

CLINICA INTERNACIONAL "JARDINES DEL REY"
CAYO COCO

Comportamiento de la morbilidad en el Área Intensiva de Cayo Coco durante dos años de trabajo.

Behavior of the morbidity in the intensive area of Cayo Coco during two years of work.

Julio Guirola de la Parra (1), Ketty Alvarado Bermúdez (2), Ángel Moya Brizuela (3).

Resumen

Se realizó un estudio observacional descriptivo con carácter retrospectivo de los pacientes atendidos en el Área Intensiva del polo turístico de Cayo Coco desde enero del 2008 a diciembre del 2009. La muestra estuvo constituida por 152 turistas y 74 pacientes nacionales, con el objetivo de determinar el comportamiento de la morbilidad; se estableció que el 65% de los pacientes pertenecían al grupo de 15 a 60 años, predominó el sexo masculino y los turistas canadienses fueron los que más se atendieron. Entre los extranjeros la causa de ingreso más frecuente fue la gastroenterocolitis con desequilibrios hidroelectrolíticos con 40 pacientes, seguido de las urgencias cardiovasculares con 31; entre los cubanos estas últimas fueron las primeras con 27 pacientes. El 59,9% de los turistas y el 54.4% de los pacientes nacionales permanecieron ingresados por más de 2 horas. El 63.2% de los turistas resolvió su enfermedad en la sala, se requirió remitir solo el 36,8%, mientras que el 68.8% de los nacionales necesitaron ser remitidos al hospital de Morón.

Palabras clave: UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS, TURISMO, MORBILIDAD.

1. Especialista de 2do Grado en Medicina Intensiva y Emergencias. Profesor Auxiliar.
2. Especialista de 1er Grado en Neonatología. Profesora Instructora.
3. Licenciado en Enfermería.

INTRODUCCIÓN

El desarrollo de las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) en los hospitales significó sin dudas un importante paso de avance en el cuidado de los pacientes en situación crítica por patologías propias de variados órganos y sistemas al lograr un estratégico empleo de la tecnología y los avances terapéuticos en función de la restauración de la salud y el mantenimiento de una adecuada calidad de vida de dichos pacientes (1). Si bien estas unidades tuvieron un gran impacto en la mortalidad de las personas con urgencias y emergencias médicas, en la primera década del actual siglo existe la tendencia a extender el campo de dicha medicina hasta el lugar donde surge el proceso que pone en peligro la vida del paciente, tanto el ámbito hospitalario como extrahospitalario (2). Es conocido que la atención de urgencias a enfermos o lesionados graves tiene mejores resultados si se establece una cadena de supervivencia, desde la comunidad o escenario donde suceden los problemas agudos, pasando por los eslabones necesarios de atención, hasta concluir la salvación en los cuidados intensivos definitivos (3).

Con el desarrollo de la salud en Cuba, el sistema de urgencia ha tenido la necesidad de perfeccionarse para brindar excelencia en la calidad de los servicios prestados, así surgieron las Áreas Intensivas Municipales (AIM) en diciembre del año 2003, a partir de una idea del Comandante en Jefe, como parte de la preparación para enfrentar la posible epidemia por el Síndrome Agudo Respiratorio Grave y como necesidad de acercar a la comunidad servicios de urgencia con mayor resoluntividad, ya que existía un número importante de municipios que no contaba con el equipamiento ni el personal calificado para ofrecerlo. Estas se ubicaron en 118 municipios y en los polos turísticos de Cayo Largo y Cayo Coco. Dos años y medios después de su puesta en funcionamiento, el compañero Fidel Castro informaba que se habían atendido un total de 67 859

pacientes, de los cuales el 57,9% (39 309 pacientes) se recuperaron sin acudir a otra institución de salud. Poco menos de la tercera parte de los pacientes requirió ser remitido a instituciones hospitalarias fuera de su municipio (22 198 pacientes, que representan el 32,7% del total). El número de vidas salvadas asciende a 18 737 pacientes en las nuevas terapias intensivas (4).

Todos los autores de las publicaciones revisadas coinciden en que las principales afecciones tratadas en estas AIM son las cardiovasculares, seguidas de las cerebrovasculares y las respiratorias, las siguientes sí varían de un autor a otro, de acuerdo a las características de la población de cada área (5-7).

Si bien en la literatura médica cubana hoy en día se pueden encontrar numerosos artículos relacionados con las AIM, donde se describen las características demográficas de la población atendida, las principales causas de ingreso, la estadía, la supervivencias y la necesidad de remisión a otros centros en los diferentes municipios del país, no se ha publicado lo que ha ocurrido con la de los polos turísticos, por lo que se decide describir como se ha comportado este fenómeno en el Área Intensiva de Cayo Coco durante dos años de trabajo.

