

## Las unidades de cuidados intensivos y la atención integral del enfermo crítico

F. BAIGORRI GONZÁLEZ, P. SAURA AGEL Y A. ARTIGAS RAVENTOS

Centro de Críticos. Hospital de Sabadell. Corporació Parc Taulí. Sabadell. Barcelona.

Recientemente se ha publicado un estudio que evidencia el mejor resultado de la resucitación de los pacientes con sepsis grave y shock séptico cuando las medidas de soporte se aplican de forma temprana, basadas en prioridades claramente establecidas<sup>1</sup>. De esta forma, la mortalidad hospitalaria resultó del 30,5 frente al 46,5% en el grupo control. Los ensayos clínicos prospectivos, controlados y aleatorizados que se habían efectuado hasta ahora, comparando el efecto de protocolos específicos de aumento del transporte de oxígeno sobre la mortalidad, habían demostrado resultados contradictorios, evidenciando ausencia de efecto, mejoría o incluso aumento de la mortalidad<sup>2</sup>. Las discrepancias podrían ser debidas en parte a las diferencias entre poblaciones estudiadas y a problemas metodológicos en algunos de estos estudios. Sin embargo, varios meta-análisis habían sugerido un posible beneficio en los pacientes quirúrgicos de alto riesgo<sup>3-5</sup>. El diferente resultado en la población de pacientes quirúrgicos de alto riesgo podría tener relación con el estado temprano de la enfermedad en el que los pacientes habían sido incluidos en estos ensayos. Así, Gutierrez et al<sup>6</sup>, que habían estudiado a un grupo de pacientes críticos a los que se administraba tratamiento para incrementar el transporte de oxígeno o reducir su consumo cuando se objetivaba acidosis de la mucosa gástrica, sólo observaron una disminución de la mortalidad en los pacientes que tenían un pH de la mucosa gastrointestinal normal en el ingreso en la unidad de cuidados intensivos (UCI) y no en los que ya presentaban acidosis a su llegada. Esta observa-

ción reforzaba el concepto de que el incremento del transporte de oxígeno podría ser útil en una fase muy temprana, y prevenir la hipoxia tisular, pero no en la hipoxia celular instaurada para revertir la lesión celular una vez que ocurre<sup>7</sup>. El estudio de Rivers et al<sup>1</sup> viene a aportar más fuerza a este argumento. El propósito de este comentario no es profundizar en los aspectos metodológicos de este artículo, pero sí querríamos reseñar que, notablemente, el estudio se realizó en el departamento de emergencias. Y es que, efectivamente, las “horas de oro” en las que el reconocimiento y el inicio del tratamiento de las situaciones críticas ofrece las mayores posibilidades de éxito, habitualmente transcurren fuera de las UCI. Cabe preguntarse entonces dónde está el conocimiento acumulado en estas áreas cuando puede ser más necesario. La guía para la coordinación, evaluación y gestión de la medicina intensiva<sup>8</sup> recomendaba que la práctica de la medicina intensiva se desarrolle según el concepto del enfoque a la asistencia al paciente crítico, lo que puede implicar la actuación fuera de los límites de las UCI. Los intentos de asignar la responsabilidad de las áreas de urgencias a los servicios de medicina intensiva, como ha ocurrido en Andalucía, y la creación de los centros de críticos, como en nuestro hospital, aglutinando las áreas de emergencias y la UCI, pueden verse como una muestra del intento de adecuar la organización a este enfoque, de forma que el denominador común de la asistencia al enfermo crítico sea la necesidad del enfermo y no su ubicación física. Así, incluso ya hay experiencias, como la de los profesionales dedicados a la medicina intensiva del Centro Hospitalario de Manresa, cuya asistencia alcanza no sólo a aquellos pacientes que acuden al hospital o están ingresados en éste en situación de riesgo vital, inmediato o posible, sino también a aquellos que presentan la crisis en cualquier punto del área de influencia del hospital.

Correspondencia: Dr. F. Baigorri.  
Centro de Críticos. Hospital de Sabadell. Corporació Parc Taulí.  
Parc Taulí, s/n. 08208 Sabadell. Barcelona.  
Correo electrónico: F.Baigorri@cspt.es

Manuscrito aceptado el 9-I-2002.

