness were the first causes of remissions. A low index of thrombolysis existed.

Key words: intensive municipal areas

¹ Especialista de Primer Grado de Medicina Interna. Verticalizado en Cuidados Intensivos. Master en Urgencias Médicas. Profesor Asistente.

² Especialista de Primer Grado de Medicina General Integral. Master en Urgencias Médicas. Profesora Asistente.

³ Especialista de Primer Grado de Medicina General Integral. Máster en Urgencias Médicas. Profesora Instructora.

⁴ Especialista de Primer Grado de Medicina General Integral. Profesor instructor.

Correspondencia: enriquecf@infosol.gtm.sld.cu

Introducción

Las áreas intensivas municipales (AIM) fueron creadas en diciembre del año 2003 a partir de una idea del Comandante en Jefe, como parte de la preparación del país para enfrentar una posible epidemia por el Síndrome Agudo Respiratorio Severo y como necesidad de acercar a la comunidad servicios de urgencia con mayor resolutivead, ya

que existía un número importante de municipios que no contaba con el equipamiento ni el personal calificado para ofrecerlo.¹

En Cuba la puesta en funcionamiento de las AIM viene a completar un sistema de atención al paciente crítico cuyo perfeccionamiento favorece el logro de una importante reducción en la mortalidad de dichos pacientes, por cuanto su ubicación en el nivel primario de atención permite el control del factor tiempo y el manejo correcto, ambos elementos claves, porque los retrasos y los errores diagnósticos o terapéuticos pueden transformar una situación aparentemente banal en otra grave.²

La nueva redimensión de la atención primaria con la incorporación de las terapias intensivas en los policlínicos, han permitido abordar de forma inmediata la atención de los pacientes con afecciones graves que se encuentran próximos a la comunidad y brindarles un cuidado intensivo precoz, con lo cual se mejora de forma ostensible el pronóstico de vida de estos.³

En el mundo no existen experiencias de este tipo, pues sólo en países desarrollados se encuentran definidas unidades de urgencia que funcionan como centros, pero limitadas en la conceptualización de las acciones médicas a realizar, así como en el equipamiento y la capacitación de sus recursos humanos que permiten la atención de urgencia, pero no el desarrollo de acciones de cuidados intensivos propiamente.⁴

Consideradas las AIM como uno de los eslabones de la cadena de supervivencia, los aspectos metodológicos y la capacitación del personal médico y de enfermería, así como la supervisión de su actividad, le correspondió al Sistema Integrado de Urgencia Médica (SIUM) del Ministerio de Salud Pública (MINSAP).^{3,4}

En el segundo semestre del año 2005, después de análisis conjunto del SIUM y la Dirección Nacional de Estadística del MINSAP, se implanta el sistema de información oficial con un flujo desde las AIM a los departamentos de estadística de las direcciones provinciales de salud y de éstos al nivel central, con una periodicidad mensual. Se dispone por tanto de la información que hace posible la realización de este trabajo.⁴

Múltiples estudios realizados en nuestro país han evaluado el funcionamiento de las AIM desde su surgimiento, analizando diferentes variables que incluyen edad, sexo, causas de ingreso, de remisiones, fallecidos, entre otros, obteniendo resultados variables que lógicamente se corresponden con el cuadro de salud de las comunidades en que están enclavadas.^{5,6,7}

En nuestra provincia se comenzaron a implementar las AIM desde el mismo 2004, sin embargo existen muy pocos trabajos que evalúen el funcionamiento de estas unidades. Todos estos elementos nos motivaron a desarrollar esta investigación cuyo propósito es describir el funcionamiento de las AIM durante el año 2011.

Objetivos

General

Conocer el comportamiento de los principales indicadores de funcionamiento de las Áreas Intensivas Municipales en la provincia Guantánamo durante el año 2011.

Específicos

1. Determinar el estado de los pacientes al egreso.
2. Precisar las principales causas de ingresos, causas de remisiones y el índice de trombolisis.
3. Identificar las principales causas de muerte.

