

Unidad de Cuidados Intermedios dependiente de Medicina Interna en un hospital sin Unidad de Cuidados Intensivos

J. Alfonso-Megido y V. Cárcaba Fernández

Servicio Medicina Interna. Hospital Valle del Nalón. Langreo. Asturias.

Las unidades de cuidados intermedios se perfilan como una solución para la atención a pacientes que requieren cuidados superiores a los de una planta de hospitalización normal pero no subsidiarios de terapia intensiva. Presentamos nuestra experiencia con un modelo abierto, con un responsable de sala adscrito al servicio de Medicina Interna, que podría ser asumido en otros hospitales sin Unidad de Cuidados Intensivos donde, además, estas unidades evitarían traslados innecesarios o permitirían optimizarlos para que éstos se hagan en mejores condiciones.

Alfonso-Megido J, Cárcaba Fernández V. Unidad de Cuidados Intermedios dependiente de Medicina Interna en un hospital sin Unidad de Cuidados Intensivos. *Rev Clin Esp.* 2007;207(3):144-6.

Intermediate Care Units dependent on Internal Medicine in a hospital without an Intensive Care Unit

Intermediate care units are considered a solution for care of patients who require superior care than those in a normal hospitalization ward but are not amenable to intensive therapy. We present our experience with an open model, with a responsible person of the ward appointed to the Internal Medicine Department, that could be assumed in other hospitals without Intensive Care Unit in which these units would also avoid unnecessary transfers or make it possible to optimize them so that these are done under better conditions.

Introducción

En todo hospital que atiende a pacientes con patología aguda existe un grupo de ellos que requiere cuidados superiores a los de una planta de hospitalización normal pero no subsidiarios de terapia intensiva. Son pacientes que precisan¹⁻³ monitorizaciones frecuentes de signos vitales, mayores cuidados de enfermería y habitualmente no precisan técnicas ni monitorización invasiva. Esta situación se acentúa en hospitales que carecen de Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), precisando traslado, en ocasiones a larga distancia, incluso sólo para monitorización. Las Unidades de Cuidados Intermedios (UCIM) han sido propuestas como un medio más apropiado para el manejo de estos pacientes⁴⁻⁶ porque permiten establecer niveles de diferente complejidad en la atención al paciente crítico, es decir, gradación de la asistencia⁷, reducen los costes de dicha asistencia^{8,9}, aumentan la satisfacción de pacientes y familiares y disminuyen la mortalidad¹⁰.

Nuestro modelo

A pesar de todo lo expuesto, en España las UCIM están aún sin definir desde un punto de vista oficial, ni en características estructurales, especialidad, tipo de pacientes, etc. Aunque desde algunas sociedades científicas se proponen diferentes modelos¹¹ que varían según quién plantee su creación¹²⁻¹⁴. En nuestro caso decidimos organizar una unidad de estas características, en un hospital sin UCI, el Hospital del Oriente de Asturias. El proyecto se desarrolló como unidad abierta, siguiendo las recomendaciones del *American College of Critical Medicine* (ACCM)⁵, con un médico responsable de ella, con experiencia en cuidados intensivos pero adscrito al servicio de Medicina Interna que realiza labor a tiempo completo en la Unidad, en horario de mañana, quedando en manos del médico de guardia de Medicina Interna la atención continuada. La Unidad se situó próxima al servicio de Urgencias, Quirófanos y Radiología, dotándose de 6 camas propias y 3 de despertar que permiten optimizar el personal de enfermería para mantener reanimación 24 horas al día. La Unidad se diseñó y dotó en forma similar a una UCI (todas las camas tenían monitorización electrocardiográfica, tensión arterial y saturación, con un monitor central y de transporte, dos respiradores de ventilación no invasiva [VNI], aunque con capacidad para iniciar ventilación invasiva, un generador de marcapasos endocavitario, equipos de intubación, toracentesis, canalización de vías centrales, etc.). Junto con el médico responsable, el personal propio incluía

Correspondencia: J. Alfonso-Megido.
Servicio de Medicina Interna.
Hospital Valle del Nalón.
Polígono de Riaño s/n.
33920 Langreo. Asturias.
Correo electrónico: jamegi@hotmail.com

Aceptado para su publicación el 19 de octubre de 2006.

TABLA 1
Distribución de la sección o servicio responsable de los ingresos durante la estancia del paciente en la unidad

| Servicio | Ingresos | % |
|------------------|----------|-------|
| Cardiología | 215 | 47,5 |
| Medicina Interna | 170 | 37,65 |
| Neumología | 25 | 5,55 |
| Otros | 42 | 9,25 |
| Total | 452 | |

una enfermera supervisora, compartida con el área de quirófano, y un equipo de enfermería con formación específica con una relación enfermera/paciente que oscilaba entre 1 por cada 3 o 4 camas según el horario; es decir, tres enfermeras durante los horarios de quirófano y dos el resto del tiempo. El número de auxiliares de enfermería también variaba con el horario, entre una o dos.

