

TRABAJOS ORIGINALES

Policlínico Docente “José Manuel Seguí”.
Avenida 101 No 7802. Güira de Melena.
Artemisa. Cuba.



MORBIMORTALIDAD DEL ÁREA INTENSIVA MUNICIPAL DE GÜIRA DE MELENA. OCHO AÑOS DE TRABAJO

MORBIMORTALITY OF THE INTENSIVE MUNICIPAL AREA OF GÜIRA DE MELENA. EIGHT YEARS OF WORK

MSc. Dr. Jorge Luis Álvarez Rodríguez ¹ MSc. Dr. Orlando Valdés Suárez ²

Resumen

Introducción: Las áreas intensivas municipales se crearon a finales del año 2003, comenzando a funcionar a principios del 2004. En el reglamento general de policlínico se enuncian las misiones fundamentales de dichas áreas constituyendo las unidades de mayor poder resolutivo para las situaciones emergentes, unidades rectoras de la urgencia y la emergencia en cada municipio, destinadas para la atención inicial de todo paciente crítico. **Objetivo:** Conocer el comportamiento de la morbimortalidad en ocho años de trabajo en el área intensiva municipal de Güira de Melena. **Método:** Estudio retrospectivo, longitudinal y descriptivo en un período de ocho años en el Área Intensiva Municipal de Güira de Melena. El universo y la muestra de estudio estuvieron constituidos por 4303 pacientes. **Resultados:** El mayor por ciento de pacientes admitidos se egresaron vivos al domicilio. Los trastornos del ritmo constituyeron la principal morbilidad y en el 89.44 % hubo solución total. Las enfermedades que más aportaron fallecidos en el período de estudio correspondieron al infarto agudo del miocardio y la parada cardiaca con 12.2 % y 64 %, respectivamente. **Conclusiones:** Las principales enfermedades que demandaron atención en el AIM fueron las enfermedades cardiacas y respiratorias. El Asma Bronquial tuvo el mayor poder resolutivo con 74.9 % de solución total. Se evidenció una relación significativa entre la no aplicación del tratamiento trombolítico y los fallecidos por infarto o por parada cardiaca.

Palabras claves: área intensiva municipal, enfermedades cardiacas, enfermedad cerebrovascular, trombolisis coronaria, parada cardiaca.

ABSTRACT

Introduction: The intensive municipal areas were created ends of the year 2003, beginning to work at the beginning of the 2004. In the general regulation of policlinic the fundamental missions of this area are enunciated constituting the units of greatest resolving power for the emergent situations, leading units of the urgency and the emergency in each municipality, destined for the initial attention of all critical patients. **Objective:** Knowing the behavior of the morbimortality in eight years of work in the intensive municipal area of Güira de Melena. **Method:** Retrospective, longitudinal and descriptive study in a period of eight years in the Intensive Municipal Area of Güira de Melena. The universe and the sample of study were constituted by 4303 patients. **Results:** The greatest percent of admitted patients were discharged alive to home. The disorders of the rhythm constituted the main illness and in the 89.44% there was total solution. The illnesses that most contributed to dead patients in the period of study corresponded to the acute heart attack and the heart stop with 12.2% and 64%, respectively. **Conclusions:** The main illnesses that demanded attention in the IMA were the heart and breathing illnesses. The Bronchial Asthma had the greatest resolving power with 74.9% of total solution. A significant relationship was evidenced between the no application of the thrombolic treatment and the dead patients with heart attack or for heart stop.

Key words: intensive municipal area, heart illnesses, cerebrovascular illness, coronary thrombolysis, heart stop.

¹ Especialista de Primer Grado en MGI. Diplomado en Cuidados Intensivos del Adulto. Máster en Ciencias en Urgencias Médicas. Profesor Asistente.

² Especialista de Segundo Grado en Medicina Intensiva y de Emergencias. Especialista de Primer Grado en Medicina Interna y en Medicina General Integral. Máster en Ciencias en Urgencias Médicas. Profesor Asistente.

