

Artículo original

Unidad de cuidados intermedios tras la cirugía cardiaca: impacto en la estancia media y la evolución clínica

Carlos Labata^{a,*}, Teresa Oliveras^a, Elisabet Berastegui^b, Xavier Ruyra^b, Bernat Romero^b,
Maria-Luisa Camara^b, Maria-Soledad Just^c, Jordi Serra^a, Ferran Rueda^a, Marc Ferrer^a,
Cosme García-García^a y Antoni Bayes-Genis^{a,d}

^aServicio de Cardiología, Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona, Barcelona, España

^bServicio de Cirugía Cardiaca, Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona, Barcelona, España

^cServicio de Medicina Intensiva, Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona, Barcelona, España

^dInstituto de Investigación en Ciencias de la Salud Germans Trias i Pujol, Badalona, Barcelona, España

Historia del artículo:

Recibido el 12 de enero de 2017

Aceptado el 5 de octubre de 2017

Palabras clave:

Unidad de cuidados intermedios

Cirugía cardiaca

Cuidado posoperatorio

Keywords:

Intermediate care unit

Cardiac surgery

Postoperative care

RESUMEN

Introducción y objetivos: El posoperatorio de cirugía cardiaca incluye el traslado desde la unidad de cuidados intensivos (UCI) a la sala convencional. Las unidades de cuidados intermedios (UCIn) permiten la optimización de recursos hospitalarios. Se ha analizado el impacto de una UCIn en las estancias medias (en la UCI y hospitalaria) y los resultados (mortalidad hospitalaria y reingresos a los 30 días) tras la cirugía cardiaca (UCIn-CC).

Métodos: Desde noviembre de 2012 hasta abril de 2015, ingresaron para cirugía cardiaca 1.324 pacientes consecutivos. Se implementó una UCIn-CC (mayo de 2014). Los pacientes se clasificaron en 2 grupos: pre-UCIn-CC (noviembre de 2012 a abril de 2014; n = 674) y post-UCIn-CC (mayo de 2014 a abril de 2015; n = 650).

Resultados: No se observaron diferencias significativas en edad, sexo, factores de riesgo, EuroSCORE 2, fracción de eyección o tipo de cirugía (el 53% valvular, el 26% coronaria, el 11,5% valvular y coronaria y el 1,8% de aorta). La estancia en la UCI disminuyó del pre-UCIn-CC al post-UCIn-CC una media \pm desviación estándar de $4,9 \pm 11$ a $2,9 \pm 6$ días ($p < 0,001$); de una mediana [Q1-Q3] de 2 [1-4] a 1 [0-3]; la estancia hospitalaria disminuyó de $13,5 \pm 15$ a $12,7 \pm 11$ días ($p = 0,01$); de 9 [7-13] a 9 [7-11]. No hubo diferencias estadísticamente significativas en la mortalidad intrahospitalaria (4,9 frente al 3,5%; $p = 0,28$) ni la readmisión a 30 días (4,3 frente al 4,2%; $p = 0,89$).

Conclusiones: Tras la implementación de una UCIn-CC para el cuidado del posoperatorio de cirugía cardiaca, se observó una reducción de las estancias medias en la UCI y hospitalaria, sin que aumentaran la mortalidad hospitalaria ni los reingresos a los 30 días.

© 2017 Sociedad Española de Cardiología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Intermediate Care Unit After Cardiac Surgery: Impact on Length of Stay and Outcomes

ABSTRACT

Introduction and objectives: Current postoperative management of adult cardiac surgery often comprises transfer from the intensive care unit (ICU) to a conventional ward. Intermediate care units (IMCU) permit hospital resource optimization. We analyzed the impact of an IMCU on length of stay (both ICU and in-hospital) and outcomes (in-hospital mortality and 30-day readmissions) after adult cardiac surgery (IMCU-CS).

Methods: From November 2012 to April 2015, 1324 consecutive patients were admitted to a university hospital for cardiac surgery. In May 2014, an IMCU-CS was established for postoperative care. For the purposes of this study, patients were classified into 2 groups, depending on the admission period: pre-IMCU-CS (November 2012-April 2014, n = 674) and post-IMCU-CS (May 2014-April 2015, n = 650).