Ciertamente, la continuidad asistencial es un reto clave en la atención del enfermo crítico, imbricada en múltiples procesos asistenciales. La evolución de la tecnología<sup>9,10</sup>, que en su momento confinó a los enfermos críticos a las UCI, permitirá cada vez más trasladar los cuidados donde esté el paciente, y no a la inversa. Esto, junto con la evidencia de que cada vez la complejidad de los pacientes que se benefician del ingreso hospitalario es mayor, hace previsible una progresiva dilución del concepto tradicional de UCI. Esto es, cabe pensar que en el futuro próximo la evolución tecnológica permitirá que cualquier cama del hospital pueda convertirse en una cama de críticos, a la vez que provocará cambios sustanciales en las características competenciales para brindar esa atención. Este concepto va más allá de la reciente creación de áreas de intermedios o semicríticos, separando básicamente a los pacientes con sólo requerimientos de monitorización o enfermería, que ha obedecido más a unas necesidades del momento para racionalizar el uso de recursos<sup>11,12</sup>. Sin embargo, al enfrentar los cambios organizativos que faciliten la necesaria continuidad asistencial del enfermo crítico, es útil desglosar cada uno de los servicios habitualmente ofrecidos en las UCI: la monitorización, los cuidados de enfermería, el conocimiento médico y la terapia de soporte vital. Nuestros pacientes presentan requerimientos variados de cada uno de estos apartados. Entender esto permite considerar múltiples posibilidades de colaboración interprofesional y multidisciplinar. La colaboración es la base para garantizar la continuidad asistencial en una estructura centrada en el paciente.

Esta característica de encrucijada y red de interacciones que es la atención al enfermo crítico la convierte en un entorno con un enorme potencial de creación de conocimiento, clave para el proceso de constante mejora de la atención. Los profesionales de la atención al enfermo crítico tenemos la responsabilidad de liderar ese proceso<sup>13</sup>. Liderazgo basado en la capacidad profesional con una comprensión real de las necesidades de la sociedad. A este respecto, hay que tener en cuenta que asistimos a una progresiva "compresión de la morbilidad"<sup>14</sup>. Esto es, más del 80% de las enfermedades son motivadas por procesos crónicos que ocurren entre los 50 años y el momento de la muerte. En la medida que las condiciones de salud mejoren y se retrasen las manifestaciones y mejore el control de esa enfermedad crónica, más se acercarán los posibles eventos críticos al final natural de la vida, influyendo absolutamente nuestra actividad profesional.

En resumen, exponemos nuestra preocupación porque el conocimiento de la medicina intensiva se aproxime a los momentos más tempranos de la situación crítica, en los que su reconocimiento y el inicio del tratamiento ofrece las mayores posibilidades de éxito. Efectivamente, la práctica de la medicina intensiva se debe desarrollar según el concepto del enfoque a la asistencia al paciente crítico, garantizando la necesaria continuidad asistencial de estos pacientes. En nuestra opinión, esto requiere colaboración y confianza interprofesional y multidisciplinar y los profesionales actuales de la medicina intensiva tenemos la responsabilidad de fomentar esta colaboración.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Rivers E, Nguyen B, Havstad S, Ressler J, Muzzin A, Knoblich B, et al. Early goal-directed therapy in the treatment of severe sepsis and septic shock. *N Engl J Med* 2001;345:1368-77.
2. Baigorri F, Artigas A, Russell JA. Niveles supranormales de transporte de oxígeno: ¿Aún un objetivo apropiado de la resucitación? *Med Intensiva* 1996;20:29-34.
3. Heyland DK, Cook DJ, King D, Kernerman P, Brun-Buisson C. Maximizing oxygen delivery in critically ill patients: A methodologic appraisal of the evidence. *Crit Care Med* 1996;24:517-24.
4. Chittock D, Baigorri F, Russell JA. Randomized controlled trials (RCT's) of increased oxygen delivery (DO<sub>2</sub>) in critical illness: a meta-analysis. *Am J Respir Crit Care Med* 1996;153:A466.
5. Cooper AB, Doig GS, Sibbald WJ. Pulmonary artery catheters in the critically ill. An overview using the methodology of evidence-based medicine. *Crit Care Clin* 1996;12:777-94.
6. Gutierrez G, Palizas F, Doglio G, Wainsztein N, Galesio A, Pacin J, et al. Gastric intramucosal pH as a therapeutic index of tissue oxygenation in critically ill patients. *Lancet* 1992;339:195-9.
7. Baigorri F, Russell JA. Oxygen delivery in critical illness. *Crit Care Clin* 1996;12:971-93.
8. Guía para la Coordinación, Evaluación y Gestión de los Servicios de Medicina Intensiva. Madrid: Instituto Nacional de la Salud, 1997.
9. Craft RL. Trends in technology and the future intensive care unit. *Crit Care Med* 2001;29(Suppl):N151-58.
10. Celi LA, Hassan E, Marquardt C, Breslow M, Rosenfeld B. The eICU: it's not just telemedicine. *Crit Care Med* 2001;29(Suppl):N183-N189.
11. Vincent JL, Burchardi H. Do we need intermediate care units? *Intensive Care Med* 1999;25:1345-9.
12. Saura P, Rue M, Cabré L, Artigas A. Factores determinantes de la variabilidad en la mortalidad de las UCIs de Cataluña mediante el análisis multinivel. *Med Intensiva* 2001;25:20.
13. Brilli RJ, Spevitz A, Branson R, Campbell G, Cohen H, Dasta JF, et al. Critical care delivery in the intensive care unit: Defining clinical roles and the practice model. *Crit Care Med* 2001;29:2007-19.
14. Fries JF. Aging, natural death, and the compression of morbidity. *N Engl J Med* 1980;303:130-5.