MÉTODO

Se realizó un estudio observacional descriptivo con carácter retrospectivo de los pacientes atendidos en el AIM del polo turístico de Cayo Coco desde enero del 2008 a diciembre del 2009; la muestra quedó constituida por 152 turistas y 74 pacientes nacionales.

Las variables estudiadas fueron: edad, sexo, causas de ingreso, horas de estadía, remisiones y país de procedencia. La información fue obtenida del registro de ingresos de la unidad.

Causas de ingreso: como son numerosas las enfermedades que pueden motivar el ingreso en un Área Intensiva, para este estudio se decidió clasificarlas en: urgencias cardiovasculares, gastroenterocolitis con desequilibrios hidroelectrolíticos, síndromes sépticos, abdomen agudo, comas del diabético, urgencias neurológicas, politraumas, intoxicaciones exógenas, broncoespasmos agudos, síndromes vertiginosos, urgencias urológicas.

Estadía: Esta se midió solo en horas, pues por las características del centro donde está localizada esta Área Intensiva, a los pacientes solo se les atiende por períodos inferiores a las 8 horas, si desde un inicio la patología requiere ingreso hospitalario es remitido al hospital de referencia.

El Área Intensiva de Cayo Coco cuenta con dos cubículos independiente con una cama cada uno, con equipamiento suficiente para soporte ventilatorio, monitoreo cardiorrespiratorio y stock de medicamento para las urgencias y emergencias médicas.

Los datos fueron procesados con una calculadora manual y los resultados fueron expresados en tablas de frecuencia y por ciento.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Los servicios médicos en el polo turístico Jardines del Rey que incluyen Cayo Coco y Cayo Guillermo, está conformado por una red de consultorios hoteleros que atienden a turistas y trabajadores y dos postas médicas destinadas a la atención de los trabajadores de la construcción, como puntos de atención primaria, y por la Clínica Internacional de Cayo Coco como nivel secundario, donde se atienden las urgencias y emergencias médicas tanto de turistas como de nacionales. Durante el año 2008 y 2009 que se abarca este estudio se atendieron 4284 turistas, de los cuales 152 fueron urgencias y emergencias médicas y requirieron atención en el Área Intensiva, lo que representa el 3,5%, algo superior a lo reportado por otros autores que refieren un 1% (8-9).

La Tabla No. 1 representa la distribución de los pacientes según grupo de edades y sexo; la mayoría de los pacientes, tanto turistas como nacionales, se encuentran en el grupo de 15 a 60 años, lo cual se corresponde con el mayor número de personas de este grupo de edades que laboran o visitan el polo turístico. Otros autores cubanos han reportado el mayor número de ingreso en las AIM en los grupos de edades de más de 60 años, lo cual está en relación con el envejecimiento de la población cubana y las patologías más frecuentes (10-11). Con relación al sexo, no hubo grandes diferencias dentro del grupo de turistas, pero sí es significativa en los pacientes nacionales, pues se atendieron 16 del sexo femenino y 58 del masculino, esto puede ser explicado por el mayor número de personas del sexo masculino que laboran en el polo.

Durante el periodo de estudio el mayor número de turista que visitó el polo provenían de Canadá, Inglaterra y Argentina y, como se puede observar en la Tabla No. 2, de igual forma se comportaron los ingresos en el Área de Terapia Intensiva, mientras que los cubanos representaron el 32.7%.

La Tabla No. 3 muestra la distribución de los pacientes según las patologías atendidas, se ven diferencias entre los turistas y los pacientes nacionales. En los turistas la afección más frecuente fue la gastroenterocolitis con desequilibrios electrolíticos en 40 pacientes, patología esta que ocurre entre el 40 y 60% de las personas que viajan a otros países y que, según la literatura revisada, aproximadamente el 1% desarrolla una forma severa con desequilibrio hidroelectrolítico y requieren ingreso en salas de emergencias (12-13). En segundo lugar aparecen las urgencias cardiovasculares (31 pacientes) que es lógico, pues la gran mayoría de los turistas que visitan nuestro polo son personas de edad avanzada y portadores de enfermedades crónicas que durante su estancia en las instituciones hoteleras violan su régimen dietético al incrementar la ingesta de alimentos ricos en grasas y sal, acompañado de la ingestión de bebidas alcohólicas, lo cual provoca descompensaciones de sus patologías, aparecen crisis hipertensivas, anginas inestables, arritmias cardiacas e infarto agudo del miocardio que fueron atendidos en el Área Intensiva de Cayo Coco. En los pacientes cubanos las urgencias cardiovasculares ocuparon el primer lugar con 27 pacientes, seguido de los politraumatizados y el abdomen agudo con 12. Estos resultados se corresponden por los publicados en otros estudios cubanos, quienes afirman que los problemas de salud que están afectando fundamentalmente a la población están relacionados con los eventos agudos de las enfermedades crónicas no transmisibles y las lesiones secundarias a los accidentes fundamentalmente vehiculares (6, 9, 10). En relación al abdomen agudo otros autores cubanos no lo reflejan como causa de ingreso frecuente, en esta serie ocupa el tercer lugar, lo que puede estar en relación con la situación geográfica de Cayo Coco y Guillermo con respecto al hospital general más cercano.

