

Morbilidad en la unidad de cuidados intensivos pediátricos de Ciego de Ávila, 2004-2005. Morbidity in pediatric intensive care unit in Ciego de Ávila, 2004-2005.

Mercedes Ferrer Machín(1), Magalys González Trevejo(2), Lemis Dueñas Rosquete(3), Adoración Duarte Vilariño (4).

Resumen

Se realizó un estudio observacional descriptivo con objeto de determinar el comportamiento de la morbilidad de los niños ingresados en UCIP del Hospital General Docente "Dr. Antonio Luaces Iraola" de Ciego de Ávila en los años 2004-2005, para la realización del mismo se utilizaron como fuente de información las historias clínicas y el libro de registro de la sala. Los datos obtenidos se procesaron manualmente se analizaron por medida de frecuencia y se presentaron en tablas estadísticas obteniéndose los siguientes resultados: el 43.6% del total de niños correspondió al grupo menores de un año, el 50.6% proceden de las salas hospitalarias. El principal motivo de ingreso lo constituye las enfermedades diarreicas con un 23.3%, seguidas por las infecciones respiratorias bajas (17.03%). La mayoría de los niños ingresados presentaron un estado nutricional entre el 10 y el 90 percentil.

Palabras clave: morbilidad, UCIP

1. Especialista de Primer Grado en Pediatría.
2. Especialista de Primer Grado en Ginecología y Obstetricia.
3. Especialista de Primer Grado en Microbiología. Master en Parasitología.
4. Especialista de Primer Grado en Anatomía Patológica.

INTRODUCCION

La Unidad Intensiva Pediátrica es el servicio del hospital dedicado a la asistencia integral y continuada al niño críticamente enfermo independientemente de cual sea el origen de la situación. Esta definición implica la existencia de los siguientes elementos básicos: infraestructura adecuada, dotación de material de monitorización, terapéutica intensiva, equipamiento médico y de enfermería y personal auxiliar bien calificado que brinde cobertura las 24 horas.(1,2) En nuestro país se creó la primera sala de este tipo en el Hospital Wiilian Soler de Ciudad de la Habana en el año 1967.(3) Con la creación de estos servicios han sido múltiples los logros obtenidos en la atención al niño críticamente enfermo siendo salvados más de 250 000 infantes hasta la actualidad. (4)

Múltiples son las causas de ingresos de infantes en las UCIP siendo las más frecuentes las enfermedades respiratorias e infecciones del Sistema Nervioso Central, incluyéndose además patologías como cardiopatías congénitas, afecciones quirúrgicas, accidentes, y otras infecciones.(5)

Las neumonías son la principal causa de mortalidad por infecciones agudas en países en desarrollo y la segunda causa de hospitalización, después de las enfermedades perinatales. La neumonía se define como una inflamación de origen infeccioso del parénquima pulmonar, que compromete las unidades alveolares, los bronquiolos terminales, respiratorios y el espacio intersticial circundante. La condensación abarca desde un segmento hasta un pulmón completo. La neumonía condensante localizada se presenta generalmente en niños mayores y adultos; en recién nacidos y lactantes menores se presenta con compromiso alveolar difuso, definido como bronconeumonía.(6) La principal vía de llegada y diseminación del agente es la canalicular, broncogénica descendente, siendo la vía hematogena poco frecuente.(7)

La etiología varía con la edad y está relacionada con factores de riesgo biológicos y sociales, según los grupos de edades los gérmenes más frecuentes son:

Neonatos: Estreptococo grupo B, E. Coli y Citomegalovirus.

Lactantes y Prescolares: Haemophilus influenzae, Estreptococo pneumoniae, Estafilococo aureus y Sincitial respiratorio.

Escolares y adolescentes: Estreptococo pneumoniae, Micoplasma pneumoniae, Influenza A y B.(8)

Otra enfermedad respiratoria causante de ingreso en la UCIP es la Bronquiolitis, constituido por un cuadro de infección de las vías respiratorias producida en un alto porcentaje de casos por el Virus Sincitial respiratorio, afecta niños menores de 2 años y de forma especial a lactantes por debajo de 6 meses de preferencia en meses fríos y con carácter epidémico. Es un proceso muy grave que en casos severos provoca deterioro de la función respiratoria y un estado de hiperreactividad bronquial. Su fisiopatología es diferente al asma ya que la obstrucción se produce en los bronquiolos y bronquios más finos por restos del epitelio bronquial necrosado que provoca un taponamiento irregular de vías respiratorias distales con gran atrapamiento de aire, de forma irregular con zonas de atelectasia.(9,10)

En cualquier crisis de asma moderada o severa que no ceda con el tratamiento inicial es aconsejable el traslado del niño a un centro con posibilidades de terapia intensiva, el protocolo del tratamiento apoya básicamente la administración de altas dosis de beta 2 inhalado.(11,12)

