



ARTÍCULO ESPECIAL

Documento sobre la situación del modelo español de Medicina Intensiva. Plan estratégico SEMICYUC 2018-2022



P.M. Olaechea Astigarraga^{a,*}, M. Bodí Saera^b, M.C. Martín Delgado^c, M.S. Holanda Peña^d, A. García de Lorenzo y Mateos^e y F. Gordo Vidal^f,
en representación del Grupo de Trabajo de Planificación,
Organización y Gestión de la Sociedad Española de Medicina Intensiva,
Crítica y Unidades Coronarias (GTPOG-SEMUCYUC)

^a Servicio de Medicina Intensiva, Hospital Galdakao-Usansolo, Galdakao, Vizcaya, España

^b Servicio de Medicina Intensiva, Hospital Universitario de Tarragona Joan XXIII, Tarragona, España

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

^d Servicio de Medicina Intensiva, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, España

^e Servicio de Medicina Intensiva, Hospital Universitario La Paz-Carlos III/IdiPAZ, Madrid, España

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

Recibido el 19 de abril de 2018; aceptado el 23 de abril de 2018

Disponible en Internet el 10 de junio de 2018

PALABRAS CLAVE

Medicina Intensiva;
Modelo español;
Plan estratégico

Resumen El modelo español de Medicina Intensiva requiere una revisión y reflexión continuas. Tenemos valores y fortalezas que se concretan en nuestra actividad y en el importante papel que realizamos a diario a nivel hospitalario. Otras especialidades pugnan por compartir actividades de cuidados del paciente crítico y otras circunstancias pueden hacer mermar esa actividad.

Este artículo es el reflejo de la reflexión de un importante número de miembros del Grupo de Trabajo de Planificación, Organización y Gestión de nuestra Sociedad (GTPOG-SEMICYUC). Se afrontan las acciones que se deben llevar a cabo para la actualización del modelo de Medicina Intensiva, hacia un modelo más abierto de UCI sin paredes o UCI extendida. Se aborda desde tres puntos de vista que deben ser complementarios: las acciones a nivel de la Administración, las acciones a nivel de nuestra Sociedad Científica y las llevadas a cabo por cada uno de los Servicios (liderados por sus representantes), tanto a nivel hospitalario como a nivel de las autoridades sanitarias en cada comunidad autónoma.

© 2018 Elsevier España, S.L.U. y SEMICYUC. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: pedromaria olaecheaastigarrag@osakidetza.eus (P.M. Olaechea Astigarraga).

<https://doi.org/10.1016/j.medin.2018.04.008>

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

KEYWORDS

Intensive Care
Medicine;
Spanish model;
Strategic plan

Document on the state of affairs of the Spanish model of Intensive Care Medicine. SEMICYUC Strategic Plan 2018-2022

Abstract The role of Critical Care Medicine in Spain requires continuous revision and reflection. We have values and strengths that are evidenced in our daily work and by their important effects in routine hospital activity. Other medical specialties seeking to assume activities referred to critical patient care, as well as a number of other circumstances, may have a negative impact upon our routine duties.

This article reflects the impressions of an important number of members of the Planning, Organization and Management Task Force of the Spanish Society of Critical Medicine Society (*Grupo de Trabajo de Planificación, Organización y Gestión; GTOG-SEMICYUC*). The actions required to upgrade our Critical Care Medicine model are presented, evolving towards a broader view such as the 'ICU without walls' or 'Expanded ICU'. The subject is addressed from three complementary standpoints: actions involving the administrative authorities; actions required on the part of our scientific Society; and initiatives to be implemented locally in each Intensive Care Unit (led by the corresponding Unit representatives) at both hospital level and involving the regional authorities.

© 2018 Elsevier España, S.L.U. y SEMICYUC. All rights reserved.

