

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS DE LA MORTALIDAD NO TRAUMÁTICA EN ADULTOS JÓVENES. UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS HOSPITAL CENTRAL UNIVERSITARIO DR. ANTONIO MARÍA PINEDA

*Angel Echenique **Antonio Franco

RESUMEN

El conocimiento del perfil epidemiológico de un servicio clínico trae diversas ventajas para identificar las características de la población a la que se le brinda el servicio. Con el objetivo de determinar el perfil clínico y epidemiológico de la mortalidad no traumática en adultos jóvenes en la Unidad de Cuidados Intermedios del Hospital Central Universitario Dr. Antonio María Pineda durante el período 2017-2018, se realizó un estudio descriptivo transversal tomando como población los adultos que fallecieron entre 20 y 40 años de edad ingresados al servicio en ese periodo de tiempo. Se evaluaron las variables clínicas basadas en las causas de defunción que estuvieron agrupadas según la Décima Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud (CIE-10) que incluyeron los dos primeros diagnósticos de defunción y la estancia hospitalaria; entre las variables epidemiológicas se identificaron la edad, sexo, mes y año de ingreso. Los resultados de este estudio permitieron reconocer las patologías infecciosas y no infecciosas, agudas y crónicas, con la finalidad de mejorar la atención médica y reducir la tasa de mortalidad en la población adulta joven.

Palabras clave: mortalidad, adulto joven, estancia hospitalaria, CIE-10, comorbilidades

CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF NON-TRAUMA MORTALITY IN YOUNG ADULTS. INTERMEDIATE CARE UNIT. HOSPITAL CENTRAL UNIVERSITARIO DR. ANTONIO MARÍA PINEDA

ABSTRACT

The knowledge of the epidemiological profile of a clinical service brings several advantages to identify the characteristics of the population to which the service is provided. With the objective of determining the clinical and epidemiological profile of non-trauma mortality in young adults in the Intermediate Care Unit of the Hospital Central Universitario Dr. Antonio Maria Pineda during the 2017-2018 period, a cross-sectional descriptive study was carried out taking as a population the young adults who entered the service in that period of time but died. The clinical variables were evaluated based on the causes of death that were grouped according to the Tenth International Statistical Classification of Diseases and Health Related Problems (ICD-10) and included the first two diagnoses of death and hospital stay; the epidemiological variables that were evaluated included age, sex, month and year of admission. The results of this study make it possible to broaden the knowledge about infectious and noninfectious, as well as acute and chronic pathologies with the aim to improve medical care and reduce mortality in young adult population.

Key words: mortality, young adult, hospital stay, ICD-10, comorbidities

*Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado, Decanato de Ciencias de la Salud, Barquisimeto, Venezuela. [correo electrónico del autor principal: aechenique_1@hotmail.com](mailto:aechenique_1@hotmail.com)

**Hospital Central Universitario Dr. Antonio María Pineda, Unidad de Cuidados Intermedios, Barquisimeto, Venezuela.

Recibido: 20/02/2020
Aceptado: 10/04/2020



[Creative Commons Reconocimiento-No Comercial-Compartir Igual 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/)

INTRODUCCIÓN

Actualmente se describe que cada tipo de sociedad presenta un perfil específico de enfermedad y que este está ligado al volumen y la estructura de su población, su organización socioeconómica y su capacidad para atender la enfermedad entre sus miembros. Es por ello que la realización de perfiles epidemiológicos ha representado un papel protagónico al identificar las fases del cambio sanitario y la toma de decisiones en la asignación de recursos que promuevan la salud de cada sociedad con sus complejas variables demográficas.

En este sentido, el perfil epidemiológico se define como la expresión de la carga de enfermedad (estado de salud) que sufre la población y cuya descripción requiere de la identificación de las características que la definen. Entre estas características están la mortalidad, la morbilidad y la calidad de vida⁽¹⁾. Su importancia radica en que éste describe información del comportamiento de los eventos de interés en salud pública y contribuye a la planificación, programación, organización y gestión de los servicios de salud. Asimismo influye en la toma de decisiones clínico-terapéuticas, así como de vigilancia y control epidemiológico y administrativo, de manera que los servicios de salud tengan como objetivo final atender las verdaderas necesidades de una población⁽²⁾.

Un perfil epidemiológico hace uso de los indicadores de salud de comportamiento que miden los patrones de consumo, las consecuencias, los riesgos y factores de protección y otras características de la población clave con el fin de proporcionar una visión detallada de los problemas que afectan a una población en particular⁽³⁾. Al respecto, las estadísticas de mortalidad son ampliamente utilizadas para efectuar análisis de la situación de salud, sea de diferentes poblaciones en un mismo momento del tiempo o de una misma

población en distintos momentos. Este análisis suele acompañarse con información específica discriminada por edad, sexo, causas de muerte, entre otros.

