

Editorial

Unidades polivalentes vs unidades monovalentes

¿Quo vadis cuidados intensivos?

J.E. Ubaldini

Las unidades de Cuidados Intensivos hacen su aparición formal en la escena de la medicina en la década de los cincuenta. Se desarrollaron en primer término con el objetivo de brindar asistencia respiratoria a los pacientes afectados por la poliomielitis a forma bulbar, pero luego su área de influencia se extendió rápidamente hacia otras patologías. Hacia fines de esta década también comienza la cirugía cardíaca con circulación extracorpórea, que fue sin duda uno de los motores más poderosos para su desarrollo.

En estas primeras unidades se mezclaban más o menos anárquicamente pacientes con distintas patologías y distinto grado de compromiso de sus funciones vitales. Pero los beneficios superaron con creces a estos inconvenientes, y en pocos años crecieron exponencialmente en número y volumen.

En la década de los sesenta aparece la primera variante monovalente, dedicada específicamente al cuidado de los pacientes cardiológicos agudos: la Unidad Coronaria.

En los últimos años hemos visto como imitando este modelo exitoso y bajo la presión de circunstancias diversas, han proliferado un número significativo de unidades monovalentes vinculadas a diversas patologías¹.

Esta modalidad, que se ha dispersado universalmente, ha tenido como epicentro a los grandes hospitales de agudos de los Estados Unidos de Norteamérica.

Estos grandes hospitales con múltiples departamentos que prestan servicios de alta complejidad necesitaban de áreas de Cuidados Intensivos tan extensas que concentradas en una sola planta y con una conducción única, su gobernabilidad se tornaba dificultosa. También cabe tomar en consideración que la coexistencia de diversas patologías altamente complejas puede dificultar el tratamiento de los pacientes. Y no menos significativa resulta la convergencia de distintos especialistas de prestigio y peso institucional en estas grandes estructuras, que es potencial generadora de discrepancias en el manejo de los pacientes.

Fue así que la fragmentación de la Unidad central permitió resolver situaciones de conflicto de difícil solución.

Por supuesto que también la solución generó a su vez nuevos y variados problemas. Uno de ellos (y no el menor) fue el aumento de los costos, ya que había que equipar nuevas estructuras, duplicar gran parte del equipamiento y por sobre todo, aumentar la dotación de personal: técnicos, médicos y por supuesto enfermeras, tan escasas en todos los países desarrollados del mundo.

Veamos ahora qué ocurrió en nuestro medio. Inicialmente la gran mayoría de las Unidades de Cuidados Intensivos eran polivalentes y en ellas frecuentemente se mezclaban enfermos críticos con otros que solamente requerían de un control más estricto que el que podía brindar la Sala General. Fue ésta una de las razones que justificaron el interés con que se siguió el modelo de las Unidades Monovalentes. Algunas instituciones lo tomaron con gran entusiasmo, pero pronto comprobaron tanto sus ventajas como sus inconvenientes. Uno de ellos, y no el menos importante, es que una vez que se ha seguido este camino, es muy difícil de desandar.

Enfrentados a las dos opciones clásicas: Unidad Polivalente con una mezcla de patologías en una gran superficie común versus varias Unidades Monovalentes, nosotros optamos por una variante diferente, basada en el concepto de Cuidados Progresivos^{2,3}, tomada originalmente de Hospitales medianos europeos y adaptada a la realidad de nuestro medio.^{4,5,6}

En un Hospital General de Agudos con casi trescientas camas se puso en marcha un Servicio de Cuidados Intensivos de 27 plazas, distribuidas de la siguiente forma: una Unidad de Asistencia Respiratoria Mecánica y Shock (Cuidado Crítico 1) con capacidad para ocho pacientes, tres de ellos en condiciones de aislamiento, una Unidad Coronaria con nueve plazas, un área para el control de postoperatorios de Cirugía de Alta Complejidad con capacidad de albergar hasta cinco enfermos y una Unidad de Cuidado Crítico de menor complejidad, con cinco plazas, complementaria de la primera (Cuidado Crítico 2).

La singularidad de este esquema estuvo dada porque el área de Cuidado Crítico 1 se transformó

en la receptora tanto de los enfermos con severo compromiso hemodinámico y/o necesidad de asistencia respiratoria mecánica derivados desde fuera (Guardia, otras Salas del Hospital), como de los pacientes críticos provenientes de las otras Unidades del Servicio. En este área se concentró la tecnología necesaria para la asistencia al máximo nivel de este tipo de enfermos. Valga como ejemplo; un infarto de miocardio en shock por ruptura del septum interventricular sale del sector Unidad Coronaria para pasar a esta otra, en donde los mismos cardiólogos de la Unidad Coronaria, apoyados por un terapeuta experto en el manejo del hock, van a seguir al paciente en su nueva ubicación. Supongamos que el paciente luego va a cirugía cardíaca en donde se corrige exitosamente su lesión anatómica. Luego de operado, si su situación se ha estabilizado, será ubicado en el sector de Recuperación Quirúrgica. Pasadas 24 o 48 horas estará en condiciones de volver a la Unidad Coronaria hasta que su estado le permita volver a la Sala Común.