Se conoce que el agua y la comida contaminadas son los principales reservorios de los patógenos que producen diarrea en viajeros a países en desarrollo. La causa más frecuente de diarreas es la bacteriana, que representa del 60 al 85% de los casos según distintos trabajos. Las diarreas producidas por parásitos representan el 10% y los virus ocasionan un 5% de los mismos. El enteropatógeno que con más frecuencia produce diarrea del viajero es la *Escherichia coli*. En dependencia de diferencias serotípicas, virulencia y cuadro clínico se han detectado cinco tipos de *E. coli* entéricas: *E. coli* enterotoxigénica (ETEC), *E. coli* enteroagresiva (EAEC), enterohemorrágica, enteropatógena y enteroinvasiva. Generalmente sigue un curso benigno, es infrecuente la afectación importante del estado general y se cifra la hospitalización por esta causa en el 1% de los casos. La duración promedio del cuadro es de cuatro días, incluso sin tratamiento, el 50% de los pacientes que la sufren están libres de síntomas dentro de las 48 horas del inicio (14-16). De forma general este es el comportamiento de las diarreas del turista, pero pueden presentarse variaciones en dependencia del área geográfica y la época del año.

La Tabla No. 4, muestra como se comportaron los casos que requirieron ingreso en el Área Intensiva de Cayo Coco con desequilibrios hidroelectrolíticos por gastroenterocolitis aguda durante el año 2008 y 2009, se ve una disminución importante durante el año 2009 (15 casos) en comparación con el 2008 (25 pacientes). A diferencia con lo reflejado por otros autores, no hubo diferencias significativas en relación a la distribución estacional de esta afección en el periodo de estudio.

La Tabla No. 5 refleja la distribución de los pacientes según la estadía en el Área Intensiva de Cayo Coco, en el caso de los turistas más del 59.9% permanecieron ingresados por más de 2 horas, lo que está en relación con la primera causa de ingreso en este grupo, que fueron las gastroenteritis con desequilibrio hidroelectrolítico que generalmente requieren de varias horas para su solución, pero que pueden ser tratadas en esta institución sin necesidad de traslado a otro hospital, el 40,1% restante permaneció menos de dos horas, de estos un número pequeño resolvió su urgencia como fueron las crisis hipertensivas y las intoxicaciones exógenas por ingestión de bebidas alcohólicas y un número mayor fue remitido al hospital Morón por requerir ingreso hospitalarios, se destacan entre las causas los síndromes coronarios agudos, el abdomen agudo y los pacientes con síndromes sépticos. En los pacientes nacionales no hubo diferencias significativas en cuanto a la estadía. Estos resultados se corresponden con los estándares internacionales que indican que el tiempo de

estancia en el servicio de urgencias debe estar entre las 2 y 6 h, de acuerdo con el sistema establecido en cada unidad médica; no obstante, se considera que hasta un 25% de los pacientes llegan a requerir una estancia mayor dentro de él (17).

Todos los pacientes atendidos en el Área Intensiva de Cayo Coco permanecieron menos de 6 horas, dadas las características de la misma y donde se cumple con un principio expuesto por otros autores, que consideran que una estancia mayor que esta representa un problema real, ya que satura los servicios de urgencias y repercute directamente en la calidad de la atención a los demás pacientes, así como en el incremento en consumo de recursos (6).

