

PLAN ESTRATÉGICO (PE) DE LA SOCIETAT CATALANA DE MEDICINA INTENSIVA Y CRÍTICOS (SOCMIC)

J. Ruiz, M.C. Martín, Ll. Blanch, S. Armengol y E. Díaz
Sociedad Catalana de Medicina Intensiva y Críticos. Sant Just. Barcelona.

Objetivo: Elaboración de un PE de la SOCMIC que permita mejorar su posición competitiva en los próximos 5 años.

Métodos: Tras aprobación en asamblea ordinaria, se elabora un PE en colaboración con la firma de consultoría Andersen. La elaboración la realizó la Junta Directiva con 22 personas representando a todos los estamentos de la sociedad.

Metodología secuencial de trabajo: 1) Diagnóstico de situación de la SOCMIC, incluyendo el análisis del contexto social, de la competencia y el análisis interno de la sociedad. 2) Definición de las políticas generales y de la misión. 3) Análisis DAFO para identificar los puntos fuerte, puntos débiles, oportunidades y amenazas. 4) Identificación y desarrollo de las líneas de acción. 5) Priorización de las mismas a través de una metodología específica: InterAct© -software propiedad de Andersen-, basándose en el nivel de importancia de cada línea identificada, el nivel de desarrollo y la dificultad de implantación de las acciones. 6º) Valoración de los resultados globales

Resultados: Se identifican 8 líneas de acción ubicadas en las categorías de Oportunidades a Corto, Medio y Largo plazo. No se identifican Factores Clave, Factores a Mantener, Posibles Futuros Problemas o Factores sobre-dimensionados.

- Líneas de acción identificadas como oportunidades a corto plazo: a) Posicionar a la SOCMIC como punto de referencia en la toma de decisiones de la atención al enfermo crítico. b) Convertir a la SOCMIC en fuente de conocimiento de referencia sobre el enfermo crítico. c) Incrementar el número de socios. d) Aumentar la presencia de la SOCMIC en la sociedad. e) Hacer de la SOCMIC un foro de opinión relacionado con la profesión.

Conclusiones: La elaboración de un PE en una sociedad científica permite identificar y priorizar líneas de acción que se espera mejoren su posición competitiva a medio plazo.

INGRESOS CON ALTO CONSUMO DE RECURSOS EN UNA UCI POLIVALENTE. IDENTIFICACIÓN DE (BIG SPENDERS)

R. Abizanda, A. Ferrándiz, R. Reig, A. Belenguer, A. Heras, y J. Irazzo
Servei de Medicina Intensiva. Hospital General de Castelló. Castelló.

Introducción: Se afirma que el coste de la asistencia a los pacientes críticos puede representar entre el 10 y el 20% del coste hospitalario total. Sin embargo, la distribución de este coste asistencial no es uniforme entre todos los pacientes que ingresan en una UCI. Nuestro trabajo pretende identificar de forma objetiva y mediante "proxys" (indicadores indirectos de coste) a aquellos pacientes que son los grandes consumidores de recursos asistenciales y medir su representación porcentual.

Pacientes y método: Registro prospectivo consecutivo de todos los ingresos (892) de 2001 en una UCI polivalente por el sistema GES-PAC®, expresión de la carga asistencial por NEMS, codificación de motivos de ingreso por IRS 1.0 y codificación de 23 técnicas asistenciales específicas de pacientes críticos (decisión por técnica Delphi). Se define como paciente de alto coste aquel cuyo riesgo de muerte es superior al promedio global, con estancia superior al promedio global, sometidos a soporte ventilatorio, que precisan monitorización hemodinámica completa (catéter de arteria pulmonar) que precisan control de presión intracraneal (PIC) o técnicas de depuración renal continua (TDRC).

Resultados: Se identifican en total 21 pacientes (2,3% de los ingresos) que consumen 8,2% de las estancias totales y 10% de los puntos NEMS totales del año y cuyo coste asistencial representa entre el 8 y el 10% del coste total de la UCI en 2001.

