Descargado el: 5-11-2026 ISSN 1727-897X

ARTÍCULO ORIGINAL

Morbilidad y mortalidad en el hospital provincial de Cienfuegos (2018-2022)

Morbidity and mortality in the Cienfuegos Provincial Hospital (2018-2022)

Rodolfo Javier Rivero Morey[1] Lya del Rosario Magariño Abreus[1] Jeisy Rivero Morey[1] Arelys Falcón Hernández[1] Moisés Aramís Santos Peña[2]

[1] Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, Cuba
[2] Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima, Cienfuegos, Cienfuegos, Cuba

Cómo citar este artículo:
Rivero-Morey R, Abreus L, Rivero-Morey J, Falcón-Hernández A, Santos-Peña M. Morbilidad y mortalidad en el hospital provincial de Cienfuegos (2018-2022). **Medisur** [revista en Internet]. 2023 [citado 2026 Nov 5]; 21(3):[aprox. 8 p.]. Disponible en: https://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/5563

Resumen

Fundamento: la morbilidad y mortalidad son indicadores de salud muy sensibles; expresan la realidad de las poblaciones, incluyendo las esferas económica, cultural, social, al visualizar la dimensión de la muerte en la población y su calidad de vida.
Objetivo: determinar las principales causas de morbilidad y mortalidad en el hospital provincial de Cienfuegos.
Métodos: estudio descriptivo y transversal, que incluyó a 151670 pacientes atendidos en el Hospital Provincial Dr. Gustavo Aldereguía Lima, de Cienfuegos, en las especialidades clínicas, quirúrgicas, de urgencias y materno-infantil, en el período 2018-2022. Se estudiaron variables como especialidad, año natural, estadía hospitalaria y causas de morbilidad y mortalidad. Se creó una base de datos para el procesamiento estadístico de la información, obtenida a través de los informes estadísticos de la institución.
Resultados: el 48,7 % de los ingresos correspondieron a especialidades clínicas. Las principales causas de morbilidad fueron la fiebre de origen desconocido y el parto único espontáneo, ambos con el 7,5 %. El 37,2 % de los fallecidos tuvo como causa de muerte la neumonía. En 2021 fallecieron 2879 pacientes; para una tasa de mortalidad de 8 por cada 1000 habitantes.
Conclusiones: la mayoría de los pacientes que acuden a los servicios hospitalarios son ingresados por especialidades clínicas con estadía. La fiebre de origen desconocido y la cercanía al término del embarazo constituyen los principales motivos de consulta; mientras que los procesos inflamatorios neumónicos y el ictus son causas de mortalidad frecuente, con una tasa superior en las unidades de cuidados intensivos.

Palabras clave: Atención secundaria, morbilidad, mortalidad, hospitalización

Abstract

Background: morbidity and mortality are very sensitive health indicators; they show the populations' reality, including the economic, cultural, and social spheres, by visualizing the death dimension in the population and its life quality.
Objective: to determine the morbidity and mortality's main causes in the Cienfuegos provincial hospital.
Methods: descriptive and cross-sectional study, which included 151,670 patients treated at the Cienfuegos Dr. Gustavo Aldereguía Lima Provincial Hospital, in the clinical, surgical, emergency and maternal-infant specialties, from 2018 to 2022. Variables such as specialty, calendar year, hospital stay, and causes of morbidity and mortality were studied. A database was created for the statistical processing of information, obtained through the institution's statistical reports.
Results: 48.7% of admissions corresponded to clinical specialties. The main morbidity causes were fever of unknown origin and spontaneous single birth, both with 7.5%. The 37.2% of the deceased had pneumonia as the cause of death. In 2021, 2,879 patients died; for a mortality rate of 8 per 1000 inhabitants.
Conclusions: most patients who come to hospital services are admitted by clinical specialties with a stay. Fever of unknown origin and proximity to the end of the pregnancy are the main reasons for doctor's appointment; while pneumonic inflammatory processes and stroke are frequent causes of mortality, with a higher rate in intensive care units.

