

^a *Adult Intensive Care Unit, Hospital Italiano de Buenos Aires, Buenos Aires, Teniente Perón 4190, Capital Federal, Argentina*

^b *Institute of Translational Medicine and Biomedical Engineering, Hospital Italiano de Buenos Aires, IUHI, CONICET, Teniente Perón 4190, Capital Federal, Argentina*

* Corresponding author.

E-mail addresses: nicolas.gemelli@hospitalitaliano.org.ar, gemellinicol@gmail.com (N.A. Gemelli).

<https://doi.org/10.1016/j.medin.2020.12.001>
0210-5691/ © 2020 Elsevier España, S.L.U. y SEMICYUC. All rights reserved.

Detección al alta de UCI de la fragilidad y necesidades paliativas del paciente crítico en colaboración con atención primaria



Detection of frailty and palliative needs from discharged critical care patients in collaboration with primary care

Sr. Editor:

Nuestra población envejece, y con ello aumentan las patologías crónicas relacionadas con la edad. Esto condiciona un aumento en el número de personas de edad avanzada, pluripatológicas y con reserva funcional escasa¹. Todo ello supondrá que el número de pacientes frágiles en nuestras unidades de cuidados intensivos (UCI) seguirá creciendo¹. Estos pacientes sufren mayor discapacidad al alta, tienen más posibilidades de acabar ingresando en un centro sociosanitario, una mayor mortalidad y experimentan convalecencias más largas^{2,3}.

Por todo ello, debería plantearse la detección precoz de la fragilidad y ser consciente de su utilidad pronóstica como complemento a las escalas habituales centradas en la mortalidad (APACHE, SAPS3, etc.). Así podríamos reorientar nuestros esfuerzos hacia adelantar conversaciones empáticas y honestas centradas en la planificación compartida de los cuidados, respetando los deseos, las preferencias y los valores de nuestros pacientes y sus allegados³. Además, detectarla la fragilidad al alta podría suponer una ayuda en la continua toma de decisiones clínicas y mejorar la eficiencia del sistema sanitario.

El Plan de Salud⁴ de Cataluña de 2011-2015 se centró en intentar priorizar la prevención y la atención a las personas que padecen enfermedades crónicas avanzadas. Los equipos de atención primaria (EAP) mediante la herramienta NECPAL (NECesidades PALiativas)⁵ identificaban dos perfiles de personas frágiles: los pacientes crónicos complejos (PCC) y los que precisan de un modelo de atención a la cronicidad avanzada (MACA) con la idea de poderles realizar un plan de cuidados individualizado (Plan Individualizado de Intervención Compartido [PIIC]) que incluía una planificación de decisiones avanzadas (PDA). Todo ello se registra en la historia clínica compartida de Cataluña (HCCC) para intentar facilitar la toma de decisiones.

La herramienta NECPAL fue diseñada por el observatorio Qualy-ICO-CCOMS y se ha validado en nuestro entorno para identificar a personas en situación de enfermedad crónica avanzada, pronóstico vital de 12 meses y necesi-

dad de atención paliativa de cualquier tipo, por lo que precisan la activación de planes específicos⁵ (ver material suplementario).

Dado el nuevo paradigma poblacional las importantes y persistentes barreras en la toma de decisiones sobre adecuación del tratamiento de soporte vital (ATSV) y cuidados al final de la vida⁶ que obliga a los intensivistas a tener que decidir al respecto, y en consonancia con el Plan de Salud⁴ de Cataluña, nos propusimos ser más proactivos en la detección de estos pacientes, hacer un seguimiento pronóstico e intentar detectar precozmente sus predecibles necesidades paliativas.

