

OBJETIVOS

Y

MEMORIA DE LA ROTACIÓN:

NEWHAM GENERAL HOSPITAL

(BARTS HEALTH NHS TRUST)

1-31 DE MARZO 2013

LONDRES

Sonia López Cuenca

Residente 5º año Medicina Intensiva

Hospital Universitario de Getafe

La rotación en la unidad de Cuidados intensivos (UCI) del Hospital Newham de Londres tenía como objetivo completar mi formación y conocer como era el día a día y el manejo de los pacientes críticos en un área de alta densidad y diversidad de población, en un país de Europa. Secundariamente, aprender el uso de la monitorización cardiovascular continua doppler transesofágica y el sistema de los “outreach teams” como forma de identificación y manejo del paciente grave fuera de la UCI.

DESCRIPCIÓN DEL CENTRO

El Hospital Newham está en funcionamiento desde 1983. En el 2012, y de acuerdo con la reorganización del sistema sanitario británico, forma parte de la corporación Barts Health NHS Trust, a la que pertenecen otros hospitales: Mile End Hospital, The London Chest Hospital, The Royal London Hospital, St Bartholomew’s Hospital, Whipps Cross University Hospital. Todos ellos situados en el este de Londres, dando cobertura en todas las especialidades a esta área.

El Hospital de Newham tiene unas 400 camas. Está en una zona de nivel socioeconómico bajo y con alta diversidad de población, con lo que el número de pacientes atendidos es alto así como la complejidad y variabilidad de las enfermedades tratadas.

LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

La Unidad de Cuidados intensivos dispone de 7 camas (2 de ellas de aislamiento), con 3 camas adicionales en la unidad coronaria para ser utilizadas para ventilación mecánica no invasiva. El equipo lo componen 5 médicos adjuntos (consultants), 4 clinical fellow, 3 enfermeras outreach, 1 técnico de UCI, una enfermera de investigación (Research and audit nurse). Cada enfermera se ocupa de 1 ó 2 pacientes. A la cabeza del departamento está la Dra. Dolores Mateo. Los médicos adjuntos pueden ser tanto anestesistas como intensivistas. Existen 3 turnos de trabajo: 9-17h, 9-22h y de 22-10h. El médico adjunto cubre de 9-17h de lunes a viernes y de 9 a 15 h los fines de semanas. El resto de los turnos son cubiertos por los clinical fellow, con el médico adjunto localizado. Cada médico adjunto trabaja 1 semana en labores asistenciales, y las 3 restantes en labores no asistenciales (cursos,

docencia, investigación). A las 9h se comienza con el pase de guardia, comentando los pacientes en la UCI y en la Unidad coronaria si los hubiera. Así mismo, asiste la enfermera outreach que informa de los potenciales pacientes graves y también hace seguimiento en planta de los pacientes que han sido dados de alta de la UCI y que son de mayor complejidad o de riesgo de recaída. Posteriormente se realiza la visita médica a pie de cama, por el médico adjunto, los clinical fellow y la supervisora, junto con la enfermera a cargo de cada paciente. La supervisora se encarga de que todos los planes con cada paciente se cumplan y supervisa o apoya el trabajo de la enfermera, haciendo un trabajo más clínico que administrativo. Otra ronda se lleva a cabo a las 4:30h, donde se fijan los objetivos con cada paciente de cara a la guardia, las posibles altas o traslados. Durante la visita también están presentes la farmacéutica y el fisioterapeuta. La farmacéutica revisa toda la medicación del paciente con la familia y el médico de familia o responsable del paciente en planta, calcula la función renal y ajusta la medicación y avisa de posibles interacciones. El fisioterapeuta tiene su propia historia clínica donde recoge la situación basal del paciente, las limitaciones funcionales, y el tratamiento a seguir. El fisioterapeuta se hace cargo del paciente desde el ingreso hasta el alta del hospital. Hacen fisioterapia respiratoria, de casi 30 minutos - 1 hora de duración. Dos veces a la semana, se pasa visita junto con el equipo de microbiología, que además están disponibles 24 horas.

La dietista revisa las dietas de los pacientes, tanto las enterales como las parenterales, y aconseja la nutrición por vía oral. Pauta también los suplementos dietéticos necesarios y presta atención al déficit de vitaminas, oligoelementos como de iones.

Existe el "Surgical Team", grupo de enfermeras que revisan todas las heridas quirúrgicas, procediendo a las curas y cambio de drenajes cuando es necesario junto con la enfermera del paciente.

Hay 3 enfermeras outreach, que son enfermeras especializadas, con capacidad para explorar y valorar al paciente. Su turno es de 9-18h, y están supervisadas por un médico adjunto. Desde que el paciente ingresa en urgencias, se le aplica el "National Early Warning Score" (NEWS).

PHYSIOLOGICAL PARAMETERS	3	2	1	0	1	2	3
Respiration Rate	≥8		9 - 11	12 - 20		21 - 24	≥25
Oxygen Saturations	≤91	92 - 93	94 - 95	≥96			
Any Supplemental Oxygen		Yes		No			
Temperature	≤35.0		35.1 - 36.0	36.1 - 38.0	38.1 - 39.0	≥39.1	
Systemic BP	≤90	91 - 100	101 - 110	111 - 219			≥220
Heart Rate	≤40		41 - 50	51 - 90	91 - 110	111 - 130	≥131
Level of Consciousness				A			V, P, or U

*The NEWS initiative based from the Royal College of Physicians' NEWS200, and was jointly developed and funded in collaboration with the Royal College of Physicians, Royal College of Nursing, National Outreach Forum and NHS Training for Innovation.



