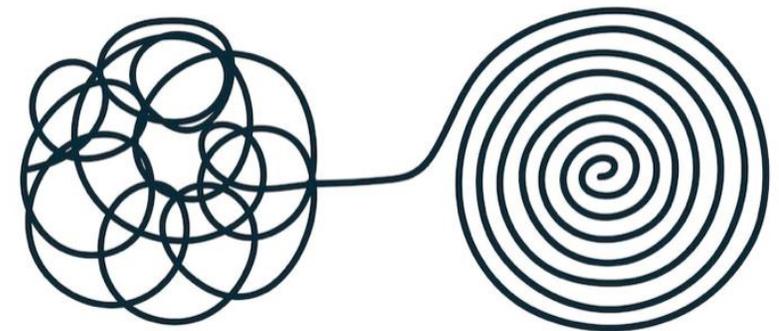




Síndrome post-UCI y Servicio Extendido propuesta de atención

1. ¿Por qué Servicio Extendido Medicina Intensiva?
2. ¿Por qué síndrome post-UCI?
3. Proyecto conjunto
4. Objetivos conjuntos
5. Diagrama de flujo
6. Indicadores



¿ Por qué Servicio Extendido de Medicina Intensiva?

- amplia experiencia demostrada
- afecta positivamente diferentes aspectos asistenciales
- facilita la integración con otras especialidades
- gran importancia durante la pandemia

Sus beneficios han sido demostrados

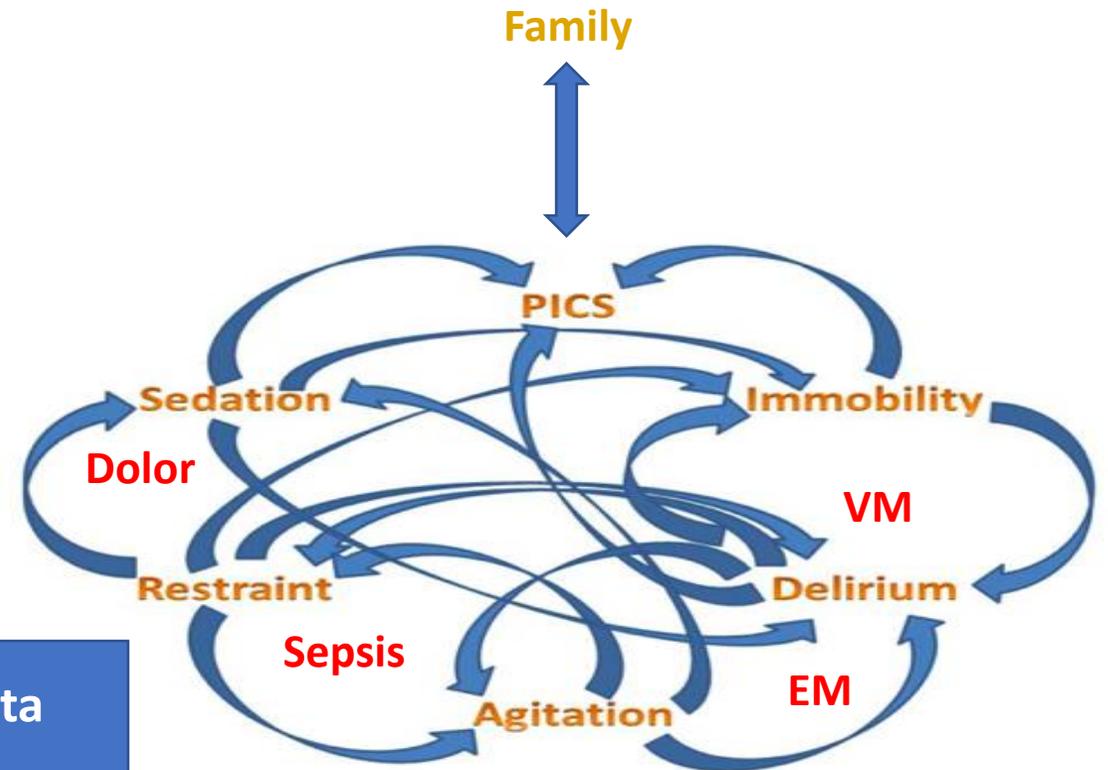
- mortalidad / EM
- adecuación de ingresos
- minimizar demoras