Key words: Secondary care, morbidity, mortality, hospitalization

Aprobado: 2023-03-17 21:33:08

Correspondencia: Rodolfo Javier Rivero Morey. Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos. Cienfuegos javiermorey98@gmail.com

INTRODUCCIÓN

La salud puede definirse como la situación de bienestar social, biológico y psíquico, cultural y espiritual condicionado por el grado de equilibrio con el medio natural y social en donde se encuentra el conjunto de personas que componen la sociedad. Al estudiar el proceso salud-enfermedad la ciencia debe abordar la dimensión biopsicosocial del hombre, para lo cual resulta indispensable hacerlo en el contexto socioeconómico en que se produce y siempre habrá que considerar la totalidad de factores que en ello intervienen.[1, 2]

En el siglo XIX las estadísticas de mortalidad cubanas disponían de fuentes de información bastante sólidas en los Registros Parroquiales, pero no existían instituciones sanitarias encargadas de la organización de la sanidad ni de las estadísticas sanitarias. La creación de las Juntas Superior, Provinciales y Locales de Sanidad con la finalidad de atender las cuestiones sanitarias representó un impulso para las estadísticas sanitarias, pues tomaron medidas para sistematizar la recogida de la información y mejorar su calidad, sobre todo para las estadísticas de mortalidad.[3, 4, 5, 6, 7]

Desde el punto de vista conceptual resulta claro que la muerte es un evento inevitable característico de los sistemas vivos, aun cuando siempre es posible intervenir en los casos que teóricamente no deberían morir, esto es, en aquellas muertes prevenibles, a través de acciones sobre determinadas condiciones que aumentan la probabilidad de vivir, entre ellas están, la calidad de los servicios de salud, la infraestructura sanitaria, los estilos y modos de vida, la disminución de los riesgos y de la exposición a estos por parte de las población.[8, 9] Por tanto, la morbilidad y mortalidad son indicadores de salud muy sensibles que expresa la realidad de las poblaciones, incluyendo la económica, cultural, social, al visualizar la dimensión de la muerte en la población y su calidad de vida.

El desarrollo de la salud pública de un país está ligado a la complejidad y calidad que alcancen sus estadísticas sanitarias. Las estadísticas de mortalidad, como parte de estas, son especialmente útiles para medir los avances logrados en materia de sanidad, ya que permiten evaluar el impacto de las acciones realizadas. Se distinguen por poseer una fuente de información única e inequívoca, y porque se utilizan a menudo para el conocimiento de la morbilidad. Permiten conocer el comportamiento de la mortalidad en cuanto a frecuencia, distribución regional, edad, sexo, color de la piel, grupos étnicos y otras características socioeconómicas, así como sus variaciones en el tiempo. Se emplean para investigar los factores causales de enfermedades y muertes, evaluar la situación de salud de la población en diversos períodos, evaluar los resultados de los programas de salud aplicados, planear los servicios de salud que requiere la población y aplicar medidas para prevenir las enfermedades y las muertes prematuras.[2, 3, 4]

Cuba no fue ajena a tal estado de cosas, y los médicos cubanos tuvieron a su alcance todo lo anterior y la posibilidad de conocer los avances más novedosos en el tema a través de la literatura que recibían, los estudios que realizaban y las relaciones que establecían con personalidades médicas, otros investigadores y diferentes organizaciones científicas tanto nacionales como extranjeras.

En una sociedad resultan determinantes los cambios trascendentes en el comportamiento epidemiológico de las enfermedades, junto a los cambios ambientales, demográficos, económicos, sociales, culturales y los avances en el campo de la atención a la salud que han ido transformando las características del país y han influenciado el perfil epidemiológico, así como las características relacionadas con la presencia de enfermedad o muerte; por ello, la realización de estudios que determinen las principales causas de morbilidad y mortalidad contribuyen a describir el panorama de salud de un determinado medio hospitalario, y a considerar posibles líneas de trabajo para una mejor preparación y elevar la calidad de la atención médica. Teniendo en cuenta lo referido anteriormente, el objetivo del presente estudio fue determinar las principales causas de morbilidad y mortalidad en el hospital provincial de Cienfuegos.

MÉTODOS

Se realizó un estudio un estudio descriptivo y transversal, que incluyó a una serie de pacientes atendidos en el hospital provincial Dr. Gustavo Aldereguía Lima, de Cienfuegos, en las especialidades clínicas, quirúrgicas, de urgencia y materno-infantil, en el período de enero de 2018 a julio de 2022.

Se trabajó con la totalidad del universo,

constituido por 151670 pacientes atendidos en los servicios de las especialidades clínicas (Medicina Interna, Geriatría, Neurología, Unidad de Ictus e Infeccioso); quirúrgicas (Cirugía, Ortopedia, Urología, Angiología, Otorrinolaringología Y Neurocirugía); urgencias (Unidad de Cuidados Intensivos Polivalente, Clínica, Quirúrgica, Unidad de Cuidados Intensivos e Intermedios del Corazón y Rehabilitación de Cardiología); y materno-infantil (Neonatología, Obstetricia, Cuidados especiales y Ginecología).

