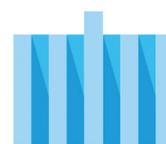




UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



HOSPITAL DE CLÍNICAS
Dr. Manuel Quintela

ÁREA DE CUIDADOS INTERMEDIOS O ÁREA DEL PACIENTE GRAVE NO CRÍTICO

EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO: HOSPITAL DE CLÍNICAS
CLÍNICA MÉDICA C. PISO 8

A 30 AÑOS DE SU APERTURA
4 DE ENERO 1986

HISTORIA DE SU CREACIÓN Y 1os. 15 AÑOS

PROF. EMER. DR. JORGE TORRES

SUMARIO

1. ÍNDICE
2. INTRODUCCIÓN
3. ANTECEDENTES DOCTRINARIOS
4. PROPUESTAS
5. 1985: PROGRAMA Y PLAN DE EJECUCIÓN DEL A.C.I.
6. APERTURA: 4/1/1986
7. 1986: PUESTA EN MARCHA. ACTIVIDADES
8. 2/1990: - EVALUACIÓN POR FACULTAD DE MEDICINA
- RESOLUCIÓN DE CREACIÓN DE A.C.I.
- EN TODAS LAS CLÍNICAS DE FACULTAD DE MEDICINA
9. ACTIVIDADES 1990-2001
10. EXTENSIÓN DE LABOR DE ASISTENTES DE TODAS LAS CLÍNICAS DEL HOSPITAL DE CLÍNICAS EN EL A.C.I.
11. FUTURO

ÍNDICE

1) INTRODUCCIÓN

2) ANTECEDENTES

- Asistencia Médica Progresiva Dr. Villar y col. Programas y Planes (Informe en Libro sobre Hosp. de Clínicas: Dres. Wilson, Turnes, Nowinski)

- Algunos movimientos hasta 1984.

- Dr. Torres y colab. Clin. Med. C. Hospital de Clínicas. Piso 8. Nuestra Doctrina.

 - Programa y Plan Global de Clin. Med.

 - Programa y Plan A.C.I.

(Algunos matices Doctrinarios y Operativos con Plan Villar)

3) PROPUESTAS

- ◇ Presentación a Hospital de Clínicas. Matices operativos y consensuales
- ◇ Aprobación por Hospital de Clínicas para el Área Médica y el Área Q. del Plan
- ◇ Presentación a Facultad de Medicina
- ◇ Aprobación por Facultad de Medicina

4) AÑO 1985 - PRIMEROS PASOS - PROGRAMA Y PLAN PARA LA CREACIÓN DEL ÁREA DE CUIDADOS INTERMEDIOS

COMISIÓN GENERAL Y COMISIONES DE ESTUDIO CONJUNTAS Y SEPARADAS PARA MEDICINA, CIRUGÍA Y ENFERMERÍA.

A. OBJETIVO: PACIENTE GRAVE NO CRÍTICO

- ◇ Definición
- ◇ % de pacientes graves no críticos en Hospital de Clínicas

B. OBJETIVO: PACIENTE GRAVE NO CRÍTICO

- ◇ **Sala de necesidades materiales**
 - Camas
 - Área enfermería limpia / sucia
 - Baños pacientes
 - Material de sala: oxígeno, aspiración, monitorización, etc.
- ◇ **Área reanimación**
- ◇ **Área médica:** sala para diálogo del equipo, intercambio con especialistas, archivo (de datos, elaboración de trabajos, etc.)
- ◇ **Cuarto y baño médico:** construcción Hospital de Clínicas - Ministerio de Obras Públicas

C. ORGANIZACIÓN

- ◇ **Pacientes:** número
- ◇ **Personal Médico:**
 - número
 - distribución horaria
 - formación médica: extensión horaria, cursos médicos, Med. Q., Aprendizaje de maniobras: VVC, intubación orotraqueal, otras.
- ◇ **Personal no Médico:**
 - número.
 - distribución horaria
 - formación: cursos teóricos, cursos de procedimientos, etc. % de pacientes graves no críticos en Hospital de Clínicas

D. FUNCIONAMIENTO

- ◇ **Normas ingreso:**
 - normas en sala
 - pases de guardia
 - interconsultas
 - informe a familias
 - normas de egreso
- ◇ **Programa de Reuniones Conjuntas con CTI (semanal y mensual)**

5) APERTURA 04/01/1986

6) PUESTA EN MARCHA - ACTIVIDADES 1986-1989

- ◇ **Concretamos previamente**
 - a) Infraestructura
 - b) Organización
 - c) Funcionamiento
 - normas
 - protocolo
- ◇ **Actividades**
 - Asistenciales
 - Docentes
 - Líneas de trabajo y/o Investigación Clínica
 - Libro I 1989: Paciente Grave no Crítico con capítulos dirigidos a las líneas temáticas iniciales eminentes
 - Relato en XIX Congreso Nac. de Med. Interna (1989): Síndrome de Hipo perfusión Renal, Insuficiencia Respiratoria Aguda en EPOC, Infecciones en Inmuno comprometido, Angina inestable.

7) EVALUACIÓN 1986-1989

- ◇ Informes a Facultad de Medicina
- ◇ Decisión histórica Fac. de Med.: analizada la experiencia realizada se decide que todas las Clínicas Médicas y Quirúrgicas de Facultad deberán en el futuro tener un Área de Cuidados Intermedios

8) 1990-2001

- ◇ **Actividades**
 - Asistenciales
 - Cursos
 - Libro II (1992): con capítulos referidos al análisis de nuestra experiencia en nuevas líneas
 - Relato en XXVI Congreso Nacional de Medicina Interna (1997): Estudio Comparativo de Series Iniciales (1989) con las de años subsiguientes
 - Libro III Postoperatorio: recoge la experiencia sobre 5 situaciones frecuentes en que participa el Internista en su estudio y solución

9) PLAN PARA FORMACIÓN DE INTERNISTAS DE OTRAS CLÍNICAS

Extensión de formación en A.C.I. de Internistas en otras Clínicas a través de un Plan de Trabajo de todos los Grados en A.C.I. y en Emergencia.

10) ÚLTIMOS AÑOS - PRESENTE

11) FUTURO

INTRODUCCIÓN

El problema...

En las últimas décadas se han producido avances científico-tecnológicos impresionantes que marcan la historia universal en su período moderno.

Un ejemplo es lo sucedido en Medicina. Basta con detenerse en el descenso de la mortalidad infantil y en la prolongación promedial de 20 años en la duración de la vida.

La profesión médica ha tenido que adaptarse incorporando conocimientos y destrezas a su quehacer a los efectos de brindar la mayor calidad asistencial. La mayor complejidad asistencial fue una de las causas para el surgimiento de nuevas especialidades y subespecialidades.

Simultáneamente por los años 60-70 irrumpe una nueva concepción asistencial, la Asistencia Médica Progresiva, impulsada en nuestro medio desde el Hospital de Clínicas, Hospital Universitario, por el Profesor Dr. Hugo Villar, basada en el tratamiento de los enfermos en áreas diferenciadas de acuerdo al momento evolutivo de su enfermedad, con lo que se lograría una cobertura asistencial más eficiente.

Un ejemplo es la creación de la Medicina Intensiva con el descubrimiento de técnicas de soporte vital para sistemas que habían claudicado (respirador artificial, diálisis renal, reanimación cardíaca) los que prolongaron la vida de pacientes que de otra manera hubieran fallecido, otorgando tiempos para la acción de tratamientos de fondo que revirtieran la situación patológica. A lo que se agregaron las técnicas de monitoreo de dichas funciones. Ello llevó a profundizar en el diagnóstico fisiopatológico y en el pronóstico vital para hacer más precisas las indicaciones de las técnicas antedichas.

A partir de este Programa nace la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) que se ocupará desde entonces del tratamiento de sostén de pacientes críticos.

Así se consolida la Medicina Intensiva como especialidad.

En aquel entonces se produjeron discrepancias e incomprensiones con quienes creían que los nuevos paradigmas dejaban a un lado el pensamiento clínico tradicional privilegiando el quehacer sobre el saber, en base a la corrección de hechos fisiopatológicos, sin aun haber completado todos los pasos diagnósticos.

Era así que desde ciertos sectores de Medicina Interna achacaban a Intensivistas que solo trataban exámenes (papeles) y no al paciente mientras que los Intensivistas decían que los internistas en los tiempos diagnósticos dilataban decisiones terapéuticas y exponían al paciente a un mayor riesgo de muerte.

Nosotros señalábamos que la discusión era anacrónica y que los Internistas deberíamos discutir cómo y por quiénes incorporar todos los avances de esa área a la cura de nuestros enfermos.

Particularmente nos deteníamos en el paciente grave no crítico, bajo nuestra responsabilidad, al cual no volcábamos todos los conocimientos y destrezas científico-tecnológicas que se habían incorporado al saber médico.

No era posible que tras una actividad matinal de 4 a 5 hs. quedaran sin observación hasta la mañana siguiente 4 a 5 enfermos en cada sala, alguno de los cuales perdía su vida por acontecimientos que no conocíamos en profundidad y que si tenían corrección, no era posible en ese contexto.

La valoración fisiopatológica de lo que sucedía con los pacientes graves no críticos, su corrección y monitoreo conllevaba, sin discusión para nosotros, a la necesidad de crear un área de observación durante 24 hs.

Ese era uno de los argumentos para apoyar la creación de Unidades Especiales, las Áreas de Cuidados Intermedios (A.C.I.) la que ya había sido visualizada por quienes como Villar y colaboradores la propiciaban en su concepción de Asistencia Médica Progresiva.

Admitíamos que la responsabilidad asistencial sobre el Paciente Grave no Crítico debía discutirse. ¿Cuál de las estructuras vigentes en Facultad de Medicina darían respuesta: ¿las Clínicas Médicas y Quirúrgicas? ¿Medicina Intensiva?

¿Nuestra Clínica Médica? Algunas reflexiones previas

No debe confundirse la Clínica con la Patología que persigue el conocimiento de las enfermedades, no su reconocimiento. En las últimas décadas se han sucedido enormes avances científico-tecnológicos que se han volcado a la patología y a la clínica.

En el campo de la patología esos avances sucedieron particularmente a través de los Ensayos Clínicos Aleatorios y en la Medicina Basada en la Evidencia (M.B.E.). Son herramientas probabilísticas que surgen del análisis de grandes grupos de pacientes con similitudes. Todo ello nos ha permitido generar y adquirir conocimientos más certeros. Junto a los progresos en las tecnologías de diagnóstico y tratamiento disminuyen nuestras incertidumbres, nos acercan a la verdad para el diagnóstico de los casos particulares. Tal importancia le asignamos a estos avances que en 1984 realizamos el 1er. Curso de Metodología de Investigación para Docentes por Prof. M. Martell, R. Roca, M. Martínez, L. Delgado, seguidos de otros similares en años siguientes y en 1997, de mayo a agosto, jornadas sobre M.B.E. tomando como base el apoyo de la publicación de un número íntegro de JAMA dedicado al tema y con el de invitados extranjeros: Prof. A. Ruiz Morales e I. D. Sierra.

Pero con los avances en patología no es suficiente. El médico debe adaptarlos a la solución del caso individual, a través de la práctica clínica.

La Clínica es la rama de la Medicina que procura reconocer si alguien está enfermo, formular un diagnóstico de cuál es su enfermedad, su pronóstico y tratar de cambiar esa realidad a través de un tratamiento.

El Clínico trabaja en el área de la Medicina como una Ciencia Práctica. Lo hace a punto de partida de la relación médico-paciente, en una forma ordenada, sistematizada y metódica que es el método clínico.

El método clínico es también un método científico: reconoce un problema, se recogen datos (síntomas, signos), se analizan, se postulan hipótesis diagnósticas, se confirman por exámenes, se establece un pronóstico y se actúa para modificar esa situación.

El Médico internista asiste en el marco antes mencionado.

Pero la mejor solución no la obtendrá si el método clínico no considera al paciente desde un ángulo holístico, integral, no solo biológico sino también psico-social-laboral-económico, cercano a la historia de sus vivencias y conociendo que su enfermedad se da en un contexto geográfico ambiental propio, elementos ineludibles a la hora de establecer conductas con fines a cambiar la enfermedad que el paciente padece.

Sigue vigente lo del gran clínico William Osler: "...la buena medicina clínica mezclará el arte de la incertidumbre con la ciencia de la probabilidad".

El clínico trata enfermos no enfermedades

Su cuerpo y su alma.

Para el tema que estamos tratando vale precisar que el diagnóstico biológico o somático implica no solo lo nosológico (la enfermedad que padece) sino que tiene componentes: **a)** el diagnóstico etiopatogénico a través del cual teorizamos sobre la causa y mecanismos por los cuales apoyan la enfermedad; **b)** el diagnóstico anatomopatológico o sea cuánto se modificaron las estructuras orgánicas; **c)** el diagnóstico fisiopatológico que valora las alteraciones de las funciones de órganos y sistemas y su cuantía, estos últimos con honda significancia en el pronóstico.

