

"Impacto de la optimización de la atención al grave pediátrico en el Hospital de Cárdenas"

HOSPITAL MUNICIPAL CLÍNICO-QUIRÚRGICO Dr: JULIO M. ARISTEGUI VILLAMIL.
CÁRDENAS

Impacto de la optimización de la atención al grave pediátrico en el Hospital de
Cárdenas

Impact of the optimization for critical pediatric care in the Cárdenas Hospital.

AUTORES:

Dr. Miguel Rodríguez Perdomo (1)

Dra. Mercedes Yumar Castro.(1)

Dr. Edel Mariño Corzo (2)

Dra. Zayda Suárez Gonzáles(3)

Dra. Mayra Fariñas Pontigo.(4)

(1) Especialista de 1 er Grado en Pediatría. Diplomado en Terapia Intensiva.
Profesor Instructor.

(2) Especialista de 1er Grado en Pediatría. Diplomado en Terapia Intensiva y
Cardiopediatria.

(3) Especialista de 1 er Grado en Pediatría. Diplomada en Terapia Intensiva.

(4) Especialista de 1er Grado en Pediatría. Diplomada en Pedagogía. Profesor
Instructor.

RESUMEN

Se realiza una investigación prospectiva, longitudinal del tipo de Investigación en Sistemas y Servicios de Salud con el objetivo de optimizar la atención al grave pediátrico, creando un equipo de trabajo independiente para la Unidad de Cuidados Intensivos categoría D con que cuenta el Servicio de Pediatría del Hospital Territorial de Cárdenas, con la introducción del sistema de seguimiento continuado así como guardias independientes del resto del servicio y se exponen los resultados del impacto que produjo en la atención al mismo: la disminución ostensible en las remisiones al Pediátrico Provincial, el incremento en el poder de resolución del problema SRIS-Sepsis y el flujo anterógrado en la atención; como parte de una línea investigativa a mayor plazo. Los resultados se exponen en gráficos y tablas, realizándose las observaciones pertinentes.

DESCRIPTORES(DeCS)

CUIDADOS CRÍTICOS

UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA

HUMANO

NIÑO

INTRODUCCIÓN

El hospital Territorial Docente General de Cárdenas cuenta con un Servicio de Pediatría con 70 camas, distribuidas en 4 salas, que incluyen una Unidad de Terapia

Intensiva Pediátrica categoría D con 4 camas para la atención al niño grave en nuestro territorio, además de un cuerpo de guardia, el que históricamente ha sido atendido por médicos generales al estar incompleta la plantilla de pediatras y no contar con residentes de la especialidad en nuestro centro. Esto atentaba constantemente contra la calidad del servicio que se ofertaba y sus consecuencias se dejaban ver en la cantidad de pacientes mal orientados tanto en los ingresos hospitalarios en salas abiertas que posteriormente necesitaban ser trasladados a la terapia, como en los pacientes que no eran admitidos y luego regresaban con un problema de salud agravado. Por otra parte algo aún más preocupante lo constituía el hecho de que la resolución del grave se basaba en las remisiones al Pediátrico Provincial. Se remitían como promedio 22 casos mensuales al pediátrico provincial fundamentalmente por esta causa. Es por esto que el servicio le propone a la dirección del hospital la creación de una estrategia encaminada a revertir esta situación, con la reorganización del mismo para reforzar la atención a la urgencia y al grave. Existen al menos tres tipos de pacientes que requieren de una atención diferenciada, cumpliéndose esto para cualquier edad incluida la pediátrica. (1)

1. Los que exigen atención intensa, permanente y continuada de enfermería.
2. Los que exigen observación médica e investigaciones muy frecuentes o continuas.
3. Los que exigen tratamiento complejo y frecuentemente la ayuda de equipos de alta tecnología.