En una reciente reunión de jefes de Servicio de Medicina Intensiva (SMI) se planteó la cuestión del modelo asistencial actual de la Medicina Intensiva. Se abrió un interesante debate sobre las fortalezas y debilidades de nuestra especialidad, así como las perspectivas de futuro y el gran valor que puede aportar en el marco sanitario actual una Medicina Intensiva moderna y preparada para incorporar los avances sociales y tecno-estructurales actuales. En un foro posterior entre los miembros del Grupo de Trabajo de Planificación, Organización y Gestión de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (GTOG-SEMICYUC) se plantearon distintas experiencias que se están llevando a cabo en varios centros y que generan posibilidades de cambio a la luz de nuevos conceptos en la gestión y la utilización de recursos tecnológicos disponibles en la actualidad. Este documento trata de recoger el punto de vista de miembros del GTOG-SEMICYUC reflexionando sobre la dirección que debe tomar el modelo de la especialidad en nuestro país de cara al futuro.

La especialidad de Medicina Intensiva tiene como característica principal su transversalidad, compartiendo esta orientación con la Medicina de Familia y la Medicina Interna^{1,2}. Esto hace que tenga puntos en común con todas las demás especialidades verticales que atienden pacientes en el ámbito hospitalario. Por lo tanto, los puntos en común con el resto de especialidades pueden entrar en contacto, en cuanto a la asistencia de esos pacientes, en momentos determinados, lo que exige una gran colaboración entre profesionales sanitarios con el objetivo de conseguir la mejor atención posible para los pacientes en situación crítica o potencialmente crítica³.

Es un hecho la menor necesidad de dispositivos altamente invasivos y su sustitución por técnicas menos invasivas y aplicables a mayor número de pacientes menos graves⁴. Estos pacientes pueden ingresar en unidades del hospital que requieren menos monitorización y menos personal, lo que ha hecho que hayan proliferado algunas unidades de cuidados intermedios específicas de otras especialidades.

Son ejemplos las unidades de cuidados intermedios respiratorios, las unidades de ictus o las unidades de cuidados cardiológicos. La amenaza ya la sabemos, y obviamente se refiere al crecimiento de estas unidades a expensas de una disminución de la actividad del propio SMI. Sin embargo, también se conocen las consecuencias que estas unidades pueden provocar: una atención incompleta de los pacientes y un aumento de los costes (por una planificación sin perspectivas globales, por duplicidad en las responsabilidades y falta de estandarización en los procesos asistenciales).

Esta situación, que es secular y muy distinta de unos hospitales a otros, hace que debamos identificar opciones que garanticen una atención continuada y de calidad al paciente crítico y además buscar nuevos modelos y distintas oportunidades que mantengan nuestra cartera de servicios y con ello nuestro peso específico como especialidad eminentemente hospitalaria. Si bien las soluciones van a ser necesariamente locales, sí que queremos aportar las reflexiones del grupo hacia los cambios en el paradigma del modelo de la especialidad.

Los SMI deben adaptarse a las características de los hospitales en los que están integrados, con un tamaño y una organización muy diferentes en función de la complejidad de los mismos, la cartera de servicios y la existencia de otras especialidades. Eso hace que la función de los propios SMI, aunque siempre orientados a la atención del paciente crítico o potencialmente crítico, no siempre pueda desarrollarse de la misma manera y requiera modelos a veces diferentes para ofrecer un valor añadido dentro de la organización.

Valores de la Medicina Intensiva

Lo que nos debe diferenciar de otras especialidades que contribuyen a la asistencia a pacientes críticamente enfermos (o en riesgo de estarlo) son nuestros valores, que se pueden concretar en:

- Competencias (conocimientos, habilidades y aptitudes): basadas en nuestro cuerpo doctrinal y formativo y sustentadas en los Grupos de Trabajo de SEMICYUC en colaboración con la Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias (SEEIUC).
- Disponibilidad y oportunidad: en cualquier momento, en cualquier lugar^{5,6}.
- Diversidad: posibilidad de atender cualquier tipo de patología médica o quirúrgica en pacientes gravemente enfermos, atendiendo a los pacientes globalmente.
- Calidad en todas sus dimensiones: efectividad, eficiencia, seguridad y oportunidad siempre centrada en el paciente. Aportamos calidad y tenemos interés en evaluarla para poder planificar de acuerdo a ello^{7,8}.
- Proactividad: tanto en lo puramente asistencial como en la persistencia de los valores. Capacidad para impulsar nuevos procesos asistenciales.
- Liderazgo: la visión 360° del paciente permite condicionar y alinear los esfuerzos de nuestros profesionales y de otros especialistas para tomar las mejores decisiones en beneficio del paciente crítico⁹.
- Trabajo en equipo: somos muchos profesionales atendiendo al mismo paciente, por lo que debemos hacerlo trabajando en equipo de manera multidisciplinar¹⁰.

