



## CARTAS AL DIRECTOR

### Pronóstico de los pacientes médicos según la duración de su estancia en la unidad de cuidados intensivos

#### Prognosis of clinical patients according to length of stay in the intensive care unit

Sr. Director:

A pesar de los avances en la medicina en las últimas décadas, siguen ingresando un gran número de pacientes en nuestros hospitales con enfermedades médicas agudas y crónicas

descompensadas, aunque se ha observado un cambio en el perfil de la estancia hospitalaria de estos pacientes ya que disminuye la mortalidad, pero se incrementa el número de reingresos hospitalarios sobre todo en relación inversa a su estancia hospitalaria previa<sup>1,2</sup>.

El motivo más frecuente de ingreso de los pacientes con enfermedad médica en la unidad de cuidados intensivos (UCI) es la insuficiencia respiratoria aguda que requiere de ventilación mecánica, hecho que ocurre en más del 30% de los casos, aunque si bien es verdad que la mortalidad en este tipo de pacientes ha ido disminuyendo en los últimos años, donde la estancia en la UCI y el diagnóstico, junto con la edad, pueden influir en el pronóstico<sup>3,4</sup>.

**Tabla 1** Características diferenciales de los pacientes médicos ingresados en la unidad de cuidados intensivos según la duración de su estancia

Características	Pacientes con estancia intermedia (5-13 días) (n = 457)	Pacientes con estancia prolongada (≥ 14 días) (n = 299)	p
<i>Edad media</i>	56,75 (15,63)	57,33 (14,27)	0,605
<i>Hombres</i>	301 (65,9%)	216 (72,2%)	0,038
<i>APACHE II al ingreso</i>	18,02 (7,23)	18,23 (6,86)	0,695
<i>Estancia media en UCI en días</i>	8,22 (2,58)	27,98 (17,05)	0,000
<i>Estancia media hospitalaria en días</i>	28,99 (38,91)	54,17 (39,92)	0,000
<i>Mortalidad en UCI</i>	143 (31,3%)	87 (29,1%)	0,288
<i>Mortalidad hospitalaria</i>	40 (12,7%)	35 (16,5%)	0,139
<i>Procedencia</i>			
Urgencia	274 (60%)	178 (59,5%)	
Planta quirúrgica	13 (2,8%)	9 (3%)	0,747
Planta médica	95 (20,8%)	60 (20,1%)	
Ginecología	4 (0,9%)	0 (0%)	
Otro hospital	23 (5%)	16 (5,4%)	
Otra isla	12 (2,6%)	7 (2,3%)	
Otros	36 (7,9%)	29 (9,7%)	
<i>Ventilación mecánica</i>			
N. de pacientes	401 (87,7%)	291 (97,3%)	0,000
Días	6,05 (3,65)	23,61 (17,51)	0,000
<i>Traqueostomía</i>	64 (14%)	191 (63,9%)	0,000
<i>Técnicas de depuración renal continuas</i>			
N. pacientes	26 (5,7%)	20 (6,7%)	0,339
Días	0,19 (0,911)	0,85 (5,0)	0,006

El objetivo planteado en este trabajo es estudiar el pronóstico de los pacientes con enfermedad médica que ingresaron en la UCI en función de la duración de la estancia.

Se llevó a cabo un estudio retrospectivo observacional sobre los pacientes con enfermedad médica ingresados en la UCI de un hospital de tercer nivel, desde enero de 2004 a diciembre de 2010. Analizamos las diferencias entre aquellos que precisaron de una estancia intermedia o prolongada en la UCI. Se definió como estancia intermedia toda la que sobrepasase el percentil 75 de la población global de los pacientes que ingresaron en la UCI en dicho período, es decir, 5 días. Se definió como estancia prolongada aquella que era igual o superior a 14 días, atendiendo a la mayoría de los estudios citados en la revisión bibliográfica que abordaban el análisis de la estancia prolongada<sup>5,6</sup>. Se excluyeron los reingresos, para evitar la valoración pronóstica múltiple de un mismo paciente.

En nuestro estudio no hallamos diferencias en la mortalidad entre ambos grupos, con una mortalidad en UCI del 31,3% para los pacientes con estancia intermedia y del 29,1% para los de estancia prolongada ( $p=0,288$ ). Tampoco encontramos diferencias en la mortalidad hospitalaria, 12,7 vs 16,5%,  $p=0,139$  (tabla 1).

