

MEMORIA DE ACTIVIDADES DURANTE MI ROTACIÓN EN EL EXTRANJERO

Realizar una rotación por otros servicios u otros hospitales es una medida que se contempla en el plan de formación de residentes para la adquisición de nuevas habilidades o conocimientos. Hasta el último año de mi formación como especialista en Medicina Intensiva, no había podido realizar este proyecto.

A continuación expongo mi memoria de actividades durante mi rotación en los diferentes apartados de la Cleveland Clinic Foundation (CCF) en la ciudad de Cleveland (Ohio, Estados Unidos de América) durante el mes de Marzo de 2013.

Mi periodo de rotación lamentablemente sólo pudo ser de un mes. Es difícil el acceso a esta rotación en este hospital, ya que , Cleveland Clinic Foundation es un hospital que recibe unos 80 observadores al mes (sobre todo cuando el clima va mejorando) que se desplazan de todas las partes del mundo, para conocer su metodología de trabajo y establecer contacto con ellos. Cleveland Clinic Foundation está considerada el cuarto mejor hospital en el ranking de las clínicas norteamericanas y la primera en el ámbito de enfermedad cardiaca y renal.

He podido conocer varios servicios de la unidad de cuidados críticos de la Cleveland Clinic Foundation. Mis primeras 2 semanas estuve en MICU (Medical Intensive Care Unit) y las 2 últimas en NICU (Neurological Intensive Care Unit).

MICU (desde el 4/03 hasta el 15/03)

MICU de la Cleveland Clinic tiene uno de los APACHES más altos de las clínicas americanas, ya que es uno de los hospitales de referencias a los que se derivan en última estancia, pacientes de diferente patología para diagnóstico y tratamiento. MICU es una Unidad de cuidados críticos que comprende 42 camas, divididas en 3 módulos. El personal facultativo de la unidad consta fundamentalmente de especialistas en cuidados críticos, de pulmón y alergólogos (Pulmonary, Allergy and Critical Care Medicine). Durante mi estancia en esta unidad vi diferentes tipos de patologías: enfermedades respiratorias en su etapa final e indicaciones de trasplante pulmonar , diagnóstico y tratamiento de hemoptisis, distres e infecciones respiratorias, sepsis, pancreatitis, diagnóstico y tratamiento de tumores de distinta etiología: digestiva, endocrina, etc. Pude comparar, no sólo la diferencia en el manejo del paciente crítico con respecto a la sanidad española en cuanto a protocolos de sedación, intubación, terapia antibiótica, etc sino también la importancia de la seguridad del paciente, la atención a las familias, la estratificación y el cumplimiento de las funciones según el puesto, conocer otra metodología de trabajo...

La labor diaria en MICU se realiza por grupos de 2 residentes supervisados por un fellow de la especialidad y todos bajo el mando del propio staff que es el responsable

final. Consta de un equipo de apoyo no médico que comprende entre otros a enfermeras, celadores, a los terapeutas respiratorios (se encargan de la asistencia respiratoria desde el momento de la intubación ayudando desde a la técnica y preparación para vía aérea hasta la conexión del paciente al ventilador, realización de cambios de modalidad respiratoria una vez ordenado por su médico referente, aspiración de secreciones, acompañan al paciente a las pruebas que se realizan fuera de la unidad, etc.), al equipo de técnicas de ultrasonografía (realizan las pruebas de imagen, ya sea para diagnóstico como para realización de técnicas guiadas por ecografía como paracentesis o toracocentesis) y personal administrativo que están dentro de la unidad y facilitan el contacto con la familia, otros servicios y hospitales externos.