Correspondencia: orlandovaldes@infomed.sld.cu

Introducción

Las áreas intensivas municipales (AIM) se crearon a finales del año 2003, comenzando a funcionar a principios del 2004. Constituyó una estrategia de nuestro gobierno y Sistema Nacional de Salud con vista a enfrentar la epidemia de Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SRAS). Se inauguraron inicialmente un total de 120 áreas intensivas en todo el país como una manera de llevar los cuidados intensivos a la comunidad, a los servicios de atención primaria de salud. En la conferencia magistral del Profesor DrC Armando Caballero López, uno de los más ilustres intensivistas de Cuba, y refiriéndose

a las etapas evolutivas de la Medicina Intensiva y de Emergencias en nuestro país, describe como la séptima etapa, y más reciente, la creación y funcionamiento de dichas unidades de atención al crítico en la atención comunitaria de salud.¹ En el reglamento general de policlínico se enuncian las misiones fundamentales de las áreas municipales constituyendo las unidades de mayor poder resolutivo para las situaciones emergentes en la APS, unidades rectoras de la urgencia y la emergencia en cada municipio, destinadas para la atención inicial de todo paciente crítico.² Este último aspecto es de capital importancia puesto que en dichas áreas se solucionan muchos problemas de salud. Los pacientes más graves, a los cuales se les debe ofrecer continuidad de tratamiento, seguimiento, vigilancia, monitoreo, en unidades hospitalarias, también reciben beneficio en las áreas municipales pues el actuar inicial en dichas unidades intensivas de cada municipio definen, en la mayor de las veces, la evolución definitiva del problema de salud por lo que se admitió al enfermo. Si allí se actúa mal, casi seguro la evolución final será desfavorable.

Se ha estudiado muy bien que el tiempo, en la medicina crítica y de emergencias, constituye un elemento sumamente importante en el pronóstico y posibilidad de recuperación de los pacientes en situaciones de gravedad y de compromiso de la vida. Por tanto es necesario que el conocimiento, la forma de trabajo protocolizado y la tecnología salgan de los centros hospitalarios y de esta forma lograr disminuir el tiempo de llegada de los enfermos a dicha atención. Un importante ejemplo de ello lo constituye la necesidad de aplicación de tratamiento fibrinolítico con la mayor brevedad posible en el infarto agudo de miocardio (IAM) con ST elevado.^{3,4}

Nuestro sistema nacional de salud, a través del departamento de urgencia y terapia (antiguamente SIUM Nacional) le dedica especial atención a procesos tan importantes como la acreditación y reacreditación de dichas áreas, esforzándose por la permanencia de personal propio y bien entrenado en la atención al enfermo grave. Cada vez son más los pacientes que se admiten en dichas áreas y con problemas de salud más complejos. A pesar de persistir algunas deficiencias en el orden gerencial, organizativo y a veces, profesional, sin lugar a dudas, las áreas intensivas municipales han alcanzado, a lo largo de estos ocho años de creadas, resultados satisfactorios en la atención inicial a los pacientes con trauma simple o politraumatizados complejos, el manejo de afecciones clínicas como la enfermedad cerebrovascular, síndromes coronarios agudos, sobre todo la aplicación de estreptoquinasa recombinante en pacientes con infartos cardiacos e indicaciones para su empleo, en la atención a la parada cardiaca y trastornos del ritmo cardiaco, el manejo inicial de la insuficiencia respiratoria aguda severa, de los síndromes sépticos y el estado de shock, la atención a las disfunciones orgánicas agudas, aplicación de ventilación mecánica invasiva o no invasiva de manera precoz, la atención y manejo inicial en la epidemia de Influenza A (H1N1) en el año 2010, entre los logros más analizados y estudiados.

En pasados meses y auspiciado por el capítulo provincial en Artemisa de la Sociedad Cubana de Medicina Intensiva y de Emergencias y el grupo provincial de la especialidad, se efectuó un taller técnico provincial donde se abordaron los principales resultados de trabajo en los ocho años de constituidas dichas áreas, se debatieron las principales herramientas de trabajo para lograr una mayor organización, se realizaron propuestas de proyectos de superación docente para el personal que en ellas laboran, proyectos de investigación, entre otros aspectos.