Los avances científico-tecnológicos intentan dar respuestas más precisas a lo que aportan los síntomas y signos. Es así en lo anatomopatológico a través de la imagenología, las biopsias, etc. En lo fisiopatológico exámenes como la gasometría en lo referente a función respiratoria, biología del medio interno en lo renal, etc.

En el paciente grave lo anterior tiene enorme significación porque la tecnología agregó técnicas de soporte vital (respirador artificial, hemodiálisis, etc.) y la posibilidad de un monitoreo evolutivo continuo (oximetría, electrocardiografía, etc.).

Ante las fallas funcionales vitales que requieren un inevitable uso de técnicas específicas y seguimiento sofisticado apoyábamos su solución a través de Centros de Cuidados Intensivos.

Pero cuando su detección, medidas terapéuticas y monitoreo exigían observación permanente sin apoyo de tecnologías sofisticadas, entendíamos para el caso de patologías médicas y quirúrgicas, que eran las clínicas médicas y quirúrgicas las que debían dar respuesta.

Pero esta historia tenía otra particularidad coyuntural, se daba en una Clínica que buscaba un camino que adaptara la Medicina Interna a los nuevos tiempos, en sus roles y en sus áreas de actuación.

Era una historia que sucedía en el marco de nuestra Medicina Interna. **La Medicina Interna como especialidad ha vivido siempre dentro de permanente dificultad para definir cuál es en realidad su concepto y sus límites.**

A nuestro juicio en futuros años se definiría:

(A) Por las áreas en que actúa como: **A1** - el responsable coordinador de la asistencia hospitalaria o sanatorial (3er. Nivel) de enfermos propios de la medicina interna, corresponsable de enfermos de especialidades médicas y de pacientes médico-quirúrgicos, así como pacientes graves no críticos constituyéndose con esas características en el médico hospitalario por excelencia; **A2** - el responsable de las Áreas de Asistencia Extrahospitalaria; **A3** - el consultante de médicos generales de 1er. Nivel en temas complejos (2º. Nivel). Esto último va sucediendo con la simultánea tendencia impulsada por Sistemas de Salud a que el Médico General se transforme en el médico de cabecera o de familia tan importante a 1er. Nivel.

(B) Por áreas del conocimiento médico de su competencia: **B1** - Enfermedades multisistémicas: Conectivopatías, Vasculitis, Aterosclerosis y sus factores de riesgo (Dislipoproteinemias, Tabaquismo, Hipertensión Arterial, Diabetes tipo II); **B2** - Pacientes con varias patologías o con comorbilidades, habitualmente multimedicados; **B3** - Enfermedad Tromboembólica; **B4**- Pacientes con dificultad diagnóstica (Fiebre Prolongada de Difícil Diagnóstico u otras); **B5** - Síncope; **B6** - Enfermo Médico-Quirúrgico; **B7** - Paciente Grave no Crítico.

(C) Por su responsabilidad en la formación de colegas internistas, especialistas médicos y generalistas.

En los límites comparte responsabilidades en el manejo de enfermos de Atención Primaria, Emergentes y Geriátricos.

Intentamos concretar lo anterior en el contexto de la ejecución de otros Programas y Planes en esos momentos vigentes: Asistenciales (en Policlínicas, Salas de Cuidados Moderados, Interconsultas), Docentes (pre y postgrados, extensión universitaria) y de Investigación: Dislipidemias, Fiebre Prolongada de Difícil Diagnóstico, Tromboembolismo pulmonar, Hipertensión arterial, Síncope, Neuropatía Autonómica, Enfermedades autoinmunes, Asma, Intersticiopatías, Nutrición, Insuficiencia Cardíaca, Infecciones.

Además en su quehacer en la Clínica aspirábamos: a la práctica de una medicina **grupal e interdisciplinaria**, que superara una excepcional historia previa en nuestro medio de medicina individual y enciclopedista; a incrementar las habilidades en la **comunicación** con el paciente, la familia y el medio; a respetar la **autonomía del paciente** en la toma de decisiones diagnóstico-terapéuticas que le conciernen; a atender a los **problemas sanitarios de la población** con conocimiento preciso de la epidemiología; a incentivar la rigurosa **investigación clínica**; potenciando la resolución de problemas respaldados en la **Medicina Basada en la Evidencia**; a procurar un mayor conocimiento de **problemas médicos legales** así como nuestra organización sanitaria; apoyando el **Desarrollo Profesional Médico Continuo**. Todo lo anterior debía realizarse **en el marco ético** de la profesión sin apartarse de un **humanismo riguroso**.

Todos estos conocimientos posibilitan la visión integral del paciente, no siendo propios de la Medicina Interna como especialidad, sino propios de la profesión médica cualquiera sea la disciplina que se trate.

El éxito o fracaso de un proyecto en estos tiempos frecuentemente depende más que de una performance individual, de la del grupo o equipo que la lleva a cabo.

Nuestra experiencia previa a ocupar la Dirección de la Cátedra nos mostraba que las Clínicas Médicas tenían un diseño más para el trabajo en equipo para el trabajo grupal.

El **equipo** tiene una composición jerárquica con liderazgos históricamente obtenidos, carrera docente con cargos con roles predeterminados, persigue la complementariedad interdisciplinaria entre sus componentes con distintos conocimientos específicos, el éxito se cree que es fruto de la confrontación en la deliberación, en las decisiones finales predomina la opinión jerárquica. En el **grupo** la participación tiende a ser más horizontal con mayor consideración por opiniones individuales, el liderazgo surge dentro del mismo grupo, tienen una dinámica que permite el intercambio de roles, evita roces personales innecesarios dada la tendencia en el modelo confrontativo a desvíos en el diálogo, cuando alguno intenta demostrar a los otros su mayor nivel alejándose del fin perseguido que es la solución del problema planteado.

Tratamos de incluir elementos de la dinámica de grupo. Creo que la experiencia tuvo, como era inevitable, componentes de ambas formas de trabajo. No olvidemos que la discontinuidad en los cargos de G3, G2 y residentes atenta contra la profundización del trabajo grupal. No obstante pensamos que se cumplieron los objetivos. El asistencial que era el brindar la asistencia de mayor calidad y el educacional que perseguía mantener e incrementar los conocimientos y destrezas de cada uno. Hoy a 30 años (4 enero 1986) del A.C.I. en Medicina creímos de interés recordar los acontecimientos que posibilitaron su concreción.

Pensábamos por lo anterior que había argumentos en el Hospital Universitario para que las responsables del Área de Pacientes Graves no Críticos lo fueran las Clínicas Médicas y Quirúrgicas: a) por

el conocimiento de la historia integral y las ventajas del seguimiento longitudinal del paciente, en caso de evolución favorable, en otras aéreas de nuestra competencia; **b) por la ausencia de necesidad de utilización de soportes tecnológicos sofisticados** de tratamiento y monitoreo; **c) por la masa crítica numerosa y calificada, en aquel momento, de Internistas** que podría enfrentarse a una población que de acuerdo a estudios estimativos oscilaba entre 15 y 20 % de la población hospitalaria total; **d) por la propia historia formativa de los Intensivistas** que, como dijimos, eran en gran parte previamente internistas y/o cirujanos hacía pensar que la adquisición de mayores conocimientos y destrezas era, como el tiempo lo demostró, posible.

Todo era concordante y posibilitaba el desarrollo de nuestra doctrina sobre la concepción de la Medicina Interna.

En cuanto al nombre del área, lo predominante era llamarla Área de Cuidados Intermedios. Para nosotros era un asunto menor frente a la determinación de crear el área para enfermos médicos y quirúrgicos para cambiar el delicado momento evolutivo que vivían esos pacientes. La denominamos, Área de Pacientes Graves no Críticos y bajo este nombre se escribieron 4 libros y se realizaron los Relatos de la Clínica en los Congresos de Medicina interna de 1989 y 1997. Así también lo transmití en Conferencia en Congresos Internacionales en Buenos Aires y en Paraguay sustentando nuestra visión de la Medicina interna. No obstante se la reconoce como Área de Cuidados Intermedios.

Las propuestas...

Me detengo en que el impulso que nos llevó a planteos iba en consonancia con la concepción hospitalaria del Dr. Villar y colaboradores. Si bien esta concepción no perdía de vista una repercusión universitaria global, estaba enfocada particularmente desde lo asistencial y nosotros enfatizamos no solo en lo que significaba para el paciente, el objetivo de nuestra profesión, sino para los propios Internistas que, con ese acercamiento más extendido e inmediato en momentos graves, iban a crecer en conocimientos y destrezas que previamente no tenían, lo que significaba un seguro cambio de la Medicina Interna como a nuestro juicio se produjo.

En este contexto hubo coincidencia con las autoridades del Hospital de Clínicas cuya Directiva y Dirección decidieron comenzar, atendiendo además a la coyuntura en que se debía iniciar el proceso, con la instalación de Unidades de Cuidado Intermedio en una Clínica Médica, para el caso el Piso 8 que había reinstalado fuertemente el tema (Prof. Jorge Torres) y la del Piso 7 (Prof. Luis Praderi). Destaco que desde que ocupe la Cátedra mantuve conversaciones con destacados internistas luego especializados como Intensivistas : H. Artucio, H. Correa, C. Hiriart, D. Rivara, J. C. Bagattini, L. Tamborideguy, quienes me aportaron valiosísimas opiniones.

La historia: sus inicios, consolidación, resultancias

Es una historia en el Hospital de Clínicas, Hospital público Universitario bajo la egida de la Facultad de Medicina.

Es una historia dentro de la historia de la Medicina Interna.

Lo que narramos es una historia parcial. Solo nos detendremos en lo sucedido en una Clínica de una Cátedra de Medicina Interna. No olvidemos que simultáneamente nace un Área similar en Cirugía.

La narración de lo acontecido exige ordenamientos para su mejor entendimiento.

La generación del A.C.I. se hizo en suerte de "complejidad intelectual y fáctica" en que se superponían ambos aspectos. Había que concebir la nueva institución, darle forma al organismo: salas, recursos materiales, etc. (lo morfológico) y hacerlo funcionar, generando un grupo humano, definiendo sus funciones, conocimientos y destrezas para cumplirlos e imaginar normas y protocolos de ese funcionamiento (lo fisiológico).

Reiteramos: todo se superpuso, fue simultáneo, particularmente entre los años 1985 y 1986.

Como consecuencia se paró el nuevo organismo y se puso a andar.

Subrayamos que se abrió el área sin destaques, impulsados por el afán de no dilatar las ventajas que ello significaba para los pacientes y con la necesidad íntima de todos los actores de ver si la realidad convalidaba el proyecto.

La puesta en marcha del Proyecto tuvo una etapa inicial que abarcó 3 o 4 años, incluyendo el año 1985, preparatorio, uno de los más fecundos. Allí fue fundamental L. Tamborindeguy. Por el año 1987 a 1 o 2 años de culminar este 1er. período comienza una etapa de consolidación. Por aquel entonces invitamos a integrarse a la Clínica a Adriana Beloso a quien encomendamos la coordinación. A su inteligencia y competencia médica agregamos elementos personales para la marcha del grupo.

Por lo dicho anteriormente es una historia de los médicos que trabajaban junto a nosotros y que sin ellos no hubiese sido posible. Comprometidos con los objetivos y el proceso y además altruistas. Debió ser escrita por ellos e intentamos escribir lo que muchos pensaron e hicieron. Un ejemplo lo constituye Juan Alonso que desde el 2007 dirige la Clínica y es responsable último del A.C.I. En el año 1985 y fue uno de los siete asistentes a los que la Facultad de Medicina extendió su horario de trabajo en 20 hs. semanales para adquirir conocimientos y destrezas para afrontar tareas cuando se decidiera su apertura, que se produjo el 4 de enero de 1986. El 6 de enero tuvo su 1ª. Guardia en A.C.I. Desde entonces estuvo ligado a esta historia. Fue también una historia personal de particular riqueza para todos. Asistimos a través del A.C.I. a una adhesión inusual de sus integrantes a la vida hospitalaria.

Parecía como si el desarrollo individual se hiciera desde ese lugar en el que convivían horas, constituyendo el hospital un fuerte centro de su vida no solo médica sino intelectual y afectiva.

No hubiera sido posible sin el apoyo de la Facultad de Medicina, del Hospital de Clínicas y sus autoridades, del Área de Cuidados Intensivos, de Cirugía y particularmente del Departamento de Enfermería, excepcionalmente comprometido con el proyecto. Su participación desde las primeras etapas y durante esos 15 años fue tan relevante que merecería un capítulo aparte desde el ángulo de sus vivencias.