Al margen de los problemas que acarrea utilizar la mortalidad como una aproximación a la salud, los datos de mortalidad por lo común están disponibles y se utilizan ampliamente para describir la salud de las poblaciones. Los indicadores del estado de salud basados en la mortalidad son muy útiles, aun teniendo limitaciones cuando se quieren comparar diversas poblaciones, sea por las diferencias en la estructura poblacional, en los servicios o en la atención de salud o en la calidad de los registros⁽⁴⁾.

En general, las estadísticas de mortalidad por causas son la única o más confiable fuente de información acerca del estado de salud de la población. Comúnmente, cuando se habla de estadísticas de causas de muerte se está haciendo referencia a las que clasifican las defunciones según su causa básica. Es así como las estadísticas de mortalidad reflejan la frecuencia con que ocurren en la población aquellas enfermedades que conducen a la muerte. Son compiladas rutinariamente en muchos países y suministran un indicador fácilmente disponible para indicar la frecuencia con que ocurren esas enfermedades en función del tiempo, del lugar y de las personas. Por tanto, tienen importancia como un medio para lograr una visión epidemiológica de la enfermedad⁽⁵⁾.

En 1967, la 20a Asamblea de la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió las causas de defunción como todas aquellas enfermedades, estados morbosos o lesiones que producen la muerte o contribuyen a ella y las circunstancias del accidente o de la violencia que produjo dichas lesiones⁽⁶⁾. El propósito de esta definición era asegurar que se registrará toda la información pertinente y que el certificador no seleccionará algunas afecciones para registrarlas

y rechazar otras. La definición no incluye síntomas ni modos de morir, tales como paro cardíaco o insuficiencia respiratoria, cuando son el resultado final de un proceso de enfermedad.

Para el análisis de mortalidad habitualmente se emplean bases de datos administrativas a pesar de las limitaciones que presentan al no incorporar la gravedad del proceso. La más empleada es la del conjunto mínimo básico de datos (CMBD); el estudio de mortalidad hospitalaria se realiza en función del diagnóstico principal según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) basado en la búsqueda exclusiva del diagnóstico principal⁽⁷⁾.

En este orden de ideas, la muerte hospitalaria está directamente relacionada con la edad, sexo, número de diagnósticos, duración de la estancia hospitalaria y los distintos grupos de enfermedades. Por otra parte, la actividad de hospitalización realizada por los servicios de Medicina Interna se realiza basado en el número de ingreso, tamaño del hospital, día de la semana de ingreso, mes de ingreso, grupos relacionados por el diagnóstico más frecuentes y costos⁽⁸⁾.

Para Morera y colaboradores⁽⁹⁾ el sistema sanitario y muy específicamente el hospital, ha pasado de atender a pacientes jóvenes con patologías agudas a pacientes con patologías crónicas que, en su mayoría, corresponden a pacientes ancianos. Sin embargo, es importante estudiar las causas de mortalidad en adultos jóvenes las cuales son diferentes a la del adulto mayor.

En este contexto, la OMS ha definido claramente las etapas de la fase de adultez de los seres humanos, ha denominado y establecido unas características físicas para así ubicar a las personas en estas etapas⁽¹⁰⁾. De manera que el adulto joven es la etapa comprendida entre los 20 y 40 años de edad, donde alcanza la madurez física y su sistema corporal funciona a óptimo nivel, adquieren una filosofía de la vida acorde con los cambios sexuales, las transformaciones

físicas y el momento social en el cual se desarrollan. La percepción sensorial e intelectual y el vigor muscular están al máximo. También, se caracteriza por independencia económica y familiar, propuesta y realización de metas, etapa de mayor productividad laboral e inicio de las enfermedades crónicas y degenerativas.

En Venezuela, según el último Anuario de Mortalidad 2013⁽¹¹⁾ se evidencia que las enfermedades crónicas no transmisibles (enfermedades del sistema circulatorio, tumores, diabetes mellitus y enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores) representan 46,56% de la mortalidad; 3,93% corresponde a enfermedades infecciosas y parasitarias y 19,39% a causas externas de morbilidad y mortalidad, por lo que la transición epidemiológica en el país se mantiene, al prevalecer la carga de mortalidad por enfermedades de carácter crónico, causas externas y enfermedades infecciosas.