No existen muchos trabajos en la literatura que aborden el trabajo de las áreas intensivas municipales, en primer lugar porque son unidades relativamente jóvenes, y, sin lugar a dudas, se necesitan más investigaciones en dichas áreas. Desde hace varios años, los profesionales de las áreas de crítico o de atención al enfermo grave se preocupan por la realización de estudios, incluso estudios multicéntricos en dichas áreas intensivas municipales.^{5,6} Por ello consideramos en extremo importante la realización de este trabajo y de esta forma aportar nuestras experiencias en los ocho años de trabajo en Güira de Melena.

Objetivos

General

Conocer el comportamiento de la morbilidad en ocho años de trabajo en el área intensiva municipal de Güira de Melena.

Específicos

1. Identificar, del total de admisiones en el AIM, las altas, traslados y decesos.
2. Describir las principales morbilidades que demandaron atención en el período de estudio.
3. Conocer el poder resolutivo, total o parcial, de los pacientes admitidos en el AIM según causa de ingreso.
4. Describir el comportamiento de las enfermedades cardíacas como principal causa de fallecimientos en el período de estudio. Buscar asociación entre dichas variables.

Material y método

Tipo de estudio: Nuestro trabajo se basa en un estudio de tipo descriptivo, longitudinal, retrospectivo donde se realizó el seguimiento, durante un período de ocho años (2004-2011), de los pacientes atendidos en el AIM de Güira de Melena.

Universo de estudio: Constituido por un total de 4303 pacientes admitidos durante los ocho años de trabajo.

Muestra: representada por el 100 % del universo, o sea, coincide con el universo de estudio (4303 pacientes).

Criterios de inclusión: todo paciente ingresado en el AIM de Güira de Melena en el período de estudio, independientemente de la causa de admisión, o condición al egreso.

Criterio de exclusión: No existieron criterios de exclusión en la investigación.

Recolección de los datos: Para la realización del estudio tuvimos en cuenta los pacientes ingresados en el AIM, en el período comprendido y que cumplían los criterios de inclusión. Para la recolección de los datos se visitó el departamento de estadística del policlínico y los balances anuales del trabajo del AIM, llenándose una hoja de vaciamiento en Microsoft Office Excel creada para tal efecto.

Plan de procesamiento de la información: Los datos se organizaron en una base de datos y procesaron en una computadora Pentium IV habilitada a los efectos para su mejor valoración estadística; esta se realizó utilizando el método de por ciento y analítico descriptivo para organizar y clasificar los datos para una mejor interpretación de los resultados.

Definición de variables: Consideramos importante, para la mejor interpretación del trabajo, la definición de ciertas variables:

Egresos del AIM: total de pacientes que, después de ser admitidos en dicha unidad asistencial, fueron derivados de la misma por una de las siguientes categorías:

Altas: total de pacientes egresados directamente desde el AIM hacia el domicilio con resolución total de su problema de salud. También se incluyen los pacientes que, perdiendo la condición de paciente grave o que motivó la admisión en el AIM, se trasladan a la sala de observaciones del policlínico para continuidad de tratamiento hasta el alta definitiva al domicilio.

Traslados o remisiones: total de pacientes egresados desde el AIM hacia otra institución de salud del nivel secundario (o terciario) para dar continuidad al problema de salud que motivó la admisión.

Decesos: total de pacientes egresados fallecidos desde el AIM.

Consideraciones éticas: Para la realización de esta investigación contamos con el consentimiento del departamento de estadísticas y la dirección del policlínico docente “José Manuel Seguí” de Güira de Melena, después del análisis de estos indicadores en cada balance anual. De igual manera, se solicitó consentimiento a la sección de urgencias de la DPS.

Resultados y discusión

En la tabla 1 se representa de manera general la evolución o destino final de los pacientes admitidos en el AIM de Güira de Melena en el período de investigación. La mayor cantidad de casos, el 53 % del total, tuvieron una solución total o completa en ésta, lo que evidentemente significa un impacto social ya que resuelven el problema de salud en su propio municipio, sin necesidad de internación o viajar a una institución secundaria de salud. Indiscutiblemente representa un impacto económico al sistema de salud cubano y al estado revolucionario que no entraremos a detallar ya que no es objetivo en esta investigación. Otro impacto social lo constituye el bajo por ciento de decesos en dicha unidad de atención al enfermo grave con solo 2,5 % del total de admisiones en ocho años de trabajo. Similares resultados se obtuvieron en el AIM de Bahía Honda, en un estudio de menor tiempo que el nuestro, donde se egresaron como altas el 60.68 %, traslados el 33.33 % y fallecidos el 0.85 % del total de admisiones.⁴