Material y método

Se realizó una investigación en sistemas y servicios de salud (ISSS), de tipo descriptivo y retrospectivo con el objetivo de evaluar los servicios de urgencias médicas en las áreas intensivas municipales (AIM) de la atención primaria de salud de la provincia de Guantánamo durante el año 2011, específicamente desde las terapias, la misma se llevo a cabo en temáticas para los servicios de urgencias y emergencias propuestos para policlínicos de nuevo tipo.

El universo estuvo conformado por los 1180 pacientes que ingresaron en las AIM de nuestra provincia en este periodo.

La información se obtuvo directamente de los registros estadísticos emitidos mensualmente desde las AIM hacia la dirección provincial de salud.

Los datos recogidos se procesaron de forma computarizadas para lo cual se creó una base de datos en una computadora Pentium 5, a través del programa Epiinfo 6, utilizando como medidas de resumen las cifras absolutas y los porcentos.

La discusión se estableció mediante la justificación de los objetivos propuestos, discutiendo cada resultado acorde con la literatura o experiencia acumulada sobre el tema y comparándola con autores nacionales o internacionales, lo que nos permitió arribar a conclusiones.

Análisis y discusión de los resultados

Tabla 1. Estado al egreso de los pacientes ingresados en las AIM. Provincia Guantánamo. Enero – Diciembre 2011

Indicadores	No	%
Remisiones	607	51.4
Alta	523	44.3
Fallecidos	41	3.4
Total	1180	100

Fuente: registros estadísticos de las áreas intensivas municipales

En la tabla 1 mostramos el estado al egreso de los pacientes que ingresaron en las AIM de la provincia según se recogen en los informes estadísticos que se envían desde las áreas intensivas municipales hacia el departamento provincial de estadísticas, se observa que se hicieron un total de 1180 ingresos y de ellos el 51,4 % fueron remitidos hacia la atención secundaria, el 44,3 % encontró solución completa a su problema de salud y fue dado de alta y solo el 3,4 falleció, de manera que la mayoría de los pacientes fueron remitidos, esto pudiera estar en relación con la gravedad de la patología por la cual ingresan o por falta de resolutiveidad en las AIM. Algunos autores han reportado índices de remisión muy por debajo; en Sancti Spíritus un estudio realizado sobre morbilidad en AIM⁸ detectó un índice de remisión de 7,2 %, el 5,4 % fallecieron y el 91,4 fue dado de alta, evidentemente estos resultados distan mucho de los alcanzados en nuestra investigación. Otros autores⁴ han encontrado resultados que oscilan entre un 38,8 y el 41 % de remisiones muy por debajo de los nuestros, sin embargo un estudio realizado en Camagüey⁹ reportó valores de 32,8 % de altas, 63,4

% de remisiones y el 3,8 % de fallecidos que están por encima de lo alcanzado en nuestras AIM.

Consideramos que el índice de remisiones de nuestras áreas es elevado lo que denota poca resoluntividad de los servicios de urgencia de la atención primaria en nuestra provincia y por tanto demanda de una estrategia de capacitación y mejor organización de los procesos a esa instancia.

Tabla 2. Total de ingresos y estado al egreso por municipios. Enero- Diciembre 2011

Municipios	Ingresos	Remisiones	Alta	Fallecidos
El Salvador	203	89	109	5
Yateras	103	60	44	2
Manuel Tames	73	31	42	0
Maisí	94	54	27	12
Imías	125	84	33	10
San A. del sur	300	184	97	9
Caimanera	84	1	83	0
Niceto Pérez	198	104	88	3
Total	1180	607	523	41

Fuente: registros estadísticos de las áreas intensivas municipales.

Por municipios el comportamiento de estos indicadores se refleja en la tabla 2 donde mostramos en frecuencias absolutas la cantidad de ingresos, remisiones, altas y fallecidos. Se destacan los municipios de San Antonio, El Salvador y Niceto Pérez como los de mayor número de ingresos, proporcionalmente son los que más dan alta y remiten, estos resultados pudieran estar en relación con el número poblacional de estas regiones. Se destaca de manera negativa la terapia de Manuel Tames con solo 73 ingresos en un año lo cual es insuficiente.