Al desglosar la mortalidad por edades se observa que el grupo de 15 a 24 años las tres principales causas de defunción son los suicidios y homicidios (32,48%), los accidentes de todo tipo (19,73%) y cáncer (3,11%); los suicidios y homicidios (20,84%), los accidentes de todo tipo (16,75%), el cáncer (10%) y las enfermedades del corazón (6,88%) se mantienen como las cuatro primeras causas de mortalidad en los adultos de 25 a 44 años. En cambio, en los adultos de 45 a 64 años el cáncer (23,70%), las enfermedades del corazón (22,60%) y la diabetes (10,16%) son las principales⁽¹¹⁾.

En el Servicio de Medicina de Interna del Hospital Central Universitario Dr. Antonio María Pineda” no se cuenta con el antecedente de un perfil epidemiológico previo de adultos jóvenes; sólo con el perfil clínico epidemiológico de la morbilidad del Servicio de Medicina de Mujeres realizado por Martínez y Tovar⁽¹²⁾ durante el lapso 2012-2014; reportaron una mortalidad de 15,32%, siendo las principales

causas insuficiencia respiratoria (21,43%), shock hipovolémico (8,24%) y tumores (7,14%).

MATERIALES Y MÉTODOS

Para efectos de este estudio la población estuvo conformada por los adultos jóvenes que ingresaron a la Unidad de Cuidados Intermedios del Departamento de Medicina y la muestra fue considerada por todos los adultos jóvenes que ingresaron pero que fallecieron según registro del Departamento de Estadísticas y Registros de Salud del Hospital Central Universitario Dr. Antonio María Pineda durante el período 2016-2018. Se incluyeron todos los pacientes en edades comprendidas entre 20-40 años, de ambos sexos, fallecidos durante la hospitalización en la Unidad de Cuidados Intermedios durante el lapso 2016-2018. Se excluyeron aquellos pacientes fallecidos por causas traumáticas.

En esta investigación se utilizó una ficha de recolección de datos donde la información obtenida provino de una fuente secundaria como fueron las historias clínicas de los pacientes fallecidos durante la hospitalización en la Unidad de Cuidados Intermedios en el lapso de estudio. Al respecto, el instrumento constó de tres partes, la primera relacionada a los datos de demográficos tales como iniciales del nombre y apellido, edad, sexo y procedencia. La segunda parte refería las causas de mortalidad según Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) y la tercera parte incluyó datos de la estancia hospitalaria, la cual fue estimada con la fecha de ingreso y egreso.

Los datos obtenidos fueron procesados de forma computarizada mediante el programa Excel versión 2010, con la posterior realización de cuadros. La información se resumió de acuerdo a la distribución de frecuencia relativa utilizando como medida los porcentajes además de medidas de tendencia central como el

promedio y la desviación estándar según fuese el caso.

RESULTADOS

En relación a las características demográficas de los adultos jóvenes fallecidos admitidos en la Unidad de Cuidados Intermedios, el 53% se corresponde al grupo etario de 20 a 30 años mientras que el 47% corresponde al grupo etario de 31 a 40 años. El 58% son del sexo masculino. La mayoría de los pacientes fallecidos tenían menos de 15 días de hospitalización (51%) seguido de los pacientes con 15 a 30 días de hospitalización (31%). 3% de los pacientes fallecieron entre el primer y segundo mes de hospitalización.

El cuadro 1 muestra el diagnóstico clínico (1) de mortalidad en adultos jóvenes según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10).

Diagnóstico Clínico 1	F	%
Cetoacidosis Diabética Severa	2	10
Insuficiencia Respiratoria Aguda	4	21
Meningoencefalitis Aguda	1	5
Síndrome De Hipertensión Intracraneana	1	5
Hematoma Intraparenquimatoso	1	5
Endocarditis Infecciosa	2	10
Shock Séptico	5	26
Vasculitis del SNC	1	5
Disfunción Sistólica del VI	1	5
Shock Obstructivo: Taponamiento Cardíaco	1	5
n=19		

Cuadro 1. Diagnóstico clínico 1 de mortalidad en adultos jóvenes según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10). Unidad de Cuidados Intermedios. Hospital Central Universitario Antonio María Pineda.

El cuadro 2 muestra el diagnóstico clínico (2) de mortalidad en adultos jóvenes según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10).

