

las hematológicas, especialmente el síndrome mielodisplásico y la leucemia mieloide aguda<sup>3</sup>. Su etiopatogenia todavía continúa siendo una incógnita. Su asociación con enfermedades infecciosas, autoinmunes, neoplasias y fármacos sugiere una reacción de hipersensibilidad. El síndrome de Sweet puede recurrir hasta en el 50% de los casos<sup>1</sup>. En los pacientes oncológicos las recurrencias son más comunes y la evolución más tórpida, siendo un marcador de mal pronóstico<sup>1,2</sup>.

Los síntomas sistémicos se han comunicado frecuentemente en la literatura médica. Sin embargo, las manifestaciones extracutáneas a nivel renal, pulmonar o de SNC son excepcionales<sup>2</sup>. El síndrome de Sweet con afectación pulmonar se asocia de forma más frecuente a enfermedades hematológicas y tiene una importante morbimortalidad<sup>2,4-7</sup>. El tratamiento de primera línea son los esteroides sistémicos, con una excelente respuesta. Otros tratamientos que se han utilizado son el yoduro de potasio, la colchicina y la ciclosporina. Creemos importante comunicar este caso tanto por la rareza de esta manifestación extracutánea como por su gravedad.

## Bibliografía

1. Cohen PR. Sweet's syndrome—a comprehensive review of an acute febrile neutrophilic dermatosis. *Orphanet J Rare Dis.* 2007;2:43.

doi:10.1016/j.rce.2009.04.009

2. Astudillo L, Sailler L, Launay F, Josse AG, Lamant L, Couret B. Pulmonary involvement in Sweet's syndrome: A case report and review of the literature. *Int J Dermatol.* 2006;45:677–80.
3. Cohen PR, Talpaz M, Kurzrock R. Malignancy-associated Sweet's syndrome: Review of the world literature. *R Clin Oncol.* 1988;6:1887–97.
4. Petrig C, Bassetti S, Passweg J, Marsch S. Acute respiratory failure due to sweet syndrome. *Am J Med Sci.* 2006;331:159–61.
5. Takimoto CH, Warnock M, Golden JA. Sweet's syndrome with lung involvement. *Am Rev Respir Dis.* 1991;143:177–9.
6. Peters FP, Drent M, Verhaegh M, Van Pampus EC. Myelodysplasia presenting with pulmonary manifestations associated with neutrophilic dermatosis. *Ann Hematol.* 1998;77:135–8.
7. Lazarus AA, MacMillan M, Miramadi A. Pulmonary involvement in Sweet's syndrome (acute febrile neutrophilic dermatosis). Pre-leukemic and leukemic phases of acute myelogenous leukemia. *Chest.* 1986;90:922–4.

V. Aparicio<sup>a,\*</sup>, P. Gil<sup>a</sup>, A. Juárez<sup>b</sup> y C. Suárez<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario de la Princesa, Madrid, España

<sup>b</sup>Servicio de Dermatología, Hospital Universitario de la Princesa, Madrid, España

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: virginiavilchez@gmail.com (V. Aparicio).

## Mortalidad precoz en la Unidad de Cuidados Intensivos

### Early mortality in the intensive care unit

Sr. Director:

Los cuidados de los pacientes críticos generan un elevado coste sanitario, al ser pacientes con una elevada morbimortalidad que va a variar de un centro a otro y, fundamentalmente, de sus características al ingreso<sup>1</sup>. En este sentido, se han utilizado a lo largo de los años diferentes *scores* para estratificar el riesgo del paciente y medir de alguna forma la severidad de la enfermedad, como son el Acute Physiology and Chronic Health Evaluation (APACHE) II y III<sup>2</sup>, SAPS II y, recientemente, el Assessment of Positive Symptoms (SAPS) III<sup>3</sup>; los cuales no son válidos para pacientes individuales sino para grupos poblacionales. Aunque sí que existen muchos estudios que analizan la mortalidad a medio y largo plazo en los pacientes críticos admitidos en las unidades de cuidados intensivos (UCI), no existen muchos estudios que investiguen los factores implicados en una muerte precoz de este grupo de pacientes<sup>4,5</sup>. Si dispusiésemos de una información pronóstica segura para los pacientes críticos, podría servirnos de ayuda para tomar la decisión de ingresar a un paciente que supiéramos a ciencia cierta que se va a beneficiar de los cuidados intensivos. Uno de estos grupos que, teóricamente, no se beneficiarían de los cuidados intensivos sería aquel con una mortalidad precoz.