Estábamos fuertemente convencidos que esta concepción asistencial debería extenderse a otras Clínicas pero no ya como unidades vinculadas a cada clínica sino a las distintas disciplinas troncales (Medicina y Cirugía) y más adelante a especialidades (Cardiología, Nefrología, Neurología y otras). Para posibilitarlo planteamos al Decano Prof. Dr. Carlevaro y a las Clínicas Médicas del Hospital de Clínicas la conformación de un Dpto. de Medicina. Realizamos una 1ª. reunión con el Dr. Carlevaro y los directores de las 2 Clínicas restantes llevada a cabo en el Anfiteatro del Piso 8. Mantuvimos otras reuniones, pero no se concretó el Dpto. en aquella instancia. Se sostenía que ello disminuirá la competitividad entre las Clínicas fruto de diferentes concepciones, que pensaban que era un motor para el progreso de la disciplina. La realidad nos mostraba que se nos derivaban pacientes de muchas áreas del Hospital que se beneficiarían con la asistencia de los médicos que los trataban usualmente.

Por otra parte teníamos la convicción de que posibilitaríamos la mejor formación de los Internistas.

Con el Plan conjunto con Emergencia, que propiciamos con el Prof. Dr. R. Voelker avanzamos a la posibilidad de Área Comunes. La Inserción en el A.C.I. del Piso 8 de Asistentes y Prof. adjuntos de otras Clínicas era un paso en lo anteriormente planteado.

ANTECEDENTES

CONCEPCIÓN DE LA DIRECCIÓN DEL HOSP. DE CLÍNICAS

DR. HUGO VILLAR Y COLABORADORES

El Programa de Asistencia progresiva y su implementación

El 8 de agosto de 1961, apenas cuatro meses después de asumir como director, Hugo Villar presentó a la Comisión Directiva del Hospital de Clínicas un ambicioso proyecto titulado Programa de Asistencia Progresiva cuya autoría compartía con el Director Asistente Aron Nowinski y las Nurses: Dora Ibarburu, Lila Porta y María A. Rodríguez de Merli. Se trataba de aplicar el concepto de la atención progresiva, o sea la atención acorde con las necesidades del paciente. En un principio comprendería a pacientes hospitalizados, llegando a la introducción de los cuidados intensivos en un capítulo, de los mismos autores, sobre Centro de Tratamiento Intensivo. El proyecto fue aprobado por la Comisión Directiva y elevado a consideración del Consejo de la Facultad y fue objeto de una publicación interna.

Pocos días después de su aprobación por la Comisión Directiva del Hospital de Clínicas, Villar y Nowinski llevaron los planteos para el financiamiento de este programa a la reunión del Consejo Interamericano Económico y Social (CIES) que se celebró en Punta del Este del 5 al 17 de agosto de 1961 para discutir la Alianza para el Progreso. Llevaban el respaldo de Abraham Horwitz, Director General de la OPS y de José A. Mora Otero, Secretario General de la Organización de los Estados Americanos (OEA). Esta iniciativa no prosperó, por una fuerte oposición por parte de la Asociación de los Estudiantes de Medicina (AEM) y la Federación de Estudiantes Universitarios del Uruguay (FEUU), críticos de la Conferencia y la Alianza para el Progreso. Es de recordar que a esta reunión asistió como delegado de Cuba, el Ministro de Industria Ernesto Guevara, quien tuvo un papel protagónico como opositor a la mencionada Alianza para el Progreso y congregó la simpatía de las organizaciones de izquierda del país.

Al año siguiente, en 1962, el Programa de Asistencia Progresiva aparece publicado en dos artículos en números sucesivos en la revista especializada del Hospital, de amplia difusión en el ámbito ibero-latinoamericano.

Por considerarlo de interés, se transcriben las Consideraciones finales de estos artículos, que presentaban la idea a la consideración de los administradores de salud del Continente, casi diez años antes de que fuera una realidad en Uruguay.

“Hemos estado señalando las ventajas de esta nueva tendencia en organización hospitalaria que se ha venido imponiendo en los últimos tiempos en otros países. En resumen, ellas implican un mejor aprovechamiento de personal y equipos y una mayor proyección de las facilidades asistenciales a la comunidad.

Esto significará la realización de los objetivos del Hospital en forma más completa, tanto en su fase asistencial como preventiva y docente. No obstante, sus proyecciones serán aún mayores, ya que este tipo de organización puede ser la respuesta, en materia de organización hospitalaria, para aquellos países que, como el nuestro, son áreas subdesarrolladas del continente, viven una carencia permanente de personal y equipos.

Deseamos llamar la atención de las autoridades sobre el hecho de que no existe todavía en América Latina una organización hospitalaria de este tipo, por lo que nuestro Hospital, nuestro Centro de Cuidado Progresivo podría ser un Centro piloto regional donde se experimentará, entre otros aspectos, en materia de administración hospitalaria

ria, llegando a determinar niveles de asistencia, tipo y cantidad de personal, en los distintos sectores del proyecto.

Nosotros mencionamos este hecho porque cuando es necesario realizar previsiones para la organización de servicios hospitalarios en América Latina, hay que manejarse con índices, con niveles asistenciales, de otros países que no corresponden a esta área, donde las posibilidades son distintas; lo que determina que muchas veces estos niveles no sean aplicables al área que se analiza. Por ejemplo en materia de enfermería, en América Latina nos manejamos con índices de horas de atención de enfermería, de porcentaje de personal profesional y no profesional, de número total de enfermeras, etc. que han estudiado fundamentalmente en Estado Unidos y en Europa, por posibilidades y necesidades diferentes a las nuestras.

De manera que este aspecto, que nosotros señalamos, al dejar dicho que sería el primer centro en América Latina con esta organización, **permitiría ir elaborando experiencia propia, índices propios**, que evidentemente serían de utilidad para hospitales similares al nuestro.

Nuestro Hospital también puede ser un centro docente regional, donde, tanto técnicos nacionales como extranjeros, se especialicen en la utilización de aparatos de fisiología aplicada, en el sector de Cuidado Intensivo; en el cuidado y enseñanza del paciente a lo largo de todas las etapas; y entrarían en contacto con la familia y la comunidad, por medio de la asistencia domiciliaria.

Un proyecto de este alcance contaría, sin duda, con el apoyo de organizaciones internacionales, cuyos cometidos son propender al desarrollo socio-económico de los pueblos.

Para terminar, digamos que **poner en marcha un** proyecto de esta naturaleza, **obligará a ir por etapas**. Primero, porque es necesario preparar para cada uno de los centros, y eso lleva tiempo y no se puede hacer en forma simultánea. Segundo, condicionado fundamentalmente por razones económicas, porque el equipamiento tiene que ser gradual. Tercero, para ir haciendo también una experiencia gradual antes de iniciar nuevas etapas en el desarrollo del proyecto.

En principio pensamos **que la etapa más costosa** por el tipo de equipamiento que requiere es la del **Centro de Tratamiento Intensivo**. Las demás implican fundamentalmente completar los equipos actuales del Hospital para realizar la asistencia y la docencia en mejores condiciones, y además, para posibilitar el uso como centro de entrenamiento de posgrado. Cronológicamente, las etapas en que se cumpliría el proyecto estarían sujetas a un estudio posterior en el que se barajarían las posibilidades del equipo y personal en forma muy detallada".

Coincidiendo con estas ideas, el Hospital de Clínicas se fijó como primer objetivo la organización del Centro de Tratamiento Intensivo. Como ya se ha expresado, en marzo de 1970 Villar formó un grupo de trabajo de enfermeras universitarias para la organización del funcionamiento futuro de la Unidad. En mayo de 1971 comenzó la etapa de puesta en marcha del CTI y el 9 de agosto se asistió al primer paciente crítico.

A la puesta en marcha del CTI en 1971 siguió la habilitación en 1985 de una Sala de Cuidados Intermedios Médicos en el piso 8, en la Clínica Médica "D" del Prof. Jorge Torres y una Sala de Cuidados Intermedios Quirúrgicos en el piso 7, en la Clínica Quirúrgica "F" del Prof. Luis A. Praderi.

NUESTRA CONCEPCIÓN

DR. J. E. TORRES. CLÍNICA MÉDICA. PISO 8

Entre los múltiples documentos seleccionamos lo escrito en el Informe Anual de 1985 dirigido al, entonces, Decano Prof. Dr. Carlevaro:

"Desde el punto de vista doctrinario partimos del concepto de que debe realizarse Asistencia Médica Progresiva.

Supone la existencia de acuerdo a la etapa aguda o crónica, el período crítico o no de la enfermedad de niveles de observación y terapéutica diferentes.

La Clínica Médica realiza asistencia en una misma Sala a pacientes de Cuidados Moderados o Autocuidado así como a Enfermos Graves No Críticos.

No existe un Área de Cuidados intermedios para la asistencia de pacientes que en etapa aguda, grave no crítica de la enfermedad que requieren observación y tratamiento muy frecuente, en Salas acondicionadas específicamente.

Esto constituye una grave carencia asistencial desde que se realiza su atención en el Área de Cuidados Moderado con una observación además de solo 4 a 5 horas durante la mañana.

Advertimos que en los últimos años se ha generado una fuerte discusión doctrinaria en que la Medicina Interna cuestionaba a la Medicina Intensiva atender resultados de desórdenes consignados en papeles, mientras a su vez la Medicina Intensiva pensaba que los Internistas con su discusión centrada en el diagnóstico nosológico más preciso no daba solución a problemas vitales que no admitían espera.

Manifestamos que la discusión era anacrónica y debía centrarse no solo en como extender avances tecnológicos de soporte vital sino en la interpretación fisiopatológica, que más allá de haber logrado un diagnóstico nosológico preciso nos permitía un mejor manejo terapéutico.

La brecha entre el Área de Cuidados Moderados y el Área de Cuidados Intensivos debe llenarse sin demoras.

Por otra parte en la medida que no se asiste correctamente esta instancia, no se construye un cuerpo de conocimientos con sólida base científica que sirva de sustento a la docencia y a la investigación. O sea que la Medicina Interna a nivel de las Clínicas Médicas Universitarias no cumple en los mejores niveles la labor asistencial, docente y de investigación en un área de su responsabilidad.

Insistimos en que esta área va a influir en la formación de los Internistas y otros técnicos dado que le permitirá agregar conocimientos, habilidades y destrezas en campos clínicos no abordados con la suficiente profundidad. Particularmente se añadirían a las destrezas diagnósticas otras de manejo terapéutico que parecían tradicionalmente más propias de la llamada Medicina Externa (quirúrgica y afines) así como el manejo de nuevas tecnologías.

Percibimos que asistiremos a cambios que den nueva fisonomía a la Medicina Interna."

Reiteramos estos conceptos en otros informes. Es así que años después **en la Introducción del Relato de la Clínica sobre Paciente Grave no Crítico en el Congreso Nac. de Med. Int. de 1997 decíamos:**

"El Médico Internista se ve enfrentado a asistir a su paciente en distintos momentos evolutivos de la enfermedad.

En los últimos años se han hecho grandes avances en el tratamiento en las instancia críticas de la patología a través del desarrollo de las Áreas de Cuidados Intensivos.

Estos avances deben modificar nuestra conducta con el paciente grave no crítico, lo que posibilitaría una expectativa de vida mayor.

Su manejo no se compadece de un período de observación breve, que en nuestros hospitales es de 4 a 5 hs., en enfermos habitualmente internados en áreas indiferenciadas junto con pacientes de cuidados moderados.

Es que en este momento de su enfermedad suceden permanentemente hechos clínico-evolutivos que, de no ser detectados de inmediato, pueden llevar a la muerte.

Lo anterior conlleva la necesidad de que el médico internista enfrentado a estas circunstancias profundice en la observación clínica, enriquezca los perfiles diagnósticos y particularmente haga un manejo adecuado a las situaciones cambiantes.

Por otra parte, en forma paralela con este desarrollo de la clínica, en el campo de la patología se ha producido a nuestro juicio, en los últimos tiempos, una modificación en el enfoque por el cual, sin dejar de lado los aspectos etiológicos, se ha puesto mayor énfasis en elucidar los mecanismos de alteración fisiopatológica.

La praxis médica y el conocimiento básico se conjugan para la obtención de importantes avances.

Hoy en día tiene tanto significado reconocer un germen productor de una enfermedad infecciosa como una hipopotasemia o un gasto bajo.

Por otra parte, el médico internista tiene la posibilidad privilegiada de asistir a su paciente en todas las instancias de la enfermedad.

Es el concepto de asistencia médica progresiva.

Pero esta situación no debe ser solo la de un observador privilegiado, sino que debe asumir la plenitud de su rol protagónico en cada momento.