Diagnóstico Clínico 2	F	%
Infección Del Tracto Urinario	1	5
Neumonía Por Broncoaspiración	4	21
Lupus Eritematoso Sistémico en Actividad Severa	4	21
Shock Hipovolémico No Hemorrágico	1	5
Hemorragia Subaracnoidea Fisher IV	1	5
Derrame Pleural Masivo	1	5
Leucemia Linfoide Aguda	1	5
Insuficiencia Respiratoria Aguda	1	5
Acidosis Metabólica Severa	1	5
Disfunción Sistólica del Ventrículo Izquierdo	1	5
Isquemia Intestinal	1	5
Infarto Tipo 2	1	5
Derrame Pericárdico Severo		
n=19		

Cuadro 2. Diagnóstico clínico 2 de mortalidad en adultos jóvenes según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10). Unidad de Cuidados Intermedios. Hospital Central Universitario Antonio María Pineda.

Entre las comorbilidades previas de los pacientes hospitalizados, las más comunes fueron el LES, anemia hemolítica, linfoma No Hodgkin, diabetes mellitus tipo I y la enfermedad renal crónica (cuadro 3).

Comorbilidades previas	F	%
Diabetes Tipo 1	2	10
Traumatismo Craneoencefálico	1	5
Enfermedad Renal Crónica	2	10
Linfoma No Hodgkin	2	10
Lupus Eritematoso Sistémico	3	15
Diabetes Tipo 2	1	5
HIV	1	5
Parálisis Cerebral Infantil	1	5
Traumatismo Facial	1	5
Cardiopatía Congénita	1	5
Ganógena	1	5
Anemia Hemolítica	3	15
n=19		

Cuadro 3. Comorbilidades previas en adultos jóvenes de la Unidad de Cuidados Intermedios.

Hospital Central Universitario Antonio María Pineda.

Las comorbilidades adquiridas en los pacientes hospitalizados fueron enterocolitis aguda (36%), neumonía intrahospitalaria (21%) e infección del tracto urinario (15%). 21% de los pacientes no adquirieron una comorbilidad.

DISCUSIÓN

En el presente estudio sobre las características clínicas y epidemiológicas de la mortalidad no traumática en adultos jóvenes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intermedios del Hospital Central Universitario Dr. Antonio María Pineda se evidencia que la mayoría de los pacientes se encuentran en el grupo etario de 20 a 30 años con una discreta prevalencia del sexo masculino (58%).

Por otra parte, se evidencia que de acuerdo al diagnóstico clínico 1 de mortalidad en adultos jóvenes según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) en la Unidad de Cuidados Intermedios, el 26% presentaron Shock Séptico, 21% presentó Insuficiencia Respiratoria Aguda, mientras que el 10% Cetoacidosis Diabética Severa y el otro 10% Endocarditis Infecciosa. De acuerdo al diagnóstico clínico 2 de mortalidad en adultos jóvenes según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) en la Unidad de Cuidados Intermedios presentaron Neumonía por Broncoaspiración y Lupus Eritematoso Sistémico en actividad severa con mayor frecuencia.

La práctica profesional en el país ha permitido conocer que las lesiones por armas de fuego y los accidentes del tránsito aportan un gran número de pacientes a los distintos centros asistenciales, que en su mayoría son enfermos grave o críticamente enfermos, que necesitan ingresos en las unidades de cuidados intermedios e intensivos, enviados a estas

unidades por diversas especialidades, dentro de las cuales se destacan cirugía, neurocirugía y traumatología.

Es criterio del autor que existen varios factores que pueden influir en la especialidad de procedencia del paciente que ingresa en la Unidad de Cuidados Intermedios, dentro de los cuales se puede decir que uno de los más importante es la característica sociodemográfica donde se realiza el estudio ya que los patrones de enfermedad varían de un país a otro, difieren los que se observan en Venezuela, en relación a los que muestran los países más desarrollados del mundo o los que presentan los integran el continente africano, donde hay predominio de las enfermedades infecciosas como el SIDA y el Paludismo.

Otro aspecto importante evidenciado en el estudio se refiere a los días de hospitalización de los pacientes antes del fallecimiento que fue en la mayoría de los casos menor a 15 días; según otros autores la estadía hospitalaria en la Unidad de Cuidados Intermedios fue de alrededor de 72 horas, mientras que la estadía hospitalaria media fue de 7.7 días^(9,13,14).

