

Unidades de Cuidados Intermedios. Consecuencias asistenciales en un hospital de referencia

A. HERAS, R. ABIZANDA, A. BELENGUER, B. VIDAL, A. FERRÁNDIZ, M.L. MICÓ Y R. ÁLVARO

Servei de Medicina Intensiva. Hospital Universitario Asociado General de Castelló. España.

Introducción. Las Unidades de Cuidados Intermedios constituyen formas de prestación asistencial a pacientes potencialmente críticos que permiten mejorar la relación coste-beneficio de la asistencia ofertada por los Servicios de Medicina Intensiva (SMI).

Objetivo. Analizar la repercusión asistencial que en un centro docente de referencia ha tenido la apertura estable de una Unidad de este tipo.

Diseño. Prospectivo.

Período. Desde el inicio de 2003 a finales de 2005.

Ámbito. Servicio de Medicina Intensiva, con acreditación docente, dotado de 15 camas de Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) convencional y 4 camas de cuidados intermedios.

Pacientes y método. Análisis, en 3.392 ingresos consecutivos en el SMI de datos demográficos (sexo y edad, tipo de paciente y procedencia del ingreso), de gravedad (SAPS 2), pronóstico (MPM II 0 y SAPS 2) y carga asistencial (NEMS). Análisis específico de la estancia y de la mortalidad (intra y post UCI).

Resultados. La apertura estable de una Unidad de Cuidados Intermedios se asocia con un incremento de pacientes atendidos por el SMI, y permite identificar claramente dos tipos distintos de pacientes conforme la ubicación ligada a la causa de ingreso. Los pacientes atendidos en la Unidad de Cuidados Intermedios tienen una menor estancia, una menor gravedad, un mejor pro-

nóstico de supervivencia y una menor carga asistencial. Sin embargo, la puesta en marcha de esta prestación no disminuye el intervalo de mortalidad total (intra + post UCI).

Conclusión. La puesta en marcha de una Unidad de Cuidados Intermedios dependiente de un SMI incrementa la capacidad asistencial del mismo y del centro al que presta servicio sin afectar a la mortalidad global.

PALABRAS CLAVE: Unidad de Cuidados Intermedios, mortalidad, actividad asistencial, gravedad, pronóstico.

INTERMEDIATE CARE UNITS. HEALTH CARE CONSEQUENCES IN A REFERENCE HOSPITAL

Introduction. Intermediate Care Units are forms to provide health care services to potentially critical patients that allow for improved cost-benefit ratio of the care offered by Intensive Medicine Departments.

Objective. Analyze heart care repercussion that the permanent opening of this type of unit had in a reference teaching center.

Design. Prospective.

Period. From the beginning of 2003 to the end of 2005.

Scope. Intensive Medicine Department (IMD), with teaching accreditation, which has 15 conventional ICU beds and 4 intermediate care beds.

Patients and methods. Analysis of demographic data (gender and age, type of patient, and origin or admission), of severity (SAPS 2), prognosis (MPM II 0 and SAPS2) and health care burden (NEMS) in 3,392 consecutive admissions to IMD. Specific analysis of the stay and mortality (intra and post ICU).

Results. Permanent opening of an intermediate care unit is associated with an increase of patients seen by the IMD and makes it possible to clearly identify two different types of patients

Correspondencia: Dr. R. Abizanda.
Servei de Medicina Intensiva.
Hospital General de Castelló.
12004 Castelló. España.
Correo electrónico: abizanda_ric@gva.es
rabizandac@terra.es

Manuscrito aceptado el 25-IV-2007.

according to the site linked to the cause of the admission. The patients seen in the Intermediate Care Unit have a shorter stay, less seriousness, greater survival prognosis and less care burden. However, the initiation of this service does not decrease the interval of total mortality (intra + post- ICU).

Conclusion. Initiating an intermediate care unit depending on an IMD increases its health care capacity and that of the center it gives service to without affecting global mortality.