Para lograr estos objetivos se requiere de ciertos elementos organizativos y otros de calificación, como son: cuidados de enfermería permanentes, con personal capacitado y dedicado solo a esta fin, personal médico adiestrado en esta labor, fijo en esta tarea y disposición del área física con los requisitos indispensables(1-3). Por otra parte, para que establezca un flujo adecuado en la atención de estos pacientes es imprescindible la participación de un especialista adiestrado en la atención de los mismos en el cuerpo de guardia, con la capacidad de discernir primeramente cuál de los pacientes que allí se valoran para ser admitidos debe hacerlo en una unidad de atención al grave; y para que llegue a esta en las mejores condiciones posibles luego de ser estabilizada su situación de ser necesario. (2,4,5) Con esta óptica y los objetivos antes expuestos es que se realiza nuestra intervención.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realiza una investigación del tipo de intervención en servicios y sistemas de salud. Se establece un programa de capacitación mediante cursos de Terapia Intensiva de un año de duración para adiestrar al personal en el manejo al grave pediátrico. Posteriormente se independiza la guardia médica para la UCIP categoría D con la que cuenta el servicio de Pediatría del Hospital Territorial de Cárdenas. Se introduce el sistema de seguimiento continuado de pacientes tanto médico como de enfermería; además de técnicas, estrategias y procedimientos propios de dichas unidades. Se ubica un especialista de pediatría en el cuerpo de guardia, tanto en la estancia como en el horario de guardia médica el cual, a través del seguimiento estricto de los protocolos de manejos establecidos por el servicio para las principales patologías que en él se reciben, garantiza el flujograma adecuado en la atención de los pacientes pediátricos del territorio. Se evalúa el impacto en indicadores claves para el Servicio como flujos anterógrado y retrógrado en la atención, cantidad de remisiones al Hospital Provincial, gravedad de los casos resueltos en la sala sin ser remitidos y solución del problema SRIS-SEPSIS.

Los resultados se exponen en gráficos para mejor apreciación.

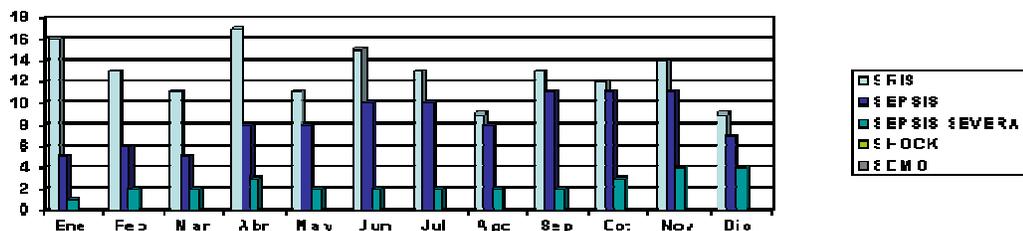


Gráfico # 3: Resolución del problema SRIS-SEPSIS

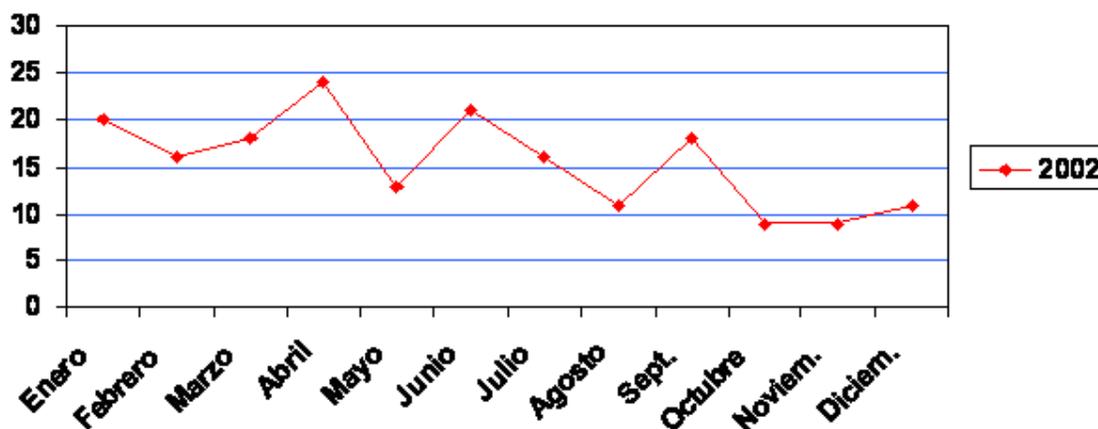


Gráfico # 4: Gravedad de los casos resueltos en la UTIP.

DISCUSIÓN

El gráfico #1 muestra como después de instrumentado el cambio, el número de casos con criterio de gravedad que siguieron un flujo anterógrado en su atención fue paulatinamente en aumento, lo cual indica claramente que con una visión preventiva incluso en la atención secundaria, los casos tienden a evolucionar mucho mejor, y un número cada vez menor de estos tienen necesidad de ser llevados a una sala de atención al grave luego de una estadía en sala hospitalaria (5). La conexión directa del cuerpo de guardia con la terapia garantiza en nuestro servicio la admisión directa de pacientes en la misma, según su nivel ocupacional en cada momento, que aunque no están graves al momento del ingreso tienen factores de riesgo importantes para desarrollar enfermedad severa, siendo aún más previsores y mejorando todavía más la expectativa de los mismos. (6) El gráfico # 2 muestra uno de los indicadores en los cuales el impacto es más evidente, si tenemos en cuenta que como muestra el mes de enero (aún sin la intervención), el promedio de remisiones mensuales desde nuestro servicio al Hospital Pediátrico Provincial estaba alrededor de 25-30; apoyados en el incremento del techo resolutivo de la sala, al introducir nuevas estrategias, técnicas y procedimientos propios de dichas unidades. (5,7) Al analizar el gráfico # 3 debemos tener en cuenta el análisis del escalón de la sepsis y plasmar la óptica preventiva en este sentido, que debe ser entendida como la necesidad de llevar a los pacientes