En la Tabla No. 6 se observa la distribución de paciente según necesidad de remisión, donde solo el 36,8% de los turistas se remitieron y se logró recuperar el 63,2%, lo que implica menos molestias para estos pacientes y, por tanto, una mejor opinión en la esfera internacional sobre el sistema de salud cubano. Con relación a los enfermos nacionales atendidos, este índice se comportó ligeramente más elevado a lo referido por otros autores cubanos y a lo observado en los turistas, lo cual está relacionado con las patologías más frecuente en este grupo (urgencias cardiovasculares y politraumas) que, como se sabe, requieren de ingreso hospitalario por varios días, lo cual no es posible en esta unidad por sus características (7, 10).

Aunque no constituía un objetivo del trabajo se pudo comprobar que por la atención de los pacientes extranjeros atendido durante los dos años que duró el estudio en el Área Intensiva de Cayo Coco, se ingresó a la compañía Turismo y Salud perteneciente al Grupo Cubanacán la suma de 30800.70 CUC.

ABSTRACT

It was realized a descriptive observational study with retrospective character of the patients attended in the Intensive Area of the tourist pole of "Cayo Coco" from January of the 2008 to December of the 2009. The sample was constituted by 152 tourists and 74 national patients, with the objective to determine the behaviour of the morbidity; , it was establish that 65% of the patients belonged to the group of 15 to 60 years, predominating the masculine sex and that the Canadian tourists were those that more were attended. The cause of entry more frequent between the foreigners was the gastroenterocolitis with hydro electrolytic disequilibrium, with 40 patients, followed of the cardiovascular urgencies with 31; between the Cuban patients these last were the first cause with 27 patients. 59.9% of the tourists and 54.4% of the national patients remained entered by more than 2 hours. 63.2% of the tourist resolved his illness in the room, requiring remit only 36.8%, whereas 68.8% of the national needed to be remitted to Morón's hospital.

Key words: INTENSIVE CARE UNITS, TOURISM, MORBIDITY.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gutiérrez Fernández F, Gutiérrez Núñez Carlos A. Limitación del esfuerzo terapéutico en medicina intensiva. Rev Cubana Med Intens Emerg [Internet]. 2003 [citado 14 Ene 2012]; 2(4): [aprox. 8 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mie/vol3_2_04/mie05204.htm
2. Farrera Rozman C. Tratado de Medicina Interna. 14 ed. Madrid: Harcourt; 2000.
3. Bordajá A, Alonso J, García X, Bueno H. Actualización en cardiopatía isquémica. Rev Española Cardiol. 2006; 59(supl 1): 3-19
4. Castro Ruz F. Discurso pronunciado por el Comandante en Jefe, Presidente de la República de Cuba, en el acto central con motivo del 53 aniversario del asalto a los cuarteles Moncada y "Carlos Manuel de Céspedes". Plaza de la Patria de Bayamo, Granma; 26 de julio de 2006.
5. González A. Morbimortalidad en terapias intensivas de centros diagnósticos integrales del estado Sucre, Venezuela [tesis]. Sucre: Centro Diagnóstico Integral "Bolívar y Martí; 2006.
6. Enseñat Alvarez A, Bembibre Taboada R, Jova Dueñas J. Experiencia de un año de trabajo en una Unidad de Terapia Intensiva municipal. Medisur [Internet]. 2006 [citado 14 Ene 2012]; 4(1): [aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/175/4865>
7. Herrera Varela JL, González Ramos E, Sosa Acosta AL. Áreas intensivas municipales: estrategia vital para los servicios de urgencia en la atención primaria. Rev Cubana Med Intens Emerg