La aplicación de estos valores es complementaria y no se entiende ninguno de ellos sin el resto.

La actualización del modelo

Cada hospital y cada SMI son distintos. En cada lugar deben adoptarse soluciones distintas de acuerdo a la cartera de servicios y la población de pacientes de cada hospital, en el que los equilibrios de competencias han escrito la historia y condicionan la situación presente. Entendemos que el posicionamiento frente al intrusismo de otras especialidades debe abordarse desde tres niveles distintos.

Administración

Es necesario transmitir a las administraciones estatales y autonómicas la importancia de nuestros valores y la diferenciación con otras especialidades. A nivel ministerial es preciso hacer entender la influencia que la troncalidad puede tener sobre la formación de nuestros residentes y, por ende, la interrelación con otras especialidades con las que se pueden alcanzar alianzas o, por el contrario, defender desacuerdos. Los límites y las funciones de la especialidad pueden dilucidarse a este nivel y por lo tanto debemos constituir parte activa del proceso de cambio con relación a los nuevos modelos de formación de especialidades, sea a través de la troncalidad o de otras formas de desarrollo. Sin duda, deben ser los representantes de nuestra Sociedad Científica (SEMICYUC y GTPOG) quienes representen los intereses de la especialidad y que aseguren especialistas con competencias suficientes para atender al enfermo crítico de forma adecuada.

También a nivel de las comunidades autónomas se debe explicar nuestros valores competitivos. En las Consejerías de Sanidad puede decidirse autorizar o no una UCI sin presencia de intensivistas, pueden definirse políticas

sanitarias comunes para toda la red de hospitales que fije los límites de una especialidad con respecto a otras, o la acreditación y el nombre que se le dé a las unidades que atienden a pacientes críticos. Las Sociedades Autonómicas y los jefes de Servicio locales deben hacerse oír en esta estancia a ser posible de manera proactiva, no reactiva. Se debe hacer entender la disponibilidad y el conocimiento de intensivistas y nuestra competencia para realizar otras actividades que permiten adaptar nuestra cartera de servicios a las necesidades concretas de cada hospital.

Sociedad Científica

Las Sociedades Científicas, en nuestro caso SEMICYUC, se crearon con el fin de promover y posicionar la especialidad y sus asociados. Por tanto tiene que tener un papel fundamental en varios aspectos, que podemos concretar en:

- Buscar soporte legal en la delimitación de los campos de actuación de los especialistas y difundirlos entre los asociados.
- Promover la difusión de la esencia de la especialidad a la ciudadanía, mediante campañas de información que expliquen el alcance de la especialidad y que no existe UCI sin Medicina Intensiva.
- Buscar alianzas en las Sociedades Científicas de otras especialidades.
- Defender ante el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI) y ante las Consejerías de Sanidad de las comunidades autónomas el modelo de Medicina Intensiva que se propone y nuevas carteras de servicio que hacen del intensivista una pieza clave en los hospitales.
- Iniciar un proceso de reflexión sobre la posibilidad de acreditar UCI, que diferencie las unidades de otras que puedan tener un nombre similar a otras especialidades. A partir de ahí se deberá defender aquellas unidades acreditadas y promover que estos criterios sean aplicados por las autoridades de las comunidades autónomas (por ejemplo, normativa específica de la Comunidad de Madrid)¹¹.
- Transmitir a la Dirección General de Ordenación Profesional del MSSSI las inquietudes de los especialistas en temas concretos de solapamientos de especialidades: sedación, ictus, pacientes coronarios, pacientes con ventilación mecánica no invasiva, etc.
- Promover estudios de eficiencia por parte de profesionales del ámbito de la economía de la salud, en los que se refleje el coste de modelos asistenciales de unidades de semicríticos y críticos no llevados por intensivistas.
- Promover que las Consejerías de Salud y los hospitales hagan estudios comparativos de evaluación del impacto en la calidad asistencial realizada (en términos de seguridad, efectividad y eficiencia) por diferentes modelos asistenciales.
- Promover la formación de sus asociados en áreas de competencias innovadoras que aseguren una formación continuada acorde a las nuevas tecnologías incorporando herramientas docentes actualizadas.
- Desarrollar registros que permitan la evaluación de resultados y la planificación estratégica.