Conclusión: Nuestro método permite identificar de forma sencilla a aquellos pacientes que condicionan el mayor coste asistencial y puede ser aplicado en el análisis contable analítico de la actividad de una UCI.

179

PROPUESTA PARA NUEVA CLASIFICACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO EN UCI

R. Jiménez Gómez, J.L. Sanmartín Monzó, B. Guerra Pérez, A. García Campoy, D. Pérez Martínez y J.A. Gómez Rubí

UCI. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. El Palmar, Murcia.

Hoy se sigue usando la categorización de enfermos según el esfuerzo terapéutico que se implantó hace 30 años: categoría I (soporte total), II (soporte total salvo RCP), III (no medidas extraordinarias y retirada de las que se están aplicando); IV (muerte encefálica y retirada de todas las medidas, excepto en caso de donación de órganos).

Objetivo: analizar las circunstancias en las que se incluyeron los enfermos en la categoría III (no medidas extraordinarias) y buscar los escenarios clínicos que puedan definir una nueva clasificación adecuada a los cambios experimentados en la medicina clínica.

Material y métodos: Se estudian retrospectivamente los enfermos fallecidos en nuestra UCI. De 1.535 ptes asistidos, fallecieron 311; 12 llegaron en PCR. De los 299 restantes, en 51,8% se adoptó alguna medida de LET. En los que no se aplicó LET la mortalidad fue más precoz (57% en las primeras 48 h, frente a 32,25% con LET $p < 0,001$). Las decisiones las tomó el equipo asistencial en 89% de los casos y en el 10,96% por iniciativa de la familia o por deseos previos del paciente. La medida se adoptó en las primeras 24 h. en el 49,6% de los pacientes y el exitus sobrevino en las 24 horas siguientes a la decisión en el 76,77%. En la categoría II (No RCP) se incluyeron 33,5%; 42,58% en la categoría III y 23,87% en la categoría IV.

Resultados: Los enfermos correspondientes a la categoría III pudieron ser agrupados en 4 subgrupos: a) Soporte total excepto RCP y medidas invasivas: 25,75%; b) mantenimiento de las medidas iniciadas y no instauración de nuevas: 50%; c) Retirada de todas las medidas, excepto de las que se desprende la muerte de inmediato: 7,59%. d) Retirada de la ventilación mecánica: 16,76%.

Conclusiones: Carácter paternalista de las decisiones, con escasa participación de los familiares. La dispersión de la categoría III, aconseja su revisión. Proponemos unos nuevos subgrupos para esta categoría.

181

COMPARACIÓN DE LA DE ASIGNACIÓN DE GRUPOS RELACIONADOS POR EL DIAGNOSTICO ENTRE EPISODIOS DE UCI Y PROCESOS ASOCIADOS DE UN CMBD HOSPITALARIO

R. Barrientos* y A. Romero**

*Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Virgen de la Salud. Toledo.
**Servicio de Admisión y Documentación Clínica.

Introducción: La agrupación de altas hospitalarias por GRDs (Grupos Relacionados por el Diagnóstico) permite medir la producción de los hospitales en el área de hospitalización. Los registros departamentales de UCI pueden agruparse por GRDs para estimar el consumo de recursos, verificar la calidad de la codificación, o evaluar el rendimiento del agrupador.

Método: Análisis comparativo de resultados de agrupación por GRDs entre 500 episodios de un CMBD departamental de UCI y procesos de hospitalización asociados de un CMBD de altas hospitalarias. Se utilizó un agrupador de GRDs (All Patient DRG Grouper v.14, 3M Health Information Systems). Se compararon los registros asociados respecto a GRD y peso. Resultados: Los registros asociados fueron asignados al mismo GRD en un 45% de los casos. El peso relativo asignado al CMBD del proceso global fue mayor que el peso total asignado al/los registros UCI en un 82%. La diferencia de pesos entre episodios y procesos fue en promedio de 0,8 unidades a favor de los procesos globales.

