

**Unidad de Cuidados Intermedios
de Medicina Interna**

Sr. Director:

El artículo de Alfonso-Megido et al¹ publicado recientemente en su revista sobre las Unidades de Cuidados Intermedios dependientes de Medicina Interna plantea un interesante modelo asistencial. Aportamos nuestra experiencia en un Hospital Universitario de tercer nivel que dispone de 45 camas en el Servicio de Medicina Intensiva (Unidad de Cuidados Intensivos [UCI]). En nuestro Servicio de Medicina Interna disponemos de una Unidad de Cuidados Intermedios (denominada MICI) de 3 habitaciones individuales. Dicha unidad está dirigida por un médico internista que decide el ingreso y el alta de los enfermos, en coordinación con un intensivista ubicado en la UCI. Dispone además de una enfermera y de una auxiliar de clínica, entrenadas en el manejo de la vía aérea (traqueostomías, aspiración de secreciones traqueobronquiales, etc.), de la vía digestiva (trastornos de la deglución, prevención de broncoaspiraciones, necesidades nutricionales, etc.) y de la piel y partes blandas (prevención y cuidados de las úlceras por decúbito). Cada habitación dispone de monitorización de la frecuencia cardíaca y de la saturación de oxígeno, así

como de utilaje para la aspiración de secreciones traqueo-bronquiales. De acuerdo con los criterios de ingreso en estas unidades establecidos por la *American College of Critical Care Medicine (ACCCM)*², nuestra MICI mayoritariamente recibe pacientes después de una larga estancia en UCI y que requieren vigilancia estrecha y rehabilitación.

Presentamos los resultados preliminares que muestran el funcionamiento de la MICI de nuestro centro. Estos datos están incluidos en un análisis más amplio que tiene como objetivo valorar su eficacia y mejorar los posibles déficits detectados. Durante un período de 6 meses se evaluaron 46 pacientes, el 76% de los cuales eran varones, con una media de edad ± desviación estándar (DE) de $58,4 \pm 15$ años. Los principales motivos de ingreso hospitalario fueron: complicaciones posquirúrgicas (24%), hemorragia cerebral (19,5%), politraumatismos (15,2%) y patología infecciosa grave de la comunidad (13%). La estancia media previa en UCI fue de $34,1 \pm 29,2$ días. La media de las cifras de prealbúmina y albúmina en las primeras 48 horas al ingreso en UCI fue de $12,9 \pm 6,3$ mg/l y $24,1 \pm 5,4$ g/l, respectivamente. A su ingreso en la MICI el 45,6% presentaban úlceras por decúbito, el 80% eran portadores de traqueostomía y el 60,8% de sonda nasogástrica. La estancia media en la MICI fue de $12,1 \pm 8,4$ días. Durante su estancia se pudo retirar la traqueostomía al 64,7% y la sonda nasogástrica al 71,4% de los pacientes portadores. La media del índice de Barthel (IB) al ingreso y al alta de la MICI fue de $13,5 \pm 19,5$ y $42,4 \pm 33$ puntos, respectivamente ($p < 0,05$). La mortalidad durante su estancia en la MICI fue del 6,5%. Cuatro pacientes (8,7%) tuvieron que reingresar en UCI por complicaciones agudas del motivo principal de ingreso. De los 39 restantes, los principales servicios de destino al alta fueron: Neurocirugía (23%), Medicina Interna (12,8%), Neurología (12,8%), Cirugía Cardíaca (10,2%) y Cirugía Digestiva (7,7%). Cinco pacientes (12,8%) fueron derivados a centros sociosanitarios directamente desde la MICI.

Las unidades como nuestra MICI suponen una mejoría en la optimización de los recursos hospitalarios al disminuir la estancia en UCI, con el consiguiente aumento de la disponibilidad de estas camas. Asimismo, permiten una atención cualificada de estos pacientes, de difícil manejo en las plantas de hospitalización convencional, e incluso disminuyen la mortalidad³. En nuestra unidad, el elevado porcentaje de pacientes a los que se les pudo retirar la traqueostomía y la sonda nasogástrica, así como la mejoría funcional medida por el IB y la baja mortalidad, son indicadores de ello.

Además de las Unidades de Cuidados Intermedios en centros sin UCI, como la descrita por Alfonso-Megido et al¹, en aquellos centros que disponen de ella, al estilo de nuestra MICI, estas unidades mantienen su importancia, formando parte del escalón en la gradación asistencial del paciente crítico⁴. Coincidimos con dichos autores en la importancia que debe desarrollar el internista en estas unidades con pacientes pluripatológicos, liderando la gestión de las mismas y ayudándose de otros especialistas cuando se requiera. Asimismo, compartimos la necesidad de alentar nuevas áreas de capacitación en Medicina Interna, representando las MICI un ejemplo de ello y un terreno con muchas posibilidades para nuestra especialidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alfonso-Megido J, Cárcava V. Unidad de Cuidados Intermedios dependiente de Medicina Interna en un hospital universitario sin Unidad de Cuidados Intensivos. *Rev Clin Esp.* 2007;207:144-6.
2. Nasraway SA, Cohen IL, Dennis RC, Howenstein MA, Nikas DK, Warren J, et al. Guidelines on Admission and Discharge for Adult Intermediate Care Units. *Crit Care Med.* 1998;26:607-10.
3. Franklin CM, Rackow EC, Mamdani B, Nightingale S, Burke G, Weil MH. Decreases in mortality on a large urban medical service by facilitating access to Critical Care. *Arch Intern Med.* 1986;14:869-72.

4. Castillo F, López JM, Marco R, González JA, Puppo AM, Murillo F. Gradación asistencial en Medicina Intensiva: Unidades de Cuidados Intermedio. *Med Intensiva.* 2007;31:36-45.

A. Riera^a, O. Capdevila^a, F. Formiga^a, R. Máñez^b y R. Pujol^a

^aServicio de Medicina Interna. ^bServicio de Medicina Intensiva.
Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat.
Barcelona. España.