



EDITORIAL

Servicios de medicina intensiva. ¿Cómo aportar valor al proceso quirúrgico?



Intensive medicine services. How to add value to the surgical process?

M.C. Martín Delgado ^{a,*} y F. Gordo Vidal ^b

^a Servicio de Medicina Intensiva, Hospital Universitario de Torrejón, Torrejón de Ardoz, Madrid, España

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

Disponible en Internet el 31 de marzo de 2018

En el mundo se llevan a cabo anualmente millones de procedimientos quirúrgicos con diferentes niveles de riesgo¹. Un 10% tienen un riesgo alto de complicaciones, representando un 80% de las muertes postoperatorias, lo que supone más de 3 millones de muertes anuales. Además, muchos de los pacientes que sobreviven al alta hospitalaria, tras sufrir eventos adversos, presentan secuelas funcionales y una menor supervivencia a largo plazo.

Los datos demográficos de los pacientes quirúrgicos muestran una tendencia progresivamente creciente a mayor edad y mayor comorbilidad asociada, lo que puede tener un impacto negativo significativo en los resultados quirúrgicos².

La calidad de la atención perioperatoria, contemplada como todo un proceso, es imprescindible para mejorar los resultados de los pacientes quirúrgicos. Ello incluye la evaluación preoperatoria, optimizar la enfermedad médica coexistente, las vías de práctica clínica del procedimiento quirúrgico, las listas de verificación quirúrgica, la monitorización hemodinámica avanzada durante la cirugía, el

manejo del dolor agudo, el ingreso precoz en unidades de cuidados intensivos (UCI) en los casos de riesgo elevado, la monitorización de signos vitales efectiva tras el alta a hospitalización convencional, los equipos de respuesta rápida ante situaciones de deterioro clínico, la rehabilitación adecuada y la planificación del alta hospitalaria junto con atención primaria. El registro de datos y la auditoría de los resultados constituye un punto clave en la mejora de la calidad³.

El European Surgical Outcomes Study (EuSOS), estudio internacional realizado en 28 países europeos con la participación de 498 hospitales incluyendo 46.539 pacientes, que evalúa los resultados después de la cirugía no cardíaca en Europa, demostró una mortalidad mayor de la esperada (4%). En este estudio solo el 5% de los pacientes ingresaron en UCI de forma programada. El ingreso urgente en estas unidades se asoció con mayor mortalidad que en las admisiones planificadas. La mayoría de los pacientes fallecidos (73%), sorprendentemente nunca ingresaron en UCI después de la cirugía, y de los ingresados, el 43% falleció después de ser dados de alta a planta. Estos hallazgos sugieren deficiencias en el proceso de asignación de recursos de atención crítica, así como un fallo en el rescate de pacientes quirúrgicos que se deterioran en planta⁴.

En este número de *MEDICINA INTENSIVA*, de Nadal et al. presentan los resultados de un análisis *ad hoc* del estudio EuSOS.

Véase contenido relacionado en DOI: <https://doi.org/10.1016/j.medin.2018.01.009>

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mcmartindelgado@gmail.com
(M.C. Martín Delgado).

<https://doi.org/10.1016/j.medin.2018.02.012>

0210-5691/© 2018 Elsevier España, S.L.U. y SEMICYUC. Todos los derechos reservados.

Su objetivo fue determinar el impacto de la edad como un factor independiente de ingreso en UCI después de una cirugía no cardíaca en España, así como los factores asociados con la admisión en la UCI de los pacientes más ancianos y la mortalidad hospitalaria. Se incluyeron 5.412 pacientes, 677 (12,5%) fueron ingresados en UCI después de la cirugía. Los principales resultados fueron que los pacientes de edad avanzada (más de 80 años) tenían menor probabilidad de ingreso en UCI después de la cirugía sin que ello se asociara a una mayor mortalidad postoperatoria a los 60 días⁵. También en este estudio, la mayoría de los pacientes fallecidos nunca ingresaron en UCI (69%). Los autores plantean como posibles factores de un menor ingreso de pacientes ancianos en UCI, una cierta inexactitud en la definición de los recursos evaluados, un número importante de pacientes con fracturas de cadera (habitualmente no se considera el ingreso programado en UCI) y la posibilidad de que en este grupo de pacientes se hubiera establecido limitación del tratamiento de soporte vital o se relacionara con cirugía oncológica paliativa, aunque las características epidemiológicas de la serie no soportan dichas consideraciones. Como principales limitaciones del estudio se establece la no consideración del concepto de fragilidad, no evaluar los eventos adversos postoperatorios excepto la mortalidad; no tener en cuenta modelos organizativos o recursos en planta de hospitalización y no considerar la mortalidad a largo plazo.