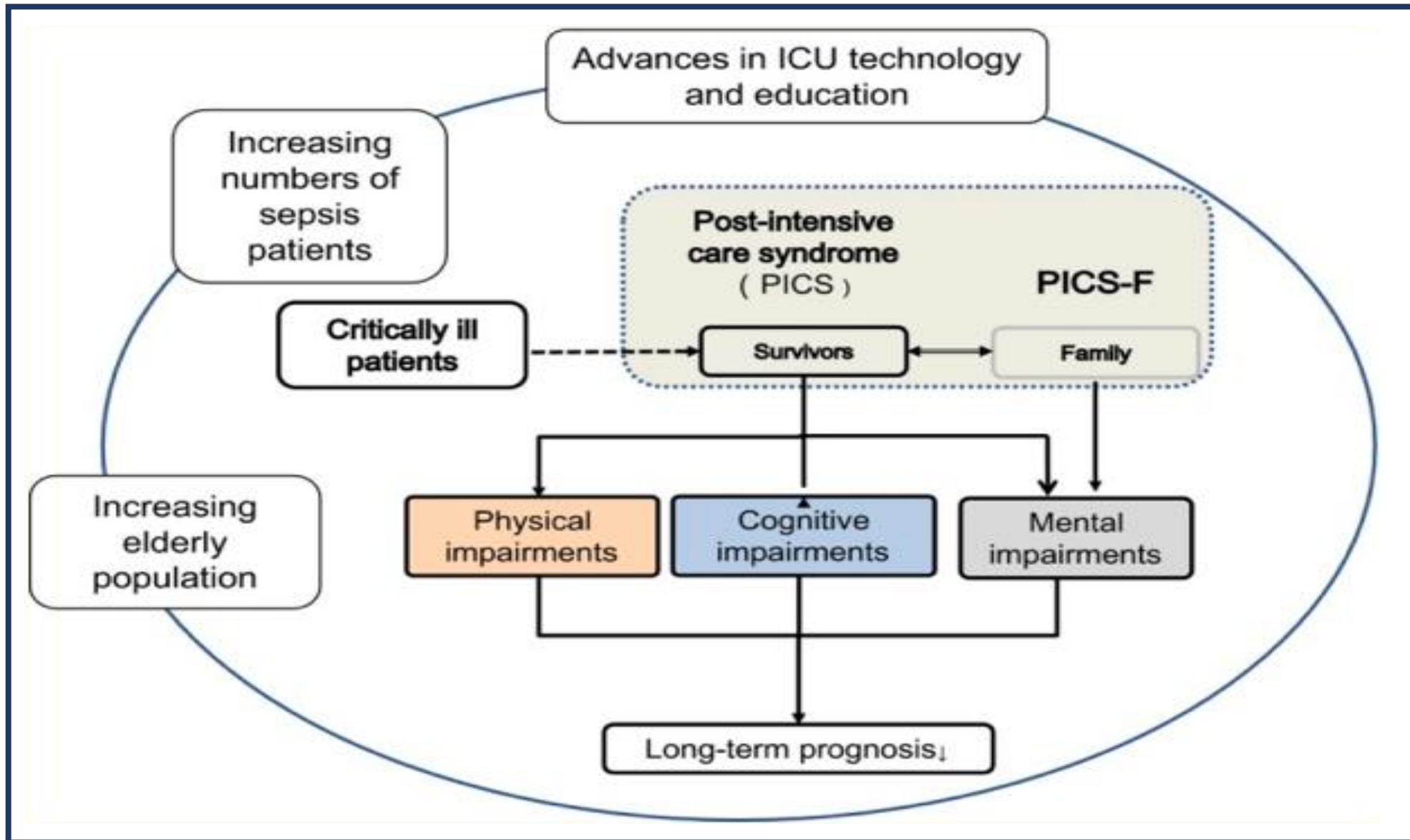
PARÁMETRO FISIOLÓGICO	ESCALA						
	3	2	1	0	1	2	3
Frecuencia respiratoria	< 8		9 - 11	12 - 20		21 - 24	> 25
SatO2 %	<86	86 - 87	88 - 89	>90			
SatO2 en EPOC %	<83	84-85	86-87	88-92			
O2 suplementario		sí		Aire ambiente			>220
TA sistólica	<90	91-100	101-110	111-219			
Frecuencia cardíaca	<40						
Nivel de conciencia				Alerta			C, V,D,I
Temperatura	<35		35.1-36	36.1-38	38.1-39	>39.1	

¿Por qué síndrome post-UCI?