Siguiendo las recomendaciones del ACCM, se planteó una gestión abierta de la Unidad, de tal manera que cada paciente pudiera ser llevado por su servicio o sección, si bien el médico responsable de sala decidía la admisión o el alta del paciente pactando los protocolos de funcionamiento de la Unidad. Esta actividad de selección de ingreso o de alta, junto con la asistencia a las posibles complicaciones, queda en manos del internista de guardia en el horario de atención continuada.

Para valorar su funcionamiento recogimos los resultados iniciales de forma prospectiva al alta del paciente. En total, a lo largo del año 2004 ingresaron 452 pacientes con una estancia media de 2,4 días. La mayoría de ellos dependieron de la sección de Cardiología (47,5%) y Medicina Interna (37,65%) (tabla 1). El nivel de gravedad para la escala SAPS II fue de 34,07 (osciló entre 8 y 93, desviación estándar [DE] 13,53). La mayoría procedían de Urgencias (88%). La causa más frecuente de ingreso fue para monitorización clínica/hemodinámica (37%) en general, seguida del síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST (SCASEST) de riesgo alto (25%) y la insuficiencia respiratoria (25%) (fig. 1). En cuanto a los grupos diagnósticos al alta el más frecuente fue el SCASEST (30%), seguido de la insuficiencia respiratoria (28%). Los procedimientos empleados con mayor frecuencia fueron: VNI (4% de los pacientes ingresados), inicio de ventilación invasiva (VI) (3%), colocación de vía central (8%), cardioversión (5%), marcapasos endocavitario (2%), otros (8%). De los destinos al alta, la mayoría, un 77%, fueron a planta, un 9% directamente a domicilio, otro 9% se trasladó a otro centro sanitario con UCI de referencia y un 5% fallecieron.

Discusión

Nuestra Unidad realizó fundamentalmente labores de monitorización y cuidados de enfermería en grado intermedio entre los de una UCI y los de una planta de hospitalización (es de reseñar ese 4% de VNI que pro-

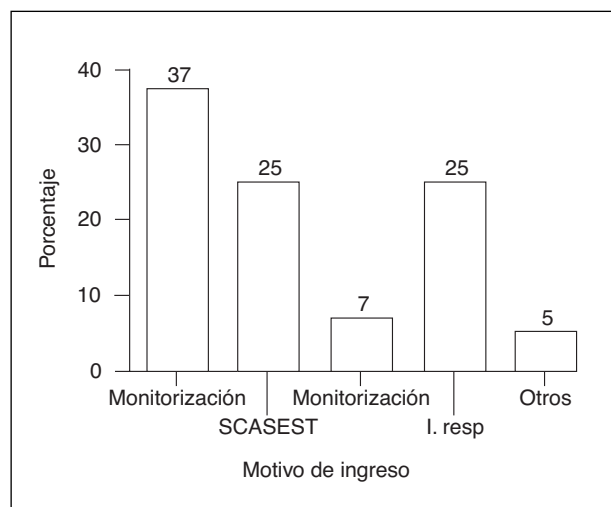


Fig. 1. Motivos de ingreso en la Unidad. Dentro de las barras se incluye el porcentaje. SCASEST: síndrome coronario agudo sin elevación del ST; SCACEST: síndrome coronario agudo con elevación del ST; IR: insuficiencia respiratoria.

bablemente se incrementa en un futuro). Se trata de un colectivo de pacientes no extremadamente graves (SAPSS II 34,7), pero que no debemos manejar en planta de hospitalización convencional. Estos pacientes antes de la creación de la Unidad eran manejados en planta de hospitalización, mantenidos en observación del servicio de Urgencias o derivados a otro centro con Unidad Coronaria o UCIM.