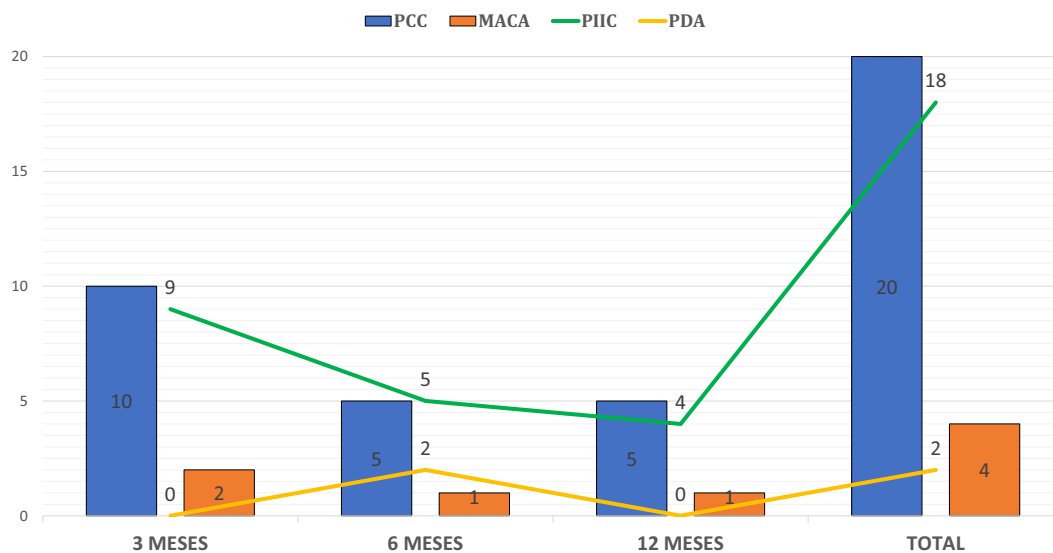
En este contexto, durante 6 meses consecutivos se comprobó en todos los pacientes dados de alta de nuestra UCI si estaban identificados como PCC o MACA y si disponían de PIIC y/o PDA. Si lo estaban, pero no tenían PIIC y/o PDA, se realizaba interconsulta a la enfermera de enlace (EE) con los EAP, registrándose el tiempo hasta su implementación. Al resto, a través de NECPAL, se identificaron los pacientes con necesidades paliativas y se comunicó a la EE para facilitar su identificación como PCC/MACA y realización de su PIIC y PDA. Finalmente, durante un año de seguimiento se comprobó cuántos eran finalmente catalogados y si tenían su PIIC y PDA cumplimentada.

El estudio fue aprobado por el comité ético del centro. Al no realizarse ninguna intervención diferente a la práctica habitual, no fue necesario solicitar el consentimiento informado a los pacientes o sus representantes.

De los 471 pacientes dados de alta, el 24,6% (n=116) resultaron ser NECPAL positivos con predominio de varones (66,4%, n=73) y edad media de 66,3 ± 13 años. La mortalidad al año fue del 28,9% (n=33). De todos ellos, 16 (13,7%) eran previamente PCC (n=14) o MACA (n=2), teniendo 9 (56,2%) su PIIC realizado y solo en uno de ellos también la PDA. Tras el año de seguimiento y las pertinentes interconsultas a la EE se habían conseguido 10 PIIC (62,5%) y 4 PDA (25%). De los otros 100 pacientes NECPAL positivos al alta, en 5 no se pudo obtener información de la HCCC, quedando 95 pacientes. Al año, el 25,2% de ellos (n=24) fueron catalogados como PCC (n=20) o MACA (n=4) por parte de los EAP, si bien el 75% (n=18) se catalogaron como tal a los 6 meses. En este mismo período de tiempo se realizaron casi el 60% (58,3%, n=14) de los PIIC y las 2 únicas PDA conseguidas durante todo el año de seguimiento (fig. 1).

Existen experiencias previas con la herramienta NECPAL⁵ en otras poblaciones para detectar a pacientes crónicos con necesidades paliativas⁷, incluso intentando predecir su mortalidad⁸. Bajo nuestro conocimiento, es la primera vez que se utiliza para detectar las necesidades paliativas de los

Progresión Temporal PIIC y PDA de los PCC y MACA



PCC: Paciente Crónico Complejo. MACA: Enfermedad Crónica Avanzada. PIIC: Plan Intervención Individualizado Compartido. PDA: Planificación Decisiones Anticipadas.

Figura 1 Progresión temporal de los PIIC y PDA de los PCC y MACA durante el año de seguimiento.

pacientes al alta de UCI e intentar implicar a los profesionales de los EAP.

A pesar de existir múltiples escalas validadas en diferentes poblaciones para medir la fragilidad⁹, ninguna de ellas tiene la capacidad discriminativa suficiente como para ser universalmente utilizada en las UCI. Hasta conseguirla, lo más conveniente es utilizar la que sea más factible en nuestro medio y permita tomar las mejores decisiones con nuestros pacientes. En nuestra región sanitaria cobra total sentido utilizar la herramienta NECPAL⁵, dado que, además de estar ya validada y de tener una valoración multimodal (incluye comorbilidades, aspectos subjetivos de demanda o necesidad de cuidados paliativos, indicadores clínicos de gravedad y progresión de la enfermedad, nutricionales, funcionales, sociales, de distrés emocional y de utilización de recursos), se puede consultar y compartir mediante la HCCC.