En definitiva, la medicina interna, en la medida que trabaje en esta dimensión, se enriquece de contenidos y es protagonista de un enfoque actualizado de la medicina.

Sin abandonar otras áreas propias, con énfasis en el diagnóstico, se introduce más profundamente en el manejo de la enfermedad.

Cuando asumimos la Cátedra de Clínica Médica en 1981, nos encontramos con que la clínica no realizaba la asistencia del paciente grave dentro del marco anteriormente enunciado.

Como consecuencia de lo anterior no se enseñaba ni se investigaba plenamente a su propósito.

Sentimos la necesidad de pasar de la idea a la concreción de una nueva realidad. Para cumplir con lo anterior se elaboraron proyectos sobre un área de pacientes graves no críticos, la llamada área de cuidados intermedios.

Los proyectos dieron lugar a planes particularmente sobre planta física y materiales y para la formación del personal médico y no médico.

Se puso en funcionamiento en enero de 1986.

La realidad reflejó lo que se había pensado.

La asistencia del paciente grave en un monitoreo clínico de 24 hs. mostró una dinámica de acontecimientos que justifican ampliamente nuestra concepción."

Se suscitaron discrepancias sobre si estas Áreas debían estar integradas a las Clínicas Médicas y Quirúrgicas o serían subsidiarias del Área de Cuidados Intensivos.

La Directiva del Hospital de Clínicas decidió que debían funcionar en las Clínicas Médicas y Quirúrgicas.

Otro tanto decidió el Consejo de la Facultad de Medicina.

PROPUESTAS

En base al Proyecto de la Clínica en Cuidados Intermedios hicimos propuestas para ponerlos en práctica al Hospital de Clínicas y las autoridades de la Facultad de Medicina.

Propuestas al Hospital de Clínicas

Participábamos de la concepción asistencial del Dr. Villar de Asistencia Médica Progresiva, que incluía en el enunciado inicial la instalación de U.C.I. en Clínicas Médicas y Quirúrgica.

Su concepción, si bien acentuaba lo asistencial, incluía las características que se dan cuando transcurren en un Hospital Universitario proyectadas a lo docente y a la investigación.

Nuestra intencionalidad remarcaba fuertemente la proyección docente, en el caso particular en la formación de los propios docentes así como la investigación de un momento muy particular del discurrir de las enfermedades.

La propuesta que presentamos en la Directiva del Hospital de Clínicas la cual integrábamos como representantes del orden docente fue rápidamente aceptada.

En el **Acta No.2º 8/6/1985** decíamos (Prof. Dr. Jorge Torres):

"...quería fijar en esta primera Instancia nuestra posición sobre la relevancia que le asignamos a este hecho en la marcha de la medicina nacional.

...creemos que es un paso muy importante que lamentablemente se debió cumplir tiempo atrás siguiendo al paso inicial de creación del Área de Cuidados Intensivos...

...en segundo término tampoco se nos escapa la importancia que tiene para el Hospital en tanto dinamizador de la vida hospitalaria... esto se está asemejando para todos los pisos, dejando de lado Emergencia y Cuidados Intensivos a la transformación de una fábrica que trabaja unas pocas horas y el resto del día no y no se puede concebir tener una estructura material y humana como la que tenemos..."

PROPUESTA PROYECTO DE ÀREA DE CUIDADOS INTERMEDIOS

INFORME QUE ELEVAMOS A LAS AUTORIDADES EN EL 2º SEMESTRE DE 1985, MÁS EXPLÍCITO QUE EL PREVIO.

- En los puntos 1 y 2 se reitera la concepción que fundamentaba el proyecto
- En los puntos 3 y 4 hacíamos esbozo inicial de aspectos estructurales y funcionales del Área
- En el punto 5 lo que serían pasos inmediatos modificados en meses siguientes tras estudios más precisos

1) FINALIDAD

A) ASISTENCIAL

A.1. Los avances tecnológicos permiten una expectativa de vida para enfermos graves, que antes no la tenían.

En el momento actual la Clínica Médica que dirijo, no puede asistir en forma correcta a los pacientes internados, en todas las instancias de su enfermedad.

En efecto, las estructuras del Servicio permiten el estudio y tratamiento de enfermos que no requieren cuidados permanentes. Para los pacientes graves cuya atención es necesaria las 24 hs. del día, no existe infraestructura, ni personal que posibilite lo anterior.

Se ha creado una brecha entre el paciente crítico que se trata en C.T.I. (Centro de Tratamiento Intensivo) y el paciente no delicado que no requiere mayores cuidados, brecha en la que están inscriptos los enfermos graves, que debe llenarse de inmediato.

Ejemplo de esto lo constituyen enfermos con: sepsis graves, insuficiencias pulmonares o cardíacas descompensadas, serios desarreglos metabólicos que al ser dados de alta del C.T.I. no pueden recibir en nuestro Servicio el tratamiento adecuado que posibilite la consolidación de su mejoría. Del mismo modo, la agravación de un enfermo internado en nuestras Salas exige un traslado innecesario al C.T.I., lo que, de existir un área de cuidados intermedios, no sucedería.

Esto, en el momento actual está distorsionando el funcionamiento de los C.T.I., provocando internaciones en sus salas que serían innecesarias en otras condiciones.

A.2. El área de cuidados intermedios por otra parte, cubriría la asistencia del resto del Piso las 24 hs. desde que cualquier consulta en otra Sala sería fácilmente evacuada por los integrantes del área.

Por lo tanto, el funcionamiento del área de cuidados intermedios trae aparejado el funcionamiento de todo un piso 24 hs., lo que desde el punto de vista asistencial es hoy día ineludible concretar. La asistencia actual se extiende 4 o 5 horas en la mañana con un soporte durante el resto del día por el Servicio de emergencia no sólo sucede, sino que ya es imposible conceptualmente apoyarla.

B) DOCENTE

B.1. Con el funcionamiento de una Sala de Cuidados Intermedios, podrá cumplirse con una misión fundamental de las Clínicas, que es la de formar médicos y estudiantes en un área no abordada en el momento actual por ningún sector de la Medicina Interna. Esta es una grave carencia. No debemos olvidar que eso en las Clínicas de la Facultad de Medicina, donde debe aprenderse todo lo que permita una buena asistencia. Fuera de ella, los Médicos Internistas que allí se forman, son los que luego se enfrentarán en el ámbito extrahospitalario con enfermos graves. De ahí la magnitud del problema docente.

B.2. Por otra parte, el funcionamiento 24 hs. de la Clínica permitirá el abordaje de otras labores docentes con horarios vespertinos y nocturnos.

2) FUNDAMENTO

A) Internación de pacientes graves que requieren control estricto.

B) Concentración de estos pacientes, lo que se proyecta en:

- Mayor atención.
- Mayor rendimiento del Equipo Médico Sanitario.
- Menor internación en C.T.I. que contará con un área para traslado más rápido de los pacientes allí internados.

3) INFRAESTRUCTURA:

Comprende:

- A) Área geográfica o Planta física.
- B) Recursos materiales.
- C) Personal Médico.
- D) Personal de Enfermería.

A) ÁREA GEOGRÁFICA O PLANTA FÍSICA

El número de camas depende del número de camas del Servicio. Estadísticamente, se calcula en un 20% del total de camas disponibles. Creemos conveniente que el número no sea menor de un 10 - 12% en función de un relevamiento que realizamos en las Salas durante un período prolongado.

En el momento funcionan 4 Salas con 72 camas. Se necesitan 12 camas para cuidados intermedios. En el futuro, de las 5 Salas, una sería designada a esta función. Para la ubicación de dicha área se tendrá en cuenta:

- a) Existencia de oxígeno centralizado.
- b) Aspiración centralizada.
- c) La circulación no estará restringida para familiares y personal docente del Servicio.
- d) La circulación estará restringida para el alumnado, pero dada la finalidad docente, el mismo tendrá acceso en forma ordenada. Para lo anterior se localizará de preferencia, en Sala 4 o en el futuro en Sala 5.

B) RECURSOS MATERIALES

- a) Carro de reanimación (con desfibrilador, marcas Life-Pack o Cardio-Pack).
- b) Osciloscopios (marcas: Hewlett-Packard o Mennen-Greatbach).
- c) 2 carros de curación para enfermos sépticos y asépticos.
- d) 2 bandejas de intubación.
- e) Aparato de RX portátil (se realizarán aproximadamente 4 RX diarias).
- f) Coordinación con otros Servicios, para realizar exámenes de Laboratorio, Técnicos de Medicina Nuclear, etc.
- g) Aparato para Gasometría. Se puede coordinar su utilización con servicios que lo poseen.
- h) Material no restringido para vías venosas, punciones, descubiertas, etc.
- i) Disponibilidad de medicación para tratamiento completo.

C) PERSONAL MÉDICO

Funcionará con:

2 Grados II (Asistentes) las 24 hs. del día.

D) PERSONAL DE ENFERMERÍA

- Nurses y Auxiliares, las 24 hs. exclusivamente para esa área.
- El Personal será rotativo sólo cada 4 o 6.
- Realizarán pasaje con aprendizaje por C.T.I. y recibirán docencia del Personal de Sala.
- Ecónomo y dietista, los del Servicio.

ALGUNOS ASPECTOS DEL FUNCIONAMIENTO DEL ÁREA:

- Ingresarán pacientes con expectativa de vida tras la terapia.
- Regulará su internación, los Grados II y III del Área.
- Se prestará preferente atención en el futuro inmediato, a la asistencia común del paciente quirúrgico: postoperatorio que exija controles estrictos, enfermos con taras metabólicas y otros problemas médicos a resolver.

PROYECTO INMEDIATO:

ÁREA GEOGRÁFICA

- La correspondiente a los apartados de una sala, es decir, 6 camas.

RECURSOS MATERIALES

- Un carro de reanimación con desfibrilador.
- Dos osciloscopios.
- Una bandeja de reanimación.
- Un carro de curaciones.

PERSONAL MÉDICO

- La extensión horaria en 24 hs. semanales de 7 asistentes.
- Cargos de Enfermería
 - Los necesarios para el área.

Por lo tanto, en la 1era. etapa o inmediata se iniciará con recursos mínimos de equipamiento y basada sobre todo en recursos humanos.

En la 2ª. etapa a concretarse en un futuro próximo se ampliará el Servicio, para lo cual deberá incluirse el equipamiento de este programa en el PIP/85.

Finalmente, debemos subrayar que es un compromiso ineludible de la Medicina Interna, el abordar en el momento actual la asistencia y docencia en un área como la proyectada. Su repercusión en el campo docente es tan relevante, que no concebimos para el futuro al Hospital de Clínicas y otras Cátedras de Medicina en Hospitales de Salud Pública, sin un Servicio de la naturaleza del expuesto.

Sin otro particular, saluda a Ud. atentamente,

Prof. Dr. Jorge E. Torres Calvete
Director de la Cátedra de Clínica Médica
Hospital de Clínicas Piso 8

- Aprobación por Facultad De Medicina de Área de Cuidados Intermedios.
- Aprobación de Extensión Horaria (20 horas semanales) para formación de docentes.

- 5 -

Hospital de Clínicas - Extensión de horario para la Unidad de Cuidados Intermedios

SEÑORA SECRETARIA. La solicitud del Hospital de Clínicas sobre extensión de horario para la Unidad de Cuidados Intermedios había pasado a la Comisión de Estructura, que ahora la eleva con informe favorable.

SEÑOR DECANO. Esta solicitud es antigua. La había hecho el Hospital de Clínicas y la Clínica Semiológica, que ahora también toma una nueva denominación: Clínica Médica "B".

El problema era que la Facultad no disponía de recursos para hacer la extensión horaria, pero parecería que el Hospital de Clínicas sí cuenta con ellos y entonces, haciéndose con cargo a rubros del Hospital, la extensión es posible.

La fecha hay que dejarla pendiente para discutirla con el Hospital y la Clínica correspondiente, porque tengo entendido que la Unidad estaba funcionando y si los recursos permiten la extensión que se solicita, lo lógico es que a estas personas se les pague desde el momento en que estaban trabajando.

SEÑOR SECRETARIA. La reserva de rubros está desde el 1º de agosto.

SEÑOR DECANO. Si en esa fecha estaban trabajando, es la que hay que poner.

Léase el proyecto de resolución.

(Se lee):

"Exp. 853657 - Atento a lo informado por la Comisión de Estructura Docente,

el Consejo de la Facultad de Medicina, resuelve:

Extender el volumen horario a 44 horas semanales a los siguientes Asistentes Clínicos (G.2) de la Clínica Médica "B" que se mencionan a continuación, a partir del 1º de agosto de 1965:

- Ana María Figueroa	- N° 1229 - rubro Hospital de Clínicas.
- Liliana Easton	- N° 1226 - rubro Hospital de Clínicas.
- Magdalena Bogdan	- N° 1228 - rubro Hospital de Clínicas.
- Walter Rivero	- N° 1416 - rubro Hospital de Clínicas.