Estos resultados contrastan mucho con los obtenidos por otras terapias municipales del país como las de Trinidad, Fomentos, Cabaiguan con más de 300 ingresos anuales y muy bajo número de remisiones.⁸

Otras terapias, como la de Bahía Honda en Pinar de Río ingresó en un año 234 pacientes resultado que se corresponde con algunas de las nuestras.

Es nuestro parecer que las terapias de la provincia deben ingresar más casos, estos resultados son insuficientes si tenemos en cuenta los recursos desplegados en ellas, tanto desde el punto de vista tecnológico como humano.

Para ser más específicos y permitir mejor análisis de la información mostramos en la tabla 3 el porcentaje de remisiones en cada municipio. Se destaca el municipio Imías como el de mayor índice de remisiones (67,2 %), resultado este muy negativo si tenemos en cuenta los elementos emitidos en la tabla anterior en cuanto a recursos, le siguen en orden consecutivo San Antonio (61,3 %). En el caso de Caimanera los resultados son muy positivos pues solo remiten el 1,2 % de los pocos casos que ingresan en el año.

Tabla 3. Comportamiento de las Remisiones según municipios. Provincia Guantánamo. Enero- Diciembre 2011

Municipios	No. de Remisiones	%
El Salvador	89	43.8
Yateras	60	58.2
Manuel Tames	31	42.4
Maisí	54	57.4
Imías	84	67.2
San Antonio del Sur	184	61.3
Caimanera	1	1,2
Niceto Pérez	104	52.5

Fuente: registros estadísticos de las áreas intensivas municipales

Algunos autores¹⁰ obtuvieron resultados similares con valores de 60,68 % de remisiones también muy negativo y similar a la mayoría de nuestras terapias. La AIM de la Sierpe en Sancti Spíritus tuvo índice de remisiones del 51,7 %⁸ también elevado, otra como las Fomento, Cabaiguan, Yaguajay y Taguasco sus valores son muy bajos similares a los resultados de Caimanera. Un trabajo realizado en la UTI municipal de Cayo Coco en el 2009¹⁰ informó que de 74 nacionales ingresados el 60,8 % necesitó ser remitido al hospital lo cual se corresponde con nuestros indicadores.

Tabla 4. Principales causas de ingreso en las terapias Municipales. Provincia Guantánamo. Enero – Diciembre 2011

Causas de Ingreso	No	%
Urgencia y Emergencia Hipertensiva	142	12.0
Insuficiencia cardíaca	64	5.4
Infección Respiratoria baja	58	4.9
Politrauma	38	3.2
Infarto Agudo del miocardio	37	3.1
Asma Moderada y Grave	36	3.0
Enfermedad Cerebrovascular	35	2.9
Descompensación aguda del Diabético	23	1.9
Arritmias	13	1.1
Paro Cardiorespiratorio	10	0.8
Abdomen agudo	8	0.6

Fuente: registros estadísticos de las áreas intensivas municipales

En la tabla 4 reflejamos las primeras diez causas de ingreso en nuestras unidades; se observa como la urgencia y emergencia hipertensivas constituyó la principal causa de ingreso con el 12.0 % del total de casos, seguido por la insuficiencia cardíaca con el 5,4 % y la infección respiratoria baja con el 4,9 %. En sentido general las crónicas no transmisibles se ubican entre las primeras causas.

Gómez Pérez⁹ en su trabajo encontró también un predominio de las crisis hipertensivas como primera causa de ingreso con el 19,1 %, sin embargo el segundo lugar lo ocupó el politrauma en el 14,2 % y luego la angina inestable en el 9,2 %.

Pereda González, en su tesis de maestría encontró que la crisis hipertensiva era la primera causa de ingreso con el 17,4 % de los casos, lo que también se corresponde con nuestros resultados; luego le seguían las arritmias cardíacas y la angina inestable lo cual no se corresponde con nosotros.

