



PUNTO DE VISTA

SECI (Servicio Extendido de Cuidados Intensivos): Mirando fuera de la UCI

M.S. Holanda Peña*, M.J. Domínguez Artiga, E. Ots Ruiz, M.I. Lorda de los Ríos, A. Castellanos Ortega y F. Ortiz Melón

Servicio de Cuidados Intensivos, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, España

Recibido el 2 de febrero de 2011; aceptado el 24 de marzo de 2011

PALABRAS CLAVE

Servicios Extendidos de Cuidados Intensivos; Sistema de aviso temprano; Equipos de emergencia médica

KEYWORDS

Early Warning Systems; Medical Emergency Teams; Critical Care Outreach Teams

Resumen El Servicio Extendido de Cuidados Intensivos (SECI) pretende mejorar la morbimortalidad mediante la detección precoz del paciente grave fuera del ámbito de la UCI y poner en práctica acciones precoces, terapéuticas y/o de traslado. En nuestro hospital se ha implantado un SECI con unas características específicas que trabaja en dos vertientes fundamentales: el seguimiento de los pacientes dados de alta de la UCI y la detección de los pacientes graves fuera del ámbito de la UCI en base a la puntuación de un Sistema de aviso temprano.

© 2011 Elsevier España, S.L. y SEMICYUC. Todos los derechos reservados.

EICS (Extended Intensive Care Service): Looking outside the ICU

Abstract Early warning systems (EWS) identify patients at risk with a view to improving morbidity and mortality rates using early therapeutic and transfer actions. We have recently implemented an EWS that focuses on two main aspects: the guidance of care after discharge from the ICU, and recognition of the onset of deteriorating health among adult patients in general wards through physiologically based early warning scores.

© 2011 Elsevier España, S.L. and SEMICYUC. All rights reserved.

Antecedentes históricos

El concepto de Servicios de Extensión de Cuidados Intensivos (SECI; en inglés, EWS: Early Warning Systems) apareció en respuesta a la necesidad de un enfoque amplio de hospital más equitativo para el tratamiento de los pacientes «en

riesgo». Este hecho clasifica a los pacientes graves según la necesidad o el nivel de atención requerida y no según los límites geográficos del lugar en donde se encuentre el paciente^{1,2}.

Así aparecen en la bibliografía descripciones de diferentes equipos de aviso temprano para la detección y el tratamiento precoz de aquellos pacientes ingresados en planta que presentan un agravamiento de su cuadro clínico. Se trata de equipos adscritos en su mayor parte a UCI multidisciplinarios, con diferentes coberturas y peculiaridades dependiendo de las características de cada hospital y del

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: sholanda@humv.es (M.S. Holanda Peña).

ámbito cultural en que nos movamos, pero con fundamentos parecidos: la identificación de los pacientes en riesgo en base a una puntuación de un Sistema de aviso temprano. Así podemos encontrarnos equipos de extensión con diferentes nomenclaturas: Critical Care Outreach Teams (CCOT) o Patient at Risk Teams (PART) en el Reino Unido³, Medical Emergency Teams (MET) en Australia⁴ o Rapid Response Teams (RRT) en Estados Unidos⁵.

Estos equipos aparecieron inicialmente como respuesta a las paradas cardíacas intrahospitalarias^{4,6} con el propósito de reducir la incidencia y mejorar los resultados, pero más tarde fueron ampliando su ámbito de actuación, cada uno según las necesidades del entorno donde funcionaban⁷.

Sin embargo, y a pesar de que han sido reconocidos como una de las estrategias para prevenir muertes evitables, la eficacia de los equipos de respuesta rápida permanece en tela de juicio⁸. Y las causas son múltiples: heterogeneidad de los estudios, diferencias en las acciones realizadas o dificultad para comprobar resultados, entre otras. Factores sobre los que debemos trabajar para cambiar estos resultados podrían ser: clarificar la composición de estos equipos, definir y protocolizar tareas o desarrollar estudios de coste-efectividad que demuestren fielmente su utilidad.

Sentando las bases

Las demoras en el tratamiento o la atención inadecuada de los pacientes en las plantas de hospitalización con frecuencia resultan en ingresos no previstos en la UCI, una mayor duración de la estancia hospitalaria, parada cardíaca o muerte¹. McQuillian⁹ demostró que hasta el 50% de los pacientes ingresados en el hospital recibieron una atención subóptima antes del ingreso en la UCI, y que hasta el 41% de los ingresos en la UCI hubieran sido potencialmente evitables, hecho reflejado en otros muchos estudios^{10,11}.

