

Unidad de Cuidados Especiales (UCE)

Principios de organización y funcionamiento



Hospital de Hellín (Albacete)

Marzo 2008

PRESENTACIÓN.

Este documento que tengo la satisfacción de presentar, constituye otro de los pasos fundamentales para poner en marcha el proyecto más ambicioso de nuestro Plan Director.

Lo califico de ambicioso no por su coste, sino por lo que tiene de innovador, de creativo, de crecimiento científico del hospital, de reto para solucionar con calidad y solvencia distintos problemas asistenciales.

Somos conscientes de que estamos escribiendo la historia. Existen distintas unidades en el Servicio Nacional de Salud que pretenden atender de forma polivalente aquellas situaciones que no son subsidiarias de una atención normalizada en las unidades convencionales de hospitalización. Cada una de ellas tiene un modelo del funcionamiento distinto, señal de que tenemos que seguir trabajando para diseñar el mejor modelo posible: eficiente, resolutivo y con calidad asistencial.

El Manual de organización y funcionamiento de la Unidad de Cuidados Especiales (UCE) demuestra que sabemos lo que queremos hacer, lo que tenemos que afrontar y que conocemos como hacerlo bien.

Tengo que poner en valor otro de los aspectos destacables de este trabajo: el consenso multiprofesional. El Dr. Sánchez Espinosa, nuestro actual Jefe de Urgencias, ha sido el “alma mater” de este proyecto. Su conocimiento del hospital y sus problemas, su prestigio y reconocimiento en el mismo por su bondad científica y personal y su indiscutible saber hacer han posibilitado un planteamiento de polivalencia e interprofesionalidad, al mismo tiempo que riguroso y ordenado.

Esto no es fácil en nuestra organización acostumbrada a verlo todo desde la verticalidad y desde los modelos preestablecidos.

La colaboración del Dr. Jiménez Hernández que lidera el pool de intensivistas, con un perfil competencial que garantiza la comprensión de esta nueva fórmula (urgenciólogo, médico de familia e intensivista), ha sido indispensable para desarrollar el área de Cuidados Críticos e Intermedios.

Finalmente destaca la aportación del Dr. Calvo Cases, Jefe de Servicio de Anestesia y Reanimación, comprometido con este Hospital desde prácticamente su fundación, que ha sufrido la ausencia de una unidad como la que presentamos durante todos estos años. Ha sabido rediseñar su servicio para integrarse con generosidad y eficacia en este ilusionante proyecto.

A todos ellos muchas gracias. Que no duden los ciudadanos del área de influencia del Hospital de Hellín que ponemos a su disposición una de las mejores Unidades de Cuidados Especiales del Sistema Nacional de Salud.



EL DIRECTOR GERENTE

EMILIO LÓPEZ GALLARDO

INTRODUCCIÓN.

La necesidad de mejorar la asistencia a los pacientes graves ha sido en los últimos tiempos una demandada aspiración tanto para los profesionales como para el equipo directivo del Hospital de Hellín. Con el impulso facilitado allá por el mes de septiembre de 2005 para la creación de un grupo de profesionales dedicados a la asistencia reglada e integral al paciente agudo se intentaban facilitar entre otros los objetivos iniciales de homogeneizar los modos de trabajo, estandarizar los criterios asistenciales, centralizar esta asistencia en unos espacios físicos definidos y permitir la formación y el reciclaje de profesionales en aras de definir los grados de complejidad asumibles por nuestro centro y la gradación asistencial.

Derivado de los datos asistenciales de ejercicios previos, evolución y previsiones de futuro se evalúan necesidades estructurales de ampliación y reforma de nuestro centro hospitalario, proyecto este acometido por el SESCAM en el año 2005 para la ampliación entre otras de la actual Unidad de Urgencias (futura superficie de 1.121 m² frente a los 361,6 m² actuales) y construcción anexa de una Unidad de Cuidados Especiales (UCE) con 22 espacios asistenciales y una inversión total de 16 millones de euros que le permite afrontar en el Hospital de Hellín una ampliación general de 8.045 m² (65% respecto a las actuales instalaciones generales) y la remodelación de otros 5.423 m² (supone una intervención en el 43,5% de la superficie existente en el centro).

El Servicio de Salud de Castilla-La Mancha y en referencia a la Unidad de Cuidados Especiales ha planificado con esmero la construcción y equipación de unas instalaciones diseñadas arquitectónicamente para dar respuesta a las expectativas de ciudadanos y profesionales, a fin de hacer un edificio accesible, luminoso y cómodo al tiempo que dotado de las nuevas tecnologías adquiere mayor potencial en su desarrollo (Proyecto Mambrino e Ykonos). Esta innovación arquitectónica del área de hospitalización polivalente tiene su reflejo también en la atención al ciudadano y

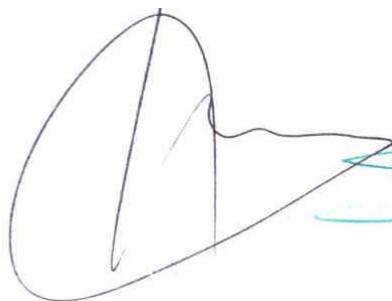
su familia ya que favorece la intimidad del paciente y la rápida asistencia integral por parte de los profesionales.

Aun siendo conscientes de que la centralización de los recursos en las áreas de cuidados especiales conlleva teorías diversas respecto a la evaluación de su eficiencia (aumento de complejidad hospitalaria respecto a los procesos, aumento de las estancias y del gasto farmacéutico), esto no debería frenar la imaginación y agilidad para avanzar en el desarrollo de nuevas fórmulas de gestión que permitan la adaptación de nuestras organizaciones y los recursos disponibles a las necesidades reales de los pacientes.

