

# *Comportamiento de la EPOC agudizada en la Unidad de Cuidados Intensivos de Cárdenas. Experiencia de 5 años.*

HOSPITAL TERRITORIAL DOCENTE "JULIO ARISTEGUI VILLAMIL". CÁRDENAS.

**Revista Médica Electrónica 2008;30(4)**

Comportamiento de la EPOC agudizada en la Unidad de Cuidados Intensivos de Cárdenas. Experiencia de 5 años.

Behavior of the acute Chronic Obstructive Pulmonar Disease in the Intensive Care Unit of Cardenas. A 5-years-work experience.

## **AUTORES**

[Dr. Ernesto Malpica Alonso \(1\)](#)

Dra. Maritza Pérez Silva (2)

Dra. Kalí García Malpica (3)

(1) Especialista de II Grado en Medicina Intensiva. Máster en Urgencias Médicas. Profesor asistente. FCMM.

(2) Especialista de I Grado en Medicina Interna. Diplomada en Medicina Intensiva. Máster en Urgencias Médicas.

(3) Especialista en Medicina General Integral.

## **RESUMEN**

La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica es de una prevalencia significativa en nuestro medio, con un impacto socioeconómico importante y dentro de las enfermedades respiratorias evoluciona por brotes de agudización frecuentes, que invalida al paciente en su vida laboral activa. Caracterizar la morbimortalidad por Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) agudizada que ingresa en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del hospital territorial de Cárdenas en el año 2003–2007. Se estudia el 100 % de los enfermos que ingresan en la UCI del hospital de Cárdenas con el diagnóstico de EPOC agudizada en un período de cinco años (2003–2007), analizándose un número de variables indispensables para caracterizar la evolución de estos pacientes. El diagnóstico de descompensación de la enfermedad es tardío y esto hace que el número de pacientes en fase aguda de la enfermedad que ingresa en la dicha Unidad de esta institución supera las que reportan otros autores. La sepsis es la primera causa de descompensación. La morbimortalidad por EPOC continúa siendo un problema en nuestro medio.

**DeCS:**

**ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA/epidemiología**

**ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA/complicaciones**

**ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA/mortalidad**

**SEPSIS/etiología**

**CUIDADOS INTENSIVOS**

**UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA  
RESPIRACIÓN ARTIFICIAL/métodos  
HUMANOS  
MEDIANA EDAD  
ANCIANO  
ANCIANO DE 80 o MÁS AÑOS  
FEMENINO  
MASCULINO**

**INTRODUCCIÓN**

La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) es la de mayor prevalencia e impacto socioeconómico de todas las enfermedades respiratorias (1). La EPOC es un término que hace referencia a un grupo grande de enfermedades pulmonares que pueden interferir con la respiración normal. Se calcula que más del 60 % de la población asmática desarrolla una EPOC (2). Las dos condiciones más frecuentes son la bronquitis crónica y el enfisema pulmonar, otras causas no son tan frecuentes. La EPOC es responsable del 7-8 % de los ingresos del hospital y del 35 % de las incapacidades laborales (3). En nuestro hospital la incidencia de EPOC es elevada en los servicios de Medicina Interna y lo más significativo de estos ingresos es que del 30-40 % se complican o ingresan con esta condición y necesitan atención en salas de Cuidados Intensivos. El manejo intensivo de estos enfermos requiere una atención especial y siempre tratamos de no llegar a la ventilación mecánica, pues el pronóstico de recuperación es bien comprometido. En algunos países se ha desarrollado la ventilación no invasiva con el objetivo de mejorar el pronóstico de supervivencia (4), pero en el país no hemos logrado que esta técnica sea accesible a todos los servicios de atención al grave. Hemos querido conocer cómo se comporta la EPOC una vez complicada ya que la realidad de esta enfermedad una vez que aparecen complicaciones graves, no sabemos cuál es y el pronóstico en relación a su recuperación.