- hospital terciario
 - tipología de pacientes específica
 - alta prevalencia de sistemas de soporte
- experiencia acumulada en la etapa COVID
- experiencias anteriores
- diversos grupos de trabajo en Medicina Intensiva
 - Grupo ITACA
 - Humaniza UCI (HUCI)
Fundación Humanizando la Sanidad
 - Sermef - Semicyuc

La tormenta perfecta





Type of Impairment	Common Symptoms and Manifestations
Physical	Critical illness polyneuropathy/myopathy Fatigue Difficulty sleeping Decreased appetite Impaired or reduced respiratory function
Cognitive	Memory impairments Impaired decision-making and planning Difficulty concentrating
Mental	Anxiety Depression Posttraumatic stress disorder

Symptoms of Post-Intensive Care Syndrome

Category	Potential Risk Factors
General	Prolonged intensive care unit stay Prolonged mechanical ventilation Presence and duration of delirium
Disease state related	Acute respiratory distress syndrome Diagnosis of sepsis
Medication related	Blood glucose dysregulation Uncontrolled pain Inappropriate sedation

Potential Risk Factors for Post-Intensive Care Syndrome

Proyecto conjunto post-UCI/SEMI

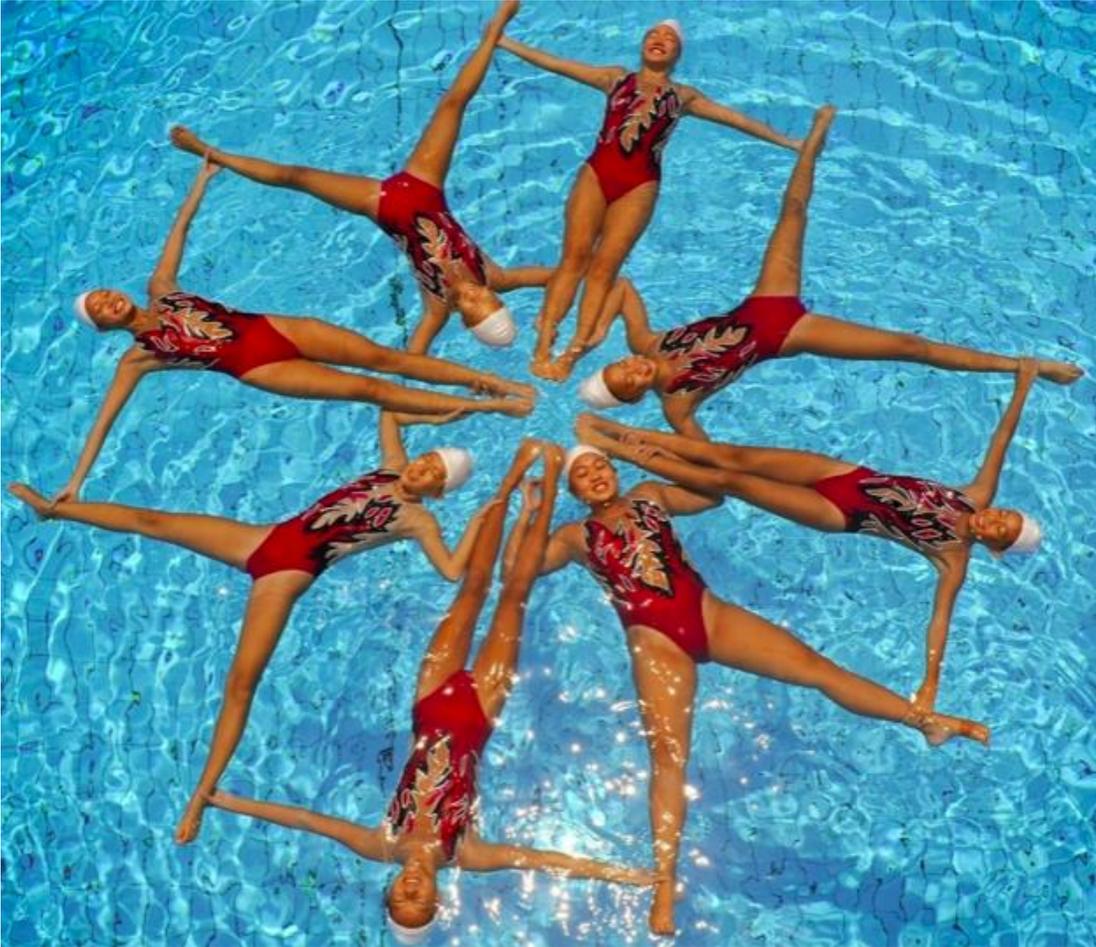


- facilita colaboración interdisciplinaria médico/enfermera
- permite una respuesta integrada e integradora. También oportuna
- mejora la continuidad en sus objetivos

Permite integrar

- identificación, seguimiento y atención de pacientes con SPU / SPU-F
- seguimiento de pacientes en riesgo
- atención y seguimiento a pacientes vulnerables al alta de UCI
- formación en materia de salud a pacientes y familiares
- formación específica a personal de sala
- colaboración interdisciplinaria entre UCI y hospitalización convencional

Equipo integrado



- oportunidad de mejora
- distribución de responsabilidades
- mejor cobertura asistencial
- ampliar objetivos / cartera de servicios

Planteamiento global:

- Asegurar cuidados de calidad a todos los pacientes ingresados en las plantas de hospitalización mediante la vigilancia, seguimiento y anticipación al deterioro clínico grave. Se pretende que el paso por el hospital sea una experiencia lo menos traumática posible para el enfermo, sus familiares y sus cuidadores sanitarios.
