

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses con personas o instituciones que puedan interferir con el trabajo que se presenta.

Agradecimientos

Programa EMCA. Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad de Murcia.

Bibliografía

1. Kahn SR, Morrison DR, Cohen JM, Emed J, Tagalakis V, Roussin A, et al. Interventions for implementation of thromboprophylaxis in hospitalized medical and surgical patients at risk for venous thromboembolism. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;7:CD008201. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD008201.pub2>.
2. Geerts WH, Bergqvist D, Pineo GF, Heit JA, Samama CM, Lassen MR, et al. Prevention of venous thromboembolism. American College of Chest Physicians Evidence-Based Guidelines. *Chest.* 2008;133:381–453.
3. Saturno PJ. Gestión de la calidad. Concepto y componentes de un programa de gestión de la calidad. Manual del Máster en gestión de la calidad en los servicios de salud. Módulo 1: conceptos básicos. Unidad temática 2. 2ª ed. Murcia: Universidad de Murcia; 2008.
4. You JJ, Singer DE, Howard PA, Lane DA, Eckman MH, Fang MC, et al. Antithrombotic therapy and prevention of thrombosis, 9th ed: American College of chest physicians evidence-Based clinical practice guidelines. *Chest.* 2012; 2 Suppl: e531S–75S.
5. Hill J, Treasure T, Guideline Development Group. Reducing the risk of venous thromboembolism (deep vein thrombosis and pulmonary embolism) in patients admitted to hospital: Summary of the NICE guideline. *Heart.* 2010;96: 879–82.
6. Rasmussen MS, Jørgensen LN, Wille-Jørgensen P. Tromboprolifaxis prolongada con heparina de bajo peso molecular para la cirugía abdominal o pélvica (revisión Cochrane traducida). *Biblioteca Cochrane Plus* 2009. N.º 2. Oxford: Update Software Ltd [acceso 22 Jul 2013]. Disponible en: <http://www.update-software.com>
7. Kakkos SK, Caprini JA, Geroulakos G, Nicolaidis AN, Stansby GP, Reddy DJ. Combined intermittent pneumatic leg compression and pharmacological prophylaxis for prevention of venous thromboembolism in high-risk patients. *Cochrane Database Syst Rev.* 2008;4:CD005258, doi:10.1002/14651858.CD005258.pub2.
8. Sachdeva A, Dalton M, Amaragiri SV, Lees T. Elastic compression stockings for prevention of deep vein thrombosis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010. Art. N.º CD001484.
9. Toohar R, Middleton P, Pham C, Fitridge R, Rowe S, Babidge W, et al. A systematic review of strategies to improve prophylaxis for venous thromboembolism in hospitals. *Ann Surg.* 2005;241:397–415.
10. Légaré F, Ratté S, Stacey D, Kryworuchko J, Gravel K, Graham ID, et al. Interventions for improving the adoption of shared decision making by healthcare professionals. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010:CD006732.
11. Smith OM, McDonald E, Zytaruk N, Foster D, Matte A, Clarke F, et al. Enhancing the informed consent process for critical care research: Strategies from a thromboprophylaxis trial. *Intensive Crit Care Nurs.* 2013;29:300–9.

V. Soria-Aledo^{a,*}, B. Flores-Pastor^a, M. Carrasco-Prats^b y J.L. Aguayo-Albasini^a

^a Servicio de Cirugía General, Hospital Morales Meseguer, Universidad de Murcia, Campus Mare Nostrum, Murcia, España

^b Servicio de Cirugía General, Hospital Santa Lucía, Cartagena, Murcia, España

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: victoriano.soria@carm.es, vsoria@commurcia.es (V. Soria-Aledo).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.cali.2013.11.001>

Análisis de la estancia y de la mortalidad en una unidad de cuidados intensivos



Analysis of stay and mortality in an intensive care unit

Sra. Directora:

Las unidades de cuidados intensivos (UCI) son áreas que aunque representan solo una pequeña proporción de las camas hospitalarias, del 5 al 10%, consumen alrededor del 30% de los recursos disponibles para cuidados de pacientes agudos y el 8% de los costes hospitalarios¹⁻⁴. Todo esto explica, en parte, la necesidad de estudiar en profundidad la estancia en estas unidades y, por ende, la mortalidad como una manera de justificar ante la sociedad en términos de eficacia clínica y eficiencia económica.

El objetivo de nuestro trabajo fue analizar la estancia de los pacientes que ingresaron en una UCI, su evolución y la relación de esta con la mortalidad.

Se llevó a cabo, para ello, un estudio retrospectivo observacional sobre los pacientes adultos que ingresaron en una UCI de un hospital de tercer nivel durante 7 años, excluyéndose los reingresos, los trasladados a otros centros y, en el estudio de mortalidad, los no residentes en la isla. Establecimos 4 grupos según la duración de la estancia: ≤ 2 días, 3-4 días, 5-13 días o > 13 días y se estudió el porcentaje de ingresos en la UCI y el total de días en la UCI. También se estudió la mortalidad en la UCI, hospitalaria y al año, analizando en qué medida la mortalidad estaba condicionada por la duración de la estancia, utilizando, para ello, los gráficos de supervivencia de Kaplan-Meier.

