



CARTAS CIENTÍFICAS

Medicina Intensiva y Medicina Extrahospitalaria: ¿la integración supone la clave del éxito? Proyecto Integra



Intensive Care Medicine and pre-hospital care: Is the integration the key to success? Integra Project

Sr. Editor:

El cambio de modelo asistencial hacia una Medicina Intensiva (MI) abierta a la atención precoz y el seguimiento del paciente crítico requiere de la integración de diferentes niveles asistenciales y se beneficia de la participación de especialistas en MI en diferentes formas de colaboración multiprofesional y multidisciplinar¹⁻³. Este modelo no debería ser exclusivo del medio hospitalario. La complejidad y la tecnicidad en el ámbito extrahospitalario está en aumento, tanto en la atención prehospitalaria y los traslados secundarios como en la ejecución de procesos de activación precoz desde este ámbito. Por otro lado, la introducción de equipos especializados para la realización de traslados interhospitalarios de pacientes críticos es cada vez más aceptada, respondiendo al aumento del número de estos y de su complejidad⁴⁻¹⁰.

El posible papel del intensivista en este ámbito aún no ha sido explorado en nuestro país. Este estudio fue diseñado con el objetivo de conocer a grandes rasgos la situación actual en torno al paciente crítico en el medio extrahospitalario, así como las opiniones y el interés que despierta este área entre los intensivistas.

Se obtuvo el aval del Comité Científico de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias y, a través de dicha sociedad, se enviaron 3 encuestas por correo electrónico a sus socios. Las encuestas se dirigieron a los MI adjuntos o residentes, y en caso de ser tutores de residentes se les enviaba un segundo formulario con cuestiones más específicas sobre la formación de estos. Las encuestas estuvieron abiertas del 1 de marzo al 1 de junio de 2018. Las preguntas se agruparon en diferentes bloques: características muestrales y preguntas del ámbito laboral, formativo y de opinión. La participación era voluntaria y se mantuvo el anonimato de participación. Los datos fueron manejados teniendo en cuenta la confidencialidad de los mismos.

Se obtuvieron 134 encuestas de facultativos especialistas (un 40% había trabajado previamente en Medicina Extra-

hospitalaria [ME]; 48% con plaza fija, 25% interinos, 21% temporales), 67 de residentes (61% en los 2 últimos años de residencia) y 12 de tutores.

Los datos se resumen en la [tabla 1](#). A nivel laboral, ME es vista como una salida profesional para el intensivista, existiendo interés profesional por este ámbito. Es de destacar que a gran parte de los MI adjuntos les gustaría personalmente trabajar en ambos servicios si eso fuera posible (64%), siendo la motivación profesional la principal razón (36%). La flexibilización laboral y la integración de esta área de trabajo a la cartera de servicios de MI es vista de forma positiva por el 75% de los especialistas. Por otro lado, existen problemas laborales a la hora de reconocer la especialidad de MI en el ámbito de la ME en algunas regiones, pudiendo condicionar el acceso a estos trabajos. A su vez, los encuestados refieren la falta de reconocimiento del tiempo trabajado en ME en las bolsas de trabajo de MI.

Coinciden facultativos y residentes en que no se suelen realizar sesiones clínicas conjuntas con los servicios de ME (el 65% refieren no haber realizado ninguna sesión en los últimos 5 años), siendo vistas como útiles por el 90% de los especialistas. La informatización de los servicios de ME es bastante desigual.

En el área de formación gran parte de los residentes refieren no tener incluida esta área de conocimiento en su plan formativo; un 82% de ellos aún no ha recibido formación en triaje y catástrofes. Un 50% de los tutores cree que el nuevo plan de formación podría ser insuficiente para cubrir los mínimos formativos en esta área, mientras que el 87% de los especialistas y el 67% de los tutores creen que es necesario potenciar la formación en ella.

En cuanto al transporte secundario ([tabla 2](#)) crítico entre unidades de cuidados intensivos, en su mayoría es realizado por los servicios de ME habituales (61%), siendo especializado únicamente para el transporte en ECMO (13%). Un 42% refieren tener problemas organizativos y no disponen de un protocolo de transporte secundario que incluya: un convenio entre hospitales, unos requisitos mínimos de seguridad y el consentimiento informado. Las unidades habitualmente exportadoras son normalmente las que tienen protocolo de traslado (30%). Una gran mayoría cree que sería necesaria la existencia de equipos de traslado especializados y ven necesaria una estructura nacional que asegure el flujo de estos pacientes críticos entre CC. AA.