El ingreso programado en UCI de los pacientes quirúrgicos de alto riesgo, ha sido cuestionado en algunos estudios, probablemente con relación a los modelos organizativos diferentes (UCI abierta y cerrada), y la disponibilidad de recursos (en camas y en profesionales de intensivistas) según los países⁶. En España, donde más del 70% de las camas de pacientes críticos están asignadas a servicios de medicina intensiva (SMI) los pacientes quirúrgicos de alto riesgo ingresan con mayor frecuencia en UCI que en otros países (12,5 vs. 8%).

El estudio cuestiona si los pacientes ancianos ven limitado su acceso a UCI y si ello impacta en los resultados. Guías recientes establecen que la edad cronológica no es el criterio que debe determinar la ubicación del paciente sino la comorbilidad, la gravedad de la enfermedad, el estado funcional previo y las preferencias del paciente⁷.

El objetivo de la medicina intensiva es ofrecer al paciente crítico una atención ajustada a sus necesidades de calidad y de la manera más segura posible, garantizando que sea adecuada, sostenible, ética y respetuosa con su autonomía. Los servicios extendidos de medicina intensiva y el modelo de UCI sin paredes, dan respuesta a la necesidad de un enfoque más amplio y equitativo en pacientes graves, clasificándolos según la necesidad de atención requerida y no la ubicación del paciente⁸.

Si queremos asegurar unos mejores resultados en los pacientes quirúrgicos, los SMI deben ofrecer una atención durante todo el proceso. La creación de equipos de respuesta rápida y los modelos de UCI sin paredes (trabajo en equipo de diferentes profesionales y detección automática de la gravedad integrando variables clínicas y de

laboratorio) mejoran los resultados y evitan ingresos innecesarios en pacientes en los que se ha establecido limitación del tratamiento. La innovación en la gestión, a través de herramientas adaptadas de la industria como las técnicas Lean (basada en reducir la variabilidad del proceso y eliminar lo que no tiene valor añadido) y el trabajo coordinado y multidisciplinar permite mejorar la asistencia del paciente grave, mejorando los resultados, la eficiencia, la seguridad del paciente y la satisfacción de los profesionales. Estas experiencias han demostrado reducir la demora de alta de UCI a hospitalización, lo que puede reducir el número de ingresos programados quirúrgicos cancelados por falta de camas de UCI y las altas no previstas con mayor riesgo para el paciente⁹. Finalmente, los SMI pueden aportar valor al proceso quirúrgico en pacientes críticos crónicos con el seguimiento en consultas al alta¹⁰.

Evaluar estos modelos de atención integrada a través de registros específicos es necesario para asegurar que se ofrece a los pacientes quirúrgicos una atención segura, efectiva y eficiente.

Bibliografía

1. Weiser TG, Haynes AB, Molina G, Lipsitz SR, Esquivel MM, Uribe-Leitz T, et al. Estimate of the global volume of surgery in 2012: An assessment supporting improved health outcomes. *Lancet*. 2015;385 Suppl 2:S11.
2. Naughton C, Feneck RO. The impact of age on 6-month survival in patients with cardiovascular risk factors undergoing elective non-cardiac surgery. *Int J Clin Pract*. 2007;61:768–76.
3. Pearse RM, Holt PJ, Grocott MP. Managing perioperative risk in patients undergoing elective non-cardiac surgery. *BMJ*. 2011;343:d5759.
4. Pearse RM, Moreno RP, Bauer P, Pelosi P, Metnitz P, Spies C, et al. Mortality after surgery in Europe: A 7 day cohort study. *Lancet*. 2012;380:1059–65.
5. de Nadal M, Pérez-Hoyos S, Montejo-González JC, Pearse R, Aldecoa C. Intensive care admission and hospital mortality in the elderly after non-cardiac surgery [Article in English, Spanish]. *Med Intensiva*. 2018;42:463–72.
6. Sobol JB, Wunsch H. Triage of high-risk surgical patients for intensive care. *Crit Care*. 2011;15:217.
7. Nates JL, Nunnally M, Kleinpell R, Blosser S, Goldner J, Birriel B, et al. ICU Admission, Discharge, and Triage Guidelines: A Framework to Enhance Clinical Operations, Development of Institutional Policies, and Further Research. *Crit Care Med*. 2016;44:1553–602.
8. Vincent JL, Einav S, Pearse R, Jaber S, Kranke P, Frnk J, et al. Improving detection of patient deterioration in the general hospital ward environment. *Eur J Anaesthesiol*. 2018;35: 1–10.
9. Sirvent JM, Gil M, Alvarez T, Martín S, Vila N, Colomer M, et al. Lean techniques to improve the flow of critically ill patients in a health region with its epicenter in the intensive care unit of a reference hospital. *Med Intensiva*. 2016;40:266–72.
10. Extremera P, Añón JM, García de Lorenzo A. Are outpatient clinics justified in intensive care medicine? [Article in English, Spanish]. *Med Intensiva*. 2018;42:110–3.