

ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN UNA UCI MÉDICO-QUIRÚRGICA

J. González Cortijo, B. Obón Azuara, C. López Núñez, R. Bustamante Rodríguez y P. Luque Gómez

Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Clínico Universitario. Zaragoza.

Objetivos: Conocimiento acerca del perfil de pacientes ingresados en UCI y establecimiento una relación con diversas variables asistenciales. Estudio de la mortalidad de los pacientes críticos y relación con la gravedad.

Métodos: Estudio descriptivo y prospectivo realizado en una UCI médico-quirúrgica de un hospital de tercer nivel que cuenta con 34 camas durante el período de tiempo de 1 mes (noviembre 2001). Variables recogidas: sexo, edad, motivo de ingreso, lugar de procedencia, diagnóstico al alta, éxito, media de estancia, índice de gravedad (APACHE II).

Resultados: 160 pacientes ingresados, de los cuales 45 fueron mujeres (28%) y 115 varones (72%). La media de edad se situaba en torno a los 64,04 años (mujeres 67,8 años; varones 62,54 años). La media de estancia fue de 4,63 días. La media del índice de gravedad (APACHE II) fue de 10,3. La procedencia de los pacientes fue la siguiente: S. de Urgencias 54 pacientes (34%), Otros hospitales 39 pacientes (24%), Quirófano 29 pacientes (18%), S. de hemodinámica 24 pacientes (15%), y finalmente otros Servicios 14 pacientes (9%). Entre los diagnósticos principales encontramos: Cardiopatía isquémica: 29,3%; control pos-coronariografía: 16,8%; otros diagnósticos cardiológicos: 12,5%; Diagnósticos neurológicos y neuroquirúrgicos: 13,1%; Cirugía electiva: 10%; Cirugía urgente 3%; traumatismos 5%, diagnósticos digestivos: 4,3%; respiratorios: 3,7%; trasplante hepático: 1,87%; intoxicaciones 1,25%. Los pacientes fallecidos representaban el 3,1% de la población ingresada, con un APACHE II medio de 19,6, media de edad de 67,4 años, y medias de estancia de 3,6 días. El motivo de fallecimiento más frecuente fue la hemorragia cerebral (60% sobre el total de los pacientes fallecidos).

Conclusiones: Los pacientes ingresados en nuestra UCI poseen medias de edad superiores a las descritas en otros estudios, e índices de mortalidad y de gravedad global inferiores. La mortalidad de los pacientes se relacionó con medias de edad e índices de gravedad superiores al resto de los ingresados.

Gestión

254

ANÁLISIS DEL NIVEL DE SATISFACCIÓN PROFESIONAL DE LOS MÉDICOS INTENSIVISTAS DE UNA C.C.A.A.

P. Ricart, J. Morillas, J. Ruiz, M^a C. Martín y R. Jam
Societat Catalana de Medicina Intensiva i Crítica.

Objetivo: Analizar la opinión de los médicos intensivistas (MI) de Cataluña de la SOCMIC respecto al clima organizacional de los SMI y su nivel de satisfacción profesional.

Método: Población y muestra: 287 miembros (245 activos).

1^a Encuesta: 3 preguntas de opción múltiple ('TA', 'A', 'indiferente', 'D' y 'TD'): A) El trabajo que realizo en el SMI ¿es acorde a mi formación y a mis potencialidades?; B) Participo activamente en la constitución de los valores y de los principios del SMI que conforman su cultura organizacional; C) Me gusta formar parte de un equipo y que el resultado de mi trabajo se evalúe de acuerdo con mi contribución al equipo.

2^a Encuesta: 3 respuestas libres sobre las 3 características más positivas de la medicina intensiva y sobre las 3 más negativas. Cat. laborales: 'jefes de servicio', 'jefes clínicos' y 'médicos adjuntos' (MA). Análisis estadístico: estudio descriptivo.

Resultado: 46 encuestas contestadas de 245 (19%).

1^a Encuesta: A) > del 70% cree que su trabajo está de acuerdo a su formación y potencialidades, aunque el 75% de los MA con horario noches/guardias no está de acuerdo. B) Casi el 50% de los MA no se sienten partícipe de la constitución de valores y principios, al contrario que jefes clínicos y jefes de servicio. C) El 98% están de acuerdo en formar parte de un equipo y que su trabajo se evalúe en función a su contribución.

2^a Encuesta: en cuanto a las características positivas: multidisciplinariedad, el trabajo en equipo y la atención global al enfermo; y en cuanto a las negativas: "burn-out".