- Colaborar con el personal de planta de hospitalización en la identificación, atención y seguimiento de pacientes con deterioro o riesgo de deterioro agudo durante su estancia hospitalaria.
- Prevenir, tratar y minimizar el síndrome post-UCI.

Objetivos conjuntos:

1) Evitar:

Deterioro no reconocido del paciente.

Fallo en la identificación del paciente de alto riesgo.

Fallo en la respuesta acorde a las necesidades del paciente.

Fallos en la comunicación/ coordinación ante la situación del paciente.

2) Dar respuesta a limitada disponibilidad de recursos cualificados en pacientes críticos.

3) Mejorar efectividad/ eficiencia del cuidado.

4) Seguimiento especial de pacientes vulnerables tras su paso por UCI.

5) Identificación y establecimiento de planes de cuidado de pacientes vulnerables tras su paso por UCI y previo al alta hospitalaria, así como su posterior seguimiento y atención acorde a sus especiales necesidades.

Debemos reorientar nuestros objetivos de cuidados hacia un fin más exigente, conseguir una mejora de la calidad de vida post-hospitalaria tanto para el paciente como para su entorno familiar y social que, finalmente, facilite su reinserción

Criterios de inclusión

Pacientes con VM (invasiva y no invasiva) > 48 hs

Pacientes con ONAF > 48 hs consecutivas.

Pacientes con estancias en UCI > 5 días

Pacientes con fragilidad leve al ingreso según el Score de Fragilidad Clínica CSHA (Clinical Frailty Scale, del Canadian Study of Health and Aging)

Pacientes que hayan desarrollado delirium durante su ingreso en el SMI.

Supervivientes de una PCR

Pacientes que hayan presentado disfunción multiorgánica (disfunción de dos o más órganos).

Pacientes ingresados (o que hayan desarrollado durante su ingreso en el SMI) por sepsis o shock séptico.

Criterios de exclusión

Pacientes que previamente tengan deterioro cognitivo o psiquiátrico graves

Paciente con patología previa neurológica, neuromuscular o discapacidad grave previa.