- 6 -

- Francisco Lacordelle	- N° 1230 - rubro Hospital de Clínicas.
- Walter Olivera	- N° 1427 - rubro Hospital de Clínicas.
- María Cristina Urruty	- N° 1227 - rubro Hospital de Clínicas.
- Juan Alonso	- N° 470 - rubro Facultad de Medicina.

Se va a votar.

(Se vota):

AFIRMATIVA. UNANIMIDAD. 9 en 9.

1985

PRIMEROS PASOS

PROGRAMA PREPARATORIO Y PLAN DE EJECUCIÓN DEL A.C.I.

COMISIÓN GENERAL Y COMISIONES CONJUNTAS Y SEPARADAS PARA MEDICINA, CIRUGÍA Y ENFERMERÍA PROGRAMA Y PLAN PARA CREACIÓN DEL ÁREA DE CUIDADOS INTERMEDIOS

Se nombró una Comisión Se General integrada por los Profesores Jorge Torres (Medicina), Luis Praderi (Cirugía), H. Artucio (Medicina Intensiva), Nurse D. Ibarburu (Enfermería), Dr. T. González (Dirección del Hospital de Clínicas), así como Comisiones de Estudio Conjuntas y Separadas para Medicina, Cirugía y Enfermería para la elaboración y ejecución del Programa y Plan antes mencionado.

Se abordaron los siguientes problemas:

Definición de pacientes por su gravedad

Definimos que entendíamos, dentro de los pacientes hospitalizados, como pacientes graves críticos, graves no críticos y no graves que requieren cuidados moderados o autocuidados.

Características de Pacientes Graves no Críticos

Pacientes en etapa aguda pero que no se encuentran en el período crítico, dependiente del equipo asistencial, autosuficientes en algunas de sus necesidades y que requieren observación frecuente y terapéutica continua, no requiriendo para su control o tratamiento equipos especiales.

Otra forma de caracterizarlos:

- 1) Pacientes con afecciones agudas graves, con compromiso de uno o más sistemas fisiológicos mayores, pero que no se encuentran en situación crítica que requieran ingreso a C.T.I.
- 2) Pacientes con afecciones agudas con riesgo de complicaciones previsible o que requieran vigilancia médica y de enfermería continua para el reconocimiento precoz y oportuno de esta complicación.
- 3) Pacientes que sin encontrarse en situación crítica requieran para su asistencia correcta procedimientos terapéuticos que la práctica aconseja centralizar: oxigenoterapia, nebulizaciones reiteradas, aspiración canalicular respiratoria, etc.

4) Pacientes que independientemente de su condición general tengan regímenes terapéuticos cuya supervisión demande controles reiterados y especialmente: infusión venosa permanente, heparinización, pacientes diabéticos descompensados, con drenajes de tórax, paciente de postoperatorio riesgoso, etc.

5) El eventual agravamiento del paciente, pasando a condición crítica, determinará su traslado a CTI así como el pasaje a la Unidad de Cuidados Intermedios una vez resuelta su situación crítica.

Características del Paciente Crítico

Es el paciente con falla de uno o más de sus sistemas fisiológicos mayores, con pérdida de la autorregulación, siendo incapaz de mantener sus constantes vitales dentro de márgenes compatibles con la vida. Requiere monitoreo continuo de diversos parámetros y soporte vital de sus sistemas cardiovascular, respiratorio y medio interno.

Porcentual de pacientes graves no críticos internados en el Hospital de Clínicas

Estudiamos en el Hospital de Clínicas en un piso y en todo el Hospital, en una evaluación de un día, que número de pacientes en función de las definiciones antedichas, deberían estar en áreas distintas por los diferentes niveles de observación y medidas diagnóstico-terapéuticas necesarios.

Los estudios fueron similares a otros internacionales: 15-18% de los enfermos eran graves no críticos y de acuerdo a nuestra concepción de cuidados asistenciales deberían estar en A.C.I.

Una vez que habíamos definido las características de los pacientes graves no críticos y en conocimiento de su porcentual en las salas de internación nos abocamos a crear el área para su asistencia en base al diseño de un Programa y un Plan para su ejecución.

Pasamos a reseñar sumariamente el trabajo realizado.

Infraestructura

El proyecto solo se haría realidad de acuerdo a lo analizado y resuelto en Comisión Directiva del Hospital de Clínicas si su instalación era progresiva, dado que la Directiva y Dirección del Hospital de Clínicas decidió comenzar por un A.C.I., en un piso médico y una en un piso quirúrgico.

Se optó iniciar el Programa por la Clínica Médica Prof. Jorge Torres en Medicina (dado que allí habían nacido los planteos) y en la Clínica Quirúrgica del Prof. L. Praderi.

Si vinculábamos ese % al número de camas en nuestro piso, el piso 8, que tenía 5 salas funcionantes de 18 pacientes cada una, una Sala tendría que ser acondicionada para A.C.I.

Para Medicina decidimos se trabajara en el ala este, Sala 2, dado que teníamos posibilidad de instalar en frente de la Sala el Área de Reanimación, la Sala de Reuniones Médicas y el Cuarto y Baño Médico (estos últimos más adelante se localizaron en el Área Docente donde tenían más privacidad y menos interferencia familiar que cuando estaban enfrente de la Sala).

Se definió que cada paciente tuviera un hábitat independiente de los otros pacientes. En las salas hasta ese momento no había separación entre cada cama de las 12 de la sala general y solo en los apartados había 3 salas de 2 pacientes cada una y 2 de un solo paciente.

Para lo posibilitar un mejor control (monitoreo) se decidió que en la sala general habría 8 camas, que por cortinados separaban cada cama y del corredor central de la Sala.

Por otra parte 8 camas en lugar de 12 permitían un mejor trabajo médico y de enfermería alrededor de la cama.

Se completó con Área de Reanimación que se transformó también en Área de procedimientos (vía venosa central, punciones, etc.).

El Cuarto Médico inicialmente en un cuarto al lado de la actual Área Médica terminó migrando al Área Docente.

La construcción estuvo preferentemente bajo una cuadrilla del Ministerio de Obras Públicas, en el marco de un convenio de reacondicionamiento del Hospital, post dictadura, bajo la jefatura del Sr. Penino, con el aporte de personal del Hospital De Clínicas. Su labor fue excepcional por su competencia y compromiso. Las directivas técnicas y el seguimiento fueron responsabilidad del Prof. Adj. Dr. Luis Tamborindeguy.

Por otra parte 8 camas en lugar de 12 permitían un mejor trabajo médico y de enfermería alrededor de la cama.

Se completo con Área de Reanimación que se transformó también en Área de procedimientos (vía venosa central, punciones, etc.).

El Cuarto Médico inicialmente en un cuarto al lado de la actual Área Médica terminó migrando al Área Docente.



ORGANIZACIÓN

Necesitábamos personal médico y de enfermería preparados y con un plan de trabajo.

En lo referente al número de personal médico definíamos que en la mañana trabajarían 1 Prof. Adj., 2 Asistentes, 2 Residentes.

En las guardias que comenzaríamos cubriéndola con 1 Asistente, la realidad mostraba la necesidad de aumentar su número a 2 médicos por el volumen de trabajo y por si en momentos graves se plantean dilemas que necesitan deliberación médica que mejoran con la toma de decisiones compartidas.

Por otro lado era necesaria una formación de los Internistas más profunda para enfrentar desequilibrios propios del momento grave no crítico, así como desarrollar destrezas para procedimientos terapéuticos u otros (VVC, vía aérea), eventualmente necesarios.

Se solicitó a la Facultad extensión horaria 20 hs. 7 Asistentes durante 6 meses previos a la apertura del Área para Cursos formativos, técnicas y para adquisición de destrezas, lo que fue aprobado, convalidando la máxima casa de estudios con este respaldo su beneplácito por los planteos nacidos en el Hospital. Más adelante se obtuvo extensión horaria de otros Asistentes, lo que permitió tener 2 Asistentes de Guardia diarios.

FUNCIONAMIENTO

Una vez completada la infraestructura y teniendo el personal requerido había que establecer el funcionamiento tras su apertura.

Para lo mismo se requerían Normas de funcionamiento.

Se elaboraron por distintas Comisiones con participación de Médicos, Cirujanos y Enfermería las siguientes normas:

- A) Normas de Ingreso: cumpliendo los requisitos establecidos sobre paciente grave no crítico, sobre quien decide, condiciones para el traslado a la unidad.
- B) Normas Generales de Atención en Sala.
- C) Normas de Procedimientos: Vía Venosa Central, Maniobras de Reanimación, etc.
- D) Pases de Guardia: quiénes, a quiénes.
- E) Interconsultas.
- F) Informes a familiares: a quiénes, por quiénes, cómo, cuándo.
- G) Normas de egreso: particularmente a dónde serían enviados para su seguimiento.

Se confeccionaron **Protocolos** sobre Patologías frecuentes en el paciente grave no crítico con la finalidad de tener, además de la Historia Clínica, datos más precisos que permitieran líneas de trabajo en base a su análisis.

Como ejemplos adjuntamos protocolos sobre:

- A) Angina Inestable.
- B) Infarto Agudo de Miocardio.
- C) Arritmias.
- D) Tromboembolismo Pulmonar.
- E) E.P.O.C.
- F) Medio Interno.
- G) Equilibrio Ácido-Base.
- H) Etc.

FORMACIÓN DEL PERSONAL DOCENTE Y NO DOCENTE

Se desarrollo labor **docente** formativa de médicos docentes, residentes, otros post-graduados, personal de enfermería y sus auxiliares con intervención de invitados y médicos formados en la Clínica.

Dentro de los Cursos **dirigidos a los médicos** se destaca:

Curso de Orientación sobre Unidades de Cuidados Intermedios coordinado por los Dres. Luis Tamborindeguy y Raquel Ponce de León.

Dicho Curso dictado en 2 Módulos insumió semanas de la 2ª. mitad del año 1985. Se dictó en 2 módulos:

1er MÓDULO

1. Doctrina de Asistencia Médica Progresiva
2. Organización del Sector
 - a) aspectos estructurales
 - b) normas de funcionamiento

Dictado por los Dres. H. Villar, T. González, R. Panizza, J. E. Torres, L. A. Praderi, L. Tamborindeguy y las Nurfes M. Recarte, M. Mut y G. Minetti.

2do MÓDULO

1. Monitorización
2. Concepto de Hemodinamia. Dr. C. Hiriart
3. Insuficiencia Coronaria Aguda. Dres. W. Rivero, L. Easton
4. Diagnóstico y tratamiento de Arritmias. Dr. E. D'Andrea
5. Insuficiencia Cardíaca. Dras. M. Bogdan, A. Figueroa
6. SOC. Diagnóstico y Tratamiento. Dr. R. Voelker
7. Insuficiencia Respiratoria. Dra. N. Mazza
8. Manejo de Vía Aérea. Dr R. Vázquez
9. Reanimación Cardiorespiratoria: Dr. L. Tamborindeguy, Enf. M. Recarte
10. Manejo de la Vía Venosa: R. Voelker, Enf. A. Pulido
11. Medio Interno Agua y Electrolitos: Dres. J. Alonso, W. Olivera, F. Lacordelle
12. Medio Interno. Equilibrio Ácido-Base. Dres. J. Alonso, W. Olivera, F. Lacordelle
13. Diabetes Descompensada: Dr. J. de León
14. Nutrición: valoración enteral y parenteral. Dr. E. D'Andrea.
15. Trastornos agudos de la Conciencia: Dr. R. Panizza
16. Cirugía de Tórax: Dr. R. Voelker
17. Cirugía Abdominal: Dr. R. Voelker
18. Cirugía Vasculat: A. Lucinschi
19. Sepsis: Dr. H. Correa
20. Seminario de Problemas Psico-Emocionales

Para la adquisición de experiencia en procedimientos enviamos a nuestros médicos a CTI (VVC, etc.) y Anestesiología (Vía aérea).

Simultáneamente se realizaron: Cursos para Cirujanos y para Enfermera y Auxiliares de Enfermería, muchos con la participación simultánea de los distintos componentes del equipo.

APERTURA
4 DE ENERO 1986

1986-1989

PUESTA EN MARCHA

ACTIVIDADES

INFORME DE ACTUACIÓN DE CLÍNICA MÉDICA

PROF. JORGE TORRES

1986

Decíamos en el Sub Capítulo Asistencial: Asistencia en Área de Cuidados Intermedios:

Comenzó sus actividades el 4 de enero de 1986.