Mi trabajo consistía a primera hora en hacer repaso de los 16 pacientes valorando los informes de las últimas horas y los resultados de pruebas complementarias solicitadas. Asistía a la sesión clínica de temas generales con una puesta al día y después realizábamos la ronda con el fellow y el staff responsables, además de los residentes de diferentes años, estábamos acompañados por un farmacéutico y un nutricionista. Se decidía el plan a seguir y se realizaban las consultas, técnicas o pruebas a lo largo de la mañana. Colaboré en la realización de diferentes técnicas, sin llegar a hacerlas con total responsabilidad, debido a la política norteamericana y al acuerdo de ser sólo observador. Se hacía una tercera ronda de repaso. Para terminar la jornada, nos reuníamos en una pequeña sesión en la que se preguntaban dudas de aspectos generales en asistencia sobre un tema propuesto el día anterior y se sugería bibliografía para el día siguiente.

NICU (18/03 al 29/03)

El trabajo en NICU se llevaba a cabo fundamentalmente por Staff con diferentes especialidades: Neurocritical Care, Stroke and Vascular Neurology y Neurology sobre todo. Tenían sólo 2 residentes y unas enfermeras auxiliares que atendían a los pacientes en un puesto intermedio entre enfermeras y residentes, siempre supervisados por el Staff. Además contaban con el equipo habitual de la UCI: enfermeras, celadores, técnicos de imagen, etc.

En la UCI de cuidados neurológicos se comenzaba la jornada con una sesión clínica junto a radiólogos para comentar todas las pruebas de imagen. Pasábamos a una ronda de pacientes junto a un Fellow y un Staff, ayudados por un nutricionista y un farmacéutico. En esta ocasión la patología que habitualmente se veía eran HSA, ACV, Epilepsia, Cuidados postquirúrgicos de pacientes con neoplasias cerebrales, PRESS (una patología poco diagnosticada en nuestro ámbito) . Se canalizaban también vías venosas y arteriales, se realizaban intubaciones y otras técnicas habituales en todos los hospitales, pero además pude aprender como se realiza la colocación del catéter en el bulbo de la yugular para hacer mediciones del consumo de O₂, cosa que no había visto anteriormente. Se les hacía doppler transcraneal por protocolo a todos los pacientes con HSA y a muchos de los ACV. El doppler transcraneal era realizado por técnicos en

ecografía. Posteriormente se hacían consultas con los neurocirujanos y neuroradiólogos vasculares, para decidir actitud y tratamiento a seguir, muy diferente de la experiencia que yo he vivido anteriormente. En esta rotación, pude comparar los tratamientos de complicaciones de las HSA,(en esta unidad realizan con una monitorización invasiva para cumplir unos objetivos terapéuticos), el tratamiento para control de PIC (como la utilización de la hipotermia mejorar la hipertensión intracraneal refractaria al tratamiento médico)..

Una vez a la semana se hacía una revisión actualizada de un tema en general relacionado con la medicina intensiva desde manejo de respiradores hasta fluidoterapia. Diariamente se hacía repaso de las patologías más frecuentes como HSA y se nos daba bibliografía con artículos recientes y se explicaban los estudios que se estaban realizando y las teorías que intentaban demostrar así como crítica de los mismos.

Una práctica que se hacía en cada departamento de la UCI, que me pareció muy interesante era la realización semanal de una sesión especial de autocrítica: mortalidad y morbilidad. En estas sesiones se planteaba unos casos específicos con resultado de muerte del paciente y se repasaba los posibles fallos y mejoras que se podían realizar . Estaban supervisadas por un Staff de amplia experiencia, ajeno al servicio. Terminaban con un informe que se pasaba a una comisión para valoración y unas recomendaciones para el futuro de encontrarse en situación similar.

En general me ha parecido una experiencia muy positiva. A pesar de haber trabajado anteriormente en otros hospitales españoles, he podido comprobar que hay una metodología de trabajo muy diferente con buen resultado de la que podemos aprender y extraer lo mejor para aplicar en nuestra sanidad. Ha sido una gran oportunidad ser aceptada para la rotación en este hospital en particular.

Dra. María Palma Benítez Moreno