La fuente primaria de obtención de la información fueron los informes estadísticos del hospital emitidos con periodicidad mensual, los cuales fueron solicitados en el Servicio de Estadística del centro, teniendo en cuenta el consentimiento informado de su Comité de Ética. Se obtuvieron los datos relacionados con las variables utilizando un formulario realizado por los autores, validado por criterios de experto. Estas fueron: especialidades (clínicas, materno infantil, quirúrgicas, urgencias); año natural (2018, 2019, 2020, 2021, 2022); estadía hospitalaria; causas de morbilidad; y causas de mortalidad.

Para el procesamiento y análisis de la información se creó una base de datos en el paquete estadístico SPSS versión 21.0 que permitió el cálculo de las frecuencias absolutas y los porcentajes. Se realizaron tablas de contingencia para mejor ilustración de los resultados, así como la determinación del valor medio de la estadía hospitalaria y tasa bruta de mortalidad.

Esta investigación fue aprobada por el Comité de Ética del hospital en conjunto con la universidad. Durante su realización no se efectuó ninguna intervención terapéutica y se respetó la confidencialidad de los datos obtenidos. Se mantuvo como premisa respetar los principios bioéticos de los estudios con seres humanos, establecidos en la II Declaración de Helsinki y en las normas éticas cubanas.

RESULTADOS

El 48,7 % de los ingresos correspondieron a las especialidades clínicas, con mayor número de pacientes (22 089) en el año 2021. El promedio de estadía osciló entre los 6 y 6,5 días. (Tabla 1).

Tabla 1. Distribución de ingresos y estadía hospitalaria según año natural.

Especialidades	Ingresos					Total	
	2018	2019	2020	2021	2022	No.	%
Clínicas	14937	15487	12843	22089	8530	**73886**	**48,7**
Materno infantil	8794	8229	7946	6967	3640	**35576**	**23,5**
Quirúrgicas	6496	6224	5958	5586	3213	**27477**	**18,1**
Urgencias	2946	2961	2892	3926	2006	**14731**	**9,7**
Total	**33173**	**32901**	**29639**	**38568**	**17389**	**151670**	**100**
Estadía hospitalaria							
Promedio	6,0	6,2	6,3	6,0	6,5	-	-

Entre las principales causas de morbilidad se observaron la fiebre de origen desconocido y el parto único espontáneo, ambos con el 7,5 % del total. El año 2021 fue el de mayor número de egresos, resaltando el 15,0 % de los pacientes positivos a la COVID-19. (Tabla 2).

Tabla 2- Distribución de causas de morbilidad según egresos hospitalarios por año natural.

Causas de morbilidad	Egresos hospitalarios (%)					Total	
	2018	2019	2020	2021	2022	No.	%
Fiebre de origen desconocido	1267 (4,4)	4356 (15,1)	2063 (8,0)	981 (3,0)	1195 (8,2)	**9862**	**7,5**
Parto único espontáneo	2696 (9,3)	2267 (7,8)	2017 (7,8)	1960 (5,9)	904 (6,2)	**9844**	**7,5**
Observación y evaluación médica por sospecha	2766 (9,6)	1488 (5,2)	1429 (5,5)	2198 (6,6)	689 (4,7)	**8570**	**6,5**
Neumonía, organismo no especificado	1236 (4,3)	1399 (4,8)	1117 (4,3)	1361 (4,1)	895 (6,1)	**6008**	**4,6**
COVID-19, virus identificado	-	-	202 (0,8)	4978 (15,0)	709 (4,9)	**5889**	**4,5**
Supervisión del embarazo normal	786 (2,7)	780 (2,7)	682 (2,7)	612 (1,8)	231 (1,5)	**3091**	**2,4**
Infarto cerebral	686 (2,4)	735 (2,5)	677 (2,6)	606 (1,8)	299 (2,1)	**3003**	**2,3**
Nefritis túbulo-intersticial aguda	631 (2,2)	614 (2,1)	673 (2,6)	471 (1,4)	299 (2,1)	**2688**	**2,0**
Apendicitis aguda	624 (2,2)	552 (1,9)	542 (2,1)	472 (1,4)	205 (1,4)	**2395**	**1,8**
Atención materna por anormalidades conocidas	559 (1,9)	562 (1,9)	451 (1,8)	449 (1,3)	223 (1,5)	**2244**	**1,7**
Diarrea y gastroenteritis de presunto origen	636 (2,2)	453 (1,6)	421 (1,6)	392 (1,2)	213 (1,5)	**2115**	**1,6**
Diabetes mellitus	492 (1,7)	503 (1,7)	403 (1,6)	439 (1,3)	236 (1,6)	**2073**	**1,6**
Infarto agudo de miocardio	511 (1,8)	456 (1,6)	432 (1,7)	445 (1,3)	198 (1,4)	**2042**	**1,6**
Fractura de fémur	405 (1,4)	488 (1,7)	442 (1,7)	381 (1,2)	231 (1,5)	**1947**	**1,5**
Otras	15552 (53,9)	14224 (49,3)	14221 (55,2)	17347 (52,4)	8040 (55,2)	**69384**	**52,9**
Total de egresos	**28847**	**28877**	**25772**	**33092**	**14567**	**131155**	**100**