Conclusiones: Las diferencias de asignación de GRD y peso relativo entre registros de episodios y procesos dependen de las diferencias en la definición de caso. Los procesos de captura de información, clasificación y codificación al alta hospitalaria parecen capaces de proporcionar mediciones adecuadas del consumo de recursos para los casos que precisan ingreso en UCI.

180

ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD POR APACHE III Y SOFA SCORE EN PACIENTES NEUROTRAUMATOLÓGICOS

R. Domínguez Jiménez, F.L. Manzano Manzano, M. García Delgado, M.J. Chavero, E. Fernández Mondéjar y R. Rivera Fernández

Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias. Hospital Virgen de las Nieves. Granada.

Objetivos: Analizar la relación de mortalidad en pacientes críticos con el fallo multiorgánico medido el SOFA y la gravedad medida con APACHE III.

Métodos: Estudio observacional prospectivo en una UCI traumatólogica durante 3 meses. Se calculó la puntuación SOFA score diario y la probabilidad de mortalidad hospitalaria según el sistema APACHE III. Análisis estadístico: test de Student, regresión logística y curva ROC.

Resultados: 107 pacientes de $44,4 \pm 21$ años, con APACHE III de $54,09 \pm 30,71$. La mortalidad en UCI fue del 24,3%, hospitalaria del 29% y prevista según el APACHE III del 28%. El SOFA del primer día (SOFA1) fue $4,86 \pm 3,48$ puntos, y el SOFA máximo (SOFAm) fue $6 \pm 3,96$. Los pacientes fallecidos presentaban mayor edad, mayor APACHE III, mayor SOFA1 y mayor SOFAm ($p < 0,001$). El área bajo la curva ROC para el SOFA1 fue de 0,855 y 0,846 para SOFAm, siendo en ambos casos inferiores al área bajo la curva ROC para el sistema APACHE III de 0,92. Se realizó análisis multivariable con regresión logística, estudiándose conjuntamente el SOFA1 y el SOFAm, así como el APACHE III; formando parte del modelo solo el APACHE III, sin que ninguna de las otras dos variables entrase a formar parte del modelo.

Conclusiones: El sistema de evaluación de fallo multiorgánico SOFA es un buen predictor de mortalidad aunque con menor capacidad discriminativa que el sistema APACHE III.

182

PLAN DE EVACUACIÓN DEL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA

R. Molina, J. Costa, G. Carrasco y Ll. Cabré

Servicio de Medicina Intensiva. Hospital de Barcelona. Barcelona.

Introducción: Cualquier situación de catástrofe hospitalaria, local o general con afectación del Servicio de Medicina Intensiva (S.M.I.), que no pudiera ser controlada rápidamente podría poner en peligro la vida de los pacientes ingresados, la de sus visitantes y la del propio personal del S.M.I. En estas situaciones podría ser imprescindible la activación de un Plan de Evacuación (P.E.) previamente establecido.

Métodos: Análisis de riesgos en el S.M.I. Asignación de responsabilidades en una eventual evacuación del S.M.I. Establecimiento de las prioridades individuales de evacuación. Análisis del material necesario en caso de evacuación. Estudio de la estructura física del Hospital y del S.M.I. Estudio topográfico de las posibles vías de evacuación del S.M.I.

Resultados: Las situaciones detectadas son las que provoquen inundación de humo, la fuga de gases tóxicos, y el cese prolongado en el suministro de fuentes imprescindibles para el funcionamiento del utillaje de soporte vital. Siguiendo un doble criterio de clasificación de los pacientes (según la complejidad de su movilización y según la reversibilidad de su patología) se establecen 5 categorías en la priorización de evacuación. Los medios materiales precisos se clasifican en 3 categorías. Cada una de las 2 unidades del S.M.I. dispone de una escalera de incendios independiente con salida al exterior. La localización del problema que motive la evacuación condiciona flujos diferentes, aunque como norma general siempre prevalece la evacuación sectorial y horizontal sobre la vertical, reservando ésta a la afectación masiva de la planta.

Conclusiones: El P.E. del S.M.I. establece pautas precisas de actuación en caso de ser activado. Su eficacia debería ser validada y confirmada periódicamente mediante la realización de simulacros.