La meningoencefalitis se define como la inflamación de las meninges y el encéfalo, cuya etiología es variable, en la que predominan los agentes infecciosos. Las causas más comunes de la meningoencefalitis aguda son las infecciones bacterianas y virales que ocupan en conjunto alrededor del 90% de los casos. Otras causas identificadas incluyen las infecciones por espiroquetas, rickettsias, protozoarios, síndromes posinfecciosos o posvacunación y dentro de las causas no infecciosas los tumores y los quistes intracraneanos.(13)

La meningoencefalitis bacteriana generalmente es de inicio agudo, en la mayoría de los casos, las manifestaciones tienen menos de 72 horas y en raras ocasiones rebasan una semana. En estos casos, por el aspecto del líquido cefalorraquídeo (LCR) turbio y predominio de leucocitos polimorfonucleares se ha utilizado en forma genérica el término de meningoencefalitis purulenta.(14)

Conociendo la alta incidencia de estas patologías en unidades nacionales e internacionales es que decidimos realizar este estudio para conocer las principales causas de morbilidad y características clínico-epidemiológicas de los niños ingresados en la UCIP perteneciente al Hospital General Docente "Dr. Antonio Luaces Iraola" de la provincia Ciego de Ávila.

MATERIAL Y METODO

Se realizó un estudio observacional descriptivo y retrospectivo en el servicio de UCIP del Hospital General Docente "Dr. Antonio Luaces Iraola" de Ciego de Ávila en el período comprendido entre los años 2004-2005 con la finalidad de conocer las principales causas de morbilidad y las características clínico epidemiológicas de los infantes ingresados en dicho servicio. Se tomó como universo de estudio todos los niños ingresados en el período de tiempo señalado. Como fuente de datos utilizamos las historias clínicas, se procesaron los datos y se llevaron los resultados a tablas de contingencia estadística.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En el período de tiempo estudiado ingresaron un total de 640 niños de los cuales el mayor número correspondió al grupo menor de un año, con un total de 279 casos par un 43.6% siguiendo en orden de frecuencia los niños cuyas edades oscilan entre 1 y 4 años, estos resultados coinciden con la bibliografía revisada. Debido a que estos infantes son más susceptibles a contraer infecciones, pues su sistema inmunológico aún es inmaduro por lo que resultan más vulnerables (Tabla 1). (1,2,5)

El mayor número de casos ingresados, en el servicio, 324 niños (50.6%), proceden de las salas hospitalarias. Resulta significativo que 286 niños ingresan directamente del Cuerpo de Guardia

representando un 44.8%, este hecho nos hace meditar, debido a que el flujograma hacia UCIP debe ser predominante de las salas o de otros hospitales y no del servicio de urgencia. Por lo que debe resultar una preocupación para todo el personal médico y paramédico involucrado en el tratamiento y manejo de pacientes pediátricos en nuestra provincia. (Tabla 2). (5)

Referente a las principales causas de morbilidad detectamos que 149 niños lo que significa un 23.3% son ingresados por EDA, dato que difiere del resto de los hospitales de nuestro país y a nivel mundial. Esta es una variable que puede y debe ser modificada en nuestro hospital pues las enfermedades diarreicas y sus complicaciones pueden ser prevenibles con adecuadas medidas higiénico sanitarias y la rápida utilización de las Sales de Rehidratación Oral. Solamente un 5% de las diarreas complicadas deben ser remitidas a las UCIP como se describe en la bibliografía cubana e internacional.(15)

La segunda causa resultó las infecciones respiratorias bajas con 17% de frecuencia, seguidas por otras infecciones que incluyen las sepsis y el Síndrome de Respuesta Inflamatoria Sistémica con un total de 78 niños para un 12.2%, causas que coinciden con lo que se describe en la literatura revisada. (Tabla 3). (5,6)

Dentro del grupo de niños ingresados en los cuales resulta factible evaluar el estado nutricional encontramos que el mayor porcentaje se encuentra en un percentil adecuado para su edad. (Tabla 4). A pesar de que el 90.8% de los niños ingresados en nuestro servicio llegaron con un reporte de Grave. Consideramos importante destacar que 51 de los pacientes recibidos llegaron en estado crítico, por lo que somos de la opinión que se debe realizar un trabajo más efectivo y rápido en los niveles de atención que anteceden los servicios especializados.

ABSTRACT

A descriptive observational study was carried out with the aim of determining the behavior of morbidity of children inpatient in the PICU of teaching general Hospital Dr. Antonio Luaces Iraola in Ciego de Ávila from 2004-2005. For this paper clinical records and the records of the room. The data obtained were manually processed. The data was analyzed for frequency measurement and were presented in statistical tables and the following results were obtained: 43.6% of all children corresponded to the group under 1 year of age, (50,6%) came from other hospital rooms the main cause of admission was diarrheal diseases with a 23.35 followed by low respiratory infection (17.03%) more inpatient children presented a nutritional status among 10 and 90 percentil.