El 58% refiere no disponer de técnicas de soporte extracorpóreo tipo ECMO; el 46% es centro emisor de pacientes y tiene preocupación ante la imposibilidad de transporte en ECMO. Cuando este se realiza, es por los centros emisores en un 16% y por los centros de referencia en un 13%. Un 66% cree

Tabla 1 Datos obtenidos de las encuestas

Laboral				
¿Ve ME como salida laboral?	F: 63% sí	R: 87% sí		
¿Aceptarían un trabajo en ambos servicios si esto fuera posible?	F: 64% sí	R: 93% sí		
¿Por motivación profesional únicamente?	F: 36% sí			
¿Qué reconocimiento tiene MI en las bolsas de trabajo extrahospitalarias de su CA (en comparación con MFyC)?	Menor 32%	Igual 19%	Mayor 8%	No sé 40%
¿Es reconocido el tiempo trabajado en ME por parte de los servicios de MI?	No 47%	Sí 17%		No sé 35%
Elementos integrativos entre niveles asistenciales				
¿En su servicio se realizan sesiones clínicas conjuntas?	Ninguna en 5 años 65%	Puntual en 5 años 19%	< 3/año 12%	> 3/año 4%
¿Los servicios de ME tienen acceso a la historia clínica electrónica en su CA/provincia?	Sí 30%	No 47%		
Formación				
¿Se trata este ámbito en el plan formativo de los residentes?				No: 75% R
¿Han recibido formación en triaje y catástrofes durante la residencia?				Todavía no: 82% R
¿Sería necesario potenciar la formación en esta área?				Sí: 87% F y 67% T
¿Tiene interés por el traslado aéreo sanitario?				Sí: 55% R
¿Cree que MI aporta un valor sobreañadido al transporte aéreo y el rescate medicalizado?				Sí: 80% F

CA: comunidad autónoma; F: respuesta de MI adjunto; ME: Medicina Extrahospitalaria; MFyC: Medicina Familiar y Comunitaria; MI: Medicina Intensiva; R: respuesta de MI residente; T: respuesta de tutor.

que se está introduciendo la ECMO y otros dispositivos de soporte extracorpóreo sin ningún tipo de organización territorial, potenciando la desigualdad sanitaria. El 61% defiende que este tipo de transporte es responsabilidad de MI, pero una mayoría (72%) cree que no estaría formado para realizarlo.

Este es un estudio con muchas limitaciones en su diseño, una baja participación y probablemente con sesgos de selección. Aun así, permite dibujar una situación con grandes áreas de mejora. Podemos decir que existe un interés profesional por este ámbito entre los intensivistas, siendo mayor entre los residentes, pero no con las diferencias esperadas con respecto a los facultativos. La MI es vista como un valor sobreañadido en este ámbito, pero las limitaciones laborales, de formación y las barreras entre niveles asistenciales pueden ser limitantes importantes. Por otro lado, los traslados interhospitalarios y especialmente el traslado en ECMO parecen preocupar a muchos profesionales, que creen que existen problemas de

acceso a determinadas terapias y de derivación entre centros, existiendo problemas organizativos, como la falta de personal cualificado y, probablemente, seguridad en el proceso.

El presente estudio trata un tema innovador de creciente importancia ante el aumento de la tecnificación y de la complejidad del proceso de atención al paciente crítico, centrado en la gestión del proceso interno que se lleva a cabo en nuestro país, por lo que sus resultados no pueden ser extrapolados. Es preciso realizar más estudios que ayuden a definir el papel de la MI en estas fases del proceso asistencial.

Agradecimientos

A la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias, por ofrecer su aval y su apoyo para la distribución de las encuestas nacionales.

Tabla 2 Datos sobre transporte secundario obtenidos de las encuestas a facultativos especialistas