- Fomentar una investigación de alta calidad a través de los Grupos de Trabajo que permita el desarrollo de estudios multicéntricos y la búsqueda de financiación de los mimos a través de convocatorias competitivas públicas y privadas.
- Alcanzar un posicionamiento a través de la participación activa en Sociedades Científicas internacionales (europea, mundial) que permita un posicionamiento estratégico y visibilidad.
- Fomentar el conocimiento de la Medicina Intensiva dentro del Plan académico de la licenciatura o diplomaturas en Ciencias de la Salud, (como ya se hace en algunas universidades españolas) presentando la atención integral al enfermo crítico como una asignatura opcional en el Plan de estudios.

Hospitales

Es evidente que nada de lo anteriormente expuesto tendría eficacia si no se completara con la parte más importante, que consiste en el liderazgo a nivel hospitalario. El mapa de competencias de Medicina Intensiva debe adaptarse de acuerdo a las características de cada hospital. La capacidad de atender pacientes críticos se basa en el nivel de competencia y el compromiso de dedicación a esta parcela de la medicina.

Lo que no podemos hacer es tomar una actitud de espera al paciente crítico. La planificación de una atención de calidad solo se puede realizar si tenemos una visión global del paciente y la oportunidad de participar en la toma de decisiones de forma precoz, pero no si esperamos que alguien nos llame. Por lo tanto, la necesidad estriba en incrementar la cartera de servicios, buscar y atender a los pacientes donde estén y detectar aquellos que pueden estar en riesgo de empeorar. Para ello es necesaria la presencia de líderes, jefes de Servicio que lideren el cambio del modelo tanto de cara a sus compañeros como, sobre todo, de cara a las gerencias, directores de los hospitales y responsables de las comunidades autónomas. Los SMI deben alinearse con las necesidades de la organización de forma proactiva, buscando soluciones en momentos de alta presión asistencial a través de estrategias planificadas que permitan dar una respuesta adecuada a demandas puntuales atendiendo a pacientes fuera de nuestras unidades o evitando la cancelación de cirugías programadas¹².

Los SMI deben evolucionar hacia el exterior de las UCI. Existen en muchos países, y en el nuestro también, equipos de respuesta rápida compuestos por un médico y una enfermera que atienden de manera urgente a todos los pacientes con eventos agudos que requieren consultas de alta resolución¹³. Pero también se está extendiendo la apertura a la atención por parte de Medicina Intensiva de pacientes en el hospital, suponiendo un cambio de mentalidad muy considerable. Estos pacientes quizá no ingresen nunca en la UCI, pero se benefician de nuestra asistencia y nuestra capacidad para detectar pacientes en riesgo de empeorar. El intensivista puede y debe tratar al enfermo crítico o potencialmente crítico fuera de los límites físicos de las UCI. Debemos ofrecer a los pacientes, familiares y profesionales unidades abiertas e incorporar líneas de

humanización que ya han demostrado ser necesarias con su impacto y beneficios en los resultados finales¹⁴.

Las experiencias de los SMI que han modificado su cartera de servicios hacia la UCI sin paredes o UCI extendida nos enseña que el hospital valora altamente esta actitud¹⁵⁻²⁰, lo que nos permite tener, por un lado, más control sobre los pacientes que decidimos ingresar en UCI o en cuidados intermedios, y por otro, hacernos imprescindibles para las gerencias de los hospitales, evitando, o disminuyendo la tentación de crear otras unidades. Por lo tanto, abogamos por la extensión de los SMI hacia el hospital y que nuestra actividad se amplíe hacia pacientes fuera de UCI, tanto previo al ingreso como posterior al alta de la UCI.