Tabla 1. Destino de los pacientes admitidos en el AIM. Enero 2004 – Diciembre 2011. Policlínico docente “José Manuel Seguí” Güira de Melena

Variables	No	Por cientos
Altas	2281	53,0 %
Traslados	1914	44,5 %
Decesos	108	2,5 %
TOTAL	4303	100,0 %

Fuentes: Departamento de estadísticas del policlínico docente de Güira de Melena.

En la tabla 2 se puede apreciar que las afecciones o enfermedades cardiovasculares o cardíacas constituyeron la principal causa de admisión en el AIM de Güira de Melena en el período de estudio con el 50.5 % del total de ingresos. Similares resultados se obtuvieron en el estudio de Bahía Honda en el año 2004⁴ donde el 45.27 % de las admisiones constituyeron enfermedades cardiovasculares. Otros estudios de la literatura también coinciden en las causas cardiovasculares, sobre todo, la insuficiencia

cardiaca, el infarto cardiaco y las anginas inestables, como principales causas de ingresos en estos tipos de unidades.^{7,8} En nuestro estudio, este mismo grupo de enfermedades aportó el mayor número o cantidad de fallecidos con 63 decesos que representan el 2,89 % del total de muertes.

Tabla 2. Distribución por principales causas de admisión en el AIM. Enero 2004 – Diciembre 2011. Policlínico docente “José Manuel Seguí” Güira de Melena

Grupos de Enfermedades	Altas		Traslados		Decesos		Total	
	No	%	No	%	No	%	No	%
Cardiovasculares	1381	63,49	731	33,6	63	2,89	2175	50,5
Respiratorias	279	53,04	239	45,43	8	1,52	526	12,2
Neurológicas	55	16,08	283	82,74	4	1,16	342	7,9
Metabólicas	161	81,72	35	17,76	1	0,50	197	4,6
Intoxicaciones	49	27,37	129	72,06	1	0,55	179	4,2
Trauma	3	1,32	222	98,23	1	0,44	226	5,3
Otras	353	53,64	275	41,79	30	4,55	658	15,3
TOTAL	2281	53,0	1914	44,5	108	2,5	4303	100

Fuentes: Departamento de estadísticas del policlínico docente de Güira de Melena.

Las enfermedades del corazón siguen siendo la primera causa de muerte en el mundo, en Cuba y en nuestra provincia durante muchos años.⁹ En la tabla también se evidencia que el mayor por ciento de traslados lo constituyó la patología traumática con necesidad de derivar el 98.23 % de los pacientes con trauma ya que nuestras áreas de atención primaria de salud, incluso nuestros hospitales regionales dentro de la provincia, no tienen centro de atención al paciente politraumatizado complejo y por ende la necesidad de traslado. Con relación a la variable, altas o egresos desde el AIM, es notorio señalar que las urgencias metabólicas fueron las que mejor solución tuvieron en el período de estudio, sin embargo las enfermedades cardiacas también constituyeron un gran grupo de egresos con solución total del problema o situación en el área Intensiva.

En la tabla 2 también se observa que el mayor número de admisiones en el Área Intensiva fueron las enfermedades cardiacas y las respiratorias por lo que entendimos necesario dedicarle atención personalizada en la investigación. Por eso, y como se representa en la tabla 3, las enfermedades cardiacas tuvieron un comportamiento significativo. El 89.44 % de las admisiones por trastornos del ritmo cardíaco fueron totalmente resueltos y egresados al domicilio. No caben dudas que la solución a este grupo de afecciones cardiacas ha sido uno de los logros más importantes de dichas áreas de atención al crítico en la APS, constituyen además el mayor número de admisiones dentro de las enfermedades cardiacas en dicho período de estudio (27.44 %) lo que le impone mayor logro en la total solución de los trastornos del ritmo cardíaco. En otros estudios encontramos que las admisiones por disritmias cardiacas en el AIM no fue tan marcado como en el nuestro y por ejemplo en el citado trabajo de Bahía Honda se admitieron el 8.54 % de los casos en el período de estudio.⁴

Por supuesto, y lógicamente, que el mayor por ciento de traslado dentro de este grupo de enfermedades lo constituyó el infarto agudo del miocardio (87.78 %) ya que está

protocolizado que deben derivarse a las unidades de terapias hospitalarias para su mejor seguimiento, cuidado, estratificación y seguimiento. Se observó una elevada letalidad en el paciente que desarrolló una parada cardíaca lo que se analizará más adelante en esta misma investigación.