El 37,2 % de los fallecidos la causa de muerte fue la neumonía (viral, bacteriana o por germen no especificado); así lo refleja la tabla 3. El año 2021 resultó el de mayor número de fallecidos (2879), cerca de la mitad (48,3 %) por neumonía, seguido de la COVID-19 con 377 pacientes. (Tabla 3).

Tabla 3- Distribución de causas de mortalidad por año natural.

Causas de mortalidad	Fallecimientos hospitalarios (tasa)					Total	
	2018	2019	2020	2021	2022	No.	%
Neumonía*	404 (29,7)	425 (29,4)	359 (25,5)	1390 (48,3)	299 (33,0)	**2977**	**37,2**
Infarto cerebral	73 (5,4)	82 (5,7)	101 (7,2)	107 (3,7)	47 (5,2)	**410**	**5,1**
COVID-19, virus identificado	-	-	0 (0,0)	377 (13,1)	0 (0,0)	**377**	**4,7**
Hemorragia intraencefalica	54 (4,0)	53 (3,7)	67 (4,8)	66 (2,3)	39 (4,3)	**279**	**3,5**
Infarto agudo de miocardio	62 (4.5)	61 (4,2)	57 (4,1)	51 (1,8)	24 (2,7)	**255**	**3,2**
Insuficiencia renal crónica	49 (3,6)	44 (3,0)	61 (4,3)	58 (2,0)	34 (3,8)	**246**	**3,1**
Enfermedad isquémica crónica del corazón	38 (2,8)	57 (3,9)	59 (4,2)	56 (1,9)	26 (2,9)	**236**	**2,9**
Peritonitis	25 (1,8)	21 (1,5)	45 (3,2)	63 (2,2)	35 (3,9)	**189**	**2,4**
Tumor maligno de bronquios y de pulmón	42 (3,1)	35 (2,4)	37 (2,6)	40 (1,4)	19 (2,1)	**173**	**2,2**
Insuficiencia Cardiaca	29 (2,1)	30 (2,1)	35 (2,5)	56 (1,9)	18 (2,0)	**168**	**2,1**
Cardiomiopatía	46 (3,4)	37 (2,6)	32 (2,3)	35 (1,2)	14 (1,5)	**164**	**2,0**
Bronquitis, no especifica aguda o crónica	33 (2,4)	35 (2,4)	28 (2,0)	38 (1,3)	21 (2,3)	**155**	**1,9**
Fibrosis y cirrosis del hígado	30 (2,2)	27 (1,9)	25 (1,8)	31 (1,1)	14 (1,5)	**127**	**1,6**
Otras	477 (35,0)	541 (37,4)	502 (35,7)	511 (17,7)	315 (34,8)	**2245**	**28,1**
Total	**1361**	**1448**	**1408**	**2879**	**905**	**8001**	**100**

*Incluye neumonía viral, bacteriana, y por germen no especificado.

Las mayores tasas de mortalidad del hospital correspondieron a los servicios de Urgencias, con valores que oscilaron entre 20 a 40,2 fallecidos por cada 1000 habitantes. En 2021 se registró la mayor tasa de mortalidad con 8 por cada 1000 habitantes. (Tabla 4).

Tabla 4- Distribución de tasa bruta de mortalidad según año natural.

Especialidades	Tasa bruta de mortalidad				
	2018	2019	2020	2021	2022
Clínicas	4,5	4,4	4,7	5,4	3,6
Quirúrgicas	1,4	1,5	1,3	1,8	1,7
Urgencias	20,0	22,4	24,3	40,2	33,5
Materno infantil	0,0	0,1	0,0	0,2	0,0
Hospital General	4,5	4,8	5,2	8,0	5,9

