

Sección de Cuidados Críticos e Intermedios (SCCI)



Hospital de Hellín

PRESENTACION: LOS COMIENZOS DE LA SCCI.

Desde los inicios del Hospital de Hellín, en el año 1990, los pacientes graves han sido atendidos con los recursos asistenciales existentes propios de un Hospital básico, con la colaboración asistencial de los profesionales del centro, en especial con Médicos de Urgencia Hospitalaria, Médicos Internistas y Anestesiólogos. Como todo hospital básico, los pacientes graves que precisaban cuidados intensivos prolongados o la participación de especialistas de los cuales no se disponían en el hospital, requerían un traslado secundario al hospital de referencia, en nuestro caso el Complejo Hospitalario Universitario de Albacete (CHUA).

A medida que aumenta el volumen de pacientes y la complejidad de los servicios médicos y quirúrgicos se fué considerando la posibilidad de la participación de un profesional dedicado exclusivamente al cuidado de los pacientes graves, liberando así al resto de servicios de las cargas asistenciales que dichos pacientes conllevaban.

Los profesionales de Medicina Intensiva iniciaron su participación en el cuidado del paciente crítico del Hospital de Hellín en el año 2002 con la incorporación de un profesional en turno de mañana, con la finalidad de coordinar la asistencia de dichos pacientes, así como la estabilización con/sin traslado posterior al centro de referencia (CHUA) según precisase.

A finales del año 2005 se decide ampliar la cobertura asistencial al paciente agudo grave, reforzándose la presencia de Médicos Intensivistas con dos profesionales a tiempo completo (turnos y guardias de 24 horas), y con la colaboración de un pool de médicos del hospital de diferentes especialidades (Anestesiología, Medicina Interna, Medicina de Urgencias Hospitalaria) que se comprometieron con la asistencia coordinada y reglada en la atención inicial del paciente agudo grave. Posteriormente se amplía la plantilla de intensivistas que van asumiendo gradualmente un porcentaje mayor de la asistencia del paciente agudo

grave, estando en la actualidad un total de cuatro Médicos Intensivistas a tiempo completo. Dichos profesionales aportaron además los Cuidados Intermedios, que permitieron la gradación asistencial entre áreas asistenciales de alta dependencia y las plantas de encamación médicas o quirúrgicas habituales.

En la actualidad, la Sección de Cuidados Críticos e Intermedios está constituida por un grupo joven de profesionales con dedicación completa al cuidado del paciente crítico y semicrítico o intermedio, con vocación clara de crecimiento profesional para dotar al Hospital de Hellín de la máxima autonomía asistencial y capacidad de resolución que le sea posible en el área de sus competencias.

MISION DE LA SECCION DE CUIDADOS CRITICOS E INTERMEDIOS.

La Sección de Cuidados Críticos e Intermedios (SCCI) surge de la necesidad de adaptación al cambio del Hospital de Hellín, en su constante crecimiento institucional de los últimos años, para atender al paciente agudo grave.

La misión de nuestra SCCI es proveer del mejor nivel de cuidados especializados en materia de cuidados intensivos y cuidados intermedios que sea factible con los recursos humanos y materiales de que disponga el Hospital, siempre de acuerdo a estándares asistenciales de calidad, eficacia y eficiencia, intentando graduar los recursos asistenciales a los requerimientos de los pacientes.

Asumimos como propios los principios generales de la Bioética, así como la Carta de Derechos del Paciente, con la voluntad clara de atender las necesidades y las voluntades libremente expresadas por nuestros pacientes, sin por ello hacer dejación de nuestro compromiso de asesorar y aconsejar a pacientes y familiares para que puedan ejercer su derecho real a elegir entre distintas opciones, o incluso elegir no ser tratados con medidas extraordinarias de soporte cuando libremente así lo estimen oportuno.

CARTERA DE SERVICIOS.

A modo orientativo se enumeran una serie de prestaciones asistenciales en las cuales es necesario la participación de este grupo de profesionales dedicados al cuidado del paciente crítico e intermedio, si bien alguna de ellas no son exclusivas de los mismos. En todo caso sirven a la finalidad de organizar la asistencia y compartir responsabilidades, perfilando qué pacientes son susceptibles de atender en este nivel asistencial y cuales por el contrario exceden la capacidad resolutive actual.