Se incluyeron en el estudio 6.069 pacientes, con una estancia media en la UCI de 5,6 (9,5) días. Tal y como se observa en la [figura 1](#), el grupo formado por los pacientes con menor estancia, que representa el 59,9% de los ingresos

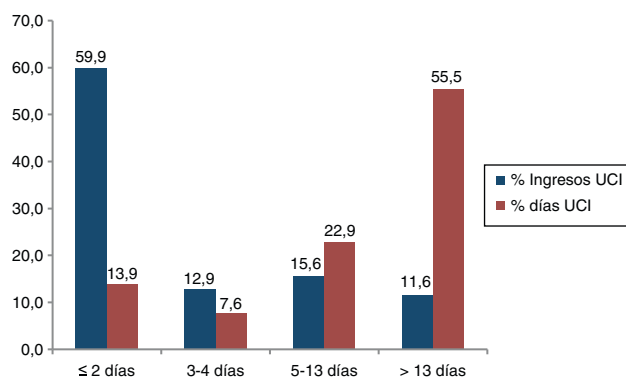


Figura 1 Distribución de la estancia en la UCI en función del total de ingresos y de días en la UCI.

en la UCI, ocupan tan solo el 13,9% del total de días, mientras que el grupo de mayor estancia, aunque solo supone un 11,6% del total de los ingresos, representa el 55,5% del total de días de ocupación de camas en la UCI.

Se observó una tendencia decreciente en la estancia hospitalaria de estos pacientes que pasaba de 25,6 días en 2007 a 18,8 en 2010.

La mortalidad en la UCI fue del 17,1%, la hospitalaria del 6,7%, y del 8% al año. El grupo que peor pronóstico tuvo no es el de mayor estancia, sino el que tenía la mayor proporción de enfermos más graves, que es el de 5 a 13 días (fig. 2).

Aunque conocer todos estos valores es fundamental de cara a proponerse políticas de gestión de la calidad de las camas para la UCI estudiada, no nos va a servir como valor para compararnos con otras UCI de nuestro entorno, ya que estas cifras variarían de acuerdo a las políticas de ingresos y altas que sigue cada unidad.

De todas formas, lejos de establecer políticas de disminución de la estancia en UCI en detrimento de la salud de los pacientes, hay distintas UCI que se han planteado acogerse a nuevos modelos organizativos, como es la puesta en marcha del llamado «servicio extendido y unidad de apoyo», que probablemente incremente la estancia media en nuestras UCI en los próximos años⁵.

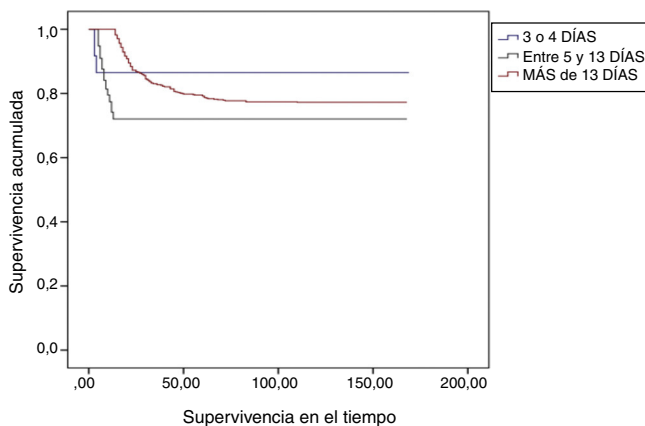


Figura 2 Curvas de supervivencia de Kaplan-Meier en función de la duración de la estancia.

En conclusión, el grupo de mayor estancia, aunque solo supuso un pequeño porcentaje entre el total de los ingresos, representó más de la mitad del total de días de ocupación de camas en la UCI. Además, no fueron los pacientes con estancia más prolongada los que tuvieron una mayor mortalidad, sino los más graves, es decir, los de estancia intermedia.

Financiación

Declaran que no poseen alguna relación financiera o personal con personas o instituciones que pudieran dar lugar a un conflicto de intereses en relación con este documento.

Por otro lado, declaran también que no han recibido, ni están pendientes de recibir, alguna fuente de financiación para el diseño del estudio, la colección de los datos, el análisis o la interpretación de estos, la redacción del manuscrito o para la decisión de enviarlo para su publicación.

Autoría

L. Santana-Cabrera es responsable del diseño del estudio y de la redacción del manuscrito. Toma la responsabilidad total de la integridad del estudio.

R. Lorenzo-Torrent, M. Sánchez-Palacios y J.R. Hernández-Hernández son responsables del diseño del estudio y de la revisión del manuscrito.

J.D. Martín Santana es responsable de la interpretación de los datos y del análisis.

Conflicto de intereses

Los autores de este trabajo declaran que no tienen ni han tenido ninguna relación económica o personal que haya podido sesgar o influir inadecuadamente en la confección de este trabajo.

Bibliografía

- Chalfin DB, Cohen IL, Lambrinos J. The economics and cost-effectiveness of critical care medicine. *Intensive Care Med.* 1995;21:952-61.
- Jacobs P, Noseworthy TW. National estimates of intensive care utilization and costs: Canada and the United States. *Crit Care Med.* 1990;18:1282-6.
- Oye RK, Bellamy PE. Patterns of resource consumption in medical intensive care. *Chest.* 1991;99:685-9.
- Norris C, Jacobs P, Rapoport J, Hamilton S. ICU and non-ICU cost per day. *Can J Anaesth.* 1995;42:192-6.
- González-Castro A, Ortiz-Melon F, Suberviola B, Holanda MS, Dominguez MJ, Blanco-Huelga C, et al. Impacto de un nuevo modelo de medicina intensiva sobre la asistencia en un servicio de medicina intensiva. *Med Intensiva.* 2013;37:27-32.

L. Santana-Cabrera^{a,*}, R. Lorenzo-Torrent^a, M. Sánchez-Palacios^a, J.D. Martín Santana^b y J.R. Hernández Hernández^b

^a *Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital Universitario Insular de Gran Canaria, Las Palmas de Gran Canaria, España*

^b *Departamento de Economía y Dirección de Empresa, Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, Las Palmas de Gran Canaria, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: lsancabx@gobiernodecanarias.org
(L. Santana-Cabrera).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.cali.2013.12.002>