DISCUSIÓN

Durante estos años se ha observado un fenómeno que se puede denominar "transición de riesgos", ya que en el transcurso de la primera mitad del siglo XX, la población estaba expuesta a los riesgos propios de un país con desarrollo social e infraestructuras incipientes, caracterizado por higiene deficiente, mala disposición de excretas, agua para consumo humano de baja calidad, hacinamiento, convivencia con animales en el hogar, esquemas de vacunación incompletos, cobertura insuficiente y subutilización de servicios de salud, entre otros, que cambiaron con el desarrollo y la urbanización. En consecuencia, se han modificado las formas de vida y surgido riesgos de exposición al sedentarismo, al estrés, al consumo de tabaco y de drogas, a la violencia, así como a patrones alimentarios basados en alimentos de alta densidad energética, el sobrepeso y la obesidad, el colesterol elevado y la hipertensión arterial, factores responsables de gran parte de la carga global de la enfermedad, ya que han dado como resultado problemas como la obesidad y otras enfermedades crónico-degenerativas a edades cada vez más tempranas, lo cual influye proporcionalmente en mayor número de ingresos hospitalarios y factores de riesgo para desarrollar entidades con alto riesgo para la vida.[3, 9]

En la presente investigación se obtuvo que la mayoría de los ingresos corresponden a las especialidades clínicas, con mayor número en el año 2021. El servicio de Medicina Interna de las instituciones secundarias se caracteriza por atender gran cantidad de pacientes si tenemos en cuenta las principales entidades nosológicas que afectan a la población, desde las enfermedades cardiovasculares, tumores malignos y cerebro-vasculares. Durante el año 2020 se detectó el primer caso de COVID-19 en Cuba, pero hasta los meses de julio y agosto de 2021 no hubo un alza importante de casos sospechosos y confirmados del nuevo coronavirus en la provincia; así como de fallecidos, lo cual es el desencadenante de la mayor cantidad de ingresos reportados en ese periodo. En los cinco años fueron atendidos en el hospital provincial más de 150 000 personas distribuidas en los principales servicios.

La pandemia de COVID-19 ha constituido un reto para los profesionales de la salud cubanos. Enfrentada a través de un proceso de investigación-acción, ha incluido el mejoramiento del conocimiento acerca de la enfermedad, su manejo clínico y las estrategias de prevención y control en la comunidad, y en las instituciones de salud. La evidencia inicial ha mostrado que las infecciones bacterianas secundarias son un factor de riesgo importante para los resultados adversos de la entidad.[10, 11, 12]

El promedio de estadía oscila entre los 6 y 6,5 días; esto pudiera estar influenciado por el adecuado manejo diagnóstico terapéutico, con el objetivo de lograr una reinserción comunitaria; además de contar con un sistema de atención primaria que puede hacer seguimiento del paciente y continuar su tratamiento en el hogar, reduciendo así el tiempo de estadía hospitalaria. Este resultado difiere del obtenido por Acosta y colaboradores, donde el promedio fue de 19,8 ± 14,7 días.[13]

Entre las principales causas de morbilidad obtenidas en el presente estudio, se encuentran la fiebre de origen desconocido, parto único espontáneo, observación y evaluación médica por sospecha, neumonía con organismo no especificado microbiológicamente, y en la quinta posición la nueva enfermedad COVID-19 con virus identificado por reacción en cadena de la polimerasa (PCR). El año 2021 fue el de mayor número de egresos, en correspondencia con la gran cantidad de ingresos referidos, resaltando el de los pacientes positivos a la COVID-19.

Según varios estudios,[7, 9, 13, 14] al patrón de enfermedades infecciosas y de deficiencias de la nutrición se han agregado enfermedades crónico-degenerativas y desórdenes mentales, producto de la interacción entre factores genéticos, otros factores biológicos como el envejecimiento y la distribución de grasa corporal, aunados a las exposiciones ambientales generadas por las cambiantes formas de vida mediadas por el contexto socioeconómico en el que viven las personas. Así, tanto el mejoramiento en las condiciones generales de vida como las transformaciones demográficas que se experimentan en las últimas décadas, han contribuido a la configuración de un nuevo panorama de salud, aunque cabe hacer notar que las cifras a nivel nacional no reflejan las profundas desigualdades que aún persisten entre diferentes grupos socioeconómicos, entre hombres y mujeres, así como entre las distintas regiones del país.