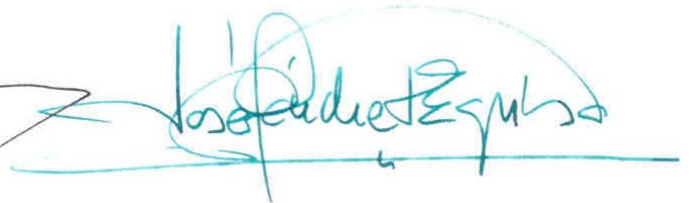
La evidencia de que cada vez nuestra cartera de servicios será mas amplia y siempre acorde a nuestra complejidad como Hospital General Básico del SESCAM hace que los pacientes presenten requerimientos variados de cada uno de los pilares fundamentales UCE: la monitorización, los cuidados de enfermería, el conocimiento médico y la terapia de soporte vital. Entender esto permite considerar múltiples posibilidades de colaboración interprofesional y multidisciplinar. La colaboración es la base para garantizar la continuidad asistencial en una estructura centrada en el paciente. La Unidad de Cuidados Especiales queda convertida en un entorno con enorme potencial de creación de conocimiento, clave para el proceso de constante mejora de la atención.



Dr. P. Jiménez Hernández
Medicina Intensiva



Dr. J. Calvo Cases
Anestesiología



Dr. J. Sánchez Espinosa
Urgencia Hospitalaria

DE LA MISION, PRINCIPIOS GENERALES Y VALORES DE LA UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES.

Somos conscientes de que emprendemos un camino nuevo en nuestro hospital, y que queremos poner en marcha un modelo organizativo de asistencia para pacientes graves más flexible y “transversal”, para adaptarnos a las necesidades del paciente y coordinarnos entre los diferentes profesionales implicados en su cuidado. Por dicho motivo queremos hacer manifiesta nuestra misión, principios generales de funcionamiento y valores que deseamos poner en práctica.

1. **MISION PARA LA UCE.** Consideramos que la **Misión de la UCE** es la atención coordinada al paciente agudo grave que pudiera derivarse de la asistencia a un paciente con patología médica, quirúrgica o en el postoperatorio potencialmente reversible, que requiere cuidados especiales de calidad, centrada en las necesidades asistenciales del paciente, graduada y proporcionada al estado fisiopatológico del mismo (desde la urgencia inmediata hasta los cuidados intensivos prolongados) cuya finalidad es retornar al individuo a su estado previo de salud lo antes posible, teniendo en cuenta las limitaciones terapéuticas impuestas por su situación biológica previa, las voluntades anticipadas expresadas oportunamente si las hubiera, así como las normas generales de la buena práctica médica y la legislación vigente.

2. **PRINCIPIOS Y OBJETIVOS GENERALES DE LA UCE.** Desde el inicio de su andadura, los distintos profesionales que lideran la asistencia a estos pacientes representados por los Servicios/Secciones de Urgencias Hospitalarias (SUH), Anestesiología-Reanimación (SAR) y Cuidados Críticos e Intermedios (SCCI), fijan como **principios generales** de funcionamiento la coordinación funcional (pautas de actuación médicas y de enfermería comunes para dar continuidad asistencial) y la voluntad de cooperar en la resolución de la patología del paciente

agudo y grave, independientemente de donde esté ubicado el paciente. El **objetivo general** es aumentar la capacidad de resolución hospitalaria de problemas asistenciales para pacientes agudos o graves a un coste asumible, dado que en nuestro entorno geográfico existe un déficit crónico de camas para este tipo de pacientes, con una imposibilidad casi permanente de derivación en tiempo y forma adecuados a las necesidades de los pacientes. Para ello es preciso, además de los recursos materiales, unos recursos humanos suficientes en cantidad y formación que permitan el **aumento de complejidad asistencial**. La formación médica y de enfermería es uno de los pilares básicos en el escenario concreto antes descrito. En una segunda fase, consolidados los principios generales y encauzado el objetivo general, la UCE debe poder aportar al hospital la **capacidad de “alta resolución”** en el espectro de patologías que le son propias: los pacientes más graves con patologías definidas deben poder acceder a unos cuidados especializados de rápida resolución, evitando el ingreso convencional en planta, más apto para otro perfil de pacientes. Para esta eficacia de alta resolución es precisa la colaboración de otros servicios centrales de diagnóstico, que deben entender y priorizar estos circuitos “preferentes” de atención a pacientes.

3. **VALORES.** El equipo de profesionales pretender desarrollar su tarea asumiendo unos valores que garanticen la consecución de la misión y objetivos generales antes expuestos:

- ✓ Atender a nuestros pacientes buscando la **Calidad Asistencial** mediante pautas asentadas y respaldadas por los principios de la Medicina Basada en la Evidencia, así como las directrices de ámbito nacional e internacional acordes a cada patología. La calidad asistencial se consigue con la *formación continuada* de los profesionales, como herramienta cotidiana en el trabajo.
- ✓ Procurar una asistencia que vele por la **Seguridad Clínica de los pacientes**, conscientes de que la proliferación de pruebas diagnósticas y

terapéuticas no es inocua, y debe ser proporcionada al beneficio que se pretende para el paciente.

✓ **Respeto a la Autonomía del paciente** en cuanto a las decisiones de tratamiento, una vez informado de forma sencilla y clara. No obstante, consideramos un valor añadido que el profesional se implique en aconsejar y asesorar al paciente las mejores opciones disponibles, conscientes de que no hay ni pautas absolutamente seguras ni que garanticen el éxito en cualquier caso. No aconsejar al paciente o a sus familiares en circunstancias de incertidumbre (lo habitual en pacientes graves) para evitar posibles reclamaciones no es una buena práctica profesional.

✓ La **Cooperación entre Profesionales distintos** es un valor en sí mismo, necesario para la resolución de los problemas del paciente, que es el fin último que nos convoca en esta empresa.