La perspectiva que estos equipos de respuesta rápida aportan en cuanto a servir de nexo de unión entre la UCI y las plantas de hospitalización minimizando el decalaje asistencial que muchas veces supone el paso del paciente desde los exhaustivos cuidados de las UCI hasta los cuidados menos intensivos propios de las plantas es otro aspecto a valorar, aportando nuevas oportunidades de actuación al intensivista en el ámbito hospitalario (fuera de la UCI).

A nivel local también pueden desarrollarse otras actividades que incrementen la cartera de servicios. La sedación fuera de la UCI para procedimientos invasivos cortos no debe ser la principal actividad de la Medicina Intensiva, pero puede ser realizada por intensivistas en aquellos hospitales donde se precise. No hay razones legales para impedirlo, ya que cada médico es responsable de los actos que realiza independientemente de su especialidad y existe base legal suficiente para sustentarlo. Es evidente nuestra capacitación para hacer sedaciones cortas manteniendo todos los valores que hemos referido al principio. Estos pacientes no pueden ser menos que los enfermos más complejos. Si lo hacemos, debemos hacerlo bien.

Las circunstancias y decisiones políticas han llevado a restringir nuestra asistencia a pacientes potencialmente críticos, como los pacientes cardiológicos agudos, pacientes con ictus, los que requieren marcapasos, pacientes que requieren ventilación mecánica no invasiva, etc. A nivel local, se debe defender que la integración y no la dispersión en múltiples unidades es más coste-efectiva. Además, se debe buscar a nivel hospitalario otras oportunidades, como la consulta del síndrome post-UCI (de la que ya existe al menos una experiencia en nuestro país que ha motivado gran interés por parte de las autoridades sanitarias)²¹, la nutrición parenteral en plantas de hospitalización, la asesoría en los cuidados paliativos, plantear necesidades de tecnología altamente cualificada (ECMO, MARS), la asistencia de pacientes oncológicos, etc. Se debe fomentar el trabajo en equipo dentro de las unidades y SMI buscando no solo la mejora de la calidad, sino también favorecer la motivación (*engagement*) de los profesionales y reducir el desgaste profesional²².

Estos planteamientos pasan por el día a día, por la implicación de todos los intensivistas en este empeño, por mantenerlo a cualquier hora, asumiendo que no siempre es fácil y que no puede darse una receta mágica para cada centro. Pero solamente si entendemos que toda la defensa de la especialidad se debe hacer asumiendo cada uno su papel es cuándo podremos ofrecer a los residentes y adjuntos más jóvenes (y así nos lo exigen) el futuro que

todos deseamos. Dicen los manuales de gestión que nuestra actitud debe basarse en tres palabras: insistir, resistir y persistir. Hagámoslo.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses con respecto a la elaboración de este manuscrito.