Tabla 3. Comportamiento evolutivo por enfermedades cardíacas de los pacientes admitidos en el AIM. Enero 2004 – Diciembre 2011. Policlínico docente “José Manuel Seguí” Güira de Melena

Enfermedades Cardíacas	Altas		Traslados		Decesos		Total	
	No	%	No	%	No	%	No	%
Crisis hipertensivas	410	84.18	77	15.81	0	0	487	22.39
Trastornos del ritmo	534	89.44	59	9.88	4	0.67	597	27.44
Anginas Inestables	199	43.35	260	56.64	0	0	459	21.10
Infarto Agudo Cardíaco	0	0	194	87.78	27	12.21	221	10.16
Insuficiencia Cardíaca	238	61.65	132	34.19	16	4.14	386	17.74
Parada Cardíaca	0	0	9	36.0	16	64	25	1.14
TOTAL	1381	63.49	731	33.60	63	2.89	2175	100

Fuentes: Departamento de estadísticas del policlínico docente de Güira de Melena.

Con relación al comportamiento de las enfermedades respiratorias se encontró que el mayor por ciento de admisiones lo constituyó la crisis aguda de asma bronquial con el 49.23 % de los ingresos, mucho más casuística que en otros estudios.⁴ Con similar comportamiento que los trastornos del ritmo cardíaco, constituyó, además de la mayor causa de ingreso dentro de su grupo, el problema con mayor poder resolutivo dentro de las enfermedades respiratorias con 74.9 % de solución total y egreso al domicilio.

Las neumonías constituyeron el mayor número de fallecidos con el gran problema actual que representan las enfermedades infecciosas, la multirresistencia bacteriana y la gran virulencia de los microorganismos de la comunidad con comportamiento tan peligroso como los del nosocomio.

El 100 % de los pacientes en ventilación mecánica fueron derivados hacia las terapias hospitalarias por protocolos asistenciales de trabajo y por falta de condiciones objetivas para el sostén de este tipo de pacientes en las áreas de APS.

Tabla 4. Comportamiento evolutivo por enfermedades respiratorias de los pacientes admitidos en el AIM. Enero 2004 – Diciembre 2011. Policlínico docente “José Manuel Seguí” Güira de Melena

Enfermedades Respiratorias	Altas		Traslados		Decesos		Total	
	No	%	No	%	No	%	No	%
Asma Bronquial	194	74.90	65	25.09	0	0	259	49.23
Neumonías	32	28.07	76	66.66	6	5.26	114	21.67
EPOC	53	70.66	20	26.66	2	2.66	75	14.25
Pacientes ventilados	0	0	78	100	0	0	78	14.82
TOTAL	279	53.04	239	45.43	8	1.52	526	100

Fuentes: Departamento de estadísticas del policlínico docente de Güira de Melena.

En la tabla 5 se representa el comportamiento evolutivo por otras enfermedades. Las enfermedades cerebrovasculares constituyeron un grupo importante de admisiones en el AIM con un 31.46 %. Representaron además la mayor causa de decesos dentro de este grupo misceláneo de enfermedades con 4 fallecidos.

Tabla 5. Comportamiento evolutivo por otras enfermedades en los pacientes admitidos en el AIM. Enero 2004 – Diciembre 2011. Policlínico docente “José Manuel Seguí” Güira de Melena

Otros grupos de Enfermedades	Altas		Traslados		Decesos		Total	
	No	%	No	%	No	%	No	%
ECV	55	16.08	283	82.74	4	1.16	342	31.46
Diabetes Mellitus	161	81.72	35	17.76	1	0.50	197	18.12
Politraumatizados	3	1.32	222	98.23	1	0.44	226	20.79
Intoxicaciones exógenas	49	27.37	129	72.06	1	0.55	179	16.46
Deshidrataciones	124	86.71	19	13.28	0	0	143	13.15
TOTAL	392	36.06	688	63.29	7	0.64	1087	100

Fuentes: Departamento de estadísticas del policlínico docente de Güira de Melena.