DE LA ESTRUCTURA ARQUITECTÓNICA DE LA NUEVA UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES (UCE) Y SU DELIMITACIÓN EN ESPACIOS ASISTENCIALES.

La Unidad polivalente de Cuidados Especiales (UCE) se emplaza en un área arquitectónica amplia donde confluirán pacientes de diversa procedencia, que serán atendidos por profesionales distintos: Área de Reanimación (URPA-CMA), Área de Observación de Urgencias y Área de Cuidados Críticos e Intermedios.

Con su aparición se pretende centralizar la atención a todos aquellos pacientes que precisan cuidados especiales, es decir que superan los cuidados médicos y de enfermería habituales de las plantas de encamación médico-quirúrgica, a la vez que se obtienen ventajas organizativas derivadas de la concentración de recursos humanos (sobre todo a nivel de enfermería) y de control en la gestión de suministros.

La organización funcional de la UCE se debería basar en una serie de premisas fundamentales que de forma somera enumeramos ahora y que posteriormente serán sometidas a minucioso análisis en el desarrollo de este manual:

- ❖ distribución de espacios y recursos
- ❖ establecimiento de niveles de responsabilidad y coordinación
- ❖ delimitación de tareas asistenciales

DISTRIBUCIÓN GENERAL DE ESPACIOS ARQUITECTÓNICOS

1. El **área asistencial** incluye dentro de la UCE:

1.1. Boxes de encamación:

- ❑ Sección de URPA – CMA
- ❑ Sección de Cuidados Críticos e Intermedios (SCCI)
- ❑ Sección de Observación de Urgencias - Hospital de Día (HDD)

1.2. Acceso rápido a Quirofanillo con radioscopia (marcapasos, etc)

2. Además del área asistencial hay unas **zonas de circulación** diferenciadas que evitan el paso del público general desde el área de Urgencias y desde el circuito ambulatorio que da acceso a pacientes de CMA desde la calle:

2.1. Circuitos para pacientes y personal sanitario

2.2. Circuitos para familiares

2.3. Circulación de acceso a Quirófano, Urgencias, plantas hospitalarias y piso superior de UCE (específicamente conectado con helipuerto, y con la residencia de médicos donde se hallan los dormitorios del personal de guardia).

3. Dispone también de un **área general administrativa** con estas dependencias:

3.1. Secretariado

3.2. Despacho para Supervisor de Enfermería UCE

3.3. Despacho para Jefe de Sección de Cuidados Críticos e Intermedios

3.4. Despacho para el Coordinador asistencial de UCE

4. **Área de personal:** vestuarios y aseos, sala de estar, sala de reuniones y biblioteca médica, controles de enfermería diferenciados por secciones debidamente informatizados...

5. Espacio imprescindible dedicado a los **almacenes generales:** debido al volumen de pacientes y las dimensiones del área UCE (1.149 m²) se necesita disponer de autonomía en stock para evitar constantes desplazamientos a zonas distanciadas de la asistencia. En particular hay diferentes espacios dedicados a almacenaje con las siguientes características:

5.1. Farmacia.

5.2. Almacén de equipos: monitores, respiradores, Rx portátil...; además del espacio útil para estos, dispone de múltiples tomas de electricidad, oxígeno, aire medicinal y vacío, para la reparación y mantenimiento de los equipos.

5.3. Almacén para material fungible destinado a stock de sueros y sistemas, catéteres, tubos orotraqueales...

ESPECIFICACIONES DEL ÁREA ASISTENCIAL

Son espacios arquitectónicos diseñados para atención directa a pacientes. Incluye diferentes boxes asistenciales con un tamaño y distribución diferente acorde al tipo de patología que atenderá, las cargas de trabajo y la previsible duración de su estancia. Hay tres secciones claramente diferenciadas, atendiendo a los criterios mencionados:

❑ Area de URPA – CMA: orientada a recuperación post-anestésica tanto de cirugía convencional como de corta estancia. Previsiblemente todos estos pacientes estarán durante unas horas (generalmente menos de 12 horas de estancia), pudiendo llegar su ocupación en alguna ocasión hasta 24 horas. Requieren generalmente monitorización básica (ECG, pulsioximetría, presión no invasiva, frecuencia respiratoria), pero deben tener la modularidad adecuada para crecer con una presión invasiva si se precisa. Si requiere mayor monitorización o durante periodos más prolongados probablemente dicho paciente no está bien ubicado ya que excede de los cuidados postanestésicos habituales e inmediatos y por tanto debería pasar al pool de cuidados intermedios o críticos en su caso.

❑ Area de Cuidados Críticos e Intermedios: pacientes graves o que requieren cuidados especiales prolongados, que incluye monitorización y vigilancia, así como soporte artificial de las principales funciones vitales. Pueden requerir monitorización multimodal (respiratoria, cardiocirculatoria, renal, digestiva, etc) y consta de ocho boxes de diferentes dimensiones:

1. Cuatro boxes grandes (20 m²) para paciente que requiere **Cuidados Intensivos** con espacio para soporte complejo, y sin cuarto de aseo para paciente (podemos llamarlo modalidad A). Debe tener monitorización completa de cuidados críticos (ECG dos canales, detección de arritmias y

análisis de segmento ST, dos presiones invasivas, presión no invasiva, gasto cardiaco por termodilución y continuo, dos temperaturas, pulsioximetría, capnigrafía, frecuencia respiratoria, parámetros de ventilación mecánica, etc).

2. Cuatro boxes estándares (15 m²) para **Cuidados Intermedios** con aseo para paciente (modalidad B). Requieren monitorización estándar para paciente grave (ECG, pulsioximetría, presión no invasiva, frecuencia respiratoria, presión invasiva, una temperatura) con posibilidad de ampliación de módulos para intensivos.