Otra manera de obtener la carga de enfermedad en la población es a través de la información sobre morbilidad, aunque en este caso la estimación de las tendencias va estar muy influida por el sistema de recogida de datos. Los datos de morbilidad se obtienen a partir de la información proporcionada por los servicios sanitarios –como las altas hospitalarias o las enfermedades infecciosas de declaración obligatoria–; de registros de base poblacional –como la incidencia de cáncer–; o de sistemas de notificación ajenos al sistema sanitario –como las víctimas de los accidentes de tráfico o las de los accidentes de trabajo.[9, 14]

La información suministrada por las altas hospitalarias no permite una evaluación adecuada de la tendencia en la frecuencia de los problemas de salud en la población, ya que el número de altas hospitalarias está muy influido por la variación en la disponibilidad de recursos sanitarios a lo largo del tiempo, o por los cambios en las prácticas médicas. No obstante, la información proporcionada es de gran utilidad en la planificación de los servicios sanitarios, ya que ofrece una estimación del tipo de problemas de salud más frecuentes que se atienden en los servicios hospitalarios. En el artículo de García y González,[14] las altas hospitalarias más frecuentes en 2017 se debieron a enfermedades del aparato circulatorio, seguidas de las enfermedades del aparato digestivo y del aparato respiratorio; y por último, las altas por cáncer y por enfermedades del sistema músculo-esquelético, lo cual coincide parcialmente con lo obtenido en esta serie.

Aproximadamente dos de cada cinco fallecidos tienen como causa de muerte la neumonía, ya sea viral, bacteriana o por germen no especificado; seguido por el infarto cerebral con más de 400 pacientes. En concordancia con los ingresos durante el año 2021, también hubo mayor número de fallecidos; relacionados con la COVID-19 murieron 377 pacientes en el hospital, el último de ellos en octubre de ese año. Estos datos se corresponden parcialmente con las principales causas de muerte reflejados en los Anuarios Estadísticos de Salud[15, 16, 17] emitidos por el MINSAP de Cuba, donde se planten las enfermedades cerebrales de etiología vascular como la tercera causa de muerte en adultos.

Una investigación realizada en Argentina,[14] presenta un porcentaje acumulado de 10,25 % en 1990, y un incremento progresivo hasta el 14,8 % en 2016. Los resultados indican una importante carga de mortalidad y costos. Por lo tanto, el desarrollo de políticas públicas dirigidas a reducir el sedentarismo se debe incorporar en la agenda de los responsables políticos. Para ello, es indispensable conocer el horizonte temporal en que se generarían los beneficios esperados por una intervención estatal. Esta tendencia se invierte después del grupo de 75-79 años, en el cual la curva de mortalidad de las mujeres se dispara porque presentan un mayor número de defunciones en los últimos grupos de edad.

En México[7] tres tipos de enfermedades concentran el 32 % de las muertes: la diabetes mellitus tipo 2, las enfermedades isquémicas del corazón y las enfermedades cerebro-vasculares. Estas comparten algunos factores de riesgo que requieren atención, tales como el sobrepeso y la obesidad, que afectan al menos a un 70 % de la población de 20 años o más; así mismo, el tabaquismo, el colesterol elevado y la hipertensión arterial, entre otras.

En cuanto a la enfermedad coronaria, provocó más de 250 fallecidos en el periodo de estudio. Aunque cabe destacar los excelentes resultados en el tratamiento del infarto agudo de miocardio (IAM) en la unidad de cuidados intensivos emergentes y coronarios por el servicio de Cardiología, en muchos de estos pacientes fallecidos se asocian comorbilidades que empeoran la respuesta del organismo. Estos resultados relacionados con la mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles se comportan de manera similar a otros estudios[18, 19, 20] consultados. Según el Anuario Estadístico de Salud 2018,[15] las enfermedades del corazón ocupan la primera causa de mortalidad, expresado en 25 684 defunciones en ese año, con ligero predominio en el sexo masculino y con una pequeña disminución en relación a los fallecidos del año 2017. Entre las enfermedades del corazón, las de causa isquémica ocupan la primera plaza, con un total de 16 260 muertes, de ellas el 45,20 % corresponden al IAM, afección que más fallecidos aportó en el grupo de edad comprendido entre 60 y 79 años.

La provincia de Cienfuegos no está exenta del problema: en el año 2005 se mostró una tasa de 204,7 por 100 000 habitantes; en el año 2006, una tasa bruta de mortalidad de 190,7 por 100 000 habitantes; y en 2018, 984 fallecidos, 11 por debajo de las defunciones por tumores en la provincia. Con una tasa de mortalidad de 237,9 por cada 100 000 habitantes.

En otra investigación,[13] tres de cada cinco pacientes lograron su reincorporación a la comunidad. La edad avanzada se asocia con una mayor mortalidad. Se ha descrito una tasa de letalidad del 8-12 % entre las personas de 70 a 79 años y del 15-20 % en los mayores de 80 años, en contraste con la letalidad global del 2,3 % en pacientes positivos a COVID-19. En el trabajo de Aguilera y colaboradores,[10] el 61,5 % de los pacientes ingresados por infección secundaria al virus del SARS-Cov-2 fallecieron. En las unidades de cuidados intensivos, los pacientes tienen un gran riesgo de sucumbir a la infección por oportunistas bacterianos. En ese estudio, la edad avanzada, las comorbilidades, unidas a la coinfección bacteriana, fueron los factores que más incidieron en la mortalidad.