En cuanto a las comorbilidades previas, las más comunes fueron el LES, anemia hemolítica, linfoma No Hodgkin, diabetes mellitus tipo I y la enfermedad renal crónica. En cuanto a las comorbilidades adquiridas la mayoría presentó enterocolitis aguda (36%), neumonía intrahospitalaria (21%) e infección del tracto urinario (15%). En los estudios consultados se evidencia que a pesar de las comorbilidades previas o adquiridas en los pacientes hospitalizados hay cifras importantes de pacientes que egresan vivos⁽⁸⁾ lo cual debe servir de reflexión para evaluar la calidad de la atención hospitalaria que se le brinda a este grupo de pacientes que en otras condiciones tendrían altas tasas de sobrevida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Whitembury A. (2006). El perfil epidemiológico y el análisis de situación del país. Capítulo 16. Disponible en: <http://www.esperantra.org/biblioteca/pea/epweb.pdf>. (Consulta: 2018, diciembre 04).
2. Espinoza C. (2011). Ensayo sobre la importancia del perfil epidemiológico como herramienta de toma de decisiones. Ensayos epidemiológicos; p. 5.
3. Acosta G, Álvarez H. (2014). Perfil Epidemiológico de la consulta de Emergencia del Hospital “San Francisco De Quito” y del Hospital General “Enrique Garcés” y su asociación con variables demográficas de las Poblaciones de referencia en el año 2013. Disertación previa a la obtención del título de Médico Cirujano. Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Quito, Ecuador.
4. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. (2017). Lineamientos Básicos para el análisis de la Mortalidad. Washington, D.C.: OPS. Disponible en: <http://iris.paho.org>. (Consulta: 2018, diciembre 18).
5. Ministerio de Salud del Perú. (2005). Análisis de la Situación de Salud (ASIS). Guía para el análisis del proceso Salud-Enfermedad (Indicadores de Morbilidad y Mortalidad). Proyecto Vigía “Enfrentando a las amenazas de las enfermedades infecciosas emergentes y re-emergentes” (Convenio de Cooperación entre el Ministerio de Salud del Perú y la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, USAID).
6. Organización Mundial de la Salud. (2013). Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud; manual de referencia CIE-10 PCS. 10ª Revisión. Traducción de la Normativa oficial americana para ICD10PCS correspondiente al año fiscal 2013.

- Echenique A, Franco A. Características clínicas y epidemiológicas de la mortalidad no traumática en adultos jóvenes. Unidad de Cuidados Intermedios. Hospital Central Universitario Dr. Antonio María Pineda Boleín Médico de Postgrado 2021; 37(2): 48-54. DOI: 10.5281/zenodo.6426193. ISSN: 0798-0361
7. Cinza S, Cabarcos A, Nieto E, Lorenzo V. Análisis epidemiológico de los pacientes ingresados en un servicio de Medicina Interna. Anales de Medicina Interna 2006; 23(9): 411-415. Hospital General Isidro Ayora de Loja durante enero 2012 a diciembre 2013. Trabajo de Titulación de Médico. Universidad Técnica Particular de Loja. Loja, Ecuador. Disponible en: <http://dspace.utpl.edu.ec/handle/123456789/15757>. (Consulta: 2018, diciembre 18).
 8. Zapatero A, Martín B. (2008). Altas atendidas en Medicina Interna en los Hospitales Generales del Sistema Nacional de Salud. Año 2005. Jarpyo Editores.
 9. Morera O, Madruga D, Valladares Y, Leyva L, Valdés M. Mortalidad hospitalaria en las salas de medicina interna del Hospital Provincial de Cienfuegos 2013-2015. Rev 16 de Abril 2017; 56(263): 12-20.
 10. Uriarte J. En la transición a la edad adulta. Los adultos emergentes. Int J Develop Educ Psychol 2005; 3(1): 145-160.
 11. Ministerio del Poder Popular para la Salud. (2015). Anuario de Mortalidad 2013. Dirección General de Epidemiología. Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 40.621.
 12. Martínez Y, Tovar O. (2017). Perfil clínico epidemiológico de la morbilidad del Servicio de Medicina de Mujeres del Hospital Central Universitario Dr. "Antonio María Pineda". Trabajo de grado presentado para optar al título de Especialista en Medicina Interna. Decanato de Ciencias de la Salud. Universidad Centroccidental "Lisandro Alvarado".
 13. Ojeda E. (2013). Morbi-mortalidad en el servicio de Medicina Interna del Hospital General Toluca del PRI Dr. Nicolás San Juan, en el periodo comprendido del 2009 al 2011. Tesis para obtener el diploma en la Especialidad de Medicina Interna. Universidad Autónoma del estado de México. Toluca, México. Disponible en: <http://ri.uaemex.mx/handle/20.500.11799/13777>. (Consulta: 2018, diciembre 20).
 14. Ontaneda K. (2016). Perfil epidemiológico del servicio de hospitalización de medicina interna del