Transporte secundario				
¿Existe un transporte especializado interhospitalario crítico entre UCI en su CA?	No 61%	Alguna vez 20%	Solo T-ECMO 13%	Sí 5%
¿Cree necesario este transporte?	Sí 74%	Tal vez 21%	No 4%	
¿Hacen uso de un protocolo ante un traslado secundario que incluya: convenio entre hospitales, mínimos de seguridad, consentimiento informado?	No 42%	Sí (UCI que exporta) 30%	Sí (UCI que importa) 17%	No sé 11%
Transporte en ECMO				
¿Dispone de ECMO en su servicio?	No 58%		Sí 34%	
Especifique el tipo de UCI que es en función de la disponibilidad de la ECMO:				
Centro emisor de pacientes, sin T-ECMO establecido	46%			
Centro emisor de pacientes, se realiza T-ECMO de forma anárquica y puntual por uno u otro servicio	7%			
Centro emisor de pacientes, se realiza T-ECMO de forma organizada por nuestro servicio	9%			
Centro de referencia en ECMO, importamos y realizamos T-ECMO	13%			
Centro de referencia en ECMO, se está valorando la introducción de T-ECMO	9%			
¿Cree que el T-ECMO es responsabilidad de MI?	Sí 61%			
¿Se siente capacitado para realizar T-ECMO?	No 72%			

CA: comunidad autónoma; ECMO: membrana de oxigenación extracorpórea; MI: Medicina Intensiva; T-ECMO: transporte en membrana de oxigenación extracorpórea; UCI: Unidad de Cuidados Intensivos.

Bibliografía

- Olaechea Astigarraga PM, Bodí Saera M, Martín Delgado MC, Holanda Peña MS, García de Lorenzo y Mateos A, Gordo Vidal F. Documento sobre la situación del modelo español de Medicina Intensiva. Plan estratégico SEMICYUC 2018-2022. *Med Intensiva*. 2019;43:47-51.
- Gordo F, Molina R. Evolución a la detección precoz de gravedad. ¿Hacia dónde vamos? *Med Intensiva*. 2018;42:47-9.
- Romig M, Duval-Arnould J, Winters BD, Newton H, Sapirstein A. Intensivist presence at code events is associated with high survival and increased documentation rates. *Crit Care Clin*. 2018;34:259-66.
- Intensive Care Society. Intensive Care Society Guidelines. Guidance on: The transfer of the critically ill adult [consultado 20 Jul 2019]. Disponible en: <http://www.ics.ac.uk/ICS/GuidelinesAndStandards/ICSGuidelines.aspx>.
- Burgueño P, González C, Sarralde A, Gordo F. Transporte interhospitalario con membrana de oxigenación extracorpórea: cuestiones a resolver. *Med Intensiva*. 2019;43:90-102.
- Wiegersma JS, Droogh JM, Zijlstra JG, Fokkema J, Ligtenberg JJ. Quality of interhospital transport of the critically ill: Impact

- of a Mobile Intensive Care Unit with a specialized retrieval team. *Crit Care*. 2011;15:R75.
- Droogh JM, Smit M, Absalom AR, Ligtenberg JJ, Zijlstra JG. Transferring the critically ill patient: Are we there yet? *Crit Care*. 2015;19:62.
- Broman LM, Holzgraefe B, Palmér K, Frenckner B. The Stockholm experience: Interhospital transports on extracorporeal membrane oxygenation. *Crit Care*. 2015;19:278.
- Kornhall D, Näslund R, Klingberg C, Schiborr R, Gellerfors M. The mission characteristics of a newly implemented rural helicopter emergency medical service. *BMC Emerg Med*. 2018;18:28.
- Schellhaaß A, Popp E. [Air rescue: Current significance and practical issues] German. *Anaesthesist*. 2014;63:971-80, 981-2.

P. Burgueño Laguía^{a,*}, E. Argudo^b, F. Enríquez Corrales^c, V. González Barrutia^d, M. Sánchez-Satorra^e y M. Morales-Codina^e, en nombre del Grupo de Organización, Planificación y Gestión de la SEMICYUC en el Área de Trabajo de Transporte Crítico

^a *Medicina Intensiva, Hospital Universitario 12 Octubre, Madrid, España*

^b *Medicina Intensiva, Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona, España*

^c *Servicio de Urgencias y Emergencias 112 de Castilla-La Mancha, SESCAM, Toledo, España*

^d *Medicina Intensiva, Servicio de Emergencias Sanitarias de Castilla y León, Sacyl, Burgos, España*

^e *Servicio de Medicina Intensiva, Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Barcelona, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: paula.burgue@gmail.com (P. Burgueño Laguía).

<https://doi.org/10.1016/j.medin.2019.10.001>

0210-5691/ © 2019 Elsevier España, S.L.U. y SEMICYUC. Todos los derechos reservados.

Escuchando a profesionales, pacientes y familiares: estudio sobre el régimen de visitas en una Unidad de Cuidados Intensivos



Listening to professionals, patients and relatives: Study about the visiting system in an Intensive Care Unit

Sr. Editor:

Las recomendaciones para una adecuada organización de las visitas se han reflejado y publicado en diferentes guías de sociedades científicas¹. La flexibilización de los horarios de visitas se postula como indicador de calidad asistencial del enfermo crítico por la SEMICYUC² (2017). Además se considera una cuestión prioritaria en la implementación de los planes de humanización³.