**MÉTODO**

Se estudia el 100 % de los pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital Territorial de Cárdenas. "Julio Aristequi Villamil ", con el diagnóstico de EPOC agudizada en el período comprendido entre enero 2003 y diciembre 2007.

Las variables analizadas fueron extraídas de la base de datos de estos servicios de atención al grave y son las siguientes:

Edad en años y sexo. Con estas 2 variables pretendemos conocer la frecuencia de esta enfermedad agudizada y su relación con ellas.

Complicaciones presentadas en estos pacientes.

Necesidad de ventilación mecánica y aparición de complicaciones por la misma.

## RESULTADOS.

Tabla No.1 Relación entre la edad del paciente y la morbilidad por EPOC agudizada. Cárdenas 2003-2007

Grupos de edad (años)	Ingresos		Fallecidos	
	No.	%	No.	%
50-59	14	14.43	4	11.11
60-69	35	36.08	15	41.66
70-79	36	37.11	15	41.66
80 y más	12	12.37	2	5.55
Total	97	100	36	100

Fuente: archivos de UTI enero 2003–diciembre 2007

Tabla No.2 Distribución de ingresos según sexo de los pacientes con EPOC agudizada en UTI. Hospital de Cárdenas. 2003-2007

Sexo/año	2003	2004	2005	2006	2007
Femenino	3	11	11	14	13
Masculino	3	8	16	14	6

Fuente: archivos de UTI enero 2003 – diciembre 2007

Tabla No.3 Complicaciones presentadas en los pacientes con EPOC agudizada. Cárdenas, 2003-2007.

Complicaciones	No.	%
Sepsis respiratorias bajas	52	53.60
Fallecidos	36	37.11
Traqueobronquitis	27	27.83
Insuficiencia cardiaca global	24	24.74
Neumonías por ventilación	22	22.68
Insuficiencia cardiaca derecha	13	13.40
Insuficiencia cerebral global	9	9.27
Arritmias	9	9.27

Fuente: archivos de UTI enero 2003–diciembre 2007

Tabla No.4 Relación de pacientes ventilados con EPOC agudizada en UTI 2003-2007.

Ventilados	No	%
SI	52	53.6
NO	45	46.39

Fuente: archivos de UTI enero 2003–diciembre 2007

## DISCUSIÓN

En la tabla No.1 se demuestra cómo en los pacientes por encima de 60 años la agudización de esta enfermedad es más frecuente, pero ,además, el aumento de la mortalidad de un total de 97 ingresos, 60 de ellos están en la edad comprendida entre 60-79 años, también 28 fallecidos del total –33–. Se señala que en estas edades el tiempo de tabaquismo ya es importante, así como la lesión del corazón derecho, por lo que los hace más susceptibles a las complicaciones (5); 33 fallecidos en un total de 78 ingresos es una cifra importante. Autores como Batista M. en estudios realizados encontraron valores similares. (3) En la tabla No. 2 Se expresa la relación entre el sexo y la frecuencia de ingresos por agudización de la enfermedad. En el 2004 se observa que el sexo femenino tiene cierta significación en relación al número de ingresos del sexo masculino, inversamente a lo reflejado en los años 2005 y 2007, sin embargo, los autores no describen prevalencia de uno u otro sexo, sino que en los hombres es más frecuente el hábito de fumar y padecen más el enfisema pulmonar. (6) Las complicaciones presentadas por estos enfermos se recogen en la tabla No.3 donde la sepsis respiratoria aparece en el 54 % de los pacientes –52–, seguido de un 28 % de traqueobronquitis. Esto explica como las infecciones son la causa más frecuente de descompensaciones de esta enfermedad (7,8), 22 pacientes para el 23 % hicieron neumonía por ventilación. En investigaciones realizadas por otros autores la infección fue la causa principal de descompensación de los pacientes con EPOC. (9)

En la tabla No.4 analizamos el número de pacientes ventilados que a juicio nuestro fue significativo, pues un 54 %, en un total de los 97 pacientes ingresados, como se puede observar 52 de ellos lo necesitaron y es un alto porcentaje si recordamos que el paciente ventilado tiene una mayor incidencia de complicaciones y mayor mortalidad (8,10), como se señala en otros estudios.