En un estudio realizado en la UTI de Bahía Honda⁶ se identificaron a las enfermedades cerebrovasculares con la mayor proporción entre las diez primeras causas de ingreso con el 14,52%, seguido por la Insuficiencia cardíaca con el 14,2 %, politraumatizado (6,83%), shock (5,98%), agudización grave de asma (4,27 %) y la deshidratación moderada a severa (3,84%), resultados estos que no se corresponden con los nuestros. Otros autores muestran resultados que difieren de los nuestros. Un estudio realizado en la UTI municipal de Cumanayagua¹¹ encontró un predominio de la angina inestable en el 19,03 % seguido por las arritmias cardíacas en el 17,8 % y la enfermedad cerebrovascular con el 8,9 %. En Cienfuegos la angina de pecho fue la primera causa de ingreso (23,2 %), 58 de estos pacientes fueron egresados al domicilio. En segundo lugar se reportaron las arritmias cardíacas (16 %) con 35 pacientes con solución del problema en la unidad, siguiéndole la enfermedad cerebrovascular (ECV), con 45 enfermos (12 %) ⁵, resultados estos que no se asemejan a los nuestros.

Tabla 5. Principales causas de remisiones. Provincia Guantánamo. Enero – Diciembre 2011

Causas de Remisiones	Ingresos	Remiten	%
Urgencia y Emergencia Hipertensiva	142	59	41.5
Infección Respiratoria baja	58	34	58.6
Politrauma	38	29	76,3
Insuficiencia Cardíaca	64	32	50
Infarto Agudo del miocardio	37	29	78.3
Enfermedad Cerebrovascular	35	27	77.1
Asma Moderada y Grave	36	17	47.2
EPOC	50	19	38
Otras causas	465	149	32.0

Fuente: Registros Estadísticos de las Áreas Intensivas Municipales

Al analizar el comportamiento de las remisiones hacia el nivel secundario, se muestra que el Infarto agudo del Miocardio ocupó la primera causa, con un 78.3 % de los pacientes ingresados, seguido de la enfermedad cerebrovascular con un 77.1 % y el politrauma con el 76,3 %. En sentido general existió un elevado índice de remisiones para las diferentes patologías (Tabla 5).

En su tesis de maestría el Dr. Pereda constató un índice de remisiones de las Enfermedades cardiovasculares que oscilaron entre el 39.5 al 40.0 % en los años 2006, 2007 y 2008.

El Dr. Girola en la UTI municipal de Cayo Coco expone que de un total de 74 pacientes ingresados se remitieron el 60.8 %, predominando las urgencias cardiovasculares y el

Politrauma como principales causas de remisiones, lo cual se corresponden con nuestro trabajo.¹⁰

Otros autores obtuvieron un total de 33.3 % de remisiones, donde las enfermedades cardiovasculares (La insuficiencia cardíaca, el infarto agudo del miocardio y la angina inestable) resultaron ser las causas más frecuentes.⁶ Los resultados alcanzados por nuestras AIM distan mucho de estos por lo que constituye un reto para el 2012 revertirlos.

Tabla 6. Comportamiento de los IMA según municipios. Provincia Guantánamo. Enero – Diciembre 2011

Municipio	No. de casos	Trombolisis	Remitidos	Alta	Fallecidos
El Salvador	9	0	8	0	1
Yateras	0	0	0	0	0
Manuel Tames	2	1	1	1	0
Maisí	3	0	2	0	1
Imías	6	0	4	1	1
San A. del sur	14	1	11	1	2
Caimanera	0	0	0	0	0
Niceto Pérez	3	0	3	0	0
Total	37	2	29	3	5

Fuente: registros estadísticos de las áreas intensivas municipales

Se registraron en la provincia un total de 37 infartos agudo de miocardio (Tabla 6), de ellos lógicamente se remitieron la mayoría, con cinco fallecidos. Llama la atención que apenas se hizo trombolisis, esta importante y decisiva medida terapéutica solo se efectuó en dos casos. Por municipio se destaca San Antonio del Sur con 14 casos seguido por El Salvador con nueve pacientes.