❑ Area de Observación de Urgencias – Hospital de Día: agrupa pacientes diversos, pero en general pueden tener dos perfiles:

1. Un primer grupo de pacientes con problemas urgentes no críticos que precisan encamación para tratamiento y estabilización de una patología presumiblemente en un corto periodo de tiempo, en general menos de 24 horas, tras el cual pueden seguir evoluciones diferentes (alta a domicilio, hospitalización convencional o ingreso en SCCI): son los pacientes típicos de la **Observación de Urgencias Hospitalarias** y deben disponer de monitorización estándar para paciente grave (ECG, pulsioximetría, presión no invasiva, frecuencia respiratoria, presión invasiva, una temperatura) con la peculiaridad de ser modular (ampliable) y compatible con el área de Cuidados Intensivos e Intermedios, ya que son potenciales candidatos a requerir dichos cuidados.

2. El segundo grupo de pacientes son ingresados de forma programada para recibir un tratamiento corto (por ejemplo un ciclo de fármacos, una transfusión, etc) y tras el cual son dados de alta a domicilio salvo complicaciones. Son pacientes propios de **Hospital de Día** y requieren monitorización básica (ECG, pulsioximetría, presión no invasiva, frecuencia respiratoria) ya que de lo contrario deberían emplazarse en otras dependencias (por ejemplo en cuidados intermedios).

NIVELES DE MONITORIZACIÓN EN UCE

	Monitorización Básica	Monitorización del Paciente Grave	Monitorización del Paciente Crítico
ECG	X	X	X
PRESIÓN NO INVASIVA	X	X	X
PULSIOXIMETRÍA	X	X	X
TEMPERATURA 1		X	X
TEMPERATURA 2			X
PRESIÓN INVASIVA 1		X	X
PRESIÓN INVASIVA 2		X	X
FRECUENCIA RESPIRATORIA		X	X
GC TERMODILUCIÓN			X
GC CONTÍNUO			X
MONITORIZA. VENTILATORIA			X
CAPNIGRAFÍA			X
EEG / BIS			X

DIMENSIONAMIENTO ARQUITECTÓNICO PARA EL ÁREA ASISTENCIAL

Una vez dimensionada la arquitectura de la Unidad de Cuidados Especiales y valoradas las necesidades de encamación por las diferentes secciones clínicas se concluye la distribución siguiente de un total de 22 boxes (cobertura máxima para 33 pacientes, si excepcionalmente fuese necesario):

- Camas de Observación de Urgencias: 5 boxes modalidad B, con capacidad para 9 pacientes (cuatro de estos habitáculos permiten encamación doble en caso de necesidad asistencial). Se encuentran situadas en el ala izquierda de la UCE, a la entrada de la unidad.
- Camas compartidas para Observación de Urgencias y Cuidados Intermedios, según necesidades: 2 boxes modalidad B, con características de encamación individual. Se encuentran en situación contigua a las camas anteriores.
- Camas de Cuidados Intermedios (pertenecen a la SCCI): 4 boxes modalidad B de encamación individual. Se encuentran situadas en el ala frontal de la unidad y a cada lado de las camas de críticos.
- Camas de Cuidados Críticos (pertenecen a la SCCI): 4 boxes modalidad A de encamación individual. Se encuentran en el ala frontal de la unidad en situación central, frente al control de enfermería de críticos y al área de trabajo de los facultativos.
- Camas/sillones para CMA y HDD: 3 boxes modalidad B con capacidad para 6 pacientes (encamación doble) o según necesidades y a perfilar con posterioridad, 4 pacientes encamados y 4 pacientes ubicados en sillones. Se encuentran ubicadas en el ala derecha de la unidad, contiguas a las camas de cuidados intermedios.
- Camas de URPA: 4 boxes modalidad B con características de encamación doble, de proceder. Ubicadas en el ala derecha de la unidad, se encuentran en comunicación directa con el pasillo de salida del área quirúrgica y CMA.

NIVELES DE RESPONSABILIDAD DENTRO DE LA ORGANIZACIÓN UCE.

La agrupación de distintos tipos de pacientes que requieren cuidados médicos y de enfermería diferenciados y que son atendidos por profesionales adscritos orgánicamente a diversos servicios, requiere de una visión global e integradora que coordine los flujos de pacientes entre las diferentes secciones.

Los niveles de responsabilidad que se estiman necesarios para un correcto funcionamiento de la UCE son los siguientes:

