



PUESTA AL DÍA EN MEDICINA INTENSIVA PERIOPERATORIA

Medicina Intensiva Perioperatoria. Aportando valor al proceso quirúrgico



Perioperative Intensive Care Medicine. Contributing value to the surgical process

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

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

^b Grupo de Investigación en Patología Crítica, Universidad Francisco de Vitoria, Madrid, España

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

^d Universidad Francisco de Vitoria (UFV), Madrid, España

Recibido el 10 de enero de 2020; aceptado el 13 de enero de 2020

Disponible en Internet el 21 de febrero de 2020

En el mundo se llevan a cabo anualmente millones de procedimientos quirúrgicos con diferentes niveles de riesgo. Un 10% tienen un riesgo alto de complicaciones y muchos de los pacientes que sobreviven al alta hospitalaria, tras sufrir eventos adversos, presentan secuelas funcionales y una menor supervivencia a largo plazo¹.

En los pacientes adultos sometidos a cirugía no cardíaca, el 44% de los fallecimientos se producen por 3 tipos de complicaciones: hemorrágicas, daño miocárdico perioperatorio y sepsis, produciéndose el fallecimiento en un tiempo medio de 11 días tras la intervención².

La calidad de la atención perioperatoria, contemplada como proceso, 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.

Si queremos asegurar unos mejores resultados en los pacientes quirúrgicos, los Servicios de Medicina Intensiva 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^{4,5}. La innovación en la gestión 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 profesionales⁶. 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 paciente. Finalmente, los Servicios de Medicina Intensiva pueden aportar valor al proceso quirúrgico en pacientes críticos crónicos con el seguimiento en consultas al alta⁷ y también en poblaciones especiales como son los pacientes

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: fgordo5@gmail.com (F. Gordo Vidal).

oncohematológicos, tanto en su tratamiento médico como quirúrgico⁸.

Este fue el motivo de iniciar la serie de Medicina Intensiva Perioperatoria que se ha publicado en los últimos números de la revista⁹ en el que hemos tratado la Medicina Intensiva Perioperatoria como un proceso asistencial integrado con el objetivo de mejorar la calidad asistencial (mediante un enfoque multidisciplinar) y aportar realmente valor al paciente buscando los resultados finales de la intervención y relevantes para el paciente.

En los diferentes temas¹⁰⁻¹⁴ se han tratado tanto los criterios de ingreso en UCI en base al riesgo perioperatorio, los criterios de alta precoz y protocolos de atención al paciente durante su estancia en UCI haciendo hincapié en la recuperación precoz, control de complicaciones y control de la infección asociada a los procedimientos y el seguimiento de los pacientes tras el alta de UCI con programas de seguimiento automático y de detección, prevención y tratamiento del síndrome post-UCI.

La SEMICYUC en su Plan Estratégico 2018-2022¹⁵ apuesta por la calidad del proceso quirúrgico estableciendo acciones específicas dirigidas a ofrecer los mejores cuidados al paciente quirúrgico y sus familias, a trabajar de forma colaborativa con otras especialidades y disciplinas para asegurar un proceso efectivo, seguro, accesible, eficiente y respetuoso con los valores del paciente.

Es necesario apoyar la formación y la investigación en esta área emergente, que en los últimos años se ha visto implicada en avances fisiopatológicos y tecnológicos muy importantes, modificando el concepto de paciente quirúrgico clásico¹⁶.

Como final de la serie pensamos que es necesario evaluar con rigor estos modelos de atención integrada a través de registros específicos que serían de gran interés social. Sin duda en el futuro próximo los sistemas de Big Data nos van a ayudar en este proceso de medición del valor real de las intervenciones realizadas¹⁷.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

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;385:511.
2. Vascular Events in Noncardiac Surgery Patients Cohort Evaluation (VISION) Study Investigators. Association Between Complications and Death Within 30 Days After Noncardiac Surgery. *CMAJ*. 2019;191:E830-837.
3. Martín Delgado MC, Gordo Vidal F. Servicios de medicina intensiva ¿Cómo aportar valor al proceso quirúrgico? *Med Intensiva*. 2018;42:461-2.
4. Gordo F, Molina R. Evolución a la detección precoz de gravedad ¿Hacia dónde vamos? *Med Intensiva*. 2018;42:47-9.
5. 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.
6. Sirvent JM, Gil M, Alvarez T, Martín S, Vila N, Coloner M, et al. Técnicas «Lean» para la mejora del flujo de los pacientes críticos de una región sanitaria con epicentro en el servicio de medicina intensiva de un hospital de referencia. *Med Intensiva*. 2016;40:266-72.
7. Extremera P, Añón JM, García de Lorenzo A. Are outpatient clinics justified in intensive care medicine? *Med Intensiva*. 2018;42:110-3.
8. Carmona-Bayonas A, Gordo F, Beato C, Castaño Pérez J, Jiménez-Fonseca P, Virizuela Echaburu J, et al. Intensive care in cancer patients in the age of immunotherapy and molecular therapies: Commitment of the SEOM-SEMICYUC. *Med Intensiva*. 2018;42:363-9.
9. Martín Delgado MC, Gordo Vidal F. Medicina intensiva perioperatoria. *Med Intensiva*. 2019;43:427-34.
10. Puppo Moreno AM, Abella Alvarez A, Morales Conde S, Pérez Flecha M, García Ureña MÁ. La unidad de cuidados intensivos en el postoperatorio de cirugía mayor abdominal. *Med Intensiva*. 2019;43:569-77.
11. Santafé Colomina M, Arikán Abelló F, Sánchez Corral A, Ferrer Roca R. Optimización del manejo del paciente neuroquirúrgico en Medicina Intensiva. *Med Intensiva*. 2019;43:489-96.
12. Muñoz de Cabo C, Hermoso Alarza F, Cossio Rodríguez AM, Martín Delgado MC. Manejo perioperatorio en cirugía torácica [publicación electrónica 20 Dic 2019]. *Med Intensiva*. 2019, <http://dx.doi.org/10.1016/j.medin.2019.10.012>.
13. Alcázar Sánchez-Elvira L, Bacian Martínez S, del Toro Gil L, Gómez Tello V. Manejo postoperatorio en UCI de cirugía de cabeza y cuello. *Med Intensiva*. 2019;44:46-53.
14. Sánchez-Sánchez M, Martínez JR, Civantos B, Millán P. Perioperatorio de cirugía plástica reconstructiva y quemados en Medicina Intensiva [publicación electrónica 3 Ago 2019]. *Med Intensiva*. 2019, <http://dx.doi.org/10.1016/j.medin.2019.07.005>.
15. Olaechea Astigarraga PM, Bodí Saera M, Martín Delgado MC, Holanda Peña MS, García de Lorenzo, Mateos A, et al. Documento sobre la situación del modelo español de Medicina Intensiva Plan estratégico SEMICYUC 2018-2022. *Med Intensiva*. 2019;43:47-51.
16. Bollen Pinto B, Chew M, Lurati Buse G, Walder B. The concept of peri-operative medicine to prevent major adverse events and improve outcome in surgical patients: A narrative review. *Eur J Anaesthesiol*. 2019;36:889-903.
17. Núñez Reiz A, Armengol de la Hoz MA, Sánchez García M. Big Data Analysis y Machine Learning en medicina intensiva. *Med Intensiva*. 2019;43:416-26.