

- Schinco M, Tepas 3rd JJ. Beyond the golden hour: avoiding the pitfalls from resuscitation to critical care. *Surg Clin North Am.* 2002;82:325-32.
- [consultado 8/12/2008]. Disponible en: <http://www.ihl.org/IHL/Programs/Campaign/RapidResponseTeams.htm>

S. Rodríguez Villar* y G. Leoz Abellanas

Servicio de Medicina Intensiva, Hospital Ntra. Sra. Del Prado, Talavera de la Reina, Toledo, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: sancho.rodvil@hotmail.com (S. Rodríguez Villar).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.medin.2012.06.001>

Respuesta al artículo 'Curso IPR: método de identificación del paciente en riesgo

Reply to the article 'IPR course: Method for the identification of patients at risk

Sr. Director:

En primer lugar, desde luego, agradecer el interés suscitado por la lectura de nuestro manuscrito y por el esfuerzo desarrollado en la importante detección temprana del enfermo grave, esta vez en la forma de un curso dirigido y extendido a todas las categorías profesionales que participan en la atención hospitalaria de un paciente¹. Su actividad, dedicada al entrenamiento en el reconocimiento del paciente en situación de riesgo vital, es acorde con nuestra forma de entender la atención al enfermo grave, subrayando, eso sí, la necesaria adecuación de la atención sanitaria a la condición clínica del enfermo allá donde se encuentre hospitalizado y de la manera más temprana posible. El beneficio en la consecución de ese propósito parece ser bien tangible en términos de morbimortalidad en la literatura médica reciente²⁻⁵. Pero, sin embargo, la actividad de un Servicio Extendido de Medicina Intensiva (SEMI), tal y como nosotros lo hemos desarrollado, es un concepto más global y ambicioso, con algunas particularidades en las que se debería profundizar.

El SEMI está concebido alrededor del reconocimiento temprano del paciente en situación de riesgo para, consecuentemente, adecuar la actitud clínica a seguir en cada caso concreto. Esto es algo que, ciertamente, no es novedoso y que, desde luego, se ha articulado según las características propias de nuestro centro de trabajo, en función de la disponibilidad de recursos humanos y materiales. Pero enfatiza y permite objetivar esa necesidad del reconocimiento temprano en cualquiera de las áreas de hospitalización en la que se encuentre admitido el paciente, tanto antes como después de una admisión en una Unidad de Cuidados Intensivos. Y, además, subraya lo ventajoso de la participación activa de otras especialidades médicas y del control organizativo autosuficiente del programa por parte del Servicio de Medicina Intensiva.

El modelo organizativo que nosotros hemos desarrollado⁶ tiene como premisas la asunción de que un paciente en situa-

ción de riesgo vital puede estar admitido en cualquiera de las áreas de hospitalización y que el médico intensivista es, sin duda alguna, por su formación y por su entrenamiento, el profesional más cualificado no solo en el reconocimiento de esos pacientes en situación de riesgo sino también, igualmente importante, en la adecuación de la atención clínica exigida por ese paciente en ese escenario concreto. La evaluación de este modelo, tanto con variables clínicas como con variables económicas, parece apoyar su desarrollo como tal. Desde luego, el entrenamiento de cualquiera de las categorías profesionales que participan en la atención hospitalaria del paciente, individual o colectivamente, ayudará a mejorar, sin duda, el rendimiento de la detección del paciente grave. Pero delegar, máxime si es de forma completa, el reconocimiento de esa gravedad clínica en otra figura que no sea el médico intensivista puede no resultar del todo oportuno por disminuir la eficacia del programa. Además, carecería de una herramienta objetiva de control y diluiría la responsabilidad y el gobierno en sí mismo de la actividad.

En nuestro caso, el reconocimiento temprano del enfermo en situación de riesgo se ha orientado intencionadamente hacia la participación activa de otras especialidades para facilitar la detección y el seguimiento del enfermo. Con su implicación se favorece de forma extraordinaria el diálogo y supone un verdadero y continuo ejercicio práctico de entrenamiento. Pero, además, objetivamos la detección del enfermo grave mediante el análisis de determinados valores de laboratorio de suficiente relevancia clínica. Esto supone una mejora notable del programa, porque no queda restringido a la interpretación subjetiva del estado clínico del paciente, sino que, además, alerta de forma fiable y objetiva de su deterioro analítico, hecho que no en pocas ocasiones suele anteceder al deterioro reconocible de las variables fisiológicas. Disponer de esta herramienta supone, por tanto, minimizar el riesgo de que una situación clínica de gravedad pase inadvertida o se retrase innecesariamente su atención clínica.

Por último, así, el verdadero control del programa está en manos del propio Servicio de Medicina Intensiva^{5,6}. Con ello, no solo se puede asegurar su funcionamiento y rentabilidad, mediante el necesario análisis periódico de la actividad, sino que, además, supone una gran ventaja organizativa al permitir adecuar también la actividad asistencial a los recursos humanos disponibles, de tal manera que se puede transformar esa actividad, a menudo postergada y convertida en urgente (y, por tanto, atendida únicamente por el médico

de guardia), en una actividad preferente, ordenada y posiblemente compartida.