Las mayores tasas de mortalidad del hospital corresponden a los servicios de Urgencias, con valores que oscilan entre 20 a 40,2 fallecidos por cada 1000 habitantes. Además de registrarse la mayor tasa de mortalidad con 8 por cada 1000 habitantes en 2021. Mientras más grave e inestable clínicamente se encuentre el paciente, y según los protocolos, son admitidos en las unidades de cuidados intensivos, en muchas ocasiones con peligro inminente para la vida y un pronóstico reservado. Este es un servicio que evidentemente expresa una tasa de mortalidad elevada.

En la actualidad los datos de morbilidad y mortalidad continúan siendo de gran utilidad para evaluar el estado de salud de la población, la vigilancia epidemiológica y la planificación sanitaria. La exhaustividad de la información que ofrece el registro de mortalidad, junto a la objetividad del fenómeno que recoge, convierten a los indicadores de mortalidad en un instrumento adecuado para la monitorización de los problemas de salud y el establecimiento de prioridades sanitarias, dadas las limitaciones que presentan otro tipo de indicadores sanitarios para la realización de comparaciones geográficas y temporales.

La mayoría de los pacientes que acuden a los servicios hospitalarios son ingresados por especialidades clínicas con estadía variable para garantizar un adecuado diagnóstico y terapéutica individualizada. La fiebre de origen desconocido y la cercanía al término del embarazo constituyen los principales motivos de consulta; mientras que los procesos inflamatorios neumónicos y el ictus son causas de mortalidad frecuente, con una tasa superior en las unidades de cuidados intensivos. Durante el año 2021 se registró una alta incidencia de casos en la atención secundaria, asociada al pico pandémico en la provincia por la COVID-19, y con evolución desfavorable en algunos individuos.

Conflicto de intereses:

No existen conflictos de intereses.

Contribución de autores:

Conceptualización: Rodolfo Javier Rivero Morey, Jeisy Rivero Morey, Lya del Rosario Magariño Abreus

Curación de datos: Rodolfo Javier Rivero Morey, Lya del Rosario Magariño Abreus

Análisis formal: Jeisy Rivero Morey, Lya del Rosario Magariño Abreus

Investigación: Jeisy Rivero Morey, Lya del Rosario Magariño Abreus

Metodología: Rodolfo Javier Rivero Morey, Lya del Rosario Magariño Abreus

Administración del proyecto: Arelys Falcón Hernández, MASP

Supervisión: Arelys Falcón Hernández, Moisés Aramís Santos Peña

Validación: Arelys Falcón Hernández, Moisés Aramís Santos Peña

Visualización: Rodolfo Javier Rivero Morey, Lya del Rosario Magariño Abreus

Redacción-borrador original: Rodolfo Javier Rivero Morey, Lya del Rosario Magariño Abreus

Redacción-revisión y edición: Rodolfo Javier Rivero Morey, Lya del Rosario Magariño Abreus

Financiación:

Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Rivero RJ, Rivero J, Magariño LR, García IA. Caracterización del estado de salud de 50 familias en el municipio de Cienfuegos. EsTuSalud[Internet]. 2022[citado 12/08/2022];4(1):[aprox. 15p]. Disponible en: http://revestusalud.sld.cu/index.php/estusalud/article/view/192/124

2. Coutin G. Las estadísticas de mortalidad cubanas en el siglo XIX y la contribución el doctor Ambrosio González del Valle. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2017[citado 12/08/2022];43(1):[aprox. 18p]. Disponible en: https://revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/546/818

3. Rivero RJ, Vázquez MA, Rocha M, Rivero J, Magariño LR. COVID-19: apuntes clínico-epidemiológicos y enfrentamiento desde la Atención Primaria de Salud. Rev Cubana Med Gen Integr[Internet]. 2021[citado 12/08/2022];37(Sup):[aprox. 24p]. Disponible en: http://revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/download/1681/446

4. Domínguez E, Zacca E. Sistema de salud de Cuba. Salud Pública Méx[Internet]. 2011[citado 12/08/2022];53(Supl2):[aprox. 18p]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v53s2/12.pdf

5. Cabrera N, Toledo AM. Los estudios de pesquisa activa en Cuba. Rev Cubana Salud Pública[Internet]. 2008[citado 12/08/2022];34(1):[aprox. 30p]. Disponible en: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=214208650 15