A fecha actual se consideran incluidas las siguientes prestaciones:

- RCP básica y avanzada
- Transporte secundario interhospitalario asistido
- Monitorización cardiaca y hemodinámica con cateterismo derecho mediante catéter de arteria pulmonar y monitorización mediante tecnología PICCO
- Cardioversión eléctrica
- Tratamiento fibrinolítico
- Control y tratamiento de arritmias graves
- Monitorización y tratamiento del paciente con cardiopatía isquémica aguda o con fallo cardiocirculatorio
- Colocación de marcapasos temporal
- Cateterización arterial y venosa central
- Soporte hemodinámico farmacológico
- Instauración y manejo de vía aérea artificial, incluyendo vía aérea quirúrgica de urgencia
- Traqueotomía percutánea
- Ventilación mecánica invasiva
- Ventilación mecánica no invasiva

- Monitorización de función ventilatoria y de intercambio gaseoso
- Punciones y drenajes torácicos, pericardicos y abdominales
- Indicación y control de nutrición enteral y parenteral de pacientes propios
- Manejo de las descompensaciones hidroelectrolíticas, endocrinas y del equilibrio ácido-base graves o con riesgo vital
- Asistencia inicial al paciente politraumatizado y atención continuada a los accidentados que no requieran cirugía de tercer nivel (Neurocirugía, Cirugía torácica, Cirugía vascular, grandes quemados, etc)
- Coma metabólico o tóxico potencialmente reversible por tener causa con tratamiento etiológico conocido y eficaz
- Atención al postoperatorio de riesgo o complicado
- Atención al paciente con disfunción multiorgánica
- Atención al paciente séptico
- Mantenimiento del donante potencial de órganos hasta la toma de decisión última
- Ingesta de drogas o sobredosificación con arritmias potencialmente letales, inestabilidad hemodinámica, o deterioro del nivel de conciencia.
- Cualquier paciente crítico inestable que debe ser trasladado a un centro de referencia para ser tratado (en espera de derivación)
- Colaboración en las labores docentes y de formación en las materias que le son propias al personal médico o de enfermería que pudieran estar implicado en el manejo temporal de los pacientes críticos
- Participación y asesoramiento en las Comisiones Hospitalarias más directamente implicadas en la atención al paciente crítico

TECNOLOGIA A RESEÑAR.

A pesar de la corta trayectoria de nuestra Sección desde su aparición a finales de 2005, se ha podido iniciar la implementación de técnicas necesarias en el cuidado del paciente crítico de las cuales no se disponía con anterioridad o eran de uso poco extendido. Particularmente se han generalizado los siguientes procedimientos:

- Cateterización y estudio hemodinámico con catéter de arteria pulmonar
- Estudio hemodinámico con tecnología PICCO
- Generalización de diferentes modalidades de ventilación no invasiva
- Realización de traqueotomía percutánea con diferentes técnicas
- Implantación de marcapasos temporales
- Colocación de sondas naso-yeyunales con radioscopia.

Con la próxima ampliación de nuestra Sección esperamos ampliar las siguientes técnicas en el primer semestre de 2008, para su inclusión en nuestra Cartera de Servicios:

- Neuromonitorización no invasiva (BIS, EEG continua, DTC).
- Atención al paciente neurotraumático que no requiere Neurocirugía.
- Técnicas Continuas de Depuración Extrarrenal (TCDE).
- Soporte hemodinámico mecánico (contrapulsación intraórtica).
- Fibrobroncoscopia aplicada al cuidado urgente de la vía aérea.
- Ecocardiografía dirigida al diagnóstico de urgencias cardiovasculares.
- Ecografía abdominal FAST en el manejo del politraumatismo.

Así mismo, y dentro del campo de las TIC (Tecnologías de la Información y Comunicación) promovidas desde el SESCAM, se dispondrá de una nueva red de monitorización del paciente agudo grave que permitirá visualizar en tiempo real desde cualquier parte del Hospital los parámetros deseados (comunicación interna),

y conectar en tiempo real mediante videoconferencia desde nuestra SCCI con los servicios de referencia a nivel provincial o autonómico (comunicación externa), rompiendo así el tradicional aislamiento profesional en el que se venía desempeñando nuestra tarea.

LOS PROFESIONALES

En la actualidad hay un grupo reducido de cuatro profesionales de Medicina Intensiva a tiempo completo que son apoyados por otros colegas a tiempo parcial, que en el momento presente proceden de la Medicina de Urgencia Hospitalaria.