KEY WORDS: *Intermediate Care Unit, mortality, health care activity, seriousness, prognosis.*

INTRODUCCIÓN

Las Unidades de Cuidados Intermedios (UCIM) son áreas hospitalarias con dotación técnica y humana suficiente para proporcionar una vigilancia y cuidados asistenciales con nivel inferior a las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), pero muy superior a las áreas convencionales de hospitalización.

Las UCIM son estructuras asistenciales, conceptualmente dependientes de los Servicios de Medicina Intensiva (SMI)¹, que nacen como consecuencia de distintos objetivos:

1. Disminuir el «salto asistencial cualitativo» entre las UCI y las plantas convencionales de hospitalización² e incrementar la capacidad asistencial de los SMI mediante la posibilidad de atender pacientes con menor grado de dependencia, y que son «mejor atendidos» que en las alternativas existentes en cada uno de los centros considerados.

2. Garantizar una continuidad asistencial a enfermos cuya situación no permite un traslado a plantas convencionales con las suficientes garantías.

3. Como valor añadido, se dice que la existencia de las UCIM puede asociarse a una disminución de la mortalidad total incluyendo la hospitalaria post UCI (disminución de la mortalidad real frente al mantenimiento de la «mortalidad intra UCI»), aunque al parecer no existe evidencia contrastable de esta afirmación³.

Nuestro SMI dispone, de forma estable, desde el inicio de 2002, de una UCIM de 4 camas (capacidad asistencial del SMI: 15 UCI + 4 UCIM).

Nuestro interés ha sido diferenciar los indicadores de funcionamiento entre pacientes de UCI y pacientes de UCIM y establecer en qué medida la mortalidad post UCI ha podido verse modificada por la existencia de la UCIM.

PACIENTES Y MÉTODO

Diseño

Estudio de análisis retrospectivo de datos recogidos de manera prospectiva.

Ámbito

Hospital docente de referencia dotado de 540 camas, con un SMI polivalente que incluye 15 camas de UCI estricta y 4 camas de UCIM.

El período de análisis de los datos de pacientes ingresados en UCIM fue desde 2003 a 2005; para situar los datos en el contexto, la mortalidad intra SMI y post SMI se considera desde el año 2000. Este hecho se menciona claramente al exponer los resultados.

Pacientes

Se recogieron todos los ingresos en el SMI consecutivos durante los años señalados. Los datos de mortalidad intra-UCI y hospitalaria son referidos al período de 2000 a 2005, como ya se ha dicho.

Método

Recogida de datos demográficos (edad y sexo), epidemiológicos (procedencia, tipo de paciente –quirúrgico urgente, quirúrgico programado y no quirúrgico o médico y causa de ingreso en el SMI– conforme sistema IRS 1.0 de FRICE⁴), de gravedad-pronóstico (SAPS 2 y MPM II 0) y de actividad asistencial (estancia media y carga de trabajo de enfermería por sistema NEMS⁵, recogiendo la puntuación del primer día o NEMS 1, y la total de la estancia del paciente o NEMS T). El resultado asistencial se estima mediante la tasa de mortalidad intra SMI y post SMI o mortalidad hospitalaria dentro de la misma estancia.

Análisis estadístico

El análisis estadístico se llevó a cabo mediante el programa SPSS/PC 11.0, utilizando los tests de varianza en un solo sentido y de comparación de medias (t-test) para las variables continuas cuando fue oportuno, y de Chi-cuadrado para las variables categóricas. Se admite como nivel de significación un valor de $p < 0,05$.

RESULTADOS

En conjunto se han analizado los resultados asistenciales e indicadores de gravedad-pronóstico y de carga asistencial de 3.392 pacientes ingresados desde el 1 de enero de 2003 al 31 de diciembre de 2005 (3 años) y se ha recogido la mortalidad intra SMI y post SMI desde el año 2000.

El número de pacientes correspondientes a cada año, ingresados en la UCI propiamente dicha o en la UCIM, se describe en la tabla 1, así como el número de fallecidos intra SMI y de forma global (intra SMI + post SMI durante la misma estancia hospitalaria). El tipo de pacientes y la procedencia de los mismos quedan expresados en las tablas 2 y 3.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3113751>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3113751>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)