

TESTIMONIO BECA MIR

**ADRIANA NOHEMÍ
GARCÍA HERRERA.**
GANADORA DE LA
IX BECA DR. IGNACIO LANDECHO 2016.

Atención al paciente politraumatizado en Pittsburgh (EEUU)

El propósito de solicitar la beca Dr. Ignacio Landecheo del Colegio Oficial de Médicos fue realizar, como parte de mi formación en Medicina Intensiva, una rotación en un centro especializado en poli-

trauma para ampliar mis conocimientos y mejorar mis habilidades en la atención inicial del paciente con patología traumática y sus complicaciones.

Fundado en 1983, el hospital UPMC Presbyterian es un reconocido centro de traumatología a nivel mundial, acreditado como centro de nivel I y diseñado para la atención de pacientes politraumatizados de alta complejidad y riesgo vital, con una media de 4.000 pacientes atendidos por año (en 2016, 4.600).





A diferencia de España, la atención inicial al paciente politraumatizado la realiza el equipo de cirugía aguda, trauma y cuidado crítico formado por médicos cirujanos generales que han realizado, además, 2 años de formación en cuidados intensivos y trauma.

La unidad de Trauma en el hospital UPMC Presbyterian consta de varias plantas, cada una con un enfoque particular. Cuenta con dos unidades de Cuidados Intensivos: una de cuidados neurocríticos, equipada con 22 camas que se centra en la atención a pacientes con trauma craneoencefálico, post-quirúrgicos de neurocirugía urgente y trauma medular; y otra de 22 camas especializada en la atención al paciente politraumatizado post-quirúrgico (torácico, abdominal, pélvico, ortopédico). En las unidades de Cuidados Intensivos existe la posibilidad de que la familia acompañe al paciente todo el tiempo y disponen de servicios de cafetería, aseos y duchas para familiares. Además, hay cuatro plantas más -una específica para pacientes neurocríticos y tres para pacientes con trauma en general- con un total de 84 camas y con posibilidad de monitorización continua de signos vitales y servicios de psiquiatría/psicología, rehabilitación y nutrición como parte integral de la recuperación de los pacientes.

¿Qué he hecho?

Durante dos meses, he tenido la oportunidad de observar el trabajo de este equipo, de forma integral, en la atención inicial en Urgencias, en quirófano, unidades de Cuidados Intensivos y plantas de hospitalización. También he participado en sesiones de casos clínicos, morbi-mortalidad y teleconferencias con otros centros de trauma de la región.

El día a día de este equipo de trabajo se inicia a las 6:30 a.m. con una sesión clínica donde se comentan los

casos de pacientes que han sido evaluados en Urgencias en las últimas 24 horas, así como todos los ingresados en UCI sin importar los días de estancia. Previamente a esta sesión, los médicos residentes han evaluado a los pacientes ingresados y han revisado el plan de tratamiento para ese día, trabajo que será completado en una segunda evaluación que se realiza junto con el médico adjunto. Para ello, el personal del Departamento (médicos adjuntos, residentes, asistentes clínicos, enfermeras y estudiantes) se divide en cuatro equipos.



TESTIMONIO BECA MIR

“Dado que el equipo que recibe y atiende de forma integral al paciente está constituido por profesionales formados en cirugía, trauma y cuidados intensivos he tenido la oportunidad de observar la toma de decisiones y el desarrollo de protocolos de actuación, sin necesidad de intermediarios”



Una vez acabado el trabajo en las plantas se realizan las intervenciones quirúrgicas programadas de los pacientes ingresados de cada equipo. Y dos de estos cuatro equipos son los responsables de la atención en Urgencias de todos los pacientes que sean trasladados con diagnóstico de trauma grave.

En el 95% de las ocasiones se recibe un mensaje que alerta del traslado de un nuevo paciente a Urgencias entre 5-10 m. antes de su llegada, en el que se detalla la edad, sexo, mecanismo del trauma, signos vitales, procedimientos realizados en el sitio del incidente (intubación, colocación de tubos pleurales, torniquetes ...) y tiempo estimado de llegada. Con este mensaje se activa el código trauma y gracias a ello el equipo completo

(médicos, enfermería, técnicos de radiología, equipo de quirófano) puede organizarse y estar preparado para responder a cualquier necesidad en la atención del paciente.