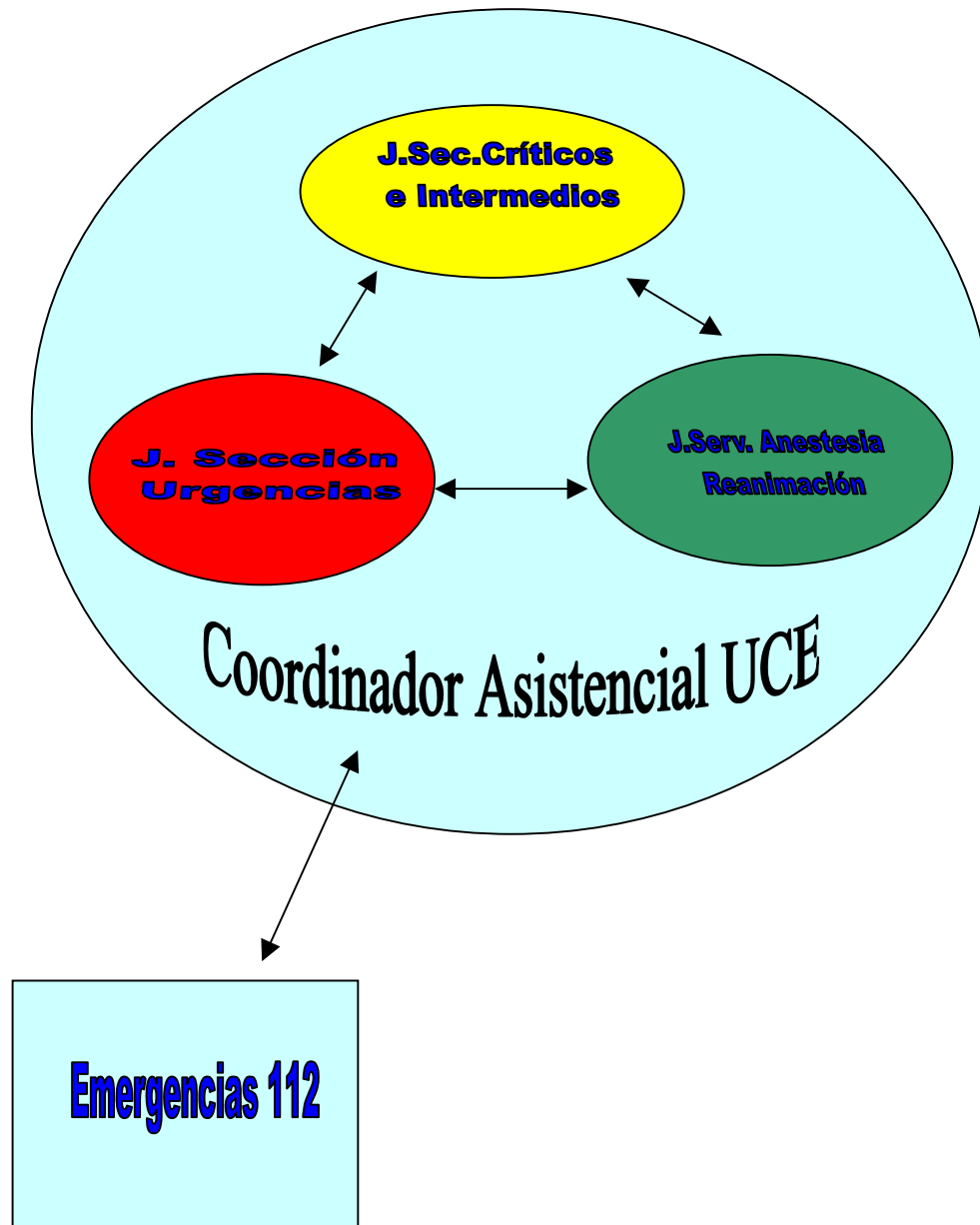
- a) **Coordinador asistencial:** Debe responsabilizarse de la gestión global de la Unidad polivalente de Cuidados Especiales. Médico encargado de la coordinación asistencial entre secciones, y entre estas y el resto de servicios hospitalarios y pre-hospitalarios (aéreos o terrestres). No puede ser ajeno a los cuidados y características especiales del paciente grave en cualquiera de sus modalidades (Urgencias, Reanimación, Cuidados Intensivos) por lo que debe surgir de entre los profesionales implicados en dicha asistencia. Debería promover o participar activamente en los planes de catástrofes del centro hospitalario. Ha de tener, o estar dispuesto a conseguir en un periodo razonable, una formación en gestión clínica conforme a su nivel de responsabilidad.
- b) **Jefe de Unidad de Urgencias Hospitalarias (SUH).** Se encarga de la organización asistencial de facultativos de Urgencias (tanto en Urgencias Exteriores como en Observación de Urgencias) así como de la gestión de pacientes en dichos espacios (flujos de pacientes, criterios de ingreso y alta, etc).
- c) **Jefe de Sección de Cuidados Críticos e Intermedios (SCCI).** Es el responsable de la Sección de Cuidados Críticos e Intermedios, y ha de ser un médico con formación en Medicina Intensiva. Se ocupará de la organización funcional de los facultativos que atienden estas patologías, independientemente de la adscripción orgánica de los mismos (que pueden pertenecer a otros

servicios, con los que necesariamente habrá que coordinarse), así como los criterios de ingreso/alta de dichos pacientes, estandarización de procedimientos, pautas de actuación y derivación a centros de referencia, etc.

d) **Jefe de Servicio de Anestesia y Reanimación (ANR)**. Además de otras tareas dentro de su Servicio debe ocuparse de la organización de los facultativos que deben atender a los pacientes en los cuidados postanestésicos hasta su estabilización. Al igual que el resto de responsables de las otras secciones, velará por la sistematización de procedimientos y unificación de criterios de ingreso y alta.

e) **Supervisor de Enfermería**: Bajo su supervisión quedan adscritos todos los profesionales de enfermería (DUE, Auxiliares de Clínica) y celadores de la UCE, con independencia que desempeñen su labor en la sección de Urgencias, Reanimación posquirúrgica o Cuidados Críticos e Intermedios, procurando la necesaria polivalencia mediante la formación, el reciclaje, la rotación periódica y la necesaria homogeneización de procedimientos. Esta figura es de reciente creación, y es uno de los pilares básicos para el funcionamiento coordinado de toda la UCE, unificando personal de enfermería, centralizando suministros de farmacia y material común, controlando el mantenimiento del numeroso aparataje de toda la unidad, etc.

NIVELES DE RESPONSABILIDAD MEDICA



NIVELES DE RESPONSABILIDAD DE ENFERMERIA

**Supervisor de Enfermería
U. C. E.**

**Enfermería
Observacion
Urgencias**

**Enfermería
Críticos e
Intermedios**

**Enfermería
Reanimación**

Como hemos dicho, la Unidad de Cuidados Especiales es una unidad asistencial multidisciplinar donde se centraliza la atención de pacientes que precisan cuidados especiales, en el sentido de superar en complejidad los recursos o procedimientos habitualmente disponibles en otras áreas asistenciales de encamación, que comparte una estructura arquitectónica común, lo que permite flexibilidad en la utilización de recursos materiales (zonas de encamación adyacentes con posibilidad de utilización indistinta, almacenaje de instrumental y fungibles común, oficios compartidos, etc.) así como una parte de los recursos humanos compartidos (responsable de enfermería, celadores, auxiliares de clínica, enfermería), pero que requiere de profesionales médicos diferentes (multidisciplinar) que trabajan con actitud cooperativa en la resolución de problemas afines, aunque con tareas concretas y diferenciadas.