En la UTI de Cumanayagua el IMA ocupó la cuarta causa de ingreso con 27 casos para el 6,5 % del total, es decir una terapia municipal ingresó casi el 70 % de los casos que ingresa nuestra provincia en un año, eso significa que las terapias municipales no están jugando el papel que les corresponde y la mayoría de los casos de IMA van directo a la atención secundaria con toda la repercusión negativa que esto entraña.

En su tesis de maestría el Dr. Pereda González identifica a los IMA como la quinta causa de ingreso durante el 2004 y 2005 y la sexta causa en el 2006, siendo además la que mayor mortalidad produce dentro de las llamadas enfermedades cardiovasculares seleccionadas, de ahí la importancia del manejo correcto y oportuno en las AIM.

En Cienfuegos¹² de seis pacientes con IMA solo se realizó una trombolisis, cinco casos remitidos al hospital y uno fallecido, es decir también un bajo índice de trombolisis lo que se corresponde con nuestro estudio.

En estudios internacionales ha quedado evidenciado que la mortalidad global por IMA en el primer mes es de aproximadamente el 50 % y que la mitad de estas muertes se producen fuera del hospital durante las primeras 2 horas de evolución del evento agudo, siendo la fibrilación ventricular primaria el principal mecanismo de muerte en los

fallecimientos que se producen en las primeras horas del IMA, de ahí la suprema importancia del proceder trombolítico.¹³

Tabla 7. Índice de Trombolisis. Provincia Guantánamo. Enero – Diciembre 2011

Municipios	Casos con IMA		Trombolisis	
	No	%	No	%
El Salvador	9	24.3	0	0
Yateras	0	0	0	0
Manuel Tames	2	5.4	1	50
Maisí	3	8.1	0	0
Imías	6	16.2	0	0
San A. del Sur	14	37.8	1	7,1
Caimanera	0	0	0	0
Niceto Pérez	3	8.1	0	0
Total	37	100	2	5,4

Fuente: registros estadísticos de las áreas intensivas municipales

En la tabla 7 mostramos el índice de trombolisis, se observa como del total de 37 casos con IMA solo el 5,4 % fue trombolizado. Por municipio, se destaca Manuel Tames con el 50 % sin embargo tampoco cumple con el indicador trazado por el ministerio para este parámetro que debe ser del 60 % de trombolisis prehospitalaria. En sentido general el indicador es negativo para todos los municipios que tuvieron casos de IMA. Esto significa que a nivel de las AIM no se realiza la trombolisis que puede ser por desconocimiento del personal y lógicamente habría que tener en cuenta los casos con contraindicaciones absolutas y relativas, de manera que se impone un análisis específico y exhaustivo del problema por parte de la dirección de cada área de salud con la creación de un equipo, que incluya a los especialistas de las áreas.

En su estudio sobre las AIM en Sancti Spiritus la Dra. Arencibia Olive demostró un elevado índice de trombolisis siendo este de un 60.7% muy por encima del nuestro, cumpliendo con el indicador nacional.

Otros autores¹² obtuvieron un 33,3 % de trombolisis también superior al nuestro. El Dr. Pereda encontró que en el periodo 2004-2006 la realización de la trombolisis no se comportó en las Áreas Intensivas Municipales de manera homogénea en todas las provincias. Al concluir el año 2006 pueden observarse diferencias importantes entre éstas, que oscilan desde 58, 0% en Ciudad de La Habana, el valor más alto del país, hasta 0,0% en Guantánamo y el municipio especial Isla de la Juventud, con la mayoría de las provincias en el intervalo comprendido entre 30 y 40%. Es en estos dos últimos territorios mencionados donde se observa la letalidad más elevada, casi duplicando en Guantánamo y triplicando en la Isla de la Juventud las tasas de las provincias que más se le acercan en los valores.

Un estudio realizado en las AIM de ciudad de la Habana¹⁴ de 33 pacientes con IMA se le realizó trombolisis a 17 para un 51,5 %, resultado este muy superior al nuestro.