Bibliografía

- Rodríguez Villar S, Leoz Abellanas G. Curso IPR: Método de identificación del paciente en riesgo. *Med Intensiva*. 2012;36:662-3.
- Frost S, Alexandrou E, Bogdanovski T, Salamonson Y, Hillmann K. Unplanned admission to intensive care after emergency hospitalization: risk factors and development of a nomogram for individualizing risk. *Resuscitation*. 2009;80:224-40.
- Renaud B, Santin A, Coma E, Camus N, van Pelt D, Hayon J, et al. Association between timing of intensive care unit admission and outcomes for emergency department patients with community-acquired pneumonia. *Crit Care Med*. 2009;37:2867-74.
- Chan PS, Jain R, Nallmothu BK, Berg RA, Sasson C. Rapid response teams: a systematic review and meta-analysis. *Arch Intern Med*. 2010;170:18-26.

- Holanda Peña MS, Domínguez Artiga MJ, Ots Ruiz E, Lorda de los Ríos MI, Castellanos Ortega A, Ortiz Melón F. SECI (Servicio Extendido de Cuidados Intensivos): mirando fuera de la UCI. *Med Intensiva*. 2011;35:349-53.
- Calvo Herranz E, Mozo Martín MT, Gordo Vidal F. Implantación de un sistema de gestión en Medicina Intensiva basado en la seguridad del paciente gravemente enfermo durante todo el proceso de hospitalización: servicio extendido de Medicina Intensiva. *Med Intensiva*. 2011;35:354-60.

E. Calvo Herranz* y F. Gordo Vidal

Servicio de Medicina Intensiva, Hospital Universitario del Henares, Coslada, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: qqcalvo@gmail.com (E. Calvo Herranz).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.medin.2012.08.001>

¿Tendremos que cambiar los criterios diagnósticos del síndrome de distrés respiratorio?

Will we have to change the diagnostic criteria of respiratory distress syndrome?

Sr. Director:

El comité de Task Force en la definición del síndrome de distrés respiratorio (SDR)¹ ha publicado recientemente un criterio diferente de los ya ampliamente conocidos en el Consenso Americano Europeo de 1994² sobre los criterios diagnósticos de la lesión pulmonar aguda (LPA) y SDR, los cuales con conocidos y utilizados en toda la literatura médica mundial.

Esta nueva publicación resulta provocadora ya que prácticamente desaparece el término de LPA, considerando en el mismo un SDR leve, eso va a revolucionar en el futuro las publicaciones, ya que muchos estudios actuales se están realizando con la ya conocida clasificación de 1994. El artículo tiene varios puntos interesantes como el que tradicionalmente se han excluido de SDR aquellos pacientes que presenten una presión capilar pulmonar (PCP) > 18 mm de Hg, pero hacen referencia que puede coexistir SDR con PCP > 18 mm de Hg^{3,4}

Se hace mucho énfasis en la cifra de distensibilidad estática pulmonar de < 40 ml/cm de H₂O que de antemano sabemos que en los pacientes respiratorios crónicos (EPOC, fibrosis pulmonar) utilizan dicha compliance en forma rutinaria.

Se incluye también el volumen espirado corregido por minuto (VEcorr) > 10 L/min.

Se toma en cuenta la cantidad de presión pPositiva al final de la espiración (PEEP) ≥ 5 cm H₂O o de la presión positiva continua de la vía aérea (CPAP) ≥ 5 cm H₂O.

El índice de oxigenación expresado en PaO₂/FiO₂ al parecer aunque es pilar en la definición no es el único criterio (tabla 1).

Desde hace mucho tiempo se sabía la necesidad de actualizar los criterios⁵, hay casos en los cuales por criterios diagnósticos un paciente está en SDR y a las 6 horas sale del mismo por índice de oxigenación, entonces ¿fue o no SDR?

También los criterios pretendían ser universales y se considera desde el punto de vista fisiológico que la altitud juega un papel importante en la definición ya que los puntos necesarios por el índice de oxigenación para considerar un SDR a nivel del mar (< 200) no son los mismos que a nivel de la ciudad de México o La Paz, Bolivia (probablemente < 150).

La nueva definición de Berlín va despertar en el futuro mucha controversia, los cambios siempre son difíciles de asimilar, pero son necesarios para el avance de la ciencia y de la medicina.

Bibliografía

- The ARDS Definition Task Force. Acute Respiratory Syndrome. The Berlin Definition. *JAMA*. 2012;307:2526-33.
- Bernard GR, Artigas A, Brigham KL, Carlet J, Falke K, Hudson L, et al. The American-European Consensus Conference on ARDS: definitions, mechanisms, relevant outcomes, and clinical trial coordination. *Am J Respir Crit Care Med*. 1994;149:818-24.
- Ferguson ND, Meade MO, Hallett DC, Stewart TE. High values of the pulmonary artery wedge pressure in patients with acute lung injury and acute respiratory distress syndrome. *Intensive Care Med*. 2002;28:1073-7.

Tabla 1 Definición de Berlín de SDR según el índice de oxigenación. PaO₂/fiO₂ más parámetros ventilatorios

Leve 200-300 mmHg	PEEP o CPAP ≥ 5 cmH ₂ O
Moderado 100-200 mmHg	PEEP ≥ 5 cmH ₂ O
Severo < 100 mmHg	PEEP ≥ 5 cmH ₂ O ≥