Results: There were no statistically significant differences in age, sex, risk factors, comorbidities, EuroSCORE 2, left ventricular ejection fraction, or the types of surgery (valvular in 53%, coronary in 26%, valvular plus coronary in 11.5%, and aorta in 1.8%). The ICU length of stay decreased from 4.9 ± 11 to 2.9 ± 6 days (mean \pm standard deviation; $P < .001$); 2 [1-4] to 1 [0-3] (median [Q1-Q3]); in-hospital length of stay decreased from 13.5 ± 15 to 12.7 ± 11 days (mean \pm standard deviation; $P = .01$); 9 [7-13] to 9 [7-11] (median [Q1-Q3]), in pre-IMCU-CS to post-IMCU-CS, respectively. There were no statistically significant differences in in-hospital mortality (4.9% vs 3.5%; $P = .28$) or 30-day readmission rate (4.3% vs 4.2%; $P = .89$).

Conclusions: After the establishment of an IMCU-CS for postoperative cardiac surgery, there was a reduction in ICU and in-hospital mean lengths of stay with no increase in in-hospital mortality or 30-day readmissions.

Full English text available from: www.revespcardiol.org/en

© 2017 Sociedad Española de Cardiología. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

* Autor para correspondencia: Servicio de Cardiología, Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Carretera de Canyet s/n, 08916 Badalona, Barcelona, España.
Correo electrónico: clabata@hotmail.com (C. Labata).

Abreviaturas

DH: duración de la hospitalización
UCI: unidad de cuidados intensivos
UCIn: unidad de cuidados intermedios
UCIn-CC: unidad de cuidados intermedios después de cirugía cardíaca

INTRODUCCIÓN

La cirugía cardíaca es el abordaje terapéutico preferido para el tratamiento de muchas enfermedades cardiovasculares. Al ser invasiva, este tipo de cirugía requiere una importante cantidad de recursos de asistencia sanitaria, sobre todo en lo relativo a los cuidados intensivos. Se necesitan estrategias que optimicen los recursos hospitalarios y mejoren la eficiencia sin que se afecten negativamente los resultados clínicos.

Durante la última década, probablemente por los avances en la asistencia cardíaca perioperatoria, la mortalidad asociada con la cirugía se ha reducido significativamente¹. En cambio, la morbilidad posoperatoria ha aumentado, principalmente porque los pacientes sometidos a cirugía cardíaca son de más edad, más frágiles y con más comorbilidades². La asistencia cardíaca posoperatoria, por lo tanto, es crucial para el éxito quirúrgico general y para la recuperación clínica de los pacientes.

En el campo de la medicina de cuidados intensivos en general, la creación de las unidades de cuidados intermedios (UCIn) para los pacientes que no requieren cuidados intensivos completos pero sí más servicios de los que pueden prestarse en las salas hospitalarias³⁻⁵ permite un alta más temprana de las unidades de cuidados intensivos (UCI), facilita la asignación de los pacientes y ayuda a reducir los costes^{6,7}. Aunque actualmente muchos hospitales tienen UCIn, hay poca evidencia que respalde su efecto beneficioso en el contexto del posoperatorio de la cirugía cardíaca (la UCIn-CC), un campo que supone una carga económica importante para los hospitales^{8,9}. En consecuencia, nuestro estudio evalúa si la introducción de una UCIn-CC en el proceso posoperatorio de la cirugía cardíaca tiene influencia en la duración de la estancia (tanto en la UCI como en el hospital) y en los resultados (mortalidad hospitalaria y reingresos en 30 días).

MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo, observacional y longitudinal. Entre noviembre de 2012 y abril de 2015, 1.324 pacientes consecutivos ingresaron para intervenciones de cirugía cardíaca en un hospital universitario. En mayo de 2014, se creó una UCIn-CC para la asistencia posoperatoria de los pacientes. Para los fines del presente estudio, se clasificó a los pacientes en 2 grupos en función del periodo de ingreso: pre-UCIn-CC (noviembre de 2012-abril de 2014; n = 674) y post-UCIn-CC (mayo de 2014-abril de 2015; n = 650).