Tabla 8. Análisis de los Fallecidos. Provincia Guantánamo. Enero – Diciembre 2011

Municipios	Fallecidos	
	No.	%
El Salvador	5	12.1
Yateras	2	4.8
Manuel Tames	0	0
Maisí	12	29.2
Imías	10	24.3
San A. del Sur	9	21.9
Caimanera	0	0
Niceto Pérez	3	7.3
Total	41	100

Fuente: registro estadístico de las áreas intensivas municipales

En la tabla 8 se muestra el número de fallecidos por municipios siendo Maisí con un total de 12 fallecidos para un 29.2 % el que mayor aportó, seguido de Imías para un 24.3 % y San Antonio del Sur con un 21.9 % estos dos últimos coincidiendo con unos de los que más ingresaron en el servicio.

Tabla 9. Causas de muerte de los fallecidos. Provincia Guantánamo. Enero – Diciembre 2011

Causas de Fallecidos	No.	%
Infarto Agudo del Miocardio	5	12.5
Insuficiencia Cardíaca	5	12.5
Injuria Pulmonar Aguda	4	9.7
Enfermedad Cerebrovascular	3	7.3
Neumonía	3	7.3
Emergencia Hipertensiva	2	4.8
EPOC	2	4.8
Asma Moderada y Grave	1	2.4
Descompensación aguda del Diabético	1	2.4
Politrauma	1	2.4
Otras causas	14	34.1
Total	41	100

Fuente: registros estadísticos de las áreas intensivas municipales

En la tabla 9 desglosamos las causas de los fallecidos, podemos apreciar que el infarto agudo del miocardio y la insuficiencia cardíaca con un 12.5 % constituyeron las dos primeras causas, seguido de la injuria pulmonar aguda con un 9.7 %, la enfermedad cerebrovascular y la neumonía con 7.3 % respectivamente. Es importante señalar que un 34.1 % de los fallecidos se agrupan en otras causas, por lo que consideramos sería importante desglosarlas para así evaluar la mortalidad.

Cuando revisamos la bibliografía observamos que la Dra. Enseñat Álvarez en un estudio en la provincia de Cienfuegos mostró que de un total de 348 pacientes ingresados solo tres para un 0.86 % fallecieron predominando el IMA y la Enfermedad cerebrovascular.⁵

En el estudio en Sancti Spíritus en el año 2006 presentado por el Dr. Arencibia se evidenció un 5.4 % de los fallecidos de un total de 1497 pacientes, siendo el 18.0 % las ECV y el 7.7 % el IMA las causas más frecuentes.⁸

El Dr. Silva⁶ en su tesis encontró el 4.70 % de fallecidos, donde las causas de los mismos fueron el EPOC, las Sepsis respiratorias y el shock hipovolémico.

El Dr. Pereda en el estudio realizado para su tesis de maestría encontró que las Enfermedades cardiovasculares (IMA, Anginas y la Insuficiencia cardíaca) constituyeron las principales causas de los fallecidos, coincidiendo con nuestro estudio.⁴

La terapia intensiva municipal ha devenido en una nueva y eficaz arma en la lucha contra un grupo muy frecuente de enfermedades de una muy elevada mortalidad que precisa de atención médica rápida y especializada. Su fortalecimiento con tecnología y con el nivel profesional del personal médico y paramédico constituye nuestro reto en el futuro.

Conclusiones

- La principal causa de ingreso fue la urgencia y la emergencia hipertensiva, destacándose el infarto agudo de miocardio y la enfermedad cerebrovascular como las primeras causas de remisiones. Existió un bajo índice de trombolisis.
- La mayoría de los pacientes ingresados fueron remitidos al hospital, siendo las AIM de Imías y San Antonio las de peores resultados en este indicador.
- El infarto agudo de miocardio y la insuficiencia cardíaca constituyeron las principales causas de muerte.