El objetivo de este estudio fue analizar las diferencias entre los pacientes que fallecen antes y después de las 48 h

de su ingreso en la UCI. Para ello, se llevó a cabo un estudio descriptivo retrospectivo en una UCI polivalente de un hospital terciario, en el período comprendido entre enero de 1992 y diciembre de 2004. Se analizaron variables epidemiológicas de los pacientes que fallecieron antes y después de las 48 h del ingreso en UCI, tales como la edad media, sexo, estancia media, APACHE II al ingreso, tipo de paciente y motivo de ingreso, número de pacientes que recibieron ventilación mecánica y días de ventilación mecánica. Se compararon los 2 grupos utilizando el test de Chi cuadrado para variables cualitativas y la prueba de Fisher para muestras independientes, considerándose significativo un valor de  $p < 0,05$ .

Durante el período de estudio ingresaron 6.709 pacientes, de los cuales fallecieron 1.444, 657 en las primeras 48 horas y 787 después de las 48 h. La mortalidad global en nuestra unidad durante el período de tiempo analizado fue del 21,5% (45,5% de los mismos durante las primeras 48 h). Las características principales de los pacientes fallecidos, según fallecieran antes o después de las 48 h, se describen en la [tabla 1](#). Los que fallecen en las primeras 48 h son significativamente más mayores, más graves, y son, sobre todo, los coronarios, comparados con los que fallecen después del segundo día. En el grupo de los pacientes médicos, no encontramos diferencias significativas en la mortalidad antes y después de las 48 h.

Analizando a los pacientes coronarios fallecidos en la unidad, durante el período de estudio ([tabla 2](#)), solo podemos decir que los que mueren en las primeras 48 h son más graves, según la escala APACHE II, no encontrando diferencias estadísticamente significativas en cuanto a edad,

**Tabla 1** Diferencias entre los pacientes fallecidos en UCI, según el momento de su muerte

	Fallecidos < 48 h	Fallecidos > 48 h	Significancia estadística
n=n.º de pacientes	657	787	
Edad media	57 ± 17	54 ± 18	p < 0,05
Sexo			p = 0,85
Hombres	421 (64,07%)	508 (64,54%)	
Mujeres	236 (45,93%)	279 (35,46%)	
Estancia media (días)	0,9 ± 0,7	12,5 ± 0,4	
Tipo de paciente			
Coronario	200 (30,41%)	135 (17,15%)	p < 0,001
Médico	314 (47,9%)	375 (47,60%)	p = 0,95
Quirúrgico	71 (10,74%)	128 (16,38%)	p < 0,01
Trauma	72 (10,92%)	149 (18,80%)	p < 0,001
Motivo de ingreso			
Coma estructural	143 (21,91%)	174 (22,14%)	p = 0,87
Parada cardiorrespiratoria	82 (12,52%)	76 (9,71%)	p = 0,08
Insuficiencia respiratoria aguda	127 (19,35%)	249 (31,67%)	p < 0,001
Shock cardiogénico	46 (7,04%)	13 (1,70%)	p < 0,001
Shock séptico	59 (9,0%)	67 (8,51%)	p = 0,75
Insuficiencia respiratoria crónica	6 (0,9%)	10 (1,19%)	p = 0,51
APACHE II	23,53 ± 8,36	19,74 ± 7,3	p < 0,001
Necesidad de ventilación mecánica	551 (83,86%)	765 (97,20%)	p < 0,001