Las UCIM como ésta tienen un papel óptimo en hospitales comarcales¹⁵ y sin UCI ya que evitan traslados innecesarios (evidentemente no todos los pacientes ingresados eran candidatos a traslado, pero cuando se compararon los traslados secundarios al hospital de referencia de dos periodos de tiempo similares antes y después de la creación de la Unidad encontramos una reducción de un 31,6%), y además, permiten optimizar aquellos que finalmente lo sean para que dichos traslados se hagan en mejores condiciones. Pero por otra parte, como diferencia respecto a otras unidades similares en funcionamiento, el concepto de unidad abierta con un responsable con formación en cuidados intensivos en un hospital sin éstos, y adscrito al servicio de Medicina Interna, permite optimizar la atención al paciente agudo con poco incremento del consumo de recursos al contar con un servicio ya existente en el centro (Medicina Interna) para la atención continuada, y depender la atención diaria de cada servicio. Inicialmente surgieron problemas en el día a día derivados de los hábitos de funcionamiento propios de cada servicio o sección, por ello la figura del médico responsable de sala fue primordial para el funcionamiento de la Unidad, se crearon protocolos de manejo de fármacos para unificar dosis y perfusiones, normativas de funcionamiento y criterios de ingreso y alta.

Los servicios de Medicina Interna y los internistas deben aprovechar la capacidad que su formación les da para participar en el liderazgo de este tipo de unidades, que ya van surgiendo en muchos centros, aun-

que siguen realizándose de forma menos estructurada (unidades de Reanimación, Urgencias, etc.) en otros. Pero, simultáneamente, debemos dar cabida a la participación de otros especialistas y contar con la colaboración de intensivistas, anestelistas o aquellos familiarizados con el tratamiento del paciente crítico. A su vez corresponde a los propios internistas, y sus organizaciones, defender este papel frente a los intentos de exclusivizar esta actividad por parte de otras sociedades científicas, y velar por la capacitación de los especialistas en Medicina Interna en la primera atención al paciente agudo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Zimmerman JE, Wagner DP, Knaus WA, Williams JF, Kolakowski D, Drapper EA. The use of risk predictions to identify candidates for intermediate care units: Implications for intensive care utilization and cost. *Chest*. 1995;108:490-9.
2. Herning RJ, Mc Clish D, Daly B, Nearman H, Franklin C, Jackson D. Clinical characteristics and resource utilization of ICU patients: Implications for organization of intensive care. *Crit Care Med*. 1987;15:264-9.
3. Kalb PE, Miller DH. Utilization strategies for intensive care units. *JAMA*. 1989;261:2389-95.
4. Nasraway SA, Cohen IL, Dennis RC, Howestein MA, Nikas DK, Warren J, et al. Guidelines on admission and discharge for adult intermediate care units. American College of Critical Care Medicine of the society of Critical Care Medicine. *Critical Care Med*. 1998;26(3):607-10.
5. Ridley SA. Intermediate care, possibilities, requirements and solutions. *Crit Care Med*. 1999;27(10):2321-3.
6. Vincent JL, Burchardi H. Do we need intermediate care units? *Intensive Care Med*. 1999;25:1345-9.
7. Byrick RJ, Mazer CD, Caskenette GM. Closure of an intermediate care unit. Impact on critical care utilization. *Chest*. 1993;104:876-81.
8. Douglas S, Daly B, Rudy E, Song R, Dyer MA, Montenegro H. The cost-effectiveness of a special care unit to care for the chronically critically ill. *J Nurs Adm*. 1995;25:47-53.
9. Lawless S, Zaritsky A, Phipps J, Riley-lawless K. Characteristics of pediatric intermediate care units in pediatric training programs. *Crit Care Med*. 1991;19:1004-7.
10. Haupt MT, Bekes CE, Brilli RJ, Carl LC, Gray AW, Jastremski MS, et al. Guidelines on critical care services and personnel: Recommendations based on a system of categorization of three levels of care. *Crit Care Med*. 2003;31(11):2677-83.
11. Martínez Estalella G. Cuidados intensivos: Necesidad de cuidados intermedios. *Enferm Intensiva*. 2002;13(3):113-24.
12. Torres A, Ferrer M, Blanquer JB, Calle M, Casolive V, Echave JM, et al. Unidades de Cuidados respiratorios Intermedios. Definición y características. *Arch Bronconeumol*. 2005;41:505-12.
13. Bosh X, Pérez J, Ferrer E, Ortiz J, Pérez-Alba JC, Heras M, et al. Perfil clínico, tratamiento y pronóstico de los pacientes con infarto agudo de miocardio no ingresados en una unidad coronaria: utilidad de una unidad de cuidados intermedio como lugar de ingreso inicial. *Rev Esp Cardiol*. 2003;56:262-70.
14. Corrado A, Roussos C, Ambrosino N, Confalonieri M, Cuvelier A, Elliot M, et al. Respiratory intermediate care units: a European survey. *Eur Respir J*. 2002;19:1159-66.
15. Córdoba A, Bueno MI, Fernández-Berges D, Monterrubio J, Corcho G. Utilidad de una Unidad de Cuidados Intermedios en un hospital comarcal. *Emergencias*. 2000;12:418-23.