En ese momento quedó casi completa la Infraestructura física y su equipamiento.
Se cumplen tareas asistenciales durante las 24 hs. del día por equipo médico y de enfermería.

Se organizó un equipo médico que tiene como Coordinadores a los Prof. Adjuntos Dres. L. Tamborindeguy y R. Ponce de León. 2 Prof. Adjuntos y 3 Asistentes Clínicos trabajando en la mañana rotativo entre distintos integrantes del cuerpo docente de la Clínica y Guardia Diaria de 20 hs. cubiertas por 1 Asistente Clínico. Esta a resolución en lo inmediato de solicitud que hicimos a Facultad de extensión horaria de otro Asistente para diariamente tener cobertura por 2 Asistentes las 24 hs.

Se incorporó al trabajo diario durante breve lapso 1 Prof. Adj. del CTI. Se realizó reunión de discusión de casos, los viernes en la tarde con presencia del Prof. agregado Dr. Humberto Correa así como Ateneos Mensuales con el CTI con la presencia de su Prof. Director Dr. H. Artucio y colaboradores.

Se integraron al trabajo diario residentes y alumnos de Post-Grado que tienen la obligación de pasantía no menor a 1 semestre por el Área.

Bajo la conducción de los Coordinadores se trabajó con los integrantes del sector en el perfeccionamiento de maniobras (vía venosa central, vía aérea, etc.).

Diferentes grupos comenzaron y culminaron un plan de Protocolización de situaciones clínicas frecuentes.

INFORME DE ACTUACIÓN DE CLÍNICA MÉDICA

PROF. JORGE TORRES

1986-1989

Escribíamos en la apertura del Relato sobre el Paciente Grave no Crítico en el XVII Congreso Nacional de Medicina Interna:

En lo **Asistencial** en el período enero 1986 - julio 1989, ingresaron al Área 675 pacientes. Sexo Femenino 46% y sexo masculino 44%.

Las patologías principales, teniendo presente que son enfermos que presentan más de sector afectado fueron: cardiovasculares 52%, respiratorias 21%, post-operatorio 5%, infecciosas no sépticas 3%, politraumatizados 3%.

La procedencia de los pacientes fue variada: otras Salas de la Clínica, Emergencia, C.T.I. y otros Servicios del Hospital dentro de los que destacamos Cirugía y Neurología ambos con un porcentaje del 7.7%.

La mediana de internación fue 9 días.

La mortalidad global fue del 7%.

Esta labor asistencial fue cumplida bajo las Normas preestablecidas, habiéndose recogido los datos de la internación en la Historia Clínica y en muchos casos en Protocolos Prediseñados para ciertas patologías.

Se desarrolló labor **Docente** formativa de Médicos docentes, Residentes, estudiantes, enfermeras, auxiliares de enfermería con una participación prevalente de los docentes de la propia Área.

Y se comenzó una labor de **Investigación Clínica** inicial preferente en las patologías más comunes del sector.

La experiencia fue transmitida en el **Libro I sobre Paciente Grave no Crítico en 1989** así como en el **Relato Oficial del Congreso Nacional de Medicina Interna** a fines del mismo año.

Los pacientes con Infarto de Miocardio eran derivados al C.T.I. El A.C.I. comenzó a recibir los que eran inicialmente diagnosticados de padecer de **Angor Inestable**. El compromiso asistencial dio lugar a una activa participación durante los más de 21 años en que dirigimos la Clínica particularmente más profunda a partir de la apertura del Área de Cuidados Intermedios, lugar de internación inicial de estos pacientes. Ello nos condujo al estudio de sus características clínicas, metodologías de estudio, terapéutica médica e invasiva, pronóstico. En 1986 nos detuvimos en el valor predictivo diagnóstico de la clínica comparándolo con el difundido por entonces Nomograma de Pryor para Aterosclerosis Coronaria. La muestra inicial reveló buena correlación de la valoración clínica para el caso probabilidad muy alta o alta, no así la moderada. El Nomograma de Pryor mostró correlación para todos los intervalos de clase. El uso combinado clínica y el Pryor fue excelente predictor. Se comenzó el análisis de la evolución clínica con las limitaciones cuantitativas de la limitada muestra inicial: el valor peyorativo de la existencia del edema pulmonar, lesión de 2 o 3 vasos, refractariedad al tratamiento médico, antecedentes de cirugía coronaria. En el período 1986-1987 tuvimos una mortalidad del 16%. Se protocolizaron los pasos diagnósticos terapéuticos y tuvimos para el período 1988-1989 un descenso de la mortalidad al 6%, lo que revela la importancia de esta acción en determinadas patologías.

Lo importante es que fue el comienzo del estudio de esta entidad, lo que nos permitió en análisis anuales de nuestra serie, la revisión permanente de su enfoque diagnóstico-terapéutico.

Razones coyunturales (falta de camas en el C.T.I., descargas precoces desde el C.T.I. u otras) determinaron la internación de enfermos con **Infarto de Miocardio**. Ello dio lugar a la revisión del tema en base a los conocimientos universales y a la revisión de una serie de 60 casos asistidos en el Área. Esta revisión también impulsó a una normalización diagnóstica terapéutica para mejorar su pronóstico.

No olvidamos que simultáneamente la Clínica se abocó al conocimiento en profundidad de los Factores de Riesgo de la Aterosclerosis Coronaria participando activamente en su Prevención cumpliendo los fines sociales universitarios.

La **Insuficiencia Respiratoria en el E.P.O.C.** constituyó otro de los temas de Investigación clínica. Es así que comprobamos que las causas de agravación no eran solo broncopulmonares 73%, sino también extrapulmonares, a veces iatrogénicas. La gasometría arterial a través de un sencillo cálculo de la diferencia Alveolo-arterial de O₂ establece la diferencia entre ambas.

Por otro lado otra ecuación simple nos permite conocer el estado del equilibrio ácido-base definiendo el tiempo de la Insuficiencia Respiratoria (Aguda, Crónica, Crónica Agudizada) y si se comprueba el trastorno de dicho equilibrio conocer si está compensado o no, con fines terapéuticos.

La repercusión renal aguda en pacientes graves no críticos, no nefrológicos, fue de observación frecuente.

La **Hipoperfusión Renal** es reconocida como una de sus principales etiologías. Nos detuvimos en reconocer sus causas, su metodología de estudio, su prevención y tratamiento.

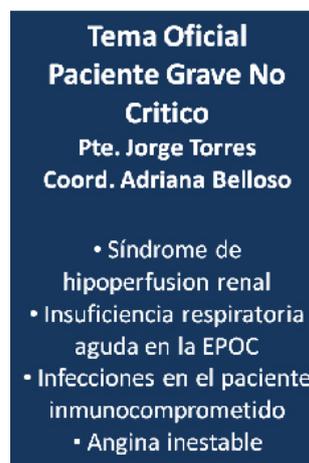
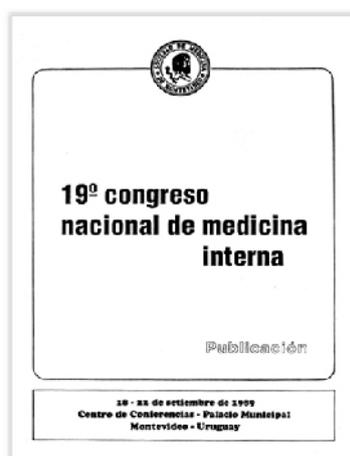
En el inicio dirigimos nuestra atención a los **infectados Inmunocomprometidos o Inmunodeprimidos**, particularmente neutropénicos febriles. La circunstancial ausencia en pacientes infectados de un foco, los pasos para su estudio, las conductas terapéuticas con o sin agente infeccioso conocido, originaron pautas de conducta en estas situaciones.

Las Disonías particularmente del Na y K fueron hechos fisiopatológicos de común observación en las diversas patologías de los pacientes graves no críticos. Su detección es de enorme significación, modificando su corrección, a veces en forma dramática, el estado grave del paciente. Fue de particular significación para el medio el Capítulo del Libro Paciente Grave no Crítico I dirigido al tema donde además dejamos establecidas las conductas en las antedichas situaciones.

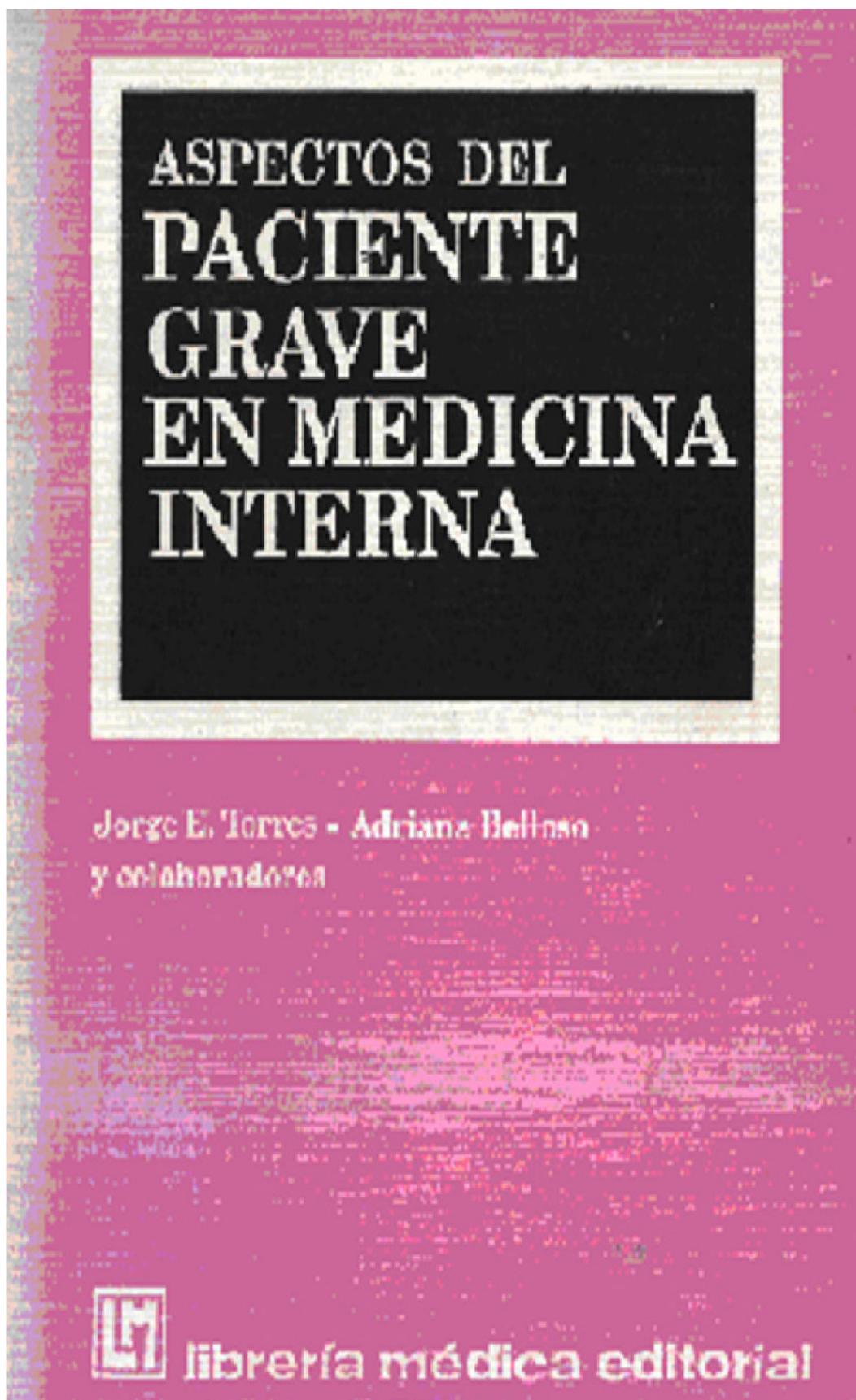
LÍNEAS DE TRABAJO. 1986-1989

- ◇ Angor inestable
- ◇ Disonías
- ◇ Acidosis / Alcalosis
- ◇ Ins. Renal aguda. Hipoperfusión Renal
- ◇ Ins. Respiratoria. EPOC. Gasometría
- ◇ Infección Inmunodeprimido / comprometido

RELATO sobre PACIENTE GRAVE NO CRITICO en 19º- CONGRESO NACIONAL DE MEDICINA INTERNA.



Publicación del primer libro sobre Paciente Grave No Crítico por el grupo de la Clínica Médica.