Los profesionales que forman los pilares asistenciales dentro de la macrounidad que hemos convenido en llamar UCE son el Anestesiista, el Médico de Urgencia Hospitalaria (Urgenciólogo) y el Intensivista. Otros facultativos del hospital pueden ser requeridos como consultores para la resolución de problemas específicos, pero no se responsabilizan de la encamación dentro de dicha unidad. La multidisciplinaridad no significa que todos los facultativos hacen todo tipo de tareas, sino que hay distintas disciplinas médicas integradas en la UCE que actúan sobre distintas parcelas. Por ello compete al responsable de cada sección dentro de la UCE establecer las funciones de los facultativos, los circuitos de pacientes, la estandarización de procedimientos o la sistematización (guías de actuación) de las patologías más prevalentes en su materia.

Dentro de los cuidados especiales existen grados de complejidad, que deben ser asumidos por distintos profesionales, como luego veremos. Cada paciente está bajo la responsabilidad de un facultativo de cada sección, en función de la complejidad de los cuidados que precise. Los pacientes de nivel máximo de

complejidad serán atendidos preferentemente por la Sección de Cuidados Críticos e Intermedios (SCCI).

La idea básica es que los Servicios o Secciones que ya existían con anterioridad deben seguir asumiendo sus *cuidados habituales*, y solicitar la participación de la Sección de Cuidados Críticos e Intermedios (SCCI) para aportar unos cuidados especiales o de mayor complejidad.

Entendemos que la prestación de cuidados habituales (no especiales) implica que el equipo médico de cada sección se responsabiliza de la historia clínica del paciente, solicita los exámenes complementarios que considere oportunos, mantiene actualizados los tratamientos intentando protocolizar los procesos más habituales, mantiene informado al paciente y/o la familia, da de alta o traslada al paciente cuando se estime oportuno...etc. Es decir, el hecho de que un paciente pudiera, transcurrido un tiempo, transferirse a otra sección para continuar los cuidados no exime en absoluto que se atiendan diligentemente los cuidados que se consideran habituales y básicos en las respectivas áreas asistenciales y plantas de hospitalización. En líneas generales, lo que se propone es que:

2.1. Los cuidados habituales post-anestésicos los realice en la URPA el Servicio de Anestesia, como venía haciéndose. Si el postoperatorio se complica, o requiere cuidados críticos-intermedios prolongados que exceden la recuperación postanestésica habitual, estos podrían ser prestados por la SCCI. El criterio que se propone para transferir el paciente es combinado: bien por superar un periodo de recuperación habitual (por ejemplo, cuando se excedan las primeras 24 horas postquirúrgicas) o bien por la complejidad de la patología presentada (por comorbilidad del paciente, postoperados con afectación o disfunción multisistémica, etc) atendiendo a los scores de gravedad y cargas de trabajo que posteriormente se definan.

2.2. Los cuidados habituales de la planta de encamación del área médica o quirúrgica los prestan los correspondientes servicios (Medicina Interna, Cirugía, Urología, etc). Las interconsultas para cuidados habituales entre servicios médicos y quirúrgicos se harán atendiendo a la dinámica tradicional con la que se venía realizando. Cuando durante el proceso agudo se presente una situación clínica que requiera soporte de órganos o sistemas, o monitorización invasiva para su control, o afectación de varios órganos o sistemas se solicitará valoración a la sección de SCCI.

2.3. Los cuidados habituales del área de Urgencias serán prestados por los facultativos de dicho servicio (historia clínica, exámenes complementarios, tratamientos iniciales, etc). Debido a las especiales circunstancias que concurren en las urgencias hospitalarias (que en general propician se disponga de poca información, poco tiempo para tomar decisiones a veces de gran trascendencia, y que habitualmente se trata de valoraciones iniciales para patologías cuya potencialidad de resolución no se conoce hasta transcurrido algún tiempo, etc) la flexibilidad y agilidad en la colaboración con SCCI debe estar especialmente potenciada. Esto es particularmente importante en patologías en las que el tiempo “puerta-aguja” influye en la morbimortalidad a corto plazo, por lo que deben existir protocolos escritos para procesos de estas características (dolor precordial de características coronarias, shock séptico, parada cardiorespiratoria, bloqueos cardiacos, y en general todos aquellos procesos que en opinión de ambas secciones deba protocolizarse). Al igual que se comenta a propósito de los cuidados postanestésicos, deben establecerse criterios temporales o de complejidad que aconsejen transferir el paciente a la sección de CCI para continuar los cuidados. La ubicación del paciente puede no cambiar (los boxes tienen monitorización modular que les permite “crecer en complejidad” a demanda de las necesidades del paciente), pero sí su médico responsable cuando el nivel de cuidados médicos así lo aconseja.

2.4. Ingresos para la realización de procedimientos: además de la atención al paciente grave, la Sección de Cuidados Críticos e Intermedios tiene un campo de actuación en resolución de procesos cortos o realización de técnicas que puedan necesitar otros servicios. En general, estos casos corresponden a pacientes a cargo de otros servicios que dan la atención principal, pero que requieren de nuestra colaboración para solucionar problemas puntuales: el caso típico es la solicitud de una cardioversión programada, una broncoscopia con biopsia transbronquial que precise sedación corta, adaptación a ventilación mecánica no invasiva para domicilio, canalización de vías centrales, administración de dosis de carga de determinados fármacos que precisan de monitorización básica, etc. En todos estos casos el paciente ingresa en Cuidados Intermedios para realizar estos procedimientos y posteriormente vuelve a cargo del Servicio solicitante, que se responsabiliza de sus cuidados posteriores. Son procesos asimilados a Hospital de Día (estancias menores de 24 horas) tras el cual se facilitará un breve informe o anotación manuscrita en la historia clínica del paciente referido exclusivamente al procedimiento realizado. Se entiende que el facultativo que solicita dicho procedimiento ha informado al paciente (consentimiento informado), y salvo complicaciones le mantiene reservada su cama (si estaba ingresado) o la cita de Consulta Externa (si acude ambulatoriamente) para el oportuno seguimiento posterior, que corresponde al servicio solicitante.