Bibliografía

1. Plan estratégico de los Servicios de Medicina Intensiva en el entorno de la libertad de Elección 2015-2019; 2015. Madrid: Subdirección de Gestión y Seguimiento de Objetivos en Hospitales Dirección General de Atención Especializada. Servicio Madrileño de Salud. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid.
2. Leung S, Gregg SR, Coopersmith CM, Layon AJ, Oropello J, Brown DR, et al. Critical care organizations: Business of critical care and value/performance building. *Crit Care Med.* 2018;46:1-11.
3. Marshall JC, Bosco L, Adhikari NK, Conolly B, Diaz JV, Dorman T, et al. What is an intensive care unit? A report of the task force of the World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine. *J Crit Care.* 2017;37:270-6.
4. Vincent JL, Creteur J. The hospital of tomorrow in 10 points. *Crit Care.* 2017;21:93, <http://dx.doi.org/10.1186/s13054-017-1664-7>.
5. Burchardi H, Moerer O. Twenty-four hour presence of physicians in the ICU. *Crit Care.* 2001;5:131-7.
6. World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine; Federación Panamericana e Ibérica de Sociedades de Medicina Crítica y Terapia Intensiva; European Society of Intensive Care Medicine; Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias; Société de Réanimation de langue Française. Santander Statement: Intensive Care Medicine. Patient-centered care for the critically ill; 2012 [consultado 25 Mar 2018]. Disponible en: http://www.semicyuc.org/sites/default/files/santanderstatement_english.pdf
7. Junta Directiva de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC). *Medicina Intensiva en España.* 2011;35:92-101.
8. Martín Delgado MC, Gordo-Vidal F. La calidad y la seguridad de la medicina intensiva en España. Algo más que palabras. *Med Intensiva.* 2011;35:201-5.
9. Moreno RP, Rhodes A, Donchin Y. European Society of Intensive Care Medicine, patient safety in intensive care medicine: the Declaration of Vienna. *Intensive Care Med.* 2009;35:1667-72.
10. Palencia Herrejón E, González Díaz G, Mancebo Cortés J. El futuro de la Medicina Intensiva en España. *Med Intensiva.* 2011;35:232-5.
11. Comunidad de Madrid. Orden 577/2000, de 26 de octubre, de la Consejería de Sanidad [consultado 25 Mar 2018]. Disponible en: http://www.madrid.org/wleg_pub/secure/normativas/contenidoNormativa.jsf?opcion=VerHtml&nmnorma=903&ccdestado=P#no-back-button
12. Martín Delgado MC, Gordo Vidal F. Intensive medicine services. How to add value to the surgical process? *Med Intensiva.* 2018, <http://dx.doi.org/10.1016/j.medin.2018.02.012>.
13. Hernández-Tejedor A, Peñuelas O, Sirgo Rodríguez RG, Llompарт-Pou JA, Palencia Herrejón E, Estella A, et al. Recommendations of the Working Groups from the Spanish Society of Intensive and Critical Care Medicine and Coronary Units (SEMICYUC) for the management of adult critically ill patients. *Med Intensiva.* 2017;41:285-305.
14. Heras La Calle G, Alonso Oviés A, Gómez Tello V. A plan for improving the humanisation of intensive care units. *Intensive Care Med.* 2017;43:547-9, <http://dx.doi.org/10.1007/s00134-017-4705-4>.
15. Jones DA, DeVita MA, Bellomo R. Rapid-response teams. *N Engl J Med.* 2011;365:139-46.
16. Abella Álvarez A, Torrejón Pérez I, Enciso Calderón V, Hermosa Gelbard C, Sicilia Urban JJ, Ruiz Grinspan M, et al. Proyecto UCI sin paredes. Efecto de la detección precoz de los pacientes de riesgo. *Med Intensiva.* 2013;37:12-8.
17. Gordo F, Abella A. Intensive care unit without walls: seeking patient safety by improving the efficiency of the system. *Med Intensiva.* 2014;38:438-43.
18. González-Castro A, Ortiz-Melon F, Suberviola B, Holanda MS, Dominguez MJ, Blanco-Huelga C, et al. Impact of a new model of intensive care medicine upon healthcare in a department of intensive care medicine. *Med Intensiva.* 2013;37:27-32.
19. Holanda Peña MS, Domínguez Artiga MJ, Ots Ruiz E, Lorda de los Ríos MI, Castellanos Ortega A, Melón F, et al. SECI (Servicio Extendido de Cuidados Intensivos): Mirando fuera de la UCI. *Med Intensiva.* 2011;35:349-53.
20. Mozo MT, Gordo VF. Innovation in the management of intensive care units: This is the right time. *Med Intensiva.* 2016;40:263-5.
21. Extremera P, Añón JM, García de Lorenzo A. ¿Están justificadas las consultas externas de medicina intensiva? *Med Intensiva.* 2018;42:110-3, <http://dx.doi.org/10.1016/j.medin.2017.07.010>.
22. Moss M, Good VS, Gozal D, Kleinpell R, Sessler CN. An Official Critical Care Societies Collaborative Statement: Burnout Syndrome in Critical Care Healthcare Professionals: A Call for Action. *Crit Care Med.* 2016;44:1414-21.