Bibliografía

1. Aguilar Hernández I, Benítez Maqueira B, Barreto M. Impacto de la unidad de terapia intensiva municipal de Nueva Paz. Rev Cubana Med Gen Integr [revista en Internet]. 2006. [citado 12 Ene 2012];22(4):[aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864>
2. Silva Ramos L. Implementación de Guías de actuación clínica y la ventilación no invasiva en el Área Intensiva Municipal. Rev Cubana Med Int Emerg. 2008; 7(3):1231-46.
3. Morejón Carbonell D, Sánchez Cabrales A, Trueba Rodríguez D. Ventilación Artificial Mecánica: Experiencia de seis años en un Área Intensiva Municipal. Policlínico Universitario Mario Muñoz Monroy. La Habana. Rev Cubana Med Int Emerg. 2010;9(2):1750-7.
4. Pereda González R. Comportamiento de la morbilidad y la mortalidad por enfermedades cardiovasculares en las Áreas Intensivas Municipales durante tres años [Tesis para optar por el Título de Máster en Urgencias Médicas]. Ciudad de la Habana: Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana, Facultad de Medicina 10 de Octubre; 2007.
5. Enseñat Álvarez A, Bembibre Taboada R, Jova Dueñas J. Experiencia de un año de trabajo en una Unidad de Terapia Intensiva Municipal. Medisur [Revista en Internet],

- 2006 [citado 14 Ene 2012];4(1):[aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/175/4865>
6. Silva Ramos L. Morbimortalidad en un Área Intensiva Municipal. Rev. Cub Med Int Emerg. 2004;3(2):27-31.
 7. Berto Ponce A, Segura Figueredo R, Expósito Reyes O, Arias Ortiz A. Mortalidad y letalidad en una Unidad de Cuidados Intensivos.[CD ROM]. La Habana, 2002.
 8. Arencibia Olive T. Morbimortalidad en Áreas Intensivas Municipales de Sancti Spíritus [Internet]. [citado 15 Dic 2012]: [aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/857/1/Morbimortalidad-en-Areas-Intensivas-Municipales.html>
 9. Gómez Pérez J. Resultados de la Terapia Intensiva Municipal en Camagüey. Rev Cubana de Med Int Emerg [revista en Internet]. 2007 [citado 12 Dic 2012];3(4): [aprox. 6 p.]. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/urgencia/079_Terapia_Intensiva_Municipal_Resultados.pdf.
 10. Guirola de la Parra J. Comportamiento de la morbilidad en el Área Intensiva de Cayo Coco durante dos años. Mediciego [revista en Internet]. 2012 [citado 12 Dic 2012];18(Supl.1): [aprox. 8 p.]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol18_supl1_2012/articulos/t-3.html.
 11. González Viera I, Robaina Sánchez E. Comportamiento de las enfermedades cerebro vasculares en el área intensiva municipal de Cumanayagua. Enero 2005 - Diciembre 2005. Policlínico Universitario Aracelio Rodríguez Castellón. Cienfuegos. Cuba [Internet]. [citado 15 dic 2012]: [aprox. 7 p.]. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/urgencia/170_comportamiento_de_las_enfermedades_cerebro_vasculares_en_el_area_intensiva_municipal_de_cumanayagua.pdf
 12. Jiménez Guerra SD. Morbilidad y Mortalidad en una Unidad de Cuidados Intensivos. Rev Cubana Med Int Emerg [revista en Internet]. 2003 [citado 14 Dic 2012];2(4):[aprox. 8 p.]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mie/vol2_4_03/mie08403.htm.
 13. Bordají A. Actualización en Cardiopatía Isquémica. Rev Española Cardiol. 2006;59(supl 1):3-19.
 14. Herrera Varela JL, González Ramos E, Sosa Acosta A. Áreas Intensivas Municipales: Estrategia vital para los servicios de urgencia en la atención primaria. Rev Cubana Med Int Emerg [revista en Internet]. 2008.[citado 14 Ene 2012];7(2): [aprox. 8 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mie/vol7_2_08/mie07208.htm

Recibido: 19 de octubre de 2013

Aprobado: 26 de octubre de 2013

Enrique Cantillo Ferreiro. Universidad de las Ciencias Médicas, Sectorial provincial de salud, Departamento de urgencia y trasplante, Guantánamo, Cuba. Dirección electrónica: enriquecf@infosol.gtm.sld.cu