



G-16. - LA UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS EN MEDICINA INTERNA

P. Quijano Rodríguez, M. García Sánchez, R. Arceo Solís, N. González Galiano, E. García-Alcalde Suárez, M. Fernández Gutiérrez

Servicio de Medicina Interna. Fundación Hospital de Jove. Gijón. Asturias.

Resumen

Objetivos: Presentamos un estudio descriptivo en un hospital de segundo nivel. Nuestro hospital es centro de referencia Psiquiátrico de Agudos en el Área V de Asturias y el servicio de Urgencias no cuenta con boxes de observación-24 horas. En el año 2004 se creó una Unidad de Cuidados Intermedios (UCIn) cuyo manejo es gestionado con la asignación de un médico internista responsable que comparte dicha función con el pase de visita propio en la planta de hospitalización. La asistencia continuada continúa a cargo de la guardia de Medicina Interna el resto del día. Mediante el conocimiento de las características epidemiológicas y de la patología atendida, se pretende racionalizar y mejorar la atención en la misma.

Métodos: Se recogen retrospectivamente los datos de todos los pacientes ingresados en la UCIn durante 6 meses junto con escalas de Apache II y SAPS y si precisaron vía arterial, central o drogas vasoactivas. La unidad consta de 7 camas asistenciales y otra para pruebas de diagnóstico intervencionista no quirúrgico, con monitorización en todas ellas, con una enfermera y una auxiliar por turno con posibilidad de refuerzo.

Resultados: Entre el 1 de enero y el 11 de junio del año 2014 se realizaron 331 ingresos de 298 pacientes (mediana ingresos 1, rango 1-6). El 53,5% eran varones. La edad media fue de 63,1 años (DE 17,3, rango 15-94). La estancia media por ingreso fue de 2,4 días (DE 2, rango 1-10). Globalmente al ingreso el Glasgow medio fue de 13,1 (DE 2,1), el SAPS de 8,7 (DE 4,8) y el APACHE II de 12,4 (DE 5,9). El 74,6% ingresaron desde Urgencias y 23,1% desde planta. El resto fueron traslados de otros centros, de la reanimación del propio hospital, de su domicilio u otros. El 42,3% de los pacientes ingresados estaba a cargo de Medicina Interna; el 32,9% pertenecían a Cardiología; y el 9,4% al Servicio de Neurología, constituyendo el total de estos tres Servicios más del 80% de ingresos. Los motivos más frecuentes de ingreso fueron el intento autolítico (46, 13,9%), SCASEST (25, 7,6%), dolor torácico (21, 6,3%), neumonía (18, 5,4%), insuficiencia cardíaca (16, 4,8%), fibrilación auricular (15, 4,5%), shock séptico (14, 4,2%) y edema agudo de pulmón (13, 3,9%). Comparando los ingresos desde planta y urgencias, en los primeros predominan el edema de pulmón y el shock séptico. En los segundos los intentos autolíticos (18,3%). Los pacientes procedentes de la planta tenían más edad (67,0 años DE 15,9 vs 61,8 DE 17,6) y mayor puntuación en las escalas Glasgow (13,6 DE 3,3 vs 14,5 DE 1,4), SAPS (10,7 DE 5,8 vs 8,0 DE 4,2) y APACHE-II (15,1 DE 5,8 vs 11,5 DE 5,4) y precisaron en más ocasiones el uso de técnicas agresivas (intubación el 10,7% vs 3,2%, ventilación no invasiva el 4,8% vs 0,4% y drogas vasoactivas el 22,9% vs 6,1%), más traslados

a UCI (18,3% vs 5,26%) y el exitus fue superior (5,0% vs 1,6%). ($p < 0,05$). El 78,5% de los pacientes fue alta a planta, el 8% se repartió entre las distintas UCI de referencia y un 10% fueron dados de alta al domicilio (el 2,9% de los casos en los ingresados en planta y en el 13% de los casos en los procedentes de urgencias). La mortalidad fue de un 8,4%: 8 fallecerían en UCIN, 17 en planta, y 3 tras su traslado a UCI.

Discusión: Los pacientes procedentes de planta tienen mayor riesgo que los pacientes ingresados desde Urgencias. La existencia de la UCIn en un hospital de segundo nivel traduce una disminución de la mortalidad, con un 8,4% frente a un 15% estimado por puntuación en la escala APACHE.

Conclusiones: La UCIn reduce los riesgos y complicaciones de pacientes potencialmente inestables al permitir un manejo temprano con vigilancia continua y el inicio de un tratamiento semiintensivo precoz.