**Tabla 2** Características de los pacientes coronarios fallecidos en UCI, según el momento de su muerte

Pacientes coronarios fallecidos en UCI	Fallecidos < 48 h	Fallecidos > 48 h	Significancia estadística
n=n.º de pacientes	200	135	
Edad media	68 ± 11	66 ± 12	p = 0,12
Sexo			p = 0,43
Hombres	119 (59,5%)	86 (63,7%)	
Mujeres	81 (40,5%)	49 (36,3%)	
Shock cardiogénico	94 (47%)	58 (43%)	p = 0,46
APACHE II	18,82 ± 8,20	16,62 ± 8,18	p < 0,05
Necesidad de ventilación mecánica	132 (66%)	114 (97,2%)	p < 0,001

sexo, ni el desarrollo de shock cardiogénico como problema durante su estancia. Sí que existe un significativo número de enfermos coronarios que fallecieron en las primeras 48 h sin ventilación mecánica; grupo que lo constituyen pacientes que sufrieron parada cardiorrespiratoria con reanimación no exitosa o enfermos con limitación del esfuerzo terapéutico. Como limitación de este estudio, encontramos que representa la experiencia en un centro determinado, por lo que no se pueden generalizar las conclusiones obtenidas a la de otros centros.

En conclusión, los pacientes que fallecen en las primeras 48 h en nuestra unidad presentaban una mayor edad y un mayor APACHE II al ingreso que los pacientes que fallecieron después, también se objetivó una mayor prevalencia de pacientes con patología coronaria y con el diagnóstico de shock cardiogénico en los pacientes que fallecen precozmente. Se precisarían de estudios prospectivos que

analizaran este grupo de pacientes con mortalidad precoz en UCI para poder encontrar algún factor determinante en el pronóstico. Esto nos ayudaría, por un lado, a la hora de decidir el ingreso de un paciente en la UCI, tener algún dato más acerca del pronóstico a corto plazo del paciente y, por otro lado, a corregir de forma rápida aquellos factores implicados en una muerte precoz en cuidados intensivos para intentar evitarla.

## Bibliografía

- Higgins TL, McGee WT, Steingrub JS, Rapoport J, Lemeshow S, Teres D. Early indicators of prolonged intensive care unit stay: impact of illness severity, physician staffing, and pre-intensive care unit length of stay. *Crit Care Med.* 2003;31:45-51.
- Knaus WA, Wagner DP, Draper EA, Zimmerman JE, Bergner M, Bastos PG, et al. The APACHE III prognostic system. Risk

- prediction of hospital mortality for critically ill hospitalized adults. *Chest*. 1991;100:1619–36.
3. Moreno RP, Metnitz PG, Almeida E, Jordan B, Bauer P, Campos RA, et al. SAPS 3 Investigators. SAPS 3-From evaluation of the patient to evaluation of the intensive care unit. Part 2: Development of a prognostic model for hospital mortality at ICU admission. *Intensive Care Med*. 2005;31:1345–55.
  4. Müller MH, Moubarak P, Wolf H, Küchenhoff H, Jauch KW, Hartl WH. Independent determinants of early death in critically ill surgical patients. *Shock*. 2008;30:11–6.
  5. Borlase BC, Baxter JT, Benotti PN, Stone M, Wood E, Forse RA, et al. Surgical intensive care unit resource use in a specialty referral hospital: IPredictors of early death and cost implications. *Surgery*. 1991;109:687–93.

L. Santana Cabrera\*, M. Sánchez-Palacios, S. Martínez Cuéllar y R. Lorenzo Torrent

*Servicio de Medicina Intensiva del Hospital Universitario Insular de Gran Canaria, Las Palmas de Gran Canaria, España*

\*Autor para correspondencia.

*Correo electrónico:* [lsancabx@gobiernodecanarias.org](mailto:lsancabx@gobiernodecanarias.org)  
(L. Santana Cabrera).

doi:10.1016/j.rce.2009.06.013