con este problema siempre en estadios o escalones más bajos, pues de este modo el pronóstico es más favorable (8-10). Si estadísticas actuales avalan más de 95% de supervivencia en pacientes detectados en los primeros estadios de la sepsis, para aquellos pacientes que se reciben con shock séptico o Síndrome de Disfunción Múltiple de Órganos (SDMO), las posibilidades de sobrevivir se ven reducidas a menos del 50% (8,11,12). Es obvio que en los primeros meses de la intervención se resolvieron en mayor medida los casos con estadios o escalones más precoces, puesto que los pacientes que presentaron estadios más avanzados en estos primeros momentos fueron en su mayoría remitidos al Pediátrico Provincial. De ahí la amplitud de diferencia entre la barra que representa el SRIS y la de sepsis severa, relación que va modificándose en los meses siguientes. Debemos señalar también que el hecho de que no se recojan casos con shock o con SDMO en este gráfico evidencia el que con esta nueva óptica de trabajo se admitieron de manera previsoramente los casos en la UTIP, lo cual unido al nivel profesional del equipo de intensivistas hizo que prácticamente uno solo de los casos atendidos en la sala desarrollara un shock séptico en todo el año (caso con meningoencefalitis bacteriana, que no aparece en el gráfico al ser necesaria su remisión). (6) Ambos elementos reflejan francamente el incremento del techo resolutivo de nuestro servicio. Este hecho también lo corrobora el último gráfico, donde se aprecia la disminución gradual y paulatina del total de casos graves atendidos en la terapia basados en la admisión precoz y sustentándose en factores de riesgo que se detectan en los pacientes al ser valorados en el cuerpo de guardia, mejorando así el pronóstico de los mismos. (8-12)

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Guzmán Rodríguez E, Fernández Reverón F, Guzmán Rubín E. Terapia Intensiva Polivalente. La Habana: Ciencias Médicas; 2001
2. Arellano M. Cuidados Intensivos en Pediatría. 2da ed. México: Interamericana; 1982.
3. Hernández HP, Morales R. Estructura y organización en unidades de terapia intensiva. Terapia Intensiva. La Habana, Cuba: Ciencias Médicas; 1988
4. Lovesio C. Medicina Intensiva. 2da ed. La Habana: Cuba: Científico Técnica; 1985
5. Santos García R, López Herce J. Sistemas de valoración del paciente crítico en UCI. Tratado de Cuidados Intensivos Pediátricos. La Habana: Ciencias Médicas; 1994.
6. Tran DD, Cuesta MA, Van Lleeuwen PAM. Risk factors for multiple organ systemic failure and death in critically injured patients. Surg 1993; 21(4): 21-30
7. Berleff M, Joe, Bruinnig H. How should multiple organ dysfunction Syndrome be assessed? A review of the variation in current scoring systems. Cur j surg 1997; 33(5): 405-9.
8. Bone RC. Sepsis, the sepsis syndrome, multiple organ failure. A plea for comparable definitions. Ann inter med 1991; 11(4): 332-4.
9. Calvo C, Casado L. Shock séptico. Tratado de Cuidados Intensivos Pediátricos. La Habana: Ciencias Médicas; 1994.
10. Guzmán RE. SIRS y/o sepsis. Pediatría. Bogotá Colombia: UNAR; 2000.
11. Buff W. Septic shock. Pediatr. Clin north am 2001; 48(3): 65-8
12. Goris RJA, Buckhorst TPA, Nuytinck JKS. Multiple organ failure: generalized autodestructive inflammation. Arch surg 1985; 20(6): 1109-15

SUMMARY

A prospective, longitudinal investigation is done, and is the type of "Investigation on Systems and Services of Health " with the objective of improve the assistance to the seriously ill patient in Pediatric age, creating an independent work team for the Categorized D Intensive Care Unit with the Service of Pediatrics At Territorial Hospital of Cardenas counts, with the introduction of the continued following system and independent duties; exposing the results of the impact that this produced in the attempt of this kind of patient: the ostensible decrease of remissions to Provincial Pediatric Hospital, the rise of the power of solution in SIRS-Sepsis problem and the forward flux in the attention as part of a much bigger investigative line. The results are exposed in graphics and tables doing the convenient observations.