Conclusiones: 1) Los MA con horario laboral noches/guardias, sienten que el trabajo que realizan, aún siendo acorde a su formación, no lo es a sus potencialidades. 2) Los MA creen que participan poco en la constitución de los valores y principios de. 3) Es importante el trabajo en equipo. 4) El síndrome del burn-out es una realidad.

256

¿DEPENDE DEL SEXO EL RESULTADO FINAL DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN UCI?

S. Mas, R. Abizanda, J. Madero, A. Ferrándiz, J. Guasch y C. Aguña
Servei de Medicina Intensiva. Hospital General de Castelló. Castelló.

Introducción: El sexo de los pacientes críticos no parece asociarse a diferencias de gravedad y mortalidad asociada. Intentamos comprobar esta hipótesis en nuestra actividad asistencial.

Pacientes y método: Estudio observacional de datos prospectivos en una UCI polivalente de 15 camas de un Hospital docente de referencia desde 11/1997 a 7/2001. Análisis de 3.152 ingresos consecutivos, con información recogida mediante GESPAC[®]. Se analizaron las causas de ingreso en UCI, la edad, estancia media en UCI (LOS), gravedad (MPM 0, MPM 24, SAPS 2 y AP3 - versión española de APACHE III) y el riesgo de muerte (IP) derivado conforme la distribución por sexos y la distribución de edad por décadas. La mortalidad fue la de la estancia hospitalaria. El esfuerzo asistencial se expresó por NEMS. Se determinó la tasa estandarizada de mortalidad (SMR) y su intervalo de confianza al 95% (IC95%).

Resultados: Mil doce casos (1012 - 32%) fueron mujeres (M). La edad media (\pm SD) fue de 60 (17,6) años. Sólo hubieron diferencias significativas en los valores de MPM 0 (0,243 \pm 0,249 para V y 0,267 \pm 0,264 para M, p: 0,003) Los demás datos epidemiológicos no ofrecieron estas diferencias. A pesar de que la SMR global fue más alta para mujeres que para hombres (0,96 V frente a 1,21 M) los intervalos de confianza al 95% se solapan (0,86 - 1,07 V frente a 1,04 - 1,41 M, p NS) y lo mismo sucede al analizar conjuntamente el comportamiento de la distribución de sexo por tramos de edad. Solo en tres causas de ingreso existe una mayor mortalidad de M frente a V (Cardiopatía isquémica en fase aguda, 592 casos; Situación pos PCR, 64 casos; y Politrauma sin TCE asociado, 65 casos), pero esta significación se pierde al estudiar los distintos subgrupos de edad.

Conclusiones: A pesar de algunos datos que pudieran ser interpretados (globalmente) de forma equívoca, nuestro estudio no demuestra diferencias significativas entre V y M ni en los datos de gravedad, ni en los de mortalidad asociada a ella ni en los del esfuerzo asistencial proporcionado.