Médicos Intensivistas:

- Dr. Ricardo Amigo Benjoch
- Dr. Ricardo Fernández Del Campo
- Dr. Pedro Antonio Jiménez Hernández
- Dr. Jose Ignacio Lozano Martinez

Médicos de Urgencia Hospitalaria:

- Dra. Rosa Roldán Ortega
- Dr. José Sánchez Espinosa
- Dr. Jose Angel Sarrias Lorenzo

Supevisor de Enfermería:

- D. Francisco Buendía López

ACTIVIDAD DURANTE EL ÚLTIMO AÑO.

Tras el inicio en el último trimestre de 2005, podemos considerar el año 2006 como el primer año de actividad de la Sección de Cuidados Críticos e Intermedios con la llegada de Médicos Intensivistas a tiempo completo. Los pacientes atendidos lo fueron tanto en camas de Críticos (3 camas junto con la Reanimación postquirúrgica) como de Cuidados Intermedios (3 camas adyacentes a la encamación de Medicina Interna). Hay que reseñar que además de los ingresos urgentes habituales, un grupo reducido de pacientes ingresan con un circuito de estancia corta para realización de procedimientos cruentos que precisan monitorización, tras los cuales son dados de alta a domicilio salvo incidencias. Igualmente, algunos de los pacientes son dados de alta a domicilio tras su estancia en Cuidados Intermedios para seguimiento en Consultas Externas de otros Servicios.

Gracias a la mecanización de los Informes de Alta o Traslado de pacientes, y la inestimable e imprescindible colaboración del **Servicio de Documentación y Archivo** de nuestro Hospital, que ha realizado la codificación del 100% de los Informes mecanizados (que representa más del 98% de los informes clínicos emitidos), hemos podido conocer la casuística de nuestra SCCI cuyos principales datos comentamos a continuación.

El *total de pacientes atendidos* en este primer año fueron 295 pacientes, la mayoría de los cuales ingresaron en Cuidados Críticos y posteriormente pasaron a Cuidados Intermedios antes de proceder al alta definitiva o traslado a otros servicios. La *Edad media* de nuestros pacientes ha sido de 68,56 años y la *Estancia Media* global de la SCCI fué de 4.62 días. Los *principales GRDs* de la SCCI, que agrupan al 70% de casos atendidos, figuran en esta [*tabla*](#) (link). El *peso medio del case-mix* 2,5317 (el Índice de Complejidad del Hospital de Hellín es de 1,1972) y el *APACHE-II promedio* al ingreso fué 16,50 puntos. Los principales grupos de patología atendidos fueron los cardiovasculares (cardiopatía isquémica aguda, arritmias, insuficiencia cardiaca..), las patologías respiratorias (insuficiencia respiratoria aguda o crónica

agudizada, TEP...) y infecciosas graves (sepsis, shock séptico, neumonías, ITU...) aportando entre los tres grupos en torno al 75% de la casuística. La *mortalidad* registrada ha sido del 7,3%.

El porcentaje de *traslados para asistencia* a centros de referencia fué del 9,87 % (falta de recursos asistenciales, necesidad de atención por especialistas no disponibles en nuestro hospital), mientras que la tasa de *traslados para procedimientos* diagnosticos o terapéuticos (coronariografía, gastroscopias urgentes, marcapasos definitivos, etc) con posterior retorno del paciente a nuestro hospital fué del 10,30%.

Como servicio final, la SCCI ha generado 428 estancias (4,1% del centro) con un peso medio o índice de complejidad de 3,0288 y una UCH de 1.278 euros (siendo en nuestro centro IC 1,1972 y UCH 2.113 euros respectivamente). Este volumen de actividad corresponde generalmente, aunque no de forma exclusiva, a la realización de procedimientos cortos (cardioversiones electricas programadas, adaptación a ventilación mecánica no invasiva o CPAP para ventilación domiciliaria, control de PAAF dirigida por TAC a nivel pulmonar, hepático o renal, administración de ciclos cortos con fármacos potencialmente de riesgo, etc). Es una línea asistencial de poco volumen pero potencialmente con capacidad de desarrollo creciente.

EL FUTURO DEL CUIDADO DE LOS PACIENTES GRAVES.

Como siempre, el futuro nos es desconocido (afortunadamente) pero una vez más... **"Cada hombre debe inventar su camino...."** (Jean Paul Sartre)

"El hombre que diga no puede hacerse será sorprendido por alguien que ya lo ha hecho" (Anónimo).