La atención inicial en Urgencias se guía estrictamente por los principios del ATLS (Advanced Trauma Life Support), realizándose de forma sistematizada y rápida, y contando además con la infraestructura necesaria: equipo de rayos X incorporado en cada uno de los tres boxes destinados para la atención del paciente politraumatizado en el servicio de Urgencias y ecógrafo para la realización de eco-FAST, equipo de TC a diez metros del área de dichos boxes, ascensores en el mismo pasillo accesibles en menos de 15 segundos desde el área de atención inicial que permiten el

traslado directo del paciente hasta un quirófano totalmente equipado y disponible desde la activación del código trauma. Estos son factores claves en el éxito de este centro.

¿Qué me ha aportado esta rotación?

Destacaría de la experiencia: el contacto con un mayor volumen de pacientes politraumatizados, el manejo sistematizado en la atención inicial, la posibilidad de observar el trabajo de un equipo que cuenta con la infraestructura desarrollada específicamente para la atención, muchos años de experiencia y un volumen alto de pacientes politraumatizados.

Dado que el equipo que recibe y atiende de forma integral al paciente está constituido por profesionales formados en cirugía, trauma y cuidados intensivos, he tenido la oportunidad de observar la toma de decisiones y el desarrollo de protocolos de actuación, sin necesidad de intermediarios; el mismo equipo que evalúa al paciente cuando entra por la puerta, es el que decide –según la estabilidad o no del paciente– la necesidad de intervención quirúrgica urgente, necesitando menos de cinco minutos desde su llegada hasta la entrada en quirófano, en los casos que así lo requieran. Es, además, el mismo equipo el que seguirá su evolución en la Unidad de Cuidados Intensivos y, posteriormente, en la planta de hospitalización.

Dadas las características de los pacientes que se atienden en este centro, el trabajo multidisciplinario –siendo los servicios con los que se trabaja de forma más estrecha el de Neurocirugía, Ortopedia y Cirugía vascular– es prácticamente la regla con cada paciente. Realizan esta atención con una coordinación y cooperación admirable, tomando todos ellos igual responsabilidad en la atención de los pacientes.

Lo mejor y lo peor de mi experiencia

Lo mejor de esta rotación es la experiencia de participar en un equipo que, con una formación y enfoque diferentes en algunos aspectos a los que yo he recibido como residente de Medicina Intensiva, atiende a pacientes con características similares a los nuestros, pero con la ventaja de contar con un sistema y una infraestructura concebida específicamente para este tipo de pacientes y un

equipo dedicado exclusivamente a su atención. Así, al centrarme en un solo grupo de pacientes –dentro del universo del paciente crítico– he podido profundizar en la atención inicial sistematizada y protocolos de actuación específicos de esta patología. Al contar con un mayor volumen de pacientes y tratarse de una cultura diferente he tenido, además, la oportunidad de observar mecanismos de trauma diferentes (heridas por arma de fuego, arma blanca, armas de aire comprimido, entre otras), pruebas diagnósticas y procedimientos menos comunes en nuestro medio.

Lo peor de la experiencia es que únicamente he sido observadora, dado que las normas en los centros estadounidenses son muy estrictas a este respecto para médicos extranjeros. El contacto directo con el paciente y la participación activa en la toma de decisiones y manejo de los mismos se echa muchísimo de menos.

Otro aspecto que no me ha gustado tanto ha sido la atención dentro de las Unidades de Cuidados Intensivos, donde no se realiza un abordaje integral por el equipo de cuidados críticos sino que éstos son, muchas veces, coordinadores del resto de profesionales que se encargan de la atención al paciente. Por ejemplo, la ventilación mecánica es tarea de los técnicos de terapia respiratoria, las hiperglucemias son manejadas por Endocrinología, las arritmias e insuficiencias

“He podido también observar mecanismos de trauma diferentes (heridas por arma de fuego, arma blanca, armas de aire comprimido), pruebas diagnósticas y procedimientos menos comunes en nuestro medio”

cardíacas por el Servicio de Cardiología... No se trabaja así en el Servicio en el que estoy realizando mi formación y, aunque no dudo de que tanto uno como otro abordaje cuentan con sus ventajas y desventajas, prefiero el modelo en el que me estoy formando.

Solo me queda agradecer, una vez más, al Colegio de Médicos de Navarra que a través de la beca Dr. Ignacio Landecheo, patrocinada por Laboratorios Cinfa, ha contribuido a esta experiencia tan enriquecedora en mi formación que me permite poner en práctica todo lo aprendido en la atención a nuestros pacientes.