En otros estudios las enfermedades cerebrovasculares también constituyeron importante causa de admisión en las áreas intensivas municipales con 14.52 % y 23.19 %.^{4,10}

Dedicando especial y particular atención a las fundamentales causas de muerte en dicho período se confeccionó la tabla 6. En la misma se representan las enfermedades cardiacas que más aportaron fallecidos. El infarto agudo cardiaco y la parada cardiaca primaria o secundaria constituyeron las principales causas de muerte. Muchos autores coinciden en que el infarto cardiaco complicado con una parada cardiaca tiene un elevado riesgo de morir, incluso con mortalidad superior al 60 %.^{11,12}

Cuando analizamos, mediante una tabla con doble entrada, dichas variables se evidencia que hubo una relación evidente entre no aplicar tratamiento trombolítico en el infarto cardiaco, fallecidos por infarto y fallecidos por parada cardiaca. O sea, el infarto que no se trombolizó tuvo más riesgo de complicaciones con parada cardiaca y doble riesgo de muerte, por el infarto propiamente dicho y por parada cardiaca secundaria al evento coronario. El estudio de letalidad por infarto agudo del miocardio del AIM de Los Palacios en la provincia Pinar del Río del año 2011 no encontró una relación en el riesgo de muerte el estar o no trombolizado, sin embargo, sí evidenciaron un incremento de 8.5 veces la posibilidad de fallecer con afección de la evaluación en emergencias para una posible parada cardiaca.¹²

Durante el año 2005 únicamente el 13.3 % de los infartos recibieron tratamiento fibrinolítico, por tanto constituyó el año de mayor por ciento de fallecidos por IAM (23.3 %) y también el mayor año de fallecidos por parada cardiaca con el 100 % de decesos. Sin embargo y opuesto a dichos resultados, en el año 2011 se aplicó trombolisis coronaria al 80 % de los infartos cardiacos, ese año no hubo fallecidos por dicha causa

y no hubo paradas cardíacas. No caben dudas de las ventajas de dicho tratamiento en este grupo de pacientes.

Tabla 6. Comportamiento de las enfermedades cardíacas como principal causa de muerte de los pacientes admitidos en el AIM. Enero 2004 – Diciembre 2011. Policlínico docente “José Manuel Seguí” Güira de Melena

Infarto Agudo del Miocardio	No	Fallecidos		Trombolisis		Fallecidos		No	Parada Cardíaca
		No	%	No	%	No	%		
2004	31	5	16.1	9	29.0	6	66.6	9	2004
2005	30	7	23.3	4	13.3	4	100	4	2005
2006	27	3	11.1	9	33.3	1	50	2	2006
2007	25	2	8.0	8	32.0	1	33.3	3	2007
2008	25	1	4.0	8	32.0	0	0	0	2008
2009	33	7	21.1	13	39.4	1	33.3	3	2009
2010	25	2	8.0	12	48.0	3	75.0	4	2010
2011	25	0	0	20	80.0	0	0	0	2011
TOTAL	221	27	12.2	83	37.5	16	64.0	25	TOTAL

Fuentes: Departamento de estadísticas del policlínico docente de Güira de Melena.

Conclusiones:

