

Mirando fuera de la UCI

Looking outside the ICU

Sr. Director:

En relación al artículo del grupo de Holanda Peña sobre el SECI (Servicio Extendido de Cuidados Intensivos)¹, creo que es una iniciativa moderna y adecuada a las nuevas tendencias de la Medicina Intensiva.

Uno de los principales retos a los que se enfrenta la Medicina Intensiva es el de la precocidad en la atención del paciente crítico, y el asegurar que los esfuerzos y recursos utilizados durante su ingreso en la Unidad conlleven la recuperabilidad del paciente una vez dado de alta a la planta. En los últimos años se constata el papel cada vez más importante de la Medicina Intensiva fuera de las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI). La enfermedad crítica hay que considerarla como un proceso continuo, cuyo inicio se produce en domicilio o durante el ingreso hospitalario, y que después del ingreso en las UCI se prolonga en la planta con otras características potencialmente graves que pueden motivar desde el reingreso hasta la muerte del paciente en la planta: debilidad muscular, mal manejo de secreciones, catéteres con riesgo de infección, antibioterapia prolongada, traqueostomías.

La mortalidad intrahospitalaria de los pacientes ingresados en UCI y dados de alta a la planta, es decir, post-UCI, constituye entre un 5 y un 25% según la literatura, dependiendo del tipo de UCI (médica, quirúrgica, neuroquirúrgica, polivalente, etc.). Últimamente se han publicado varios estudios europeos acerca de la mortalidad post-UCI lo que traduce un interés creciente en conocer las causas de este desenlace. Entre éstas destacan la limitación del esfuerzo terapéutico al alta de UCI², altas no programadas², las complicaciones infecciosas acaecidas en planta³, y la estancia prolongada en UCI⁴. Otros establecen como variable la valoración subjetiva del *staff* médico responsable del alta a la planta de estos pacientes⁵. Todos estos estudios deben de servir para diseñar estrategias de calidad encaminadas a disminuir la mortalidad evitable tras el alta de la UCI.

En nuestro hospital Virgen de la Victoria de Málaga, pusimos en marcha un protocolo de continuidad asistencial en el 2010. Incluimos pacientes que a juicio del intensivista que da el alta «su médico», considera que se beneficiaría de su seguimiento una vez trasladado a la planta. Nuestro papel es el de colaborar con su médico de planta en la recuperabilidad total del paciente y garantizar el alta hospitalaria. Las intervenciones que realizamos son variadas: alertar a su médico de planta de problemas no resueltos, modificar la nutrición, vigilar las vías, solicitar

analíticas, retirar o ajustar antibioterapia, reactivar fisioterapia, familiarizar a la enfermería sobre el manejo de las cánulas de traqueostomía, retirada de tubos torácicos u otro tipo de drenajes. La experiencia está resultando positiva, pues de 105 pacientes en los que hemos intervenido tras ser dados de alta en la UCI, y que *a priori* tenía altas posibilidades de fallecer en la planta, tan solo fallecieron 5 de ellos (4,7% de los incluidos en el seguimiento).

Sin embargo, no son tan importantes los resultados como la satisfacción del paciente y la familia al sentirse de alguna forma atendidos por aquellos que le han tratado en la fase aguda de la enfermedad. El destete de la UCI se hace de forma más progresiva y disminuye el salto asistencial.

La medicina crítica debe dar el salto fuera de las UCI, y dar respuesta a las necesidades del sistema y de los ciudadanos. Por eso se hace necesario iniciativas como el SECI, protocolos de Continuidad Asistencial intrahospitalarios o planes de PCR intrahospitalarios.

Bibliografía

1. Holanda Peña MS, Domínguez Artiga MJ, Ots Ruiz E, Lorda de los Ríos MI, Castellanos Ortega A, Melón Ortiz. SECI (Servicio Extendido de Cuidados Intensivos): mirando fuera de la UCI, El año es equivocado. *Med Intensiva*. 2011;35:349-53.
2. Rodríguez-Carvajal M, Mora D, Doblas A, García M, Domínguez P, Tristáncho A, Herrera M. Impacto de las altas no programadas en la mortalidad hospitalaria tras la estancia en la unidad de cuidados intensivos. *Med Intensiva*. 2011;35:143-9.
3. Abizanda Campos R, Altaba Tena S, Belenguer Muncharaz A, Más Font S, Ferrándis Sellés A, Mateu Campos L. Estudio de la mortalidad post-UCI durante 4 años (2006-2009). Análisis de factores en relación con el fallecimiento en planta tras alta de UCI. *Med Intensiva*. 2011;35:150-6.
4. Moreno R, Miranda DR, Matos R, Feveiro T. Mortality after discharge from intensive care: the impact of organ system failure and nursing workload use at discharge. *Intensive Care Med*. 2001;27:999-1004.
5. Fernández R, Serrano JM, Umaran I, Abizanda R, Carrillo A, López-Pueyo MJ, et al. Ward mortality after ICU discharge: a multicenter validation of the Sabadell score. *Intensive Care Med*. 2010;36:1996-2201.

P. Martínez López

Unidad de Cuidados Críticos, Hospital Virgen de la Victoria, Málaga, España

Correo electrónico: pimart7@yahoo.es

doi:10.1016/j.medin.2011.09.005