6. Soto G, Moreno L, Pahua D. Panorama epidemiológico de México, principales causas de morbilidad y mortalidad. Rev Fac Med (Méx)[Internet]. 2016[citado 20/08/2022];59(6):[aprox. 17p]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422016000600008&lng=es

7. Rivero RJ, Rivero J, Fernández LM, Peña L. Memorias de la Salud Pública en Cienfuegos: Etapa Neocolonial. 16 de Abril[Internet]. 2020[citado 20/08/2022];59(278):[aprox. 10p]. Disponible en: https://rev16deabril.sld.cu/index.php/16_04/article/view/828/531

8. Campoverde F, Campoverde N. El Cáncer: La tasa de Mortalidad General del Ecuador del INEC subestima erróneamente al Cáncer. Oncol (Guayaquil). 2020;30(3):178-91.

9. Navarro V, Moracén B, Santana D, Rodríguez O, Oliva M, Blanco G. Pesquisa activa comunitaria ante la COVID-19. Experiencias en el municipio de Cumanayagua, 2020. Medisur[Internet]. 2020[citado 20/08/2022];18(3):[aprox. 7p]. Disponible en: http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/4654/3132

10. Aguilera Y, Diaz Y, Ortiz L, Gonzalez O, Lovelle O, Sánchez M. Infecciones bacterianas asociadas a la COVID-19 en pacientes de una unidad de cuidados intensivos. Rev Cubana Med Mil[Internet]. 2020[citado 06/08/2022];49(3):[aprox. 13p]. Disponible en: http://www.revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/793/539

11. Serra MÁ. Infección respiratoria aguda por COVID-19: una amenaza evidente. Rev Haban Cienc Méd[Internet]. 2020[citado 06/08/2022];19(1):[aprox. 3p]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2020000100001&lng=es

12. Núñez R, Leyton F, Pino B, Costa M, Torres R. Secuelas físicas y emocionales en pacientes post hospitalización por COVID-19. Rev Méd Chile[Internet]. 2021[citado 06/08/2022];149(7):[aprox. 7p]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872021000701031&lng=es

13. Acosta EG, Escobar G, Bernaola AJ, Alfaro J, Marcos C, Taype MC, et al. Caracterización de pacientes con COVID-19 grave atendidos en un hospital de referencia nacional del Perú. Rev Perú Med Exp Salud Publica[Internet]. 2020[citado 06/08/2022];37(2):[aprox. 9p]. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342020000200253&lng=es

14. García CM, González JA. Impacto de la inactividad física en la mortalidad y los costos económicos por defunciones cardiovasculares: evidencia desde Argentina. Rev Panam Salud Publica[Internet]. 2017[citado 06/08/2022];41(1):[aprox. 11p]. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34168/v41a922017.pdf?sequence=1&isAllowed=y

15. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud 2018[Internet]. La Habana: MINSAP; 2019[citado 30/01/2019]. Disponible en: https://salud.msp.gob.cu/wp-content/Anuario/anuario_2018_edicion_2019.pdf

16. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud 2016[Internet]. La Habana: MINSAP; 2017[citado 30/01/2019]. Disponible en: https://salud.msp.gob.cu/wp-content/Anuario/anuario_2016_edicion_2017.pdf

17. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud 2019[Internet]. La Habana: MINSAP; 2020[citado 30/01/2020]. Disponible en: https://salud.msp.gob.cu/wp-content/Anuario/anuario_2019_edicion_2020.pdf

18. Bordón LM, Rivero RJ, Yera B. Caracterización de los pacientes con infarto agudo de miocardio en Unidad de Cuidados Intensivos Emergentes. Scalpelo[Internet]. 2020[citado 06/08/2022];1(3):[aprox. 9p]. Disponible en: https://rescalpelo.sld.cu/index.php/scalpelo/article/view/126/pdf

19. Rivero RJ, Ramírez CA, Rivero J. Tratamiento del glioma cerebral de alto grado en el paciente adulto. Univ Méd Pinareña[Internet]. 2020[citado 06/08/2022];16(1):[aprox. 23p]. Disponible en: http://www.revgaleno.sld.cu/index.php/ump/article/view/389/pdf

20. Gobierno de México. Diez principales causas de morbilidad hospitalaria de enero a diciembre de 2012[Internet]. Ciudad de México: cardiología.org.mx; 2022[citado 06/08/2022]. Disponible en: https://www.cardiologia.org.mx/transparencia/transparencia_focalizada/estadisticas/2012/morbilidad/

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS