

**Réplica****Sr. Director:**

Las características de la unidad y el tipo de pacientes descritos por A. Riera et al son claramente distintos de los de la nuestra<sup>1</sup>. Se trata de una unidad que recibe pacientes de Medicina Intensiva antes de su incorporación a una planta convencional, con una larga estancia media en la unidad (12 días) y alta mortalidad (6,5 %), y una elevada *ratio* de enfermería/paciente. Son unidades conocidas como *step down* que cumplen un cometido fundamental en el hospital: liberar camas de la Unidad de Medicina Intensiva. En nuestro caso, por el contrario, los pacientes son vigilados para detectar precozmente a aquellos potencialmente subsidiarios de cuidados intensivos *step up*; nuestra estancia media fue muy inferior (2,4 días), con una mortalidad del 5% y una menor *ratio* enfermería/paciente. Sin embargo, ambas son Unidades de Cuidados Intermedios que ofrecen una monitorización y cuidados superiores a una planta de hospitalización convencional, sin llegar a los de una Unidad de Medicina Intensiva, y en ambas el internista desempeña un papel primordial. Un reciente trabajo del grupo de planificación, organización y gestión de la Sociedad Española de Medicina Intensiva (SEMICYUC)<sup>2</sup> revisa la situación de las Unidades de Cuidados Intermedios en España desde el punto de vista de esta sociedad, que reivindica la dependencia funcional de estas unidades dentro del Servicio de Medicina Intensiva (en los casos en que exista dentro del hospital), proponiendo criterios de estructura y funcionamiento adecuados a nuestro entorno y estableciendo estándares de calidad. Sin embargo, son muchos los posibles modelos, en su mayor parte válidos según las circunstancias de cada centro, y existen unidades dependientes de servicios específicos como coronarias o unidades de patología respiratoria, otras como la nuestra<sup>1</sup>, en hospitales comarcas, y otras como la de Riera, vinculadas a Unidades de Medicina Intensiva o de Urgencias. Sin embargo, desde nuestro punto de vista, al igual que en el modelo descrito por Riera, la colaboración entre diferentes servicios y especialidades es la base del desarrollo de un modelo fundamentado en la gradación de la asistencia al paciente agudo, que redunde finalmente en el beneficio del paciente sin incrementar o disminuyendo los costos de dicha asistencia<sup>3</sup>. Las particulares características de cada centro harán más adecuado uno u otro modelo, evitando, al mismo tiempo, que Unidades de Cuidados Intermedios ejerzan de Unidades de Cuidados Intensivos cuando no existen en el centro y en otros casos, cuando existen, el que se conviertan en Unidades de Cuidados Intensivos encubiertas, cuando sus camas están ocupadas. En estos momentos aún hay muchos centros sanitarios donde no se han desarrollado como tal unidades de estas características. Modelos como los descritos en nuestro trabajo y en el de Riera deben animarnos a participar en su creación de una forma activa, reclamando para el especialista en medicina interna un papel protagonista tanto en su organización como en su gestión, y dando cabida al resto de especialidades para el mejor manejo de la patología aguda.

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Alfonso-Megido J, Cárcaba V. Unidad de Cuidados Intermedios dependiente de Medicina Interna en un hospital sin Unidad de Cuidados Intensivos. Rev Clin Esp. 2007;207:144-6.

2. Castillo F, López JM, Marco R, González JA, Puppo AM, Murillo F y grupo de planificación organización y gestión de la SEMICYUC. Gradación asistencial en Medicina Intensiva: Unidades de Cuidados Intermedios. *Med Intensiva*. 2007;31:36-45.
3. Besserman E, Teres D, logan A, Brennan M, Cleaves S, Bayly R, et al. Use of flexible intermediate and intensive care to reduce multiple transfers of patients. *M J Crit Cre*. 1999;8:170-9.

J. Alfonso-Megido y V. Cárcaba Fernández  
*Servicio de Medicina Interna. Hospital Valle del Nalón.  
Asturias. España.*