257

259

ACTITUD AGEISTA EN UCI. PRONÓSTICO, MORTALIDAD Y ESFUERZO ASISTENCIAL EN PACIENTES MUY ANCIANOS INGRESADOS EN UNA UCI POLIVALENTEF. Sánchez, R. Abizanda, S. Mas, M. Cubedo, M.T. Rodríguez y R. Reig
*Servicio de Medicina Intensiva. Hospital General de Castelló. Castelló.***Introducción:** Existe la idea de que la edad avanzada es una limitación para el ingreso en UCI o para el esfuerzo asistencial aplicado. Pretendemos comprobar si esta suposición es cierta en nuestra casuística.**Pacientes y método:** Estudio observacional, de datos prospectivos, en una UCI de 15 camas de un Hospital docente de referencia. Análisis de 3.152 ingresos consecutivos con información sistemática recogida mediante sistema GESPAC®, considerando muy ancianos a los de más de 85 años. El riesgo de muerte (IP) fue estimado mediante MPM 0; MPM 24; SAPS 2 y AP 3. La mortalidad fue considerada dentro de la estancia hospitalaria y la carga asistencial expresada por NEMS (NEMS 1 carga del primer día y NEMS T la de la estancia total). Se calculó la razón estandarizada de mortalidad (SMR), determinando el riesgo relativo (RR) y su intervalo de confianza al 95% (RR, IC95%).**Resultados:** La edad media (\pm SD) fue de 60 (17,6) años y la moda de 73 años. Cincuenta y cinco casos eran mayores de 85 años. La mortalidad fue mayor si la edad era mayor que la media (25,6%) y que la moda (31,3%) (global 20,2%). En los muy ancianos fue de 32,7%. Las diferencias de tasas de mortalidad fueron significativas en ingresos con edad mayor > 60 y > 73, pero no en pacientes de más de 85 años (RR 1,19, IC95% 0,98 - 1,43). La estancia media fue significativamente menor en los mayores de 85 años. En pacientes de más de 85 años no hubo diferencias entre la mortalidad predicha y la observada (SMR 0,92, RR: 0,92, IC95% 0,86 - 1,02) y tampoco en NEMS 1 (25 ± 7 frente a 23 ± 9 , p NS) o NEMS T (211 ± 345 frente a 107 ± 79 , p NS).**Conclusiones:** En nuestra UCI, los pacientes muy ancianos no están más graves ni son sometidos a menor esfuerzo asistencial. Las menores estancias se deben a distinto case-mix diagnóstico. En nuestra serie las diferencias detectadas deben ser atribuidas a la oferta externa y no a una actitud ageista en UCI.**ANÁLISIS DE LA ESTRATEGIA Y DE LA VISIÓN DE FUTURO DE LA MEDICINA INTENSIVA (MI) EN UNA C.C.A.A.**J. Morillas, P. Ricart, M^o C. Martín, J. Ruiz, LL. Blanch
*Societat Catalana de Medicina Intensiva i Crítica.***Objetivo:** Conocer la opinión de los médicos intensivistas de la SOC-MIC en cuanto a la posición estratégica y visión de futuro.**Método:** Población y muestra: 287 miembros de la SOCMIC (245 activos). Encuesta: 6 preguntas de opción múltiple ('TA', 'A', 'indiferente', 'D' y 'TD'): A) ¿Considera que el funcionamiento habitual (staff mañanas/médicos de guardia) del SMI garantiza la atención del enfermo crítico (EC); B) ¿Considera que la productividad no asistencial es importante en la actividad diaria?; C) ¿Considera que la especialidad MI, tal como se desarrolla en la actualidad, será imprescindible en el futuro?; D) ¿Considera que el SMI debe hacer sinergias con otros servicios?; E) ¿Considera que todo EC, independientemente de su ubicación, es competencia del SMI?; F) ¿Considera que existen enfermos no estrictamente críticos que podrían beneficiarse de la atención de un médico intensivista?. *Cat. laborales:* 'jefes de servicio', 'jefes clínicos' y 'médicos adjuntos'. *Análisis estadístico:* estudio descriptivo.**Resultados:** 46 encuestas contestadas de 245 (19%). A) > del 75% cree que el modelo staff/guardias es el mejor (sólo el 8% de los encuestados son médicos adjuntos de guardias). B) > del 90% considera importante la docencia y la investigación. C) Entre el 20 y 45% de los MI cree que no será imprescindible la MI tal como se desarrolla en la actualidad. D) El 90% considera que se debe hacer sinergias. E) y F) el 70% cree que todo EC o semicrítico se puede beneficiar de la atención por médicos intensivistas e incluso que debería ser competencia de los mismos los asistidos.**Conclusiones:** Mayoritario acuerdo con el modelo actual de organización. Aunque la actividad asistencial se considera prioritaria, se valora de forma positiva la docencia y la investigación. El modelo actual de la MI no es el más adecuado, mostrándose la mayoría de acuerdo en aceptar un cambio.

258

260

PROGRAMA DE CALIDAD: MORTALIDAD, CAUSAS Y ESTANCIAS DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVAJ. Rodríguez, P. Cobo, I. Díaz, J. Lloret, A. Martínez y R. Velázquez
*Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias. Hospital Punta de Europa. Algeciras. Cádiz.***Introducción:** La realización del control del paciente fallecido es importante en todo programa de calidad. Por ello nos proponemos determinar la mortalidad y las causas así como una aproximación a la idoneidad del proceso asistencial dentro del ámbito de nuestro programa de calidad.**Método:** Estudio retrospectivo de todos los pacientes ingresados durante un año, definiendo ingreso como todo aquel paciente que estuvo físicamente en la unidad. Clasificamos las causas de muerte en CIE-9. Los pacientes que requirieron traslado a otro hospital se excluyeron. Entorno: Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias de un hospital comarcal. Monitorización de los pacientes fallecidos aplicándole un protocolo definido. Se incluyen los siguientes: 1) Datos globales: Datos de filiación, procedencia y reingresos. Datos relativos al diagnóstico y tratamiento. Evaluación del proceso asistencial seguido. Se utilizó estadística descriptiva. 2) Revisión y puesta en común del método y resultados con el personal sanitario. 3) Evaluación del feedback producido. Cambio en las tomas de decisiones. 4) Divulgación de los resultados con otros grupos de trabajo.**Resultados:** Durante el año 2000 ingresaron 702 pacientes y fallecieron 104 (14,8%). La estancia de los éxitos siguió una distribución no normal con una media de 6,83 días \pm 11. La estancia media de los supervivientes fue de 3,62 \pm 4,6. (p < 0,05). Se trasladaron 26 pacientes que se excluyen del estudio. Edad media: 70,2 \pm 14. Varones: 50,5%. Mujeres: 49,5%. Shock séptico de origen médico: 19%, de origen quirúrgico 13,3%. I.A.M.: 16,2%. Parada Cardiocirculatoria reanimada extrahospitalariamente 20%. EPOC reagudizados 10,5%. Accidente cerebrovascular agudo 4,8%. Insuficiencia cardíaca cuyo motivo de ingreso no es síndrome coronario 7,6%. Arritmias no relacionadas con síndrome coronario 0,95%. Trauma grave 0,95%. Hemorragias digestivas altas 2,9%. Otros 3,8%. Se llevaron a cabo reuniones de consenso, evaluación y cambios en protocolos.**Conclusiones:** El control de los éxitos producidos en nuestro servicio contribuye de forma directa a la optimización del proceso asistencial.**EL APACHE II COMO INDICADOR PRONÓSTICO DE RESULTADO EN LOS MAYORES DE 75 AÑOS**