## CONCLUSIONES

Hay una elevada incidencia de pacientes fallecidos en nuestro estudio. El número de pacientes ventilados en los servicios de atención al grave es significativo y debemos reducirlo. Es la sepsis respiratoria la complicación más grave de la EPOC agudizada y a su vez la que con más frecuencia se presenta.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Burrouws B, Earle RH. Course and prognosis of chronic obstructive lung disease. N Engl J Med. 2001; 280:397.
2. Álvarez SR. Calidad del aire. Factores meteorológicos y crisis de sibilancias en Ciudad Habana. Archivos Argentinos de Alergia e Inmunología Clínica. 2001; 24: 116: 25.
3. Batista MR, Feal CP. Las infecciones respiratorias agudas: un problema siempre emergente. Resumed. 2004; 11(2): 63-6.
4. Montemayor T, Alfajenne I. Normativa sobre el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Arch Bronconeumol. 2004; 32:285-301.
5. Hillberg R E, Jhonson DC . Noninvasive Ventilation. N Engl. 2002; 337: 1746-52.
6. Sobradello V. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica: enfoque actual. En EPOC: perspectivas actuales. Madrid: Aula Médica; 2005.p. 3-17.
7. Siankas NH, Veruneire R. Optimal Assessment and Management of chronic obstructive pulmonary disease. Eur Respir. 2005; 145-61.

8. Álvarez JL. Recomendaciones para la Atención del Paciente con Enfermedad Pulmonar Crónica. Archivos de Bronconeumología. 2001; 37(7): 269-85.
9. Barberá JA. Guía Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. Archivos de Bronconeumología. 2001; 37(6): 297-316.
10. Recomendaciones ALAT sobre exacerbación infecciosa de la EPOC. Archivos de Bronconeumología. 2001; 37(8): 349 - 57.

## **SUMMARY**

Chronic Obstructive Pulmonar Disease is of significant prevalence in our settings, with an important socioeconomic impact and, among the respiratory diseases it develops by frequent acute outbreaks, invalidating patients' active laboral life. Our objective was characterizing morbimortality of the patients entering the Intensive Care Unit of the territorial hospital of Cardenas in the period 2003-2007 with Chronic Obstructive Pulmonar Disease. We studied 100 % of the patients entering the Intensive Care Unit of the hospital of Cardenas diagnosed with acute Chronic Obstructive Pulmonar Disease during a 5 years period (2003-2007), analyzing a number of variables, indispensable to characterize the evolution of these patients. The decompensation diagnosis of the disease is late, and it favours the number of patients entering the Intensive Care Unit of this institution in the acute phase of the disease to be higher than those reported by other authors. Sepsis is the first cause of decompensation. Morbimortality by Chronic Obstructive Pulmonar Disease is still a problem in our settings.

## **MeSH:**

**PULMONARY DISEASE, CHRONIC OBSTRUCTIVE/epidemiology**  
**PULMONARY DISEASE, CHRONIC OBSTRUCTIVE/complications**  
**PULMONARY DISEASE, CHRONIC OBSTRUCTIVE/mortality**  
**SEPSIS/etiology**  
**INTENSIVE CARE**  
**INTENSIVE CARE UNITS**  
**RESPIRATION, ARTIFICIAL/methods**  
**HUMANS**  
**MIDDLE AGED**  
**AGED**  
**AGED, 80 AND OVER**  
**FEMALE**  
**MALE**

## **CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO**

Malpica Alonso E, Pérez Silva M, García Malpica K. Comportamiento de la EPOC agudizada en la Unidad de Cuidados Intensivos de Cárdenas. Rev méd electrón[Seriada en línea] 2008; 30(4). Disponible en URL: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20médica/ano%202008/vol4%202008/tema3.htm>[consulta: fecha de acceso]