Referencias Bibliográficas

1. Ruza, F. Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) en la Asistencia Pediátrica Actual. En Ruza F, editor. Tratado de cuidados intensivos pediátricos. 2da ed. Madrid: Norma; 1994.
2. Alfonso del Pino F, Aliño SM, Alvarez CZ, Alvarez D, Alvarez S, Bello A, et al. Guías de Práctica clínica terapia intensiva pediátrica. 1ª. ed. La Habana. Editora Política; 2001. p. 1-13.
3. Guzmán E. Historia de la Sala de Terapia Intensiva en Cuba: I Jornada Nacional de Terapia Intensiva Pediátrica. Holguín, 1984: 2-6.
4. Ferrer M. Mortalidad de UTIP en los años 1983-1986 del Hospital General Docente Dr. Antonio Luaces Iraola. (Tesis para optar por el título de Especialista de I Grado en Pediatría) Ciego de Ávila: FCM; 1988.
5. Martínez A, Aguirre A, Guerra A, Gómez N. Sánchez G, San Blas R. Ingresos y fallecimientos en una Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (1998). Boletín de la Sociedad de pediatría de Asturias, Cantabria, Vol. 40. No. 173, 2000.
6. Gilsdorf JR. Community acquired pneumonia in children. Semin Respir Infect. 1987; Jun, 2(3): 146-51.
7. Correa AG, Starke JR. Bacterial pneumonias. Kendig's disorders of the respiratory tract in children. 6ª ed. Philadelphia, 1998. p. 485-503.
8. Kravitz RM. Cough. En: Schwartz MW. Clinical handbook of pediatrics. 2da. ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1999. p. 208-19.

9. Roberts MR, Wiegenstein JG. Pediatric emergency medicine. Philadelphia: W B Saunders; 1993. p. 272-277.
10. Rueda ES, García G, Nogales A. Bronquiolitis. Monografías Pediátricas. 1ª. ed. Madrid: MDP 1996. P 9-22
11. Sociedad Española de Neumología Pediátrica. Protocolo de tratamiento del asma infantil. Anal Pediatr 1995; 43(2): 439-446.
12. De Nicola LK, Monem GF, Gayle MO, Kissoon N. Tratamiento del estado asmático grave en niños. Clin Pediatr NA (ed. esp) 1994; 6: 1279-1308.
13. Kornelisse RF, de Groot R, Neijens HJ. Bacterial meningitis mechanisms of disease and therapy. Eur J Pediatr 1995; 154: 85-96.
14. Kaaresen P, Flagstad T. Prognostic factors in childhood bacterial meningitis. Acta Pediatr 1995; 84: 873-8.
15. Viani R, Vicentin C, Wagener M. Consenso Nacional Diarrea Aguda en la Infancia. Actualización sobre criterios de diagnósticos y tratamientos. Sociedad Argentina de Pediatría. Buenos Aires. 2004.

Anexos

Tabla 1. Distribución de los pacientes atendidos en UCIP según los grupos de edades.

Grupo de Edades	2004	%	2005	%	Total	%
Menores de 1 año	142	43.2	137	44.1	279	43.6
1 – 4 años	101	30.7	91	29.3	192	30.0
5 – 14 años	86	26.1	83	26.6	169	36.4
TOTAL	329	100	311	100	640	100

Tabla 2. Procedencia de los niños recibidos en la UCIP.

Procedencia	2004	2005	Total	%
Cuerpo de Guardia	151	135	286	44.8
Salas Hospitalarias	161	163	324	50.6
Otros Hospitales	17	13	30	4.6
TOTAL	329	311	640	100

Tabla 3. Morbilidad en UCIP años 2004-2005.

Morbilidad	2004	%	2005	%	Total	%
EDA	77	23.4	72	23.2	149	23.3
Infecciones Resp. Bajas	57	17.3	52	16.6	109	17.3
Otras causas	41	12.5	37	11.9	78	12.2
Otras infecciones	27	8.2	37	11.9	64	10
Quirúrgicas	29	8.9	23	7.4	52	8.1
Accidentes	28	8.2	21	6.8	49	7.6
Bronqueolitis	21	6.4	21	6.7	42	6.5
Crisis Aguda de Asma	26	7.9	14	4.5	40	6.2
Infección del SNC	11	3.4	27	8.7	38	5.9
Cardiopatías Congénitas	12	3.7	7	2.3	19	2.9

Tabla 4. Estado nutricional de los niños menores de 4 años atendidos en UCIP.

Estado nutricional	2004		2005		total	%
	1 año	1-4 años	1 año	1-4 años		
Menos del 3 percentil	10	12	23	12	57	12.1
3-10 percentil	12	10	27	16	65	13.8
10-90 percentil	120	79	87	63	349	74.1