V.E. Merlo González, F. Árbol Linde, A. Segura Frago, A. Simón Martín y E. Juan Sarmiento

*Sección Medicina Intensiva. H^o Ntra Sra del Prado. Talavera de la Reina.***Objetivo:** Verificar si el APACHE II es un factor pronóstico de mortalidad en los pacientes \geq 75 años en cuidados intensivos, ya que les corresponde la mayor puntuación en el APACHE II.**Método:** Estudio prospectivo de los ingresos nacidos \leq 1926 en el período enero 2001 a 15 dic 2001 en una UCI de un hospital de nivel II. Se analizaron: edad, APACHE II, APS, resultado y estancia UCI y hospitalario. Los datos se expresan como $x \pm$ DS. Se considero significativa estadísticamente p < 0,05.**Resultados:** El nº de ingresos analizado fue 169 (31,18%), correspondiendo a 154 pacientes. La edad media fue 79,99 \pm 4,84 años. Varones 108 (63,91%). La mortalidad intraUCI fue 29 (17,16%). La edad fue: vivos 80,04 \pm 4,96 años, muertos 79,76 \pm 4,31 años. No existían diferencias p = 0,9. El APACHE II: vivos 14,12 \pm 6,96; muertos 22,45 \pm 5,60, tenía significación estadística p < 0,0001. Igual el APS: vivos 6,51 \pm 6,18; muertos 14,14 \pm 4,98; p < 0,0001. La estancia en UCI fue mayor en muertos 6,97 \pm 9,80 que vivos 3,61 \pm 5,11; (p = 0,008). No así la estancia hospitalaria: vivos 13,44 \pm 12,27; muertos 12,86 \pm 15,73 días; p = 0,83. La mortalidad hospitalaria fue 47 (27,81%). La edad fue: vivos 79,80 \pm 4,90 años, muertos 80,49 \pm 4,72 años. No existían diferencias p = 0,3. El APACHE II: vivos 13,64 \pm 6,93; muertos 20,51 \pm 6,35, tenía significación estadística p < 0,0001. Igual el APS: vivos 6,07 \pm 6,20; muertos 12,36 \pm 5,51; p < 0,0001. La estancia en UCI fue estadísticamente mayor en muertos 7,06 \pm 10,11; vivos 3,07 \pm 3,33; (p < 0,0001). Igual ocurría con la estancia hospitalaria: vivos 11,55 \pm 10,01; muertos 18,00 \pm 17,65 días; p = 0,003.**Conclusiones:** El APACHE II y el APS son buenos indicadores pronósticos del resultado en UCI y hospitalario en los pacientes \geq 75 años que precisan cuidados intensivos. La estancia hospitalaria no se relaciona con el resultado en UCI, pero sí con el resultado hospitalario. La estancia en UCI se relaciona con el resultado en UCI y hospitalario.

