

Unidades de Cuidados Especiales Intermedios, ¿qué utilidad tienen en un Servicio de Medicina Intensiva?

Sr. Director:

Varios estudios describen la utilización de Unidades Especiales de Cuidados Intermedios (UECI) para el tratamiento con ventilación no invasiva (VNI) de las reagudizaciones de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica¹⁻⁵. Estas unidades están dotadas de personal formado en el manejo de la VNI¹, pero las UECI no deberían limitarse a proporcionar cuidados al paciente respiratorio, sino ampliar su espectro de actuación a otras patologías como son el síndrome coronario agudo no complicado, las arritmias, etc.

En el Hospital de Hellín disponíamos, hasta octubre de 2005, de 6 camas de reanimación para urgencias médicas, cirugía programada y urgente. Con el objetivo de disponer de más camas de Cuidados Intensivos (UCI) sin entorpecer la actividad quirúrgica, se crearon inicialmente dos camas de UECI que fueron ampliadas a 4 en los siguientes dos meses, y que disponían de enfermería con experiencia en UCI, monitorización y aparatos de VNI.

Tras 4 meses de funcionamiento analizamos el resultado de la UECI y lo comparamos con los primeros 8 meses del año. En los primeros 8 meses ingresaron 142 pacientes en reanimación, un 22,5% tuvieron que ser trasladados a nuestro hospital de referencia, la mortalidad fue del 12,6%, la estancia media fue de $3,87 \pm 3,75$ días y el número de pacientes que estuvo más de 3 días ingresado fue 32 (30,5%). En los primeros 4 meses de actividad de la UECI el

número de ingresos fue de 108 en reanimación y 55 en la UECI. Se redujo el porcentaje de traslados al 14,8%, la mortalidad fue del 6,5% en reanimación, la estancia media fue de $2,4 \pm 1,9$ días y el número de pacientes ingresados más de 3 días fue 19 (17,6%). En la UECI la estancia media fue de $1,72 \pm 1,04$ días, y el número de pacientes ingresados más de 3 días fue 3 (5,4%). Hasta un 14,5% fueron dados de alta a su domicilio. Tras un año de funcionamiento, el número de ingresos en reanimación ha subido hasta 279 y en la UECI hasta 207, de los cuales 82 (39,6%) venían de reanimación. El índice de altas a su domicilio continúa siendo similar (17,4%).

Dados estos resultados, la nueva unidad nos ha permitido aumentar el número de pacientes atendidos en este hospital, trasladar cada vez menos pacientes a nuestro centro de referencia por falta de camas, suspender menos quirófanos y disminuir la estancia de los pacientes. Cerca de un 40% de los pacientes que ingresaron en la UECI pasaron antes por reanimación. Tanto la formación de la enfermería como el nivel de monitorización ayudan a obtener un mejor pronóstico y evolución de los pacientes^{2,3}. Se ha analizado por varios grupos la relación entre los resultados y el coste económico encontrándose que estas unidades permiten un ahorro económico bastante importante por paciente^{4,5}. En nuestro caso, con esta unidad conseguimos disminuir hasta en 1,5 días la estancia media de nuestros pacientes.

R. FERNÁNDEZ DEL CAMPO
Y P.A. JIMÉNEZ HERNÁNDEZ

*Servicio de Cuidados Intensivos. Hospital de Hellín.
Albacete. España.*

BIBLIOGRAFÍA

1. Donner CF. Acute exacerbation of chronic bronchitis: need for an evidence-based approach. *Pulm Pharmacol Ther.* 2006;19:4-10.
2. Antro C, Merico F, Urbino R, Gai V. Non-invasive ventilation as a first-line treatment for acute respiratory failure: "real life" experience in the emergency department. *Emerg Med J.* 2005;22:772-7.
3. Confalonieri M, Gorini M, Ambrosino N, Mollica C, Corrado A. Respiratory intensive care units in Italy: a national census and prospective cohort study. *Thorax.* 2001;56:373-8.
4. Bertolini G, Confalonieri M, Rossi C, Rossi G, Simini B, Gorini M, et al. Costs of the COPD. Differences between intensive care unit and respiratory intermediate care unit. *Respir Med.* 2005;99:894-900.
5. Elpern EH, Silver MR, Rosen RL, Bone RC. The non-invasive respiratory care unit. Pattern of use and financial implications. *Chest.* 1991;99:205-8.