El objetivo del estudio es conocer la opinión de profesionales, pacientes y familiares cercanos sobre el régimen de visitas vigente en la UCI del hospital de Galdakao-Usánsolo durante la realización del estudio y verificar la posibilidad de consenso en la implantación de una política de puertas abiertas. Estudio descriptivo correlacional realizado en una unidad de críticos con 15 boxes polivalentes. Durante el año 2017 el número de ingresos ascendió a 1.081, de entre los cuales 605 permanecieron más de 48 h.

La recogida de datos se hizo mediante una encuesta anónima diseñada a tal efecto para cada colectivo, con datos socio-demográficos y laborales, cuestiones de opinión y preguntas abiertas.

Las variables recogidas fueron expresadas como frecuencia y porcentaje. El análisis bivalente se realizó mediante los test de la chi al cuadrado y el test de Fisher considerando un nivel de significación de $p < 0,05$.

En el estudio participan 58 profesionales (todo el personal activo de la unidad), 120 familiares cercanos (siendo el 78,3% cónyuges o familiares de primer grado) y 123 pacientes cuyas características fundamentales se describen en la [figura 1](#). El 65,5% de los profesionales, el 53,7% de los pacientes y el 28,3% de los familiares no está satisfecho con el sistema actual de visitas. Lo consideran escaso o muy escaso el 77,6% de los sanitarios, el 56,9% de los pacientes y el 43% de los familiares, es decir, los profesionales y los pacientes se muestran menos satisfechos y son fundamentalmente los profesionales los que demandan un cambio.

El hecho de que la mayoría de los familiares estén satisfechos se explicaría porque las expectativas de la familia están mermadas cuando su ser querido ingresa en una UCI, primero por la gravedad y segundo por la creencia de que en una UCI las visitas han de ser restringidas. Estas bajas expectativas hacen que su satisfacción sea alta como se pone de manifiesto en otros estudios^{4,5}.

Se proponían 5 posibles horarios (restringir el actual, que es de 13:00 a 14:00 h y de 20:00 a 21:00 h, mantenerlo, aumentar a 2 h por la mañana y 2 h por la tarde, ampliar de 13:00 a 21:00 h u horario libre). Las propuestas más señaladas por los 3 colectivos son las que implican ampliación con respecto al actual, sin existir diferencias significativas entre los 3 grupos ([fig. 2](#)). De esas ampliaciones la más votada es la más restrictiva (2 h por la mañana y 2 por la tarde). Cuando se pregunta expresamente por la opinión sobre un horario ampliado de 13:00 a 21:00 la mayoría de profesionales (55.2%), pacientes (60.2%) y familiares (51.2%) muestra desacuerdo.

No hemos encontrado relación entre las variables sociodemográficas recogidas y el deseo o el rechazo de ampliación, no se generan diferencias significativas a excepción de la edad, siendo los menores de 50 años más proclives a la ampliación (77%) que los mayores de 50 años (40% en contra de la ampliación, $p < 0,01$). Probablemente, es en ese grupo de edad donde se ha vivido la restricción del horario y otras privaciones como un mal necesario.

El 93,1% de familiares cree que la familia favorece la recuperación del paciente; los profesionales (58,6%) y los pacientes (71,3%) lo opinan en menor proporción ($p < 0,0001$). Sin embargo, casi un 40% de familiares piensa que su presencia puede no ser buena para los pacientes o para ellos mismos. Este hecho se ha constatado en otros estudios⁶, al atribuir a la visita el ser un factor estresante para el paciente o para los propios familiares por abandono de sus otras obligaciones, necesidad de desplazarse, etc.

Los familiares y los pacientes no creen que la ampliación genere conflictos con el personal sanitario, los profesionales en cambio se mantienen neutrales en esta cuestión. Nuestra investigación ha comparado la opinión de médicos y personal de enfermería observando diferencias mencionadas en otras publicaciones^{7,8}. Más de la mitad de la enfermería afirma que la ampliación podría generar conflictos mientras que solo para el 16,7% de los médicos constituye un problema, cuestión ya constatada en otros estudio^{9,10}.

La visita de los menores genera opiniones diferentes. Aunque en los 3 colectivos la mayoría está en desacuerdo,