Asimismo se llevó a cabo un modelo de previsión de la supervivencia en UCI para los pacientes con enfermedad médica que precisaron de una estancia intermedia o prolongada en UCI, mediante un análisis de regresión logística, del que pudimos extraer que el factor que mejor definía la supervivencia era el APACHE II al ingreso, así como la edad, aunque esta última con un nivel de significación del 9,5%.

En conclusión, no encontramos diferencias en la mortalidad entre los pacientes médicos que precisaran de mayor o menor estancia en la UCI y sí que la gravedad y la edad influyen en el pronóstico de este grupo de pacientes.

## Bibliografía

1. Bueno H, Ross JS, Wang Y, Chen J, Vidán MT, Normand SL, et al. Trends in length of stay and short-term outcomes among Medicare patients hospitalized for heart failure, 1993-2006. *JAMA*. 2010;303:2141-7.
2. Suter-Widmer I, Christ-Crain M, Zimmerli W, Albrich W, Mueller M, Schuetz P. Predictors for length of hospital stay in patients with community-acquired Pneumonia: Results from a Swiss Multicenter study. *BMC Pulmonary Medicine*. 2012;12:21.
3. MacCallum NS, Evans TW. Epidemiology of acute lung injury. *Curr Opin Crit Care*. 2005;11:43-9.
4. Cohen IL, Lambrinos J. Investigating the impact of age on outcome of mechanical ventilation using a population of 41,848 patients from a statewide database. *Chest*. 1995;107:1673-80.
5. Wong DT, Gomez M, McGuire GP, Kavanagh B. Utilization of intensive care unit days in a Canadian medical-surgical intensive care unit. *Crit Care Med*. 1999;27:1319-24.
6. Laupland KB, Kirkpatrick AW, Kortbeek JB, Zuege DJ. Long-term mortality outcome associated with prolonged admission to the ICU. *Chest*. 2006;129:954-9.

L. Santana-Cabrera<sup>a,\*</sup>, R. Lorenzo-Torrent<sup>a</sup>,  
M. Sánchez-Palacios<sup>a</sup>, J.D. Martín Santana<sup>b</sup>  
y J.R. Hernández Hernández<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital Universitario Insular de Gran Canaria, Las Palmas de Gran Canaria, España

<sup>b</sup> Unidad de Cuidados Intensivos, Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, Las Palmas de Gran Canaria, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: lsancabx@gobiernodecanarias.org (L. Santana-Cabrera).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.medin.2013.06.004>

## Reversión de flutter auricular a ritmo sinusal tras administración de propofol

### Sinusal reversion of atrial flutter after intravenous propofol administration

Sr. Director:

El propofol es un agente hipnótico ampliamente utilizado que tiene además diversos efectos sobre el sistema de conducción cardíaca<sup>1</sup>. A pesar de ello, su uso como antiarrítmico no está actualmente aceptado.

Mujer de 70 años, propuesta para faquectomía e implantación de lente intraocular, con antecedentes de hipertensión arterial. La paciente mencionó también la existencia de una «arritmia» en los años previos que no precisaba tratamiento. El electrocardiograma (ECG), tanto en el preoperatorio como en quirófano, mostraba un flutter auricular con conducción variable 3:1-4:1 y frecuencia ventricular superior a 100 lat./min, además de signos de hipertrofia

ventricular izquierda (fig. 1). Se administraron 40 mg de propofol previo a la realización del bloqueo oftálmico peribulbar. Un minuto después, el ECG mostró una disminución de la frecuencia cardíaca hasta 52 lat./min, cambiando además su morfología a ritmo sinusal. La paciente permaneció hemodinámicamente estable en todo momento, realizándose el bloqueo y la cirugía sin incidencias. Tras la cirugía se realizó un nuevo ECG que mostraba un ritmo sinusal con los signos de hipertrofia ventricular previamente reportados (fig. 1). A la paciente le fue dada el alta 24 h después, tras certificar con un nuevo ECG que permanecía en ritmo sinusal.

El flutter auricular es una de las arritmias más comunes que frecuentemente evoluciona a una fibrilación auricular o un flutter crónico. El mecanismo es aún desconocido, probablemente debido a un efecto de reentrada del tejido auricular. La cardioversión eléctrica, uno de los posibles tratamientos, puede ser una experiencia dolorosa y traumática, por lo que se realiza, siempre que sea posible, bajo sedación moderada y de corta duración, permitiendo una rápida recuperación del paciente. El propofol es un hipnó-