Si el paciente que cursa un postoperatorio de cirugía de alta complejidad no es cardiológico y no necesita de monitores sofisticados para control de arritmias o desnivel del segmento ST, pasará al área de Cuidado Crítico 2. Allí en realidad se alojan enfermos menos graves que en la Unidad de pacientes Críticos, pero que inclusive pueden estar ventilados con respirador mecánico invasivo si es que están relativamente estables en el aspecto hemodinámico y no presentan distress respiratorio grave. Esta segunda Unidad de Cuidado Intensivo está asistida por un médico de planta, un residente y tres enfermeras para los cinco pacientes allí ubicados. Esta relación entre personal y pacientes es algo menor que la de Cuidados Críticos 1 y del de la Recuperación Quirúrgica en donde la relación enfermera-paciente es de 1 a 1.

Veamos ahora las ventajas que presenta este modelo de organización: Además de la separación de patologías y sobre todo de los niveles de necesidad de atención, y del ahorro de recursos en equipamiento que esto implica, esta organización permite redistribuir al personal según las necesidades del momento y transferir rápida y eficazmente tanto recursos humanos como técnicos de un sector a otro. Esta redistribución se hace posible porque tanto la jefatura médica como la de enfermería son comunes para todo el Servicio, evitando así la formación de compartimientos estancos que dificulten los desplazamientos.

También permite el máximo aprovechamiento de las plazas disponibles en el área, ya que si un sector ha saturado su capacidad de aceptar pacientes, los ingresos destinados a ese sector pueden ser alojados transitoriamente en otro, sin que se produzcan dilaciones innecesarias.

Otro aspecto muy importante es el de la rotación del personal. Periódicamente el personal rota por las distintas secciones, lo que permite mantener el nivel de entrenamiento para las distintas emergencias (arritmias, insuficiencia respiratoria aguda, paro cardiorrespiratorio) y disminuye la posibilidad de padecer el síndrome del "burn out", frecuente en el personal que atiende en forma constante a pacientes muy gravemente enfermos.

La presencia permanente de médicos de planta que además de compartir una experiencia clínica básica y una Residencia en Cuidados Críticos, han adquirido alguna de las especialidades más importantes para el cuidado de pacientes graves (Cardiología, Neumología, "Stroke", control de postoperatorios de cirugía compleja) permite conformar un equipo interno de interconsulta permanente, sumamente dinámico, muy útil para el manejo de pacientes con patologías múltiples, que con el incremento de la edad de nuestros enfermos, se ven cada vez con más frecuencia.

Por último, quisiera señalar que una estructura con estas características se completa idealmente con una Unidad de Cuidados Intermedios que amortigüe el pasaje desde el área crítica a una habitación convencional y con una unidad para pacientes "crónicamente críticos", que permite resolver con mayor eficiencia la situación de algunos de estos enfermos con patologías de resolución lenta que evolucionan mejor fuera del ambiente hospitalario tradicional.

Creo que una organización con estas características, que permite por una parte la separación de los enfermos por su grado de enfermedad y también por su patología, con el control del especialista correspondiente, puede resolver de una forma simple, rápida y eficiente el dilema de la atención del paciente crítico que planteábamos al comienzo, transformándose en el camino más costo-efectivo, especialmente para el caso de los hospitales de agudos polivalentes pequeños y medianos con recursos limitados, que son amplia mayoría en el momento actual de nuestro país.

BIBLIOGRAFIA

1. Strauss M, Bellian K. Otolaryngology Care Unit: a safe and cost reducing way to deliver quality care. *Laryngoscope* 1999; 109: 1428-32.
2. Intensive Care Society, The Intensive Care Services in the UK.
3. Baumann Salles P. The Challenge to Define Progressive Care Units. *Critical Care Nurse* 1996; 16: 82-86.
4. Smith IE, Shneerson JM. A progressive care program for prolonged ventilatory failure; Analysis of outcome. *Br J Anaesth.* 1995; 75: 399-404.
5. Mc Alpine L, Cohen IL, Truckbrod A. Reducing resource consumption through work redesign in a surgical intensive care unit a multidisciplinary protocol-based Progressive Care Area. *Heart-Lung.* 1997; 26: 329-334.
6. Rodriguez A, Elisabe D, Valdez P, y otros. Modelo de Internación en Areas de Cuidados Progresivos. *Medicina Intensiva* 1991; 8: 6-13.