Indicadores:

Incidencia síndrome post-UCI

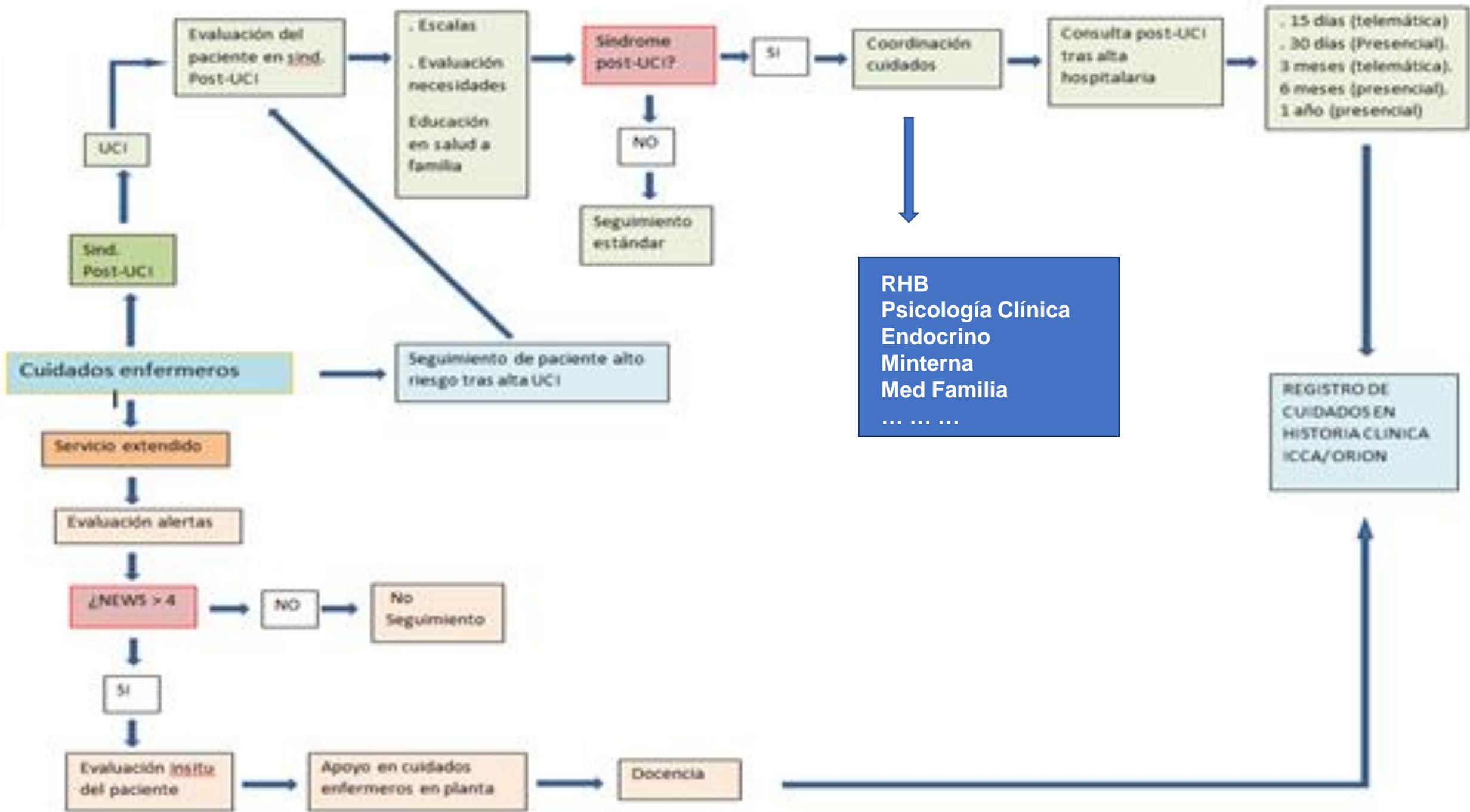
% de pacientes atendidos en consulta que mejoran calidad de vida