Según el score, que alcance el paciente, se valora el riesgo clínico. Así, a menor riesgo la valoración del paciente se realiza cada 12 horas y si el riesgo es mayor las valoraciones son más frecuentes. A partir de una puntuación de 7, el clinical fellow de cuidados intensivos es avisado inmediatamente por la enfermera outreach, y el paciente debería ser valorado y tomado una decisión médica en menos de 30 minutos. Entre 3-7 puntos, la enfermera outreach se encarga del seguimiento del paciente y en caso de empeoramiento avisa al médico.

NEWS scores	Clinical risk
0	Low
Aggregate 1-4	
RED score* (Individual parameter scoring 3)	Medium
Aggregate 5-6	
Aggregate 7 or more	High

A partir de las 18h, la valoración de los pacientes corre a cargo directamente del clinical fellow. La enfermera de outreach también realiza el seguimiento de

los paciente complejos o reingresables que han sido dados de alta de la unidad. Se ocupa del cuidado de los traqueostomías y trabaja conjuntamente con el logopeda, en la recuperación funcional de los pacientes.

Cada día, se decide con cada paciente si se firma la hoja de limitación (“Do not attempt resuscitation and appropriate intervention order form”, o DNR). En ella se indica los cuidados que va a recibir cada paciente y cuales se limitan. Debe de ir firmada por el médico adjunto y figurar en la primera hoja de la historia. La outreach puede detectar también los pacientes no subsidiarios de tratamiento en UCI y comunicarlo al equipo médico para tomar las medidas necesarias junto con los médicos de planta.

Las patologías que manejan son principalmente médicas y en menor medida pacientes posquirúrgicos. Existe una alta tasa de alcoholismo, y con ello de enfermedades relacionadas con el mismo. La tuberculosis es un problema sanitario prevalente, siendo causa de fracaso respiratorio y necesidad de ingreso en UCI. Es muy corriente el uso de ventilación mecánica no invasiva tanto en el servicio de urgencias como en la unidad coronaria, supervisado por la UCI y con gran recambio de pacientes.

Los traslados interhospitalarios son realizados por los clinical fellow, al no existir un sistema de ambulancias medicalizadas como en España. Los clinical fellow son los encargados de realizar todas las técnicas, entre ellas la canalización de vías periféricas, centrales (siempre guiadas por ecografía) y arteriales así como la extracción de sangre. El ecógrafo es utilizado de forma rutinaria, existiendo en la actualidad uno en urgencias y otro en cuidados intensivos, así como cursos formativos de forma periódica. Se realiza ecocardiografía y ecografía abdominal y pulmonar. En la unidad existen sistemas de monitorización hemodinámica (Lidcco y CardioQ) y aparato de reemplazo renal ((Acquarius) de cuyo montaje y mantenimiento se encarga el técnico de UCI. También es su responsabilidad el buen funcionamiento de los ventiladores, así como del fibrobroncoscopio, que es de uso habitual para la toma de muestras como para algún caso de intubación difícil.

Dentro de la política de control de infecciones, todo el equipo debe ir con el pijama, sin llevar bata, ni portar reloj de muñeca, joyas, ni ropa por debajo del codo. Así mismo, existe un fonendoscopio en cada cama del paciente y el personal y las visitas deben lavarse las manos a la entrada y salida, y usar

unos delantales de plástico no reutilizables y guantes cuando exploren o toquen al paciente. Estas medidas se cumplen rigurosamente. Aunque no tienen incorporado el programa de “bacteriemia ni neumonía zero”.

ACTIVIDADES REALIZADAS

El horario de trabajo que seguí durante mi estancia en el mes de estancia era de 9 de la mañana hasta las 5 de la tarde como mínimo, y algún turno largo según la organización del servicio. Como observer no podía realizar una práctica clínica completa debido a cuestiones legales, por lo que podía participar en todas las reuniones y rondas, valorar a los pacientes y participar en la decisiones médicas bajo supervisión pero no realizar ninguna técnica, ni procedimiento diagnóstico ni terapéutico.

En mi rotación, he ganado experiencia en las siguientes áreas:

- Uso del ecografía como herramienta del paciente crítico.
- Toda terapia renal sustitutiva aguda era indicada y prescrita por cuidados intensivos, con lo que he aprendido sobre las técnicas de reemplazo renal, que en mi unidad son responsabilidad del nefrólogo. Así mismo, uno de los clinical fellow está desarrollando diferentes protocolos de actuación en este campo, sobre todo en la anticoagulación con citrato, que se presenta como el modo más frecuente y óptimo de anticoagulación en los pacientes críticos que precisen hemodiafiltración.
- El trabajo conjunto con las enfermeras de outreach, me ha permitido el aprendizaje de la identificación y valoración del paciente grave fuera de la UCI, y el mejor modo de plantear una respuesta adecuada y rápida según las necesidades de cada servicio.
- La monitorización hemodinámica con CardioQ doppler, que es un dispositivo transesofágico que usa los ultrasonidos para medir la velocidad de la sangre directamente en la aorta del paciente. Es una medida directa de flujo en tiempo real de latido a latido. Su uso junto con la ecocardiografía ha sido de un gran interés y utilidad.
- El valor de un equipo multidisciplinar para el mejor cuidado de los pacientes en la UCI.

Considero que esta rotación ha sido muy positiva y enriquecedora para mi formación. La posibilidad de ver otras formas de trabajar y de enfocar los cuidados intensivos es importante a la hora de tener una perspectiva más amplia de la actividad que realizamos en el día a día. Así mismo, me ha servido para mejorar mi nivel de inglés, siendo este punto de gran importancia para mi futuro desarrollo profesional.

Por último, indicar que he optado a una de las plazas vacantes de clinical fellow que ofertaba la unidad de cuidados intensivos del Hospital Newham, habiendo realizado la entrevista de trabajo y estando a la espera de los resultados de la selección.