- [Internet]. 2008 [citado 14 Ene 2012]; 7(2): [aprox. 8 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mie/vol7_2_08/mie07208.htm
8. Herrera Varela JL, González Ramos E, Sosa Acosta AL. Áreas intensivas municipales: estrategia vital para los servicios de urgencia en la atención primaria. Rev Cubana Med Intens Emerg [Internet]. 2008 [citado 17 Feb 2011]; 7(2): [aprox. 8 p.]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mie/vol7_2_08/mie07208.htm
9. Pajón Espina DJ. Turismo de salud en Cuba: situación actual y perspectivas. Econ Gerenc Cuba Avanc Invest [Internet]. 2009 [citado 12 Ene 2012]. Disponible en: <http://thecubaneconomy.com/wp-content/uploads/2011/12/Turismo-de-salud-en-Cuba.-David-Pajon.pdf>
10. Silva Ramos L. Morbi-mortalidad en una terapia intensiva municipal. Rev Cubana Med Intens Emerg [Internet]. 2004 [citado 12 Ene 2012]; 3(2): [aprox. 8 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mie/vol3_2_04/mie05204.htm
11. Aguilar Hernández I, Benítez Maqueira B, Barreto M. Impacto de la unidad de terapia intensiva municipal de Nueva Paz. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2006 [citado 12 Ene 2012]; 22(4): [aprox. 8 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252006000400003&script=sci_arttext&lng=en
12. Moreira V, López A. Diarrea del viajero. Rev Española Enferm. 2004; 96(4): 21-29.
13. Yates J. Traveler's diarrhea. Am Fam Physician. 2005; 71(11):2095-100.
14. Alonso R, Alemán A. Diarrea del viajero. Anales Sis San Navarra [Internet]. 2006 [citado 12 Ene 2012]; 29(Supl. 1): [aprox. 8 p.]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1137-66272006000200011&script=sci_arttext&lng=e
15. Okhuysen P. Current concepts in traveler's diarrhea: epidemiology, antimicrobial resistance and treatment. Curr Opin Infect Dis. 2005; 18: 522-526.
16. Centers for Disease Control and Prevention. Traveler's diarrhea. Health information for International Travel. Yellow Book 2005-2006. Disponible en <http://www.cdc.gov/travel.htm>
17. Ross ME, Glob K, Wilson A. Emergency department observation unit occupancy is maximized by a novel hybrid design. Ann Emerg Med. 1999; 34:S79.

ANEXOS

Tabla No. 1. Distribución de los pacientes según sexo y edad

Grupos de edades	Turistas				Nacionales				Total	
	Femenino No.	Femenino %	Masculino No.	Masculino %	Femenino No.	Femenino %	Masculino No.	Masculino %	No.	%
Menos de 15 años	7	10.9	12	13.6	-	-	4	6.9	23	10.2
15 a 60 años	40	62.5	41	46.6	16	100	50	86.2	147	65.0
Más de 60 años	17	26.6	35	39.8	-	-	4	6.9	56	24.8
Total	64	100	88	100	16	100	58	100	226	100

Fuente: registro de ingresos de la unidad.

Tabla No. 2. Distribución de los pacientes según nacionalidad

País	No.	%
Canadá	84	37.2
Inglaterra	47	20.8
Argentina	11	4.9
Otros	10	4.4
Cubanos	74	32.7
Total	226	100

Fuente: registro de ingresos de la unidad.

Tabla No. 3. Distribución de los pacientes según las patologías más frecuentes

Patologías	Turistas		Nacionales	
	No.	%	No.	%
Gastroenterocolitis con desequilibrios hidroelectrolíticos	40	26.3	2	2.7
Urgencias cardiovasculares	31	20.4	27	36.5
Síndromes sépticos	14	9.2	-	-
Comas del diabético	12	7.9	1	1.4
Abdomen agudo	12	7.9	12	16.2
Urgencias neurológicas	11	7.2	5	6.8
Politraumas	9	5.9	12	16.2
Intoxicaciones exógenas	7	4.6	-	-
Broecospasmos agudos	7	4.6	3	4.0
Síndromes vertiginosos	4	2.6	-	-
Urgencias Urológicas	3	2.1	10	13.5
Ahogamiento incompleto	2	1.3	2	2.7
Total	152	100	74	100

Fuente: registro de ingresos de la unidad.

Tabla No. 4. Distribución de los pacientes con gastroenterocolitis según mes del año

Mes	2008		2009		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Enero	0	0	1	6.7	1	2.5
Febrero	3	12	1	6.7	4	10.0
Marzo	2	8	2	13.3	4	10.0
Abril	3	12	2	13.3	5	12.5
Mayo	5	20	1	6.7	6	15.0
Junio	2	8	2	13.3	4	10.0
Julio	3	12	2	13.3	5	12.5
Agosto	2	8	0	0	2	5.0
Septiembre	0	0	1	6.7	1	2.5
Octubre	2	8	2	13.3	4	10.0
Noviembre	0	0	1	6.7	1	2.5
Diciembre	3	12	0	0	3	7.5
Total	25	100	15	100	40	100

Tabla No. 5. Distribución de los pacientes según estadía en sala

Estadía	Turistas		Nacionales		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Hasta 2 horas	61	40.1	42	56.8	103	45.6
Más de 2 horas	91	59.9	32	43.2	123	54.4
Total	152	100	74	100	226	100

Fuente: registro de ingresos de la unidad.

Tabla No. 6. Distribución de los pacientes que requirieron remisión al hospital

Remitidos	Turistas		Nacionales	
	No.	%	No.	%
Si	56	36.8	45	60.8
No	96	63.2	29	39.2
Total	152	100	74	100

Fuente: registro de ingresos de la unidad.