La misma Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda abordar la fragilidad, las preferencias individuales, las prioridades y los recursos psicosociales e incorporarlos a la planificación individualizada de los cuidados, ya que estos factores tienen influencia en la calidad de vida individual de los pacientes¹⁰.

La escasa cantidad de PDA realizadas inicialmente, así como al año de seguimiento, nos ofrece una posibilidad de mejora exponencial que deberíamos aprovechar.

Dada su implicación pronóstica, detectar la fragilidad debería incorporarse en nuestra práctica clínica habitual para ayudar a una correcta adecuación de los tratamientos de soporte vital tanto al ingreso en UCI como al alta. Además, esto nos permitiría implementar estrategias paliativas precoces y, en caso de necesitarlo, proporcionar una adecuada atención al final de la vida.

Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en [doi:10.1016/j.medin.2020.11.007](https://doi.org/10.1016/j.medin.2020.11.007)

Bibliografía

1. Nguyen Y-L, Angus DC, Boumendil A, Guidet B. The challenge admitting the very elderly to the intensive care. *Ann Intensive Care*. 2011;1:29, <http://dx.doi.org/10.1186/2110-5820-1-29>.
2. López S, Oteiza L, Lázaro N, Irazabal MM, Ibarz M, Artigas A, et al. Fragilidad en pacientes de 65 años ingresados en cuidados intensivos (FRAIL-UCI). *Med Intensiva*. 2019;43:395-401, <http://dx.doi.org/10.1016/j.medin.2019.01.010>.
3. Athari F, Hillman KM, Frost SA. The concept of frailty in intensive care. *Aust Crit Care*. 2019;32:175-8, <http://dx.doi.org/10.1016/j.aucc.2017.11.005>.
4. Programa de prevenció i atenció a la cronicitat. Departament de Salut. Direcció Carles Constante. Autores: Blay C, Cabezas C, Contel JC, González-Mestre A, et al. [consultado Jun 2020]. Disponible en: https://salutweb.gencat.cat/web/.content/_ambits-actuacio/Linies-dactuacio/Estrategies-de-salut/Cronicitat/Documentacio-cronicitat/arxius/Programa.pdf.
5. Gómez-Batiste X, Martínez-Muñoz M, Blay C, Amblàs J, Vila L, Costa X, et al. Identifying patients with chronic conditions in need of palliative care in the general population: Development of the NECPAL tool and preliminary prevalence rates in Catalonia. *BMJ Support Palliat Care*. 2013;3:300-8, <http://dx.doi.org/10.1136/bmjspcare-2012-000211>.
6. Hillman KM, Cardona-Morrell M. The ten barriers to appropriate management of patients at the end of their life. *Intensive Care Med*. 2015;41:1700-2, <http://dx.doi.org/10.1007/s00134-015-3712-6>.

7. Calsina-Berna A, Martínez-Muñoz M, Bardés Robles I, Beas Alba E, Madariaga Sánchez R, Gómez Batiste Alentorn X. Intrahospital mortality and survival of patients with advanced chronic illnesses in a tertiary hospital identified with the NECPAL CCOMS-ICO® tool. *J Palliat Med.* 2018;21:665–73, <http://dx.doi.org/10.1089/jpm.2017.0339>.
8. Gómez-Batiste X, Martínez-Muñoz M, Blay C, Amblàs J, Vila L, Costa X, et al. Utility of the NECPAL CCOMS-ICO® tool and the Surprise Question as screening tools for early palliative care and to predict mortality in patients with advanced chronic conditions: A cohort study. *Palliat Med.* 2017;31:754–63, <http://dx.doi.org/10.1177/0269216316676647>.
9. Dent E, Martin FC, Bergman H, Woo J, Romero-Ortuno R, Walston JD. Management of frailty: Opportunities, challenges, and future directions. *Lancet.* 2019;394:1376–86, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31785-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31785-4).
10. WHO. WHO guidelines approved by the guidelines review committee. Integrated care plan for older people: Guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic

capacity. Geneva: World Health Organization, 2017 [consultado Jun 2020]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258981/9789241550109-eng.pdf?sequence=1>.

C. Ferré^a, S. Canelles^a, X. Daniel^a, O. Rubio^b, F. Esteban^a y A. Pobo^{a,*}

^a *Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital Universitari Joan XXIII, Institut d'Investigació Sanitària Pere Virgili, University Rovira i Virgili, CIBERES, Tarragona, España*

^b *Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital Sant Joan de Déu, Fundació Althaia Xarxa Universitària, Manresa, Barcelona, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: apobo.hj23.ics@gencat.cat (A. Pobo).

<https://doi.org/10.1016/j.medin.2020.11.007>

0210-5691/ © 2021 Elsevier España, S.L.U. y SEMICYUC. Todos los derechos reservados.

Colaboración público-privada en Sevilla como estrategia para ampliar los donantes de órganos y tejidos: *Think there is no box*



Public-private collaboration in Seville as a strategy to expand organ and tissue donors: *Think there is no box*

Sr. Editor:

El trasplante de órganos y tejidos es actualmente una terapia consolidada que el pasado año salvó la vida o mejoró la calidad de esta de forma sustancial a más de 5.300 pacientes en nuestro país. Sin embargo, a pesar de toda esta gran actividad, todavía no se ha llegado a la autosuficiencia para cubrir las necesidades de la población¹.

En este sentido, la Organización Nacional de Trasplantes (ONT) puso en marcha un plan estratégico que evaluó las áreas de mejora, fijando unos objetivos y delimitando acciones concretas^{2,3}. Entre los factores limitantes se encuentran, de forma constante, el número y el tipo de hospitales implicados en el proceso de donación, de manera que los centros trasplantadores y los centros con pacientes neurocríticos clásicamente tienen mayor actividad⁴. En los últimos años los hospitales de gestión privada son cada vez más numerosos, de mayor complejidad y protagonismo dentro del sistema sanitario, con una gran cantidad de recursos humanos, materiales y logísticos⁵.

Teniendo en cuenta que la implicación en la actividad de donación del sector privado es reducida, desde el año 2012 la Coordinación Sectorial de Trasplantes Sevilla-Huelva ha llevado a cabo un convenio de colaboración público-privada con las diferentes clínicas de la ciudad de Sevilla con el objetivo de dar soporte al proceso de donación de órganos

y tejidos en las unidades de cuidados intensivos (UCI), sin tener que desplazar al potencial donante y avalando así su capacidad para participar en este proceso. Todo ello asociado a un programa formativo entre los profesionales de la UCI y quirófano del sector privado⁶⁻⁸.

Este programa ha hecho posible la opción de la donación de órganos y tejidos a personas fallecidas en estos centros que de otra manera no hubieran podido ser donantes. Tras 7 años de experiencia presentamos los resultados obtenidos con el fin de demostrar la posibilidad de desarrollo de un programa colaborativo de estas características.

Estudio observacional retrospectivo de la actividad de donación de órganos y tejidos en hospitales privados de la ciudad de Sevilla durante el periodo 2012-2018. Se registró de cada donante sexo, edad, grupo sanguíneo, presencia de factores de riesgo cardiovascular como la hipertensión arterial o la diabetes mellitus y la causa del fallecimiento. Así mismo, se especificó el tipo de donación, según fuera en muerte encefálica (ME) o asistolia (DAC), así como el número y tipo de órganos y tejidos extraídos. Finalmente se identificaron los órganos trasplantados, y de los no válidos, las causas de su no implante. Las variables cuantitativas se definieron en mediana y rango intercuartílico (RIC) y las cualitativas como números absolutos y porcentajes.

Se han registrado 23 donantes de órganos y tejidos. El 82% de los casos fueron donaciones en situación de ME, predominando en los primeros 4 años de estudio. En los últimos 2 años se ha sumado la DAC como nuevo modelo de donación, con dos casos con técnica de preservación ultrarrápida y dos con perfusión regional normotérmica (PRN) (tabla 1).

El 78% de los donantes lo fueron de uno o más órganos válidos para trasplante. Se implantaron 39 órganos, suponiendo una tasa de 1,7 órganos válidos/donante, con una distribución que se muestra en la tabla 2. Únicamente cinco casos no tuvieron ningún órgano válido, siendo la causa más frecuente de rechazo de los órganos para implante