2.5. Emergencias intrahospitalarias: así mismo, la SCCI pretende liderar la atención urgente a la parada cardiorrespiratoria y situaciones peri-parada dentro del hospital. Somos conscientes del hecho de que con anterioridad, otros profesionales asumieron dichas tareas, por lo que hay una clara voluntad de colaborar con aquellos otros servicios o secciones que tengan interés en participar con los dispositivos de emergencias intrahospitalarias.

2.6. Filosofía de la gradación asistencial: Para favorecer la gradación asistencial y evitar los saltos en el nivel de cuidados desde unidades de alta dependencia (Cuidados Críticos) a otras de cuidados básicos (Plantas de encamación medica o quirúrgica) se ha concebido la existencia de espacios dedicados a Cuidados Intermedios, atendidos por la enfermería experimentada en cuidados críticos y por los facultativos de cuidados críticos. El equipo de profesionales que atiende en las UCEs no sólo deben limitarse a atender pacientes agudos, sino que sus conocimientos y habilidades (en manejo de drogas, realización de procedimientos cruentos, etc) deben estar al servicio de los pacientes hospitalizados y servicios clínicos o quirúrgicos que puedan precisarlos, aunque no se den las condiciones para el ingreso en camas de críticos. La filosofía de Gradación Asistencial es particularmente útil en tres grupos de pacientes:

- ✓ *el manejo precoz de determinadas disfunciones de órganos o aparatos, ya que evita el deterioro progresivo que posteriormente puede ser más difícil y costoso resolver, como es el caso de pacientes con insuficiencia respiratoria crónica agudizada que empiezan a claudicar por fatiga muscular, infecciones focales que inician disfunción de otros órganos, cardiopatías isquémicas crónicas que se inestabilizan con angina recurrente o refractaria, postoperados que presentan disminución de diuresis y dificultad respiratoria progresiva, etc. Todos estos pacientes, tratados precozmente por médicos familiarizados con la fisiopatología que subyace en cada caso, suelen reconducirse en 48 – 72 horas y generalmente se evita el fallo de órganos (de peor pronóstico). En general, estos pacientes “intermedios” pueden estar físicamente ubicados en muy diversas áreas del hospital, por lo que su identificación y emplazamiento en un área de cuidados especiales favorecería su evolución clínica, adaptando el nivel de cuidados a las necesidades actuales del paciente.*
- ✓ *Así mismo, los **pacientes críticos en resolución** pueden necesitar cuidados intermedios antes de su alta definitiva a planta, dejando las camas de críticos libres para otros pacientes.*

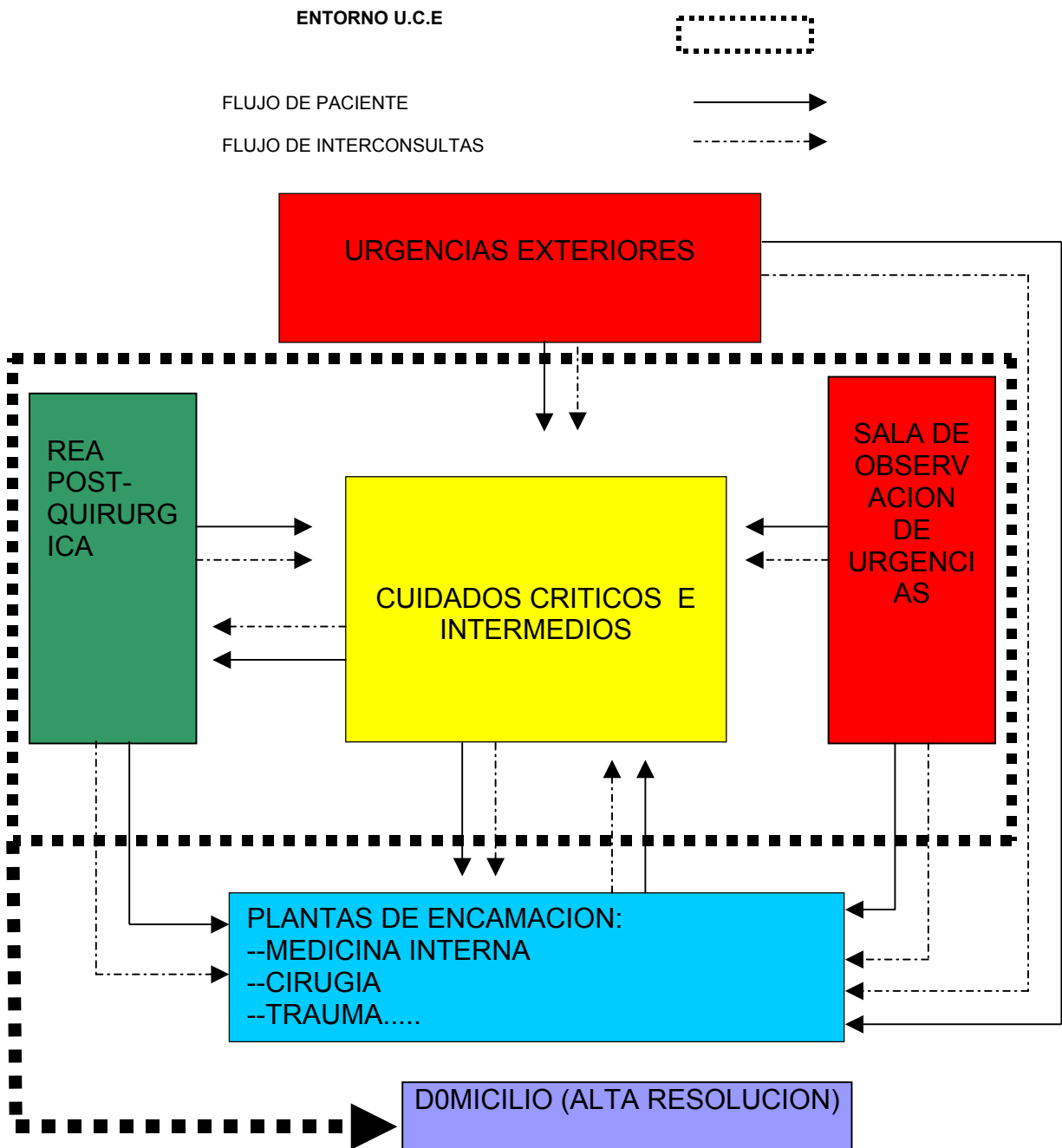
- ✓ Finalmente, determinados pacientes pueden ingresar para *realización de procedimientos cortos*, que impliquen instrumentalización, sedación o tratamientos cortos de rápida resolución.