LOS MAYORES EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE UN HOSPITAL DE NIVEL II

V.E. Merlo González, F. Árbol Linde, A. Segura Frago, M. Quintana Díaz y P. López Onega

*Sección Medicina Intensiva. Hospital Ntra. Sra. del Prado. Talavera de la Reina.***Objetivo:** Conocer las características y utilización de recursos de los pacientes ≥ 75 años en cuidados intensivos, ya que les corresponde la mayor puntuación en el APACHE II.**Método:** Estudio descriptivo, prospectivo de los ingresos nacidos antes o en 1926 en el período enero 2001 a 15 diciembre 2001 en una unidad de cuidados intensivos polivalente de un hospital de nivel II. Se analizaron: edad, sexo, APACHE II, motivo ingreso, técnicas (CVC, VM, SV, SNG, etc), necesidad de inotropos, resultado y estancia UCI y hospitalaria.**Resultados:** El nº de ingresos en el período analizado fue 542, de los cuales 169 (31,18%) eran ≥ 75 años, correspondiendo a 154 pacientes. La edad media fue $79,99 \pm 4,84$ años. Varones 108 (63,91%). El APACHE II fue $15,55 \pm 7,43$ y el APS $7,82 \pm 6,63$. El motivo de ingreso más frecuente fue cardiopatía isquémica 66 (39,1%), seguido de postoperatorio 22 (13%), marcapasos 21 (12,4%), arritmia 17 (10,1%), respiratorio 12 (7,1%) e insuficiencia cardíaca 11 (6,5%). Se realizó cirugía en 50 (29,59%), siendo programada en 27 (54%). Se realizaron 307 técnicas, la más frecuente sondaje vesical 81 (47,93%), seguida de SNG 50 (30,77%), ventilación mecánica 44 (26,04%) y catéter venoso central 42 (24,85%). La duración media de la ventilación mecánica fue $7,95 \pm 10,34$ días. Necesitaron inotropos 37 (21,89%): dopamina 36 (97,3%), noradrenalina 12 (32,43%). El nº de reingresos (≤ 72 horas) fue 5 (2,96%). La estancia en UCI fue $4,18 \pm 6,26$ días y la hospitalaria $13,34 \pm 12,88$ días. La mortalidad intraUCI 29 (17,16%) y la hospitalaria 47 (27,81%).**Conclusiones:** Los ingresos ≥ 75 años en cuidados intensivos de un hospital de nivel II suponen aproximadamente un tercio del total. El número de técnicas es elevado 1,82 por ingreso. Su mortalidad en UCI es elevada, y forman parte de la mortalidad oculta de UCI.**CONTROL DE INTERVENCIONES DURANTE EL PERÍODO DE GUARDIA**

J.F. Solsona Durán, A. Sucarrats Farré, C. Boné Dalmau, M. Matías Álvarez, P. Garcimartín Cerezo y M.A. Guijo Sánchez

*Servicio de Medicina Intensiva. Hospital del Mar. Barcelona.***Objetivos:** Evaluar las intervenciones en el cuidado del paciente durante el período de guardia de una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), dependiendo del período (laborable o festivo), del personal médico (plantilla o contratado), o bien de la presencia o no de residente en función docente.**Métodos:** Se monitorizó durante el período de guardia comprendido entre enero-marzo y junio-septiembre del 2000, los siguientes parámetros: extubación de pacientes, colocación de catéter en arteria pulmonar, cambios de: antibióticos, catéteres venosos/arteriales, parámetros del ventilador (modalidad ventilatoria, FiO_2 , presión positiva espiratoria final, presión de soporte), nutrición enteral y parenteral así como cambios en las perfusiones de drogas vasoactivas y de sedación/analgesia. Se utilizó la prueba de Ji al cuadrado y con las variables continuas, se utilizó la U de Mann-Whitney.**Resultados:** En total se evaluaron 556 pacientes/día laborable y 301 pacientes/día festivo. Durante el período laborable hubo más cambios de antibióticos ($p < 0,0001$), más número de analíticas ($p < 0,014$), y más cambios de sedación ($p < 0,015$). Sin embargo no hubo cambios en otras variables. Por otro lado durante el lunes no hubo un incremento de la actividad asistencial con respecto a los demás días de la semana. El tipo de personal médico o la presencia de residente, en función docente, no modificó las intervenciones en el cuidado del paciente.**Conclusión:** Es preciso elaborar controles que demuestren el nivel de intervención durante el período de guardia.**DECISIÓN DE INGRESO EN LA UCI ¿QUÉ PIENSAN LOS SANITARIOS DE LA UCI SI FUERAN ELLOS LOS ENFERMOS?**