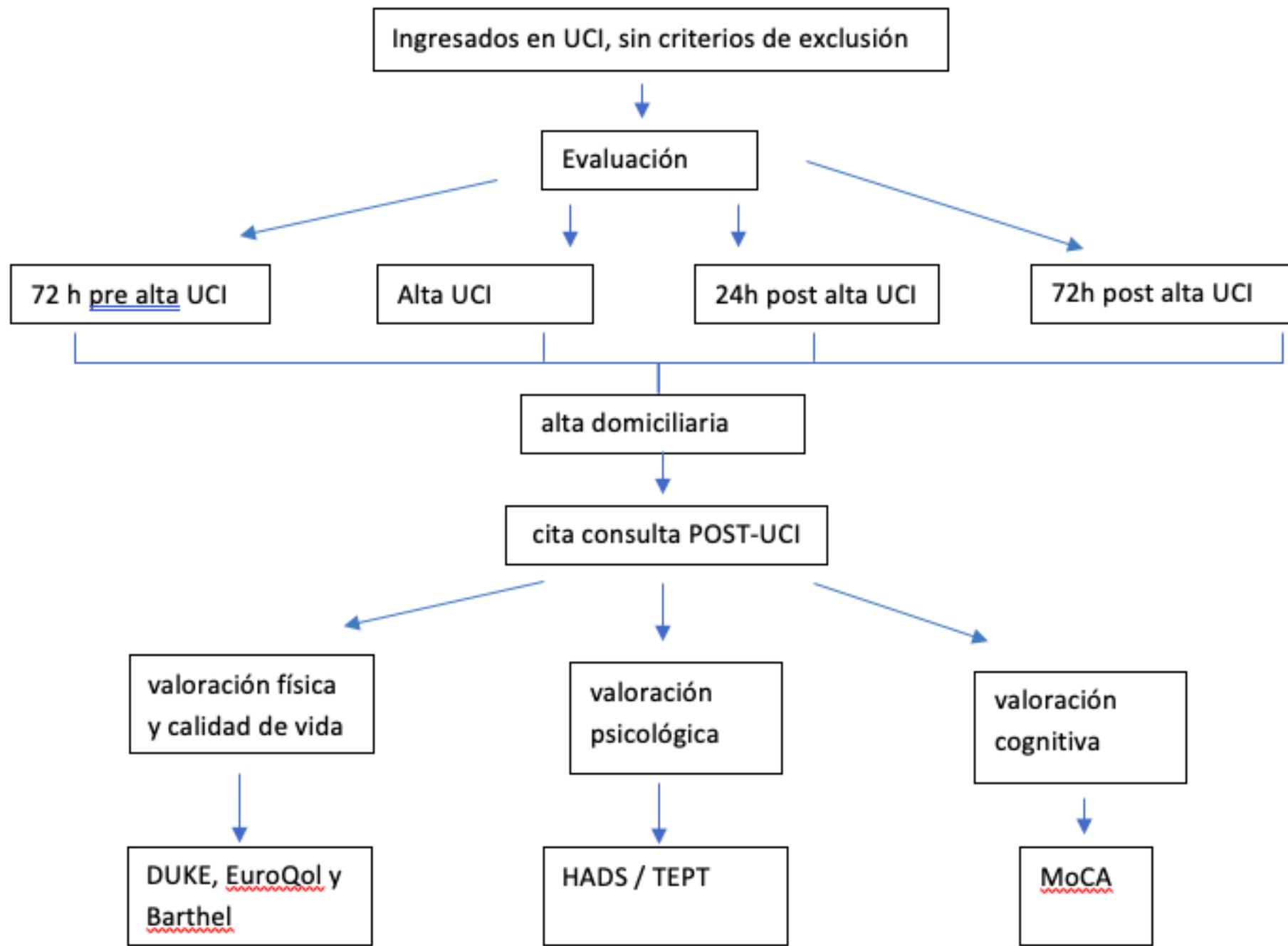
Mortalidad a 6 meses/al año/a dos años

% pacientes en planta con NEWS >7

% ingresos valorados por SEMI

% pacientes desestimado por SEMI





ESCALAS

- Valoración psicológica:

 - HADS: escala de depresión y ansiedad hospitalaria

 - TEPT: escala de estrés post-traumático

- Valoración cognitiva:

 - MoCa: valoración cognitiva de Montreal

- Valoración física:

 - DUKE: valora necesidad de apoyo psicosocial

 - EuroQol: valora calidad de vida percibida en relación al estado de salud

 - Barthel: valora dependencia física