La filosofía de los Cuidados Intermedios es aumentar la eficiencia, evitando ingresar o dar de alta a pacientes en Cuidados Críticos “demasiado pronto o demasiado tarde”: el ocupar camas de críticos (generalmente escasas y costosas) antes del deterioro manifiesto, o mantenerlos porque “todavía no están para planta” implica sobreutilización de recursos caros para este tipo de pacientes.

Por otra parte, la Gradación Asistencial que implican los Cuidados Intermedios son el correlato asistencial del mismo problema de recursos antes mencionado: consiste en adecuar las necesidades de enfermería, de monitorización y de cuidados médicos a las necesidades reales de la situación del paciente. Evita fenómenos de “ON-OFF” para cuidados: si hay camas se utilizan todos los recursos de Cuidados Críticos, y si no hay camas no se administra ningún cuidado.

En el fondo, trata de abordar la ya clásica afirmación de que *“los equipos de cuidados intensivos hacen demasiadas cosas a demasiado pocos pacientes, y generalmente demasiado tarde”*. Tiene que haber una gradación de cuidados acorde a la situación clínica del paciente, tanto entre pacientes ubicados en la UCE como los ingresados en plantas de encamación.

FLUJOS DE PACIENTES DE LA UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES (U C E)



DE LA RESPONSABILIDAD UCE SOBRE LOS PACIENTES DEL HOSPITAL DE DÍA (HDD).

Atendiendo a la distribución ya ampliamente comentada en este manual en la Unidad de Cuidados Especiales se dispone de instalaciones para camas/sillones CMA y HDD: 3 boxes modalidad B con capacidad para 6 pacientes (encamación doble) o según necesidades y a perfilar con posterioridad, 4 pacientes encamados y 4 pacientes ubicados en sillones. Se encuentran ubicados en el ala derecha de la unidad, contiguas a las camas de cuidados intermedios.

La filosofía de trabajo de este área multiasistencial puede aportar soporte a determinadas pruebas y tratamientos complejos, que no requieren ingreso ni cuidados médicos continuados, y que son manejados por el área de enfermería con la dinámica de hojas de asistencia e instrucciones precisas a cargo de la disciplina demandante, por ejemplo:

- 1) Administración de ciclos QT en los que se presumen un riesgo adicional para el paciente oncohematológico (por ejemplo la administración de tratamientos nuevos como Mabthera^R...).
- 2) En relación a los cuadros de alergia se podrían atender pacientes para la realización de pruebas orientadas al diagnóstico de reacciones alérgicas a fármacos, alimentos, aditivos y otras sustancias relacionadas con el asma ocupacional, además de administrar los extractos terapéuticos con la nueva modalidad de pautas agrupadas de vacunación para pacientes de Neumología.
- 3) En relación con los procesos neurológicos se podría facilitar cobertura a la administración de corticoides en bolus en pacientes afectos de esclerosis múltiple (EM) al tiempo que se ofertarían cuidados a la técnica de punción lumbar diagnóstica o terapéutica (parche hemático practicado en la actualidad

por el Servicio de Anestesiología) en pacientes aquejados de cefaleas post-punción dural prolongadas.

4) Se ofertan también cuidados de enfermería para la administración de terapias hierro intravenoso en cuadros de anemia, inmunosupresores en los procesos inflamatorios intestinales...

El ingreso programado de estos pacientes es coordinado por el Coordinador Médico de UCE con los servicios demandantes. En todo caso, los cuidados de enfermería realizados por personal de UCE se atienen a las indicaciones de facultativos de aquellos servicios prescriptores, y sólo intervendrían facultativos de la SCCI facilitando soporte ante inestabilidad clínica o evento intercurrente grave.

El fin último respecto a este modelo de asistencia concluye en que la ambulatorización de los procesos tiene un papel primordial, en un entorno clínico seguro, con el objetivo de causar el mínimo trastorno posible al paciente y reintegrarle lo antes posible a su entorno habitual.

CONCLUSION.

Somos conscientes que empezamos una etapa nueva en la organización funcional de la asistencia a un grupo numerosos de pacientes, intentando la coordinación y cooperación de distintos profesionales que tradicionalmente han trabajado de forma aislada y compartimentada. Los esquemas organizativos clásicos tiene sus ventajas e inconvenientes, pero los profesionales implicados en este modelo asistencial estamos convencidos de que se puede trabajar coordinadamente, y que esto redundará en la calidad asistencial del paciente así como en la satisfacción profesional propia.