Miembros de los servicios de Cardiología y Cirugía cardíaca recogieron los datos prospectivamente siguiendo el registro oficial de la Sociedad Española de Cirugía Torácica y Cardiovascular con variables complementarias tras el establecimiento de la UCIn-CC, y los introdujeron en la base de datos, con una comprobación detallada con el registro oficial de nuestro hospital. Se analizaron los datos demográficos y clínicos, así como las complicaciones posoperatorias, la duración de la estancia en el hospital (DH) y los resultados. Las principales variables analizadas se definen así:

- Estancia en la UCI: UCI cardíaca en DH.
- Estancia en el hospital: hospitalización total en DH en nuestro hospital.

- Reingreso en UCI: reingreso en UCI cardíaca durante la hospitalización.
- Mortalidad hospitalaria: mortalidad durante la hospitalización en nuestro hospital, así como de los pacientes trasladados a sus centros de referencia.
- Reingreso en 30 días: reingreso hospitalario relacionado con el proceso posoperatorio de cirugía cardíaca o ingreso por causa cardiovascular en los primeros 30 días tras el alta.

Unidad de cuidados intermedios para el contexto de cirugía cardíaca del adulto

El Servicio de Cirugía Cardíaca de nuestro hospital se creó el año 2000 y cuenta ahora con 2 quirófanos cardíacos, 8 camas de UCI cardíaca y 16 camas en la sala de cirugía cardíaca. El equipo de UCI está formado por 4 médicos de cuidados intensivos y dispone de una relación enfermeras:pacientes de 1:2.

La UCIn-CC consta de 8 camas hospitalarias (4 habitaciones dobles) equipadas con monitorización cardíaca no invasiva continua. Dispone de un equipo multidisciplinario formado por 2 cardiólogos con apoyo del personal de cirugía cardíaca¹⁰ con una relación enfermeras:pacientes de 1:4. La UCIn-CC dispone de un cardiólogo de guardia las 24 h del día. Se definió un protocolo clínico con la creación de la UCIn-CC para los pacientes de cirugía, que incluye el ingreso en la UCIn-CC de todos los pacientes dados de alta de la UCI cardíaca antes de pasar a una cama convencional o la sala cardíaca. El objetivo principal de la UCIn-CC es proporcionar asistencia cardiológica para permitir un alta temprana de la UCI cardíaca a los pacientes que requieren una monitorización clínica o hemodinámica estricta y necesitan un tiempo de dedicación de enfermería considerable. Se utiliza para los pacientes a los que se administran dosis bajas de fármacos inotrópicos o vasoactivos, a los que se practican drenajes mediastínicos/pleurales, y para los que tienen alteraciones como trastornos del ritmo o miopatía pero no necesitan ventilación mecánica ni terapia renal sustitutiva continua.

Análisis estadístico

Los datos cualitativos se expresan mediante número y porcentaje y las variables cuantitativas, en media \pm desviación estándar o mediana [intervalo intercuartílico]. La distribución normal se evaluó mediante gráficos Q-Q normales. Las comparaciones de los grupos se llevaron a cabo con la prueba de la χ^2 y la prueba de la t de Student o con pruebas no paramétricas (U de Mann-Whitney) según fuera necesario. Para los análisis de regresión lineal, se aplicó una transformación logarítmica a la DH en la UCI y en el hospital, dado que la distribución era asimétrica. En estos análisis, se incluyeron como covariables las variables con significación estadística en el análisis univariable, así como las que se consideraron clínicamente relevantes, como edad, sexo, insuficiencia renal, diabetes, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, clase funcional de la *New York Heart Association* y fracción de eyección del ventrículo izquierdo. Todos los análisis de los datos se realizaron con el programa SPSS versión 15 (SPSS Inc.; Chicago, Illinois, Estados Unidos). Los valores de $p < 0,05$ se consideraron significativos.

RESULTADOS

Se analizó a 1.324 pacientes consecutivos a los que se practicaron intervenciones de cirugía cardíaca entre noviembre de 2012 y abril de 2015, y se los dividió en 2 grupos: 674 pacientes pre-UCIn-CC y 650 pacientes post-UCIn-CC. Se dispuso de información sobre la supervivencia del 98,1% de los pacientes (solamente se perdió el seguimiento de 26 pacientes). Las características demográficas y clínicas basales se muestran en la [tabla 1](#). No hubo diferencias

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8676319>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8676319>

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