A. Valverde Conde, C. Velayos Amo, L. Córdoba, L.M. de Prado y R. Corpas Fernández

*Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.***Objetivos:** Conocer la opinión del personal sanitario de UCI sobre la conveniencia de su ingreso en UCI y posibles maniobras de limitación de esfuerzo terapéutico**Material y método:** Encuesta anónima de opinión en la cual se presupone la identidad entre el encuestado y el supuesto clínico presentado, entre médicos (M), enfermeros (E) y auxiliares de clínica (A) que trabajan en 5 UCIs de hospitales de la CC.AA. de Madrid, solicitándoles que elijan una de tres: Opción I - No ingresar en la UCI, Opción II - Ingresar en la UCI pero con limitación de esfuerzo terapéutico (L.E.T.) si el curso fuera inequívocamente ominoso, y Opción III - Ingreso en UCI sin ser sometido en ningún momento a prácticas de L.E.T. Además se analiza la relación de su elección con variables socioculturales tales como la edad, sexo e ideas políticas y religiosas.**Resultados:** Fueron contestadas 228 encuestas de 350 enviadas (65,4%). La edad media (IC 95%) de los M, E y A fue $40,9$ ($38,3-43,5$), $33,3$ ($32,3-34,5$) y $37,5$ ($35,2-39,8$) ($p = 0,027$). Pertenecían al género femenino el 29, 83,6 y 83,3% ($p < 0,001$). Se confesaron agnósticos el 35,5, 22,2 y 12,2%, creyentes pero no practicantes el 41,9, 47,9 y 57,1%, creyentes y practicantes el 17,7, 23,9 y 20,4%, y no contestaron el 4,8, 6 y 10,2% ($p = N.S.$). Se consideraron de izquierdas el 22,6, 25,6 y 18,4%, de centro el 35,5, 19,7 y 10,2%, de derechas el 17,7, 11,1 y 16,3% y no contestaron el 24,2, 43,6 y 55,1% ($p = 0,007$). Eligieron la Opción I el 71, 53 y 55,1%, la Opción II el 29, 41 y 34,7% y la Opción III el 0, 4,3 y 12,2% ($p = 0,028$). El análisis de regresión logística no pudo detectar asociación significativa entre los factores socioculturales y el tipo de opción elegida salvo en la Opción I el hecho de ser médico (OR [IC95%] = $2,34$ [1,07-5,14]).**Conclusión:** Se detectaron diferencias entre el personal sanitario en cuanto a sus preferencias de ingreso y tipo de tratamiento intensivo en el supuesto de que ellos mismos fueran los pacientes.**LA ESTANCIA MEDIA DE LOS PACIENTES FALLECIDOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS**

J.F. Solsona Durán, A. Sucarrats Farré, V. Abad Peruga, M. Benazouzz, Y. Díaz Buendía y Z. Josic Papic

*Servicio de Medicina Intensiva. Hospital del Mar. Barcelona.***Objetivo:** Evaluar la evolución de la estancia media de los pacientes fallecidos durante un período de cinco años.**Métodos:** Durante este período se recogieron, a todos los pacientes que ingresaron en la UCI como parte de un protocolo general, datos acerca de la gravedad en el ingreso, medido como puntos SAPS II, estancia de los pacientes en UCI, mortalidad en la UCI y mortalidad hospitalaria.**Resultados:** Desde el año 1995, la estancia media de los pacientes que fallecieron se incrementó desde 19,30 días hasta 26,60 días y esta tendencia fue estadísticamente significativa ($p < 0,02$). Sin embargo, la gravedad de los pacientes atendidos en el período de estudio no varió significativamente oscilando entre 39 y 41 puntos SAPS II (N.S.). Tampoco lo hizo el cociente mortalidad observada/mortalidad predicha que osciló entre 0,8 y 0,9 (N.S.)**Conclusión:** La no existencia de guías y recomendaciones para pacientes con pocas expectativas de supervivencia, la exigencia de tratamientos que lindan con el terreno de la futilidad por parte de familiares, y el miedo del profesional a las consecuencias legales, justifican el incremento de la estancia media de los pacientes que fallecen. En nuestra opinión, este parámetro debe ser considerado como rutinario en la evaluación de la actividad asistencial de una UCI, ya que su evolución, puede indicarnos un consumo de recursos desproporcionado con respecto al beneficio obtenido.

¿POR QUÉ NO INGRESAN EN NUESTRA UNIDAD DE MEDICINA?

I. Susperregui Insausti, J.M. Martínez Segura, J. Escuchuri Aisa, I. Jiménez Urra y E. Maraví Poma

UMI - Hospital Virgen del Camino. Pamplona. (Navarra).

Introducción: Analizamos las diversas situaciones en que somos solicitados para valorar enfermos graves así como los motivos por los cuales no ingresan en nuestra unidad.

Método: Se realiza un estudio retrospectivo de las veces que somos requeridos fuera de la UCI durante el período comprendido entre enero de 1999 y diciembre del 2001 (3 años) analizándose: sexo, servicio demandante, tipo de consulta y motivo por el cual no ingresa en la unidad. La UCI dispone de 12 camas para un hospital general y materno-infantil de 750 camas. Abarcamos una población de 250.000 habitantes.