La detección y el diagnóstico de gravedad, en el seno de un proceso patológico cualquiera, no siempre resulta fácil para el personal que lo atiende. En determinadas ocasiones se infravalora la existencia de determinados signos clínicos, y en otros casos se retrasa la toma de decisiones o se demora la búsqueda de asesoramiento, por distintos motivos, conduciendo todo ello a poner en riesgo la vida de ciertos pacientes o, al menos, a posponer los recursos terapéuticos necesarios. El número de muertes evitables e ingresos en la UCI no previstos podría reducirse si los pacientes con agravamiento de su cuadro clínico ingresados en planta se identificaran de forma temprana^{12,13}.

Ésta es la premisa fundamental sobre la que debe asentarse el nacimiento y la actuación de los SECI: su activación debe responder a la identificación de los pacientes en riesgo en base a la puntuación del Sistema de aviso temprano¹⁴.

Los Sistemas de aviso temprano son algoritmos sencillos basados en la observación directa recomendados para identificar a los pacientes en riesgo ingresados en planta de hospitalización. Son herramientas desarrolladas para registrar ciertos parámetros fisiológicos determinados previamente, así como sus desviaciones más allá de un cierto rango de «normalidad», que permitan la identificación del paciente de riesgo y que a través de un circuito bien establecido pueda ser evaluado por personal sanitario altamente cualificado en la valoración del paciente grave,

quienes, tras un oportuno y temprano diagnóstico, puedan poner en marcha los medios terapéuticos necesarios, o el traslado del paciente a una UCI^{15,16}.

Nuestra experiencia

Esta necesidad real que conocemos bien todos los que tratamos pacientes graves puede adoptar diferentes formas, estructuras, coberturas, dependencias... En resumen, diferentes características en función de los recursos disponibles, de la estructura y/o de la complejidad de la casuística de cada hospital.

Describimos nuestra experiencia (iniciada en julio de 2009) en la implantación de un SECI, probablemente un servicio pionero en nuestro país, por ser el primero, según nuestro conocimiento, de estas características que se implanta en España.

El Hospital Universitario Marqués de Valdecilla es un hospital de tercer nivel situado en Santander y dotado con 900 camas. La UCI general (UCIG) está dividida en cuatro módulos:

- UCIG-A (12 camas), que da cabida a enfermos médicos polivalentes, postoperados de cirugía general y cirugía de especialidades y trasplantes hepáticos y pancreáticos.
- UCIG-B (12 camas), que da cabida a enfermos neurocríticos, politraumatizados y postoperados de especialidades, así como trasplantes pulmonares.
- UCI maternoinfantil (8 camas), que, por las características de nuestro hospital (actualmente en obras), acoge enfermos médicos polivalentes, pediátricos y ginecológicos.
- Unidad de intermedios (UCIM) (4 camas), de reciente creación, con cuatro camas para el paciente grave no crítico como corresponde a los pacientes propios de una unidad de intermedios.

Dentro del contexto específico de nuestro hospital, desde hace varios años los intensivistas ya veníamos alertando del gran salto asistencial existente entre los completos cuidados suministrados a los pacientes ingresados en la UCI y los muchas veces insuficientes cuidados proporcionados a esos mismos pacientes cuando pasaban a planta. De igual manera, pacientes ingresados en planta de hospitalización acababan ingresando la mayor parte de las veces «tarde» en la UCI porque, por uno u otro motivo, no se habían identificado una serie de parámetros que indicaban un agravamiento de su situación y, lo que aún es peor, otro porcentaje de pacientes engrosaban las listas de mortalidad oculta en la UCI por no tener un seguimiento acorde a sus características.

En este contexto, en junio de 2009 se puso en marcha en nuestro hospital lo que se reconoce hoy en día como SECI. Su implantación se llevó a cabo en varias fases: una primera de elaboración del proyecto del SECI; una segunda de establecimiento de criterios de activación; una tercera de formación del personal y difusión a los servicios implicados; una cuarta de inicio operativo y evaluación periódica, y una quinta, en la que estamos actualmente, que cierra completamente el proyecto de extensión de los cuidados intensivos con la apertura de una unidad de intermedios, como complemento perfecto a la UCI que, tal y como se aprecia en

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3113398>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3113398>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)