

Cartas al Director

Unidad de cuidados intermedios: polivalentes o monovalente

Sr. Director:

Hemos leído con interés el artículo de Castillo et al¹ titulado «Gradación asistencial en medicina intensiva: unidades de cuidados intermedios». Nos adherimos a la afirmación que aparece en este artículo y que dice: «un cambio en la organización aplicado a un servicio de medicina intensiva será eficiente si consigue el mismo objetivo que el previamente logrado y además reduce los costes o consume menos tiempo y recursos». En nuestro hospital hemos tenido recientemente un cambio en la organización de la unidad de cuidados intermedios (UCIM) tradicional. Esta unidad tenía 28 camas y un promedio de ingresos de 7 pacientes/día, y estaba atendida por un equipo de siete intensivistas, uno de ellos en el horario de guardia. Los pacientes que ingresaban tenían enfermedades tanto médicas como quirúrgicas, distribuidas de una manera uniforme. Esta distribución ayudó a proponer la creación de dos nuevas unidades con perfiles diferentes, una médica y la otra quirúrgica, cada una con 14 camas y dos equipos de intensivistas, de seis y cinco profesionales respectivamente. Después de 2 años funcionando de esta forma, se han mantenido aceptables los indicadores para este tipo de unidad y han mejorado el tiempo de admisión y el flujo de pacientes. El promedio de ingresos disminuyó a poco más de 3 pacientes/día. Estos cambios también han tenido influencia en la satisfacción de pacientes y familiares, pues con la anterior organización eran frecuentes las reclamaciones, mientras que ahora son esporádicas. Este tipo de organización es opuesta a una de las características que Castillo et al en su artículo proponen que debe tener una UCIM, la polivalencia.

Ya en años anteriores se había producido otro cambio en la asistencia de pacientes críticos, en particular la de pacientes con síndrome coronario agudo, al crearse una unidad con tres secciones: intensivos, intermedios y de hospitalización convencional, lo que permitía la salida de estos pacientes de la UCI polivalente². Como se sabe, estos pacientes tienen bajos niveles de TISS respecto a otras poblaciones de la UCI³. Antes de este cambio los pacientes con SCA seguían un flujo complicado, con la siguiente secuencia: urgencias (segunda planta), UCI (tercera planta), UCIM (segunda planta), Servicio de Cardiología (cuarta planta). Un mismo paciente era visto por distintos equipos médicos en cada una de las unidades por donde transitaba, de ahí la variabilidad en el manejo clínico⁴. La creación de la nueva unidad –además de lograr que un mismo equipo médico actuara en todas las fases de la enfermedad y, por lo tanto, que disminuyera esa variabilidad y como

consecuencia ser uno de los factores en la reducción de la mortalidad por infarto agudo de miocardio⁵– logró una reducción significativa de la estancia hospitalaria².

Parece claro que la UCIM es necesaria; sin embargo, la capacidad de organizarla dependiendo de las poblaciones que requieren este tipo de servicio es lo que marca la diferencia entre unas y otras. En resumen, como aparece en el artículo de Castillo et al, debe ser adaptada a las características asistenciales de cada centro.

MARCOS IRAOLA-FERRER^a, RUBÉN BEMBIBRE-TABUADA^b, YENISEY QUINTERO-MÉNDEZ^c Y PEDRO ORDÚÑEZ-GARCÍA^d

^aUnidad de Cuidados Intensivos. Hospital Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima. Cienfuegos. Cuba.

^bUnidad de Cuidados Intermedios Clínicos. Hospital Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima. Cienfuegos. Cuba.

^cUnidad de Cuidados Intermedios Quirúrgicos. Hospital Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima. Cienfuegos. Cuba.

^dDirección General. Hospital Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima. Cienfuegos. Cuba.

BIBLIOGRAFÍA

1. Castillo F, López JM, Marco J, González JA, Puppo AM, Murillo F, y Grupo de Planificación Organización y Gestión de la SEMICYUC. Gradación asistencial en Medicina Intensiva: Unidades de Cuidados Intermedios. *Med Intensiva*. 2007;31:36-45.
2. Falcón A, Iraola MD, Valladares FJ, Ordúñez PO. Impacto del inicio de un nuevo servicio para la asistencia de enfermedades cardiovasculares agudas en la estancia y mortalidad hospitalaria. Hugo Lastiri, et al, editores. 4th International Congress of Cardiology by the Internet. Buenos Aires: Federación Argentina de Cardiología; 2006.
3. Álvarez FC, Iraola MD, Nieto PR. Aplicación del estado fisiológico agudo del APACHE III y sistema de puntuación de intervención terapéutica en la unidad de cuidados intensivos. *Med Intensiva*. 1997;21:401-2.
4. Viera B, Del Sol LG, Espinosa AD, Espinosa AA, Iraola MD. Evaluación de guías de buenas prácticas clínicas para diagnóstico y tratamiento del infarto miocárdico agudo. *MIO*. 2002;2:256.
5. Ordúñez PO, Iraola MD, La Rosa Y. Reducing mortality in myocardial infarction. Experience in Cuba shows optimising thrombolysis may reduce death rates in poor countries. *BMJ*. 2005;330:1271-2.