Resultados: Durante dicho período, se atendieron 872 llamadas sin ingreso de las cuales 535 (61,3%) correspondieron al servicio de Urgencias, 116 (13,3%) a Medicina Interna, 45 (5,2%) a Cirugía, 40 (4,6%) a Pediatría, y un pequeño porcentaje al resto de especialidades médicas. El 64% son varones. El motivo de consulta más frecuente fue el dolor torácico con 381 llamadas (43,68%) de las cuales 294 fueron etiquetadas de cardiopatía isquémica y 87 de dolor torácico atípico, insuficiencia respiratoria 168 (19,26%), PCR 66 (7,56%), arritmias 48 (5,5%), shock 37 (4,24%), politraumatizados 34 (3,89%), insuficiencia cardíaca 25 (2,86%) y otros 116 (12,14%). De los casos atendidos, 574 (65,82%) no cumplieron criterios de ingreso en UCI, en 255 casos (29,24%) se trasladó a otro centro por falta de camas libres y en 43 casos (4,93%) el paciente falleció antes de llegar a la UCI.

Conclusiones: El servicio más demandante fue urgencias y el motivo de consulta más frecuente fue la cardiopatía isquémica. El 30% de los pacientes fueron derivados a otras UCIs por no disponer de camas libres en nuestra unidad lo cual sugiere la necesidad de ampliación en el número de camas.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE PACIENTES GERIÁTRICOS INGRESADOS LA UMI. ¿SON DIFERENTES?

M.C. Martínez Velasco, F. Rodríguez Albarrán y J.M. Urtasun Urdiain

Unidad de Medicina Intensiva. Clínica Arcángel S. Miguel. Pamplona.

Introducción: Los pacientes ancianos pueden ser excluidos de las UMI por la percepción de que se benefician de este recurso en menor medida que los pacientes más jóvenes.

Objetivos: Describir las diferencias clínicas de los pacientes mayores de 65 años respecto a los pacientes de menor edad, con el objeto de ayudar a determinar actitudes en el ámbito de la UMI.

Material y métodos: Se realiza estadística univariante de una muestra de 301 pacientes ingresados en la UMI consecutivamente, de los cuales 171 son de edad > 65 años (Gr2 66-75 N = 72) y (Gr3 > 75 N = 99), y 130 < de 66 años (Gr1), estableciéndose pruebas de comparación de medias (t de student y ANOVA) para variables cuantitativas y χ^2 para variables cualitativas, entre subgrupos de edad y respecto a las variables APACHE II, días de estancia, tipos de diagnóstico, y éxitos.

Resultados: La media de edad en los grupos fue de 77,82 años (DE 6,93; IC 95% 76,7-78,9) en el grupo > 65 años y de 47,03 (DE 14,76; IC 95% 44,5-49,5) en el grupo < 66 años. Se establece la existencia de asociación lineal entre la edad y días de estancia ($p < 0,05$) y el APACHE II (calculado sin edad) edad y días de estancia $p < 0,05$. Entre subgrupos de edad, Gr1, Gr2 y Gr3 hubo diferencias estadísticamente significativas en el APACHE II ($p < 0,001$) siendo menor la significación obtenida entre los grupos 2 y 3 ($p < 0,05$). No hubo diferencias en las medias de las estancias entre los Gr2 (M = 4,38 DE 6,64; IC 95% 2,82-5,93) y Gr3 (M = 4,02 DE 8,60; IC 95% 2,30-5,74) estableciéndose una leve significación entre los 3 grupos de edad $p < 0,05$, ni tampoco diferencias en el nº de éxitos entre los grupos 2 y 3 ($p = 0,43$) no encontrándose diferencias en el tipo de diagnóstico, a excepción del respiratorio, más frecuente en > 65 años.

Conclusiones: No se aprecian diferencias significativas en APACHE II, días de estancia y mortalidad de los pacientes ingresados > 75 años, respecto a los de edad 66-75, por lo que para el grupo de mayor edad, deberían diseñarse estudios que determinen cuando aplicar tratamiento agresivo vs conservador en el ámbito de la UMI.

PACIENTES GERIÁTRICOS INGRESADOS EN LA UMI

M.C. Martínez Velasco, J.M. Urtasun Urdiain y F. Rodríguez Albarrán

Unidad de Medicina Intensiva. Clínica Arcángel S. Miguel. Pamplona.

Introducción: La población mayor de 65 años ingresada en nuestros hospitales es cada vez mayor. Este cambio demográfico también afecta a la UMI.

Objetivo: Realizar una descripción de este subgrupo de pacientes en una UMI de nueva creación.

Material y métodos: Se describen retrospectivamente las características de la muestra constituida por la población geriátrica (> 65 años) ingresada en la UMI durante 34 meses, sobre un total de 301 pacientes. Se miden percentiles de la muestra por edad y se valora la distribución por sexos, tipos de diagnóstico, número de reingresos y aplicación de algunas técnicas invasivas como la VM o la canulación de CVC.

Resultados: Hubo 163 pacientes ingresados por encima de 65 años que supusieron el 54,15% de los ingresos. La mediana de la edad del total de ingresos fue de 68 años (P_{50}) y de 79 años (P_{50}) en los mayores de 65 años. La distribución por sexos fue similar en ambos grupos, no habiéndose apreciado diferencias estadísticamente significativas, ni tampoco en > 75 años. La proporción de reingresos fue significativamente mayor en el grupo de pacientes de mayor edad (12,27% vs 8,46%) $p < 0,001$. No hubo diferencias estadísticamente significativas en el tipo de diagnóstico al alta: cardiocirculatorio, neurológico, postquirúrgico, gastrointestinal, metabólico o traumatológico. Si las hubo en los diagnósticos respiratorios, que fueron más frecuentes en pacientes de > 65 años ($p < 0,001$). Se aplicó VM a ambos grupos por igual y no hubo diferencias significativas entre ambos grupos en el número de canulación de vías centrales.

Conclusiones: Los pacientes en edad geriátrica, suponen en nuestra serie, más de la mitad de los ingresos en la UMI. Presentan, como en otras series, un mayor número de reingresos y no se diferencian en patologías de otros grupos de edad a excepción de la patología respiratoria en posible relación con una mayor prevalencia de EPOC. El progresivo aumento de estos pacientes en la UMI, hace necesaria la creación de protocolos de actuación en este ámbito para estos pacientes.

ACTIVIDAD EXTRAUCI DEL INTENSIVISTA DE GUARDIA EN UN HOSPITAL DE II NIVEL

F.J. Tejada Ruiz, M.L. Moro Sánchez, M. Pérez Arriaga, J.M. Nárvaez Bermejo, M.F. Benítez Morillo y J.M. Aguado Borrué

Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital General de Mérida. Badajoz.

Introducción: La actividad del intensivista de guardia no se limita exclusivamente a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). A menudo, atiende numerosas consultas de otros especialistas del hospital, lo que aumenta considerablemente la carga asistencial.

Objetivo: Conocer la actividad fuera de la UCI del intensivista de guardia, atendiendo patología y consultas en otros servicios, así como los motivos y los servicios que mayormente crean esta carga asistencial.

Material y métodos: Estudio prospectivo observacional, durante 12 meses (año 2000), de la atención realizada fuera de la UCI. Se estudian sólo los casos que NO ingresaron en UCI. Se recogen datos demográficos, lugar y causa de la consulta, destino del paciente y la mortalidad.

Resultados: N(Consultas 274 (78% de los ingresos de ese mismo año). Hombres 59%. Edad media 61,5 ± 21,3 años. Procedencia: Urgencias 149 (54,6%), M. Interna 94 (34,4%), Anestesia 9 (3,3%), Cirugía 7 (2,6%), Trauma 5 (1,8%), Pediatría 4 (1,5%), Urología 3 (1,1%), Otros 2 (0,8%). Causa: C. Isquémica 21,5%, Arritmias 11,3%, TCE y ACVA 10,6%, Vía Central 8,8%, PCR 6,6%, Marcapasos y DAI 7,3%, ICC 4,7%, Traumas 4,4%, Dolor torácico 3,3%, Abdominal 2,6%, Pericarditis 2,2%, Intoxicaciones 1,5%, Otros 5,8%. Destino: el 62,6% ingresó o quedó en planta de hospitalización. Alta a domicilio 9,1%. Reanimación 2,2%. Quirófano 1,1%. Traslado a otro hospital 14,3% (59% a Neurocirugía, 13% por falta de camas en UCI y 28% por otras causas). Éxito 10,6%.

Conclusiones: 1) La actividad ExtraUCI en nuestra Unidad es alta, supone más del 75% de carga asistencial de la actividad habitual; 2) Urgencias crea el mayor número de consultas, seguido de Medicina Interna; 3) La patología Cardiovascular es la principal causa de consulta; 4) Los traslados por falta de camas fueron mínimos, la mayoría a servicios no existentes en nuestro hospital, y 5) Sería necesario la realización de protocolos con estos servicios, a fin de disminuir esta carga asistencial.