- El mayor por ciento de pacientes admitidos en el AIM de Güira de Melena en el período de estudio se egresaron vivos al domicilio (53 %) con su problema de salud total o parcialmente resuelto.
- Las principales enfermedades que demandaron atención en el AIM fueron las enfermedades cardíacas y respiratorias con 50,5 % y 12.2 %, respectivamente.
- Dentro del grupo de las enfermedades cardíacas, los trastornos del ritmo constituyeron la principal morbilidad y a la vez el mayor poder resolutivo con 89.44 % de solución total. El infarto cardíaco aportó el mayor número de traslados dentro del grupo y la mayor letalidad estuvo representada por la parada cardíaca (64 %).
- Dentro de las enfermedades respiratorias, el Asma Bronquial constituyó la principal morbilidad y a la vez el mayor poder resolutivo con 74.9 % de solución total. Los pacientes ventilados aportaron el mayor número de traslados dentro del grupo (100 %) y la mayor letalidad estuvo representada por las neumonías.
- Dentro del grupo de enfermedades misceláneas, la enfermedad cerebrovascular constituyó la principal morbilidad (31.46 %) y a la vez aportó el mayor número de decesos. Los pacientes con afección traumática aportaron el mayor número de traslados dentro de este grupo (98.23 %).
- Las enfermedades que más aportaron fallecidos en el período de estudio correspondió al infarto agudo del miocardio y la parada cardíaca con 12.2 % y 64 %, respectivamente.
- Relacionando los fallecidos por infarto cardíaco, trombolisis coronaria y parada cardíaca se evidenció una relación significativa entre la no aplicación del tratamiento trombolítico y los fallecidos por infarto o por parada cardíaca.

Bibliografía

1. Caballero López A. Conferencia historia de la medicina intensiva y de emergencias en Cuba. Inauguración de la Sociedad Cubana de Medicina Intensiva y Emergencia, 12 de enero de 2008. Disponible en: <http://www.uvs.sld.cu/repositorio/wiki-infomed2.0/>
2. Reglamento General de Policlínicos. La Habana: MINSAP; 2009.
3. Pedley DK, Bissett K, Connolly EM, Goodman CG, Holding I, Pringle TH, et al. Prospective observational cohort study of time saved by prehospital thrombolysis for ST elevation myocardial infarction delivered by paramedics. *BMJ*. 2003;327:22-26.
4. Silva Ramos L. Morbi-mortalidad en un área intensiva municipal. *Rev Cubana Med Int Emerg* 2004;3(2):27-31.
5. Parellada J. Estudios multicéntricos. ¿Una necesidad? *Rev Cubana Med Int Emerg* [revista en Internet]. 2003 [Citado 18 Dic 2006];2(2):1. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mie/vol2_2_03/mie01104.pdfm
6. Iraola Ferrer MD. Estudios multicéntricos. Tres años después siguen siendo necesarios. *Rev Cubana Med Int Emerg* 2008;7(1):1030-2.
7. Álvarez Figueredo Z, Iraola Ferrer M, Molina Díaz F, Barco Díaz V. Caracterización de la mortalidad en la unidad de cuidados intensivos. Año 1998. *Rev. Cubana Med.* 2000;39(4):222-7.
8. Jiménez Guerra S, Núñez Martínez JF, Domínguez Suárez H, Gómez Castellanos R. Comportamiento de los fallecidos en una UCI polivalente. Estudio de un trienio 1998-2000. Habana. 2002. Disponible en CD: ISBN 959-7164-07-8.
9. MINSAP. Anuario Estadístico de Salud 2007 - 2010. [consultado 20 Ene 2012]. Disponible en: <http://www.infomed.sld.cu/servicios/estadisticas/>.
10. Batista IM, Fernández F, Díez A, Terrero J. Mortalidad por infarto cardiaco agudo. Indicadores pronósticos. UCIC. Hospital V. I. Lenin. Holguín. 2000-2001. *Correo Científico Médico de Holguín* [revista en Internet] 2002 [citado 2 May 2011];6(3): [aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://www.cocmed.sld.cu/no63/n63ori3.htm>
11. Cabadés A, Echanove I, Cebrián J, Cardona J, Vals F, Parra V, et al. Características, manejo y pronóstico del paciente con infarto agudo del miocardio en la Comunidad Valenciana en 1995: resultados del registro PRIMVAC. *Rev Esp Cardiol*. 1999; 52:123-33.
12. Gort Hernández M, Díaz Solís L. Letalidad por infarto miocárdico agudo. Área de terapia intensiva municipal. *Rev Ciencias Médicas Pinar del Río*. 2011 Jul-Sep;15(3).

Recibido: 19 de octubre de 2013

Aprobado: 26 de octubre de 2013

Orlando Valdés Suárez. Policlínico Docente "José Manuel Seguí". Avenida 101 No 7802. Güira de Melena. Provincia Artemisa, Cuba. Dirección electrónica: orlandovaldes@infomed.sld.cu