COLABORADORES

(Orden alfabético)

Gonzalo Aiello

Asistente de Clínica Médica

Juan Alonso

Ex Asistente de Clínica Médica

Adriana Beloso

Prof. Adj. de Clínica Médica

Daniel Bulla

Asistente de Clínica Médica

Mónica Díaz

Asistente de Clínica Médica

Liliana Easton

Prof. Adj. de Clínica Médica

Diego Freire

Residente de Medicina Interna

Eladio García

Asistente de Clínica Médica

M. Gutiérrez

Asistente de Clínica Médica

F. Lacordelle

Asistente de Nefrología

Gino Limonggi

Residente de Medicina Interna

José A. Manfredi

Asistente de Clínica Médica

E. Meerovich

Asistente de Clínica Médica

Gustavo Pereda

Asistente de Clínica Médica

Héctor Purtscher

Prof. Adj. de Enf. Infecciosas

A. Quintana

Asistente de Labor. Clínico

Guillermo Rodríguez

Asistente de Clínica Médica

I. Rodríguez

Asistente de Clínica Médica

Eduardo Savio

Asistente de Clínica Médica

Carlos Schettini

Prof. Adj. de Clínica Médica

M. Tambler

Asistente de Clínica Médica

Sumario

1. Infarto agudo de miocardio y angina inestable

Dres. José A. Manfredi; Eladio García; Diego Freire; Gino Limonggi;
Gustavo Pereda y Carlos Schettini

I. Algunos aspectos del IAM y la angina inestable 2

Introducción / 2

Angina inestable / 2

Infarto de miocardio / 3

II. IAM: clasificación clínica y electrocardiográfica 4

Etapas / 5

Localización / 6

Modificación ECG / 7

Clasificación hemodinámica / 10

Topografía / 11

Trastornos del ritmo y conducción / 11

"Con tiempo" y "sin tiempo" / 12

Bibliografía / 13

III. IAM: normas diagnósticas y terapéuticas en el CI 14

IV. IAM: recolección de datos 19

Consideraciones generales / 19

Clínica / 22

Exámenes paraclínicos / 27

V. IAM: análisis de los resultados 30

Trastornos neurovegetativos e IAM / 30

Complicaciones del IAM / 30

Aspectos pronósticos del IAM / 35

Mortalidad según tiempo de evolución previo al ingreso a CI / 39

Bibliografía / 42

VI. Angina inestable 42

Definición / 42

Síntomas / 42

Diagnóstico / 43

Evolución y pronóstico / 49

Fisiopatología / 51

Tratamiento / 52

Bibliografía / 59

VII. Angina inestable en cuidados intermedios 61

Análisis de los primeros 25 pacientes

2. Edema pulmonar: lesional, hemodinámico y asimétrico lesional

Dres. A. Belloso; L. Easton; J. Alonso

I. Edema pulmonar lesional 66

1. Vías de circulación de fluidos y solutos 66

Concepto / 66

2. Origen y patogenia del edema pulmonar 68

Bases experimentales / 69

Patogenia de la lesión endotelial / 69

Alteraciones histopatológicas / 70

3. Diagnóstico 72

4. Etiología 73

5. Cuadro clínico 73

6. Terapéutica 74

II. Edema pulmonar hemodinámico 75

1. Etiopatogenia 75

A. Por Aumento de la PCP / 75

B. Por disminución de la PCO / 76

C. Por aumento de la negatividad del espacio intersticial / 76

2. Diagnóstico 77

3. Clínica 77

4. Paraclínica 77

Radiología / 77 - Gasometría / 79 -

Monitoreo hemodinámico / 79

5. Tratamiento 79

A. Para mejorar la función del VI / 79

B. Para mejorar la función respiratoria / 80

C. Para reducir el agua pulmonar extravascular / 81

6. Pronóstico 81

Edema pulmonar asimétrico 81

Bibliografía / 83

3. Infección en el paciente grave

Dres. H. Purtscher; E. Savio; G. Aiello; A. Quintana; A. Belloso.

I. Introducción 86

II. Casuística 86

III. Consideraciones sobre algunas infecciones 91

A. Neumopatías / 91

B. Infecciones en inmunodeprimidos / 94

C. Endocarditis / 101

D. Sepsis / 104

IV. Profilaxis en Infecciones hospitalarias	105
1. Vía urinaria / 105	
2. Vía aérea / 107	
3. Accesos vasculares / 110	
4. El personal del área como transmisor y receptor de infecciones / 113	
Bibliografía / 114	

4. Interpretación semiológica de la gasometría arterial

Dres. J. Alonso; D. Bulla; E. Meerovich

Concepto	116
-----------------------	-----

I. Aspectos respiratorios	116
--	-----

1. ¿Existe insuficiencia respiratoria? / 116
2. ¿Cuál es la severidad de la IR? / 117
3. ¿Qué tipo de IR es? / 11
4. ¿Cursa esta IR con diferencia alvéolo-arterial de O₂? / 118
5. ¿Podemos aproximarnos por la gasometría al trastorno fisiopatológico subyacente? / 119
6. Esta IR: ¿es aguda, crónica o crónica agudizada? / 120

II. Aspectos metabólicos y equilibrio ácido-base	123
---	-----

- a) Definición / 123
 - b) Cálculo del bicarbonato / 123
 - c) Trastornos simples del equilibrio ácido-base / 124
 - d) Cálculo de la compensación / 126
- Bibliografía / 137

5. Desequilibrios del sodio y del potasio: su corrección

Dres. Mónica Díaz y T. Guillermo Rodríguez

I. Desequilibrios del sodio	140
--	-----

- Introducción / 140
 Balance de Na / 140
 Presión osmótica / 143

Hiponatremias	145
----------------------------	-----

- A. Hiponatremias con presión osmótica baja / 145
- B. Hiponatremias con presión osmótica normal / 152
- C. Hiponatremias con presión osmótica aumentada / 153

Hipernatremias	153
-----------------------------	-----

II. Desequilibrios del potasio	156
---	-----

- Introducción / 156
 Anatomía del potasio corporal / 157
 Fisiología / 158
 Balance de potasio / 159

2. Edad	1. Factores que influncian el balance interno de K / 161	
y as	2. Factores que influncian el balance externo de K / 163	
Dres	3. Potasio y balance ácido-base / 166	
L. Ede	Hipopotasemia	170
Ve	Etiología / 171	
	Clínica / 173	
	Tratamiento / 178	
2.	Hiperpotasemia	179
la	Etiologías / 181	
	Clínica / 183	
	Tratamiento / 185	
	Bibliografía / 187	
6.	Compromiso renal en el paciente grave.	
	Aspectos de la insuficiencia renal aguda	
	Dres. F. Lacordelle; I. Rodríguez; M. Tambler; M. Gutiérrez	
	I. IRA: definición	190
	II. IRA: tipos fisiopatológicos	190
	1. IRA por hipoperfusión renal / 191	
	2. IRA vinculada a medicamentos o agentes diagnósticos / 204	
	Bibliografía / 211	

EVALUACIÓN POR FACULTAD DE MEDICINA (1986-1989)

RESOLUCIÓN DE FACULTAD DE MEDICINA: AMPLIACIÓN DEL PLAN DE CUIDADOS INTERMEDIOS A TODAS LAS CLÍNICAS (1990)

RESOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA FACULTAD DE MEDICINA SOBRE EL ÁREA DE CUIDADOS INTERMEDIOS

A 4 años de la apertura del Área de Cuidados Intermedios en el Piso 8 (Clínica Prof. Jorge Torres) y en forma casi simultánea de la misma Área en el piso 7 (Clínica Prof. Dr. Luis Praderi) y a raíz de un planteo de rotación locativa de clínicas el Consejo de la Facultad de Medicina se aboca a su estudio tomando sucesivas resoluciones:16/1/90;15/2/90;19/2/90;22/2/90;8/3/90;15/3/90;22/3/90.

De las Actas y Resoluciones surge:

a) la firme intencionalidad de profundizar en el trabajo de Unidades Médico-Quirúrgicas integradas por 1 clínica de cada disciplina y **b) la decisión del Consejo y de todas las Clínicas de crear Áreas de Cuidados Intermedios en cada una de las Clínicas.**

No nos detendremos en el punto a) más que para rememorar nuestra concordancia, desde que además de todo lo dicho anteriormente fundamentando el Área en Medicina y en Cirugía entendíamos que posibilitaría la concreción de nuestros programas dirigidos a la relación médico-quirúrgica.

Si destacamos el decidido apoyo de la Facultad de Medicina en cuanto la significación del Área que se resume en la Resolución **b)**.

Se decía en esas Actas entre otras consideraciones:

...Los rearrreglos de distribución de los Servicios y sus unidades de cuidados especiales deben hacerse de modo tal que se preserve la contribución positiva que la instalación y el funcionamiento de las Unidades de Cuidado Intermedio han efectuado al mejoramiento y cambio cualitativo de la atención de los pacientes del hospital.

...Tal reconocimiento está implícito en el contenido del No.24 del 22 de febrero,por el cual se expresa y se reitera la determinación de "promover el desarrollo de sendas unidades de cuidado intermedio en los Hospitales Pasteur y Maciel a través de acuerdos con el Ministerio de Salud Pública y las respectivas direcciones de dichos hospitales.

...Que al referirse en el numeral 1) al proceso de plena instalación de la unidades médico-quirúrgicas de cuidado intermedio en el Hospital de Clínicas y al expresarse que se procederá "mediante previsión técnica adecuada" y "buscando racionalidad y beneficio para el cumplimiento de las funciones asistencial y docente", el Consejo está significando, otra vez, su reconocimiento y respeto por los logros ya alcanzados en el funcionamiento de dichas estructuras docente-asistenciales

PERÍODO 1990-2001

PERÍODO 1990-2001

- Se prosiguió con el trabajo asistencial.
- Otro tanto con el trabajo docente dirigido a Internistas, Residentes, Post-Grados no Residentes, estudiantes.
- En el año 1998 se incorporaron los Asistentes de las otras Clínicas en régimen de trabajo matinal durante 6 meses y guardias semanales durante 1 año y medio.
- Se mantuvieron las Líneas de Trabajo y/o Investigación.
- En cuanto a estas últimas se profundizó en las iniciales, que integraron el temario del Libro: Paciente Grave No Crítico I y de lo referido en Congreso Nacional de Medicina del año 1989 y se incursionó en otros temas comunes en el Área.

El **Libro II** sobre Paciente grave no Crítico (**1992**) hace referencia a los conocimientos y análisis de casuística de: 1) **Trombo-Embolismo Pulmonar**; 2) **Arritmias en el Paciente grave**; 3) **Nutrición Enteral y Parenteral**; 4) **Insuficiencia Cardíaca**; 5) **Infecciones** en el A.C.I.: Casuística, Infección por **Catéteres**, Cambios en el perfil clínico-patológico de la **Endocarditis Infecciosa, Resistencia Antibiótica**.

No obstante esta preocupación por Líneas de Trabajo antedichas se optó para el **Relato** que debía coordinar la Clínica en el **Congreso Nacional de Medicina Interna en el año 1997** por detenernos en los temas desarrollados en el Congreso del año 1989, pero analizando casuísticas más extensas y para plantear los cambios en su manejo en función de los avances sucedidos en cada materia a través de cortes de esas casuísticas separados en años. Así nos detuvimos en: 1) Angor Inestable; 2) En Infectología: Sepsis y cambios en el perfil de la Endocarditis Infecciosa; 3) Disonías: Hiponatremias en el Grave; 4) Predictores de Insuficiencia Respiratoria Aguda. (Invitando al diálogo al Prof. Salvador Benito, de España).

En lo referente la **Angina Inestable**, tras los trabajos sobre la serie inicial entre los años 1986 y 1989 que fueron analizados anteriormente, se hicieron análisis periódicos anuales o bianuales.

En el Congreso Nacional de Medicina Interna de 1997 se transmitieron los resultados preliminares, en un grupo de pacientes con, asistidos bajo un nuevo protocolo, entre el 01/1996 y el 07/1997. Dirigimos nuestros objetivos a determinar en primer lugar si el paciente tiene Aterosclerosis Coronaria. En esta serie (1996-1997) utilizamos la Guía de Angina Inestable del NHBI (1994) la que fue de utilidad revelando una alta correlación entre lo estimado por la guía y la angiocoronariografía. En 2º. lugar a la evaluación del riesgo inicial y la evolución de acuerdo a la estimación de de la Guía también mostró alta correlación. Por otra parte en los ECG hubo concordancia entre sus cambios y las lesiones coronarias responsables así como la extensión por ECG fue un factor predictivo de alto score isquémico. La presencia de Edema Pulmonar como en estudios de años anteriores fue un factor predictivo de mortalidad. La adhesión al tratamiento fue correcta y la mortalidad estuvo dentro de los rangos esperados, 6%.

La experiencia de estos últimos años en Angina Inestable dio lugar a la invitación a varios integrantes de la Clínica en el Consenso Uruguayo de Angina Inestable.

En lo referente a la prevalencia las **Disonías**, se estudio en la población hospitalaria (excepto Emergencia y Cenaque) 353 pacientes, el ionograma particularmente Na y K en un día determinado y el último previo al alta. En 1er. estudio el 20 % presentaba disonías predominando las hiponatremias e hiperpotasemias. En la 2ª. muestra se observa un aumento significativo de las hiponatremias más pronunciado en CTI y ACI.

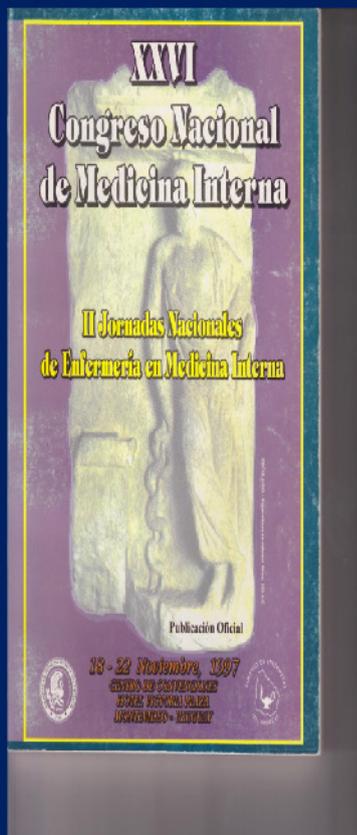
En lo referente a **Infecciones** presentamos nuestra experiencia en **Endocarditis Infecciosa** entre 1989 y 1997, análisis de 49 casos, que reveló cambios respecto a lo que previamente conocíamos: edad de presentación más avanzada, predominio de formas Agudas, asiento relevante en válvulas sanas con mayor frecuencia en aórtica sobre mitral, por estafilococo dorado y otros gérmenes frente al clásico estreptococo viridans, diagnóstico más precoz por ecocardiograma un avance tecnológico de la mayor relevancia, descenso de la mortalidad a 10-15 %, por lo anterior y el oportuno tratamiento quirúrgico (en nuestra serie 39 %) siendo la principal indicación de dicho tratamiento la aparición de Insuficiencia cardíaca. No pudimos consignar lo que si han aportado otras series en cuanto a la incidencia de adictos a drogas intravenosas. Recibimos de áreas nefrológicas, quirúrgicas, hematológicas y otras **Sepsis**. A través de una revisión de 53 pacientes en que se estudia etiopatogenia, técnicas diagnósticas y terapéutica se proyecta la realización de un Protocolo que mejore dentro de las limitaciones tecnológicas el pronóstico.

Por otra parte y como lo trataremos en apartado, problemáticas relacionadas al enfermomédico-quirúrgico. Es así que en el año 1993 nos referimos a problemas frecuentes del **Post- Operatorio** en los cuya solución el Internista está implicado: 1) Disnea e Hipertensión Arterial; 2) Ictericias no Quirúrgicas; 3) Trastornos de Conciencia; 4) Emergencias Endocrino-Metabólicas; 5) Fiebre.

En el **Libro III** sobre Paciente Grave No Crítico: **Postoperatorio** publicado en **1996** se escribe sobre los temas antedichos.

Relato Oficial en el XXVI Congreso Nacional De Medicina Interna de 1997.

XXVI Congreso Nac. de Med. Interna 1997



Paciente Grave no Critico

Pte. Jorge Torres

Coord. Adriana Beloso

- Angina inestable
- Síndrome de Sepsis
- Cambios en Endocarditis Infecciosa
- Hiponatremiase n el Paciente Grave
- Predictores de la insuficiencia respiratoria aguda

**PACIENTE
GRAVE
EN MEDICINA
INTERNA
VOL. II**

Jorge E. Torres – Adriana Bellosó
y colaboradores



librería médica editorial

Autores

(Orden alfabético)

- | | |
|--|--|
| Gonzalo Aiello
Asist. de Clin. Neumológica | Gastón Garcés
Asist. de Clínica Médica |
| Juan Alonso
Prof. Adj. de Clínica Médica | Marcelo Ghemi
Postgrado en Medicina |
| Tabaré Arbiza
Prof. Adj. de Clínica Médica | José Gorrasi
Asist. de Clínica Médica |
| Graciela Baldovino
Residente de Clínica Médica | Joaquín Insignares
Postgrado en Medicina |
| Rosario Barrenechea
Residente de Clínica Médica | Fernando Kuster
Prof. Adj. de Clin. Cardiológica |
| Hugo Bertullo
Prof. Adj. de Patología Quirúrgica | Alvaro Margolis
Asist. de Clínica Médica |
| Daniel Bulla
Prof. Adj. de Clínica Médica | Jorge Peluffo
Residente de Clínica Médica |
| Sergio Burguez
Asist. de Clínica Médica | Gustavo Pereda
Asistente de Clínica Médica |
| José de Horta
Residente de Clínica Médica | Alvaro Quintana
Prof. Adj. de Laborat. Clínico |
| Mónica Díaz
Prof. Adj. de Clínica Médica | Eduardo Savio
Prof. Adj. de Enf. Infecciosas |
| Anita Etchart
Residente de Clínica Médica | Raquel Traverso
Asist. de Clínica Médica |
| Mercedes Filippini
Postgrado en Medicina | |

Sumario

- 1. Tromboembolismo pulmonar 1**
Dres. Juan Alonso; Sergio Burguez; Alvaro Margolis; Marcelo Ghemi
y Joaquín Insignares
 - I. Epidemiología / 2
 - II. Casuística analizada / 2
 - III. Paraclínica inicial / 7
 - IV. Centellograma pulmonar / 9
 - V. Estudio del foco embolígeno / 14
 - VI. Tratamiento inicial de la embolia pulmonar / 18
 - VII. Tratamiento anticoagulante luego de los primeros 14 días / 25
 - VIII. Profilaxis / 28
 - IX. Costos del tratamiento / 30
 - Bibliografía / 31

- 2. Arritmias35**
 - 1. Arritmias y antiarrítmicos / 35**
Dr. Sergio Burguez
 - 2. Taquicardias supraventriculares / 53**
Dr. Tabaré Arbiza
 - 3. Fibrilación auricular / 73**
Dra. Rosario Barrenechea
 - 4. Flutter auricular / 91**
Dra. Mercedes Filippini
 - 5. Arritmias ventriculares / 109**
Dr. Tabaré Arbiza
 - 6. Proarritmias / 119**
Dra. Graciela Baldovino
 - 7. Revisión de arritmias en ACI.**
Período enero 1986-julio 1990 / 129
Dra. Mónica Díaz
 - 8. Taquicardia con complejo QRS amplio / 143**
Dr. José de Horta

3. Nutrición enteral y parenteral 163

Dr. Hugo Bertullo

I. Introducción / 163

II. Bases teóricas / 164

III. Evaluación nutricional / 166

IV. Balance metabólico / 168

V. Instrumentación de la nutrición / 170

VI. Manejo práctico / 173

Bibliografía / 177

4. Insuficiencia cardíaca 179

Dres. Gastón Garcés; José Gorrasí; Daniel Bulla; Jorge Peluffo y Gustavo Pereda

I. Definición. Fisiopatología-Clasificación y valoración de la gravedad de la IC / 180

II. Valoración de la función cardíaca mediante ecografía y medicina nuclear / 194

III. Miocardiopatía dilatada

Análisis de la casuística, periodo 1986-1989 / 214

IV. Terapéutica de la falla cardíaca / 224

5. Infecciones en área de cuidados intermedios

(ACI) 235

Dres. Gonzalo Aiello; Eduardo Savio; Raquel Traverso;

Anita Etchart; Fernando Kuster y Alvaro Quintana

I. Revisión casuística de infecciones en ACI / 235

II. Infecciones por catéteres intravasculares / 245

III. Aspectos clínicos y terapéuticos de la endocarditis infecciosa (EI) / 252

IV. Rol de la ecocardiografía en la endocarditis infecciosa / 264

V. Resistencia antibiótica y desafíos terapéuticos / 273

Universidad de la República
Facultad de Medicina
Clínica Médica «C».
Prof. Dr. Jorge Torres

Paciente grave en Medicina Interna

volumen III

Posoperatorio

Adriana Beloso
y colaboradores

Primera edición

Índice de Autores

Prólogo

Muchas son las circunstancias en que el médico internista debe participar en la asistencia de pacientes junto al cirujano.

Juan Alonso
Prof. Adj. de Clínica Médica

Gastón Garcés
Asistente de Clínica Médica

Beatriz Beñarán
Asistente de Clínica Médica

Mónica Kierzenbaum
Residente de Clínica Médica

Daniel Bulla
Prof. Adj. de Clínica Médica

Francisco Lacordelle
Prof. Adj. de Clínica Médica

Mónica Catenaccio
Asistente de Clínica Médica

Alba Larre Borges
Prof. Adj. de Clínica Médica

Virginia Costa
Residente de Clínica Médica

Rosario Martínez
Asistente de Clínica Médica

Fernando Delgado
Prof. Adj. de Clínica Quirúrgica

Raquel Traverso
Asistente de Clínica Médica

Silvio De Moro
Prof. Adj. de Anestesiología

Mariela Vacarezza
Residente de Clínica Médica

Rosanna Gamboggi
Asistente de Clínica Médica

José Valiño
Residente de Clínica Médica

Coordinó el libro la Dra. Adriana Belloso, de vasta trayectoria en el área médica quirúrgica, la que junto a sus colaboradores ha logrado transmitir en profundidad y con criterio práctico los principales aspectos del tema.

Prof. Dr. Jorge Torres
Director de la
Clínica Médica "C"

Sumario

Disnea en el posoperatorio	
<i>Dr. Juan Alonso, Dra. Mariela Vacarezza</i>	9
Introducción.....	9
Alteraciones de la función pulmonar.....	9
Factores de riesgo.....	10
Causas que afectan la función pulmonar.....	11
Bibliografía consultada.....	14
Emergencias endocrino-metabólicos	
<i>Dr. Rosana Gambogi, Dra. Raquel Traverso, Dra. Virginia Costa</i>	15
Introducción.....	15
Tratamiento médico.....	16
Perioperatorio de coordinación.....	16
Perioperatorio de urgencia.....	17
Hipertiroidismo.....	18
Complicaciones.....	19
Cirugía en el paciente tratado con corticoesteroides.....	24
Bibliografía consultada.....	25
Ictericias en el posoperatorio	
<i>Dr. Alba Larre Borges, Dr. Fernando Delgado, Dr. Gastón Garcés</i>	27
Introducción.....	27
Clasificación.....	27
Ictericias vinculadas al procedimiento quirúrgico.....	27
Ictericias vinculadas a patología médica.....	31
Bibliografía consultada.....	35
Trastornos de conciencia en el posoperatorio	
<i>Dr. Silvio Demoro, Dr. Jose Valiño, Dra. Mónica Catenaccio, Dr. Francisco Lacordelle</i>	36
Introducción.....	36
Respuestas emocionales durante el posoperatorio.....	36
Despertar retardado y falta de recuperación de la conciencia.....	38
Despertar retardado en neurocirugía.....	43
Medidas terapéuticas generales.....	45
Bibliografía consultada.....	48
Hipertensión arterial en el posoperatorio	
<i>Dr. Juan Alonso, Dra. Rosario Martínez</i>	51
Introducción.....	51
Períodos de inestabilidad hemodinámica durante la cirugía.....	51
Incidencia de hipertensión arterial en el posoperatorio.....	51
¿Qué investigar en el paciente con hipertensión arterial en el posoperatorio?.....	52
Grupos de riesgo para el desarrollo de hipertensión arterial en el posoperatorio y otras complicaciones.....	53
¿Cómo actuar frente a un paciente con hipertensión arterial en el posoperatorio?.....	53
Resumen.....	54
Bibliografía consultada.....	55
Fiebre en el posoperatorio	
<i>Dr. Daniel Bulla, Dra. Beatriz Beñarán, Dra. Mónica Kierzenbaum</i>	56
Introducción.....	56
Temperatura corporal normal y definición de fiebre.....	56

Paciente grave en medicina interna

Termorregulación	56
Patogenia de la fiebre	56
Alteraciones de la respuesta febril	57
Tipos de fiebre	57
Incidencia de fiebre en el posoperatorio	58
Causas de fiebre en el posoperatorio	58
Causas no infecciosas	59
Causas infecciosas	62
Manejo de la fiebre en el posoperatorio	65
Sepsis	68
Bibliografía consultada	70

La vinculación de Medicina con Cirugía es histórica. Un ejemplo es que gran proporción de pacientes que requieren intervención quirúrgica padecen enfermedades médicas, que condicionan intervención médica pre y postoperatoria particularizada.

EN 1983 elaboramos un Plan para el trabajo conjunto con las Clínicas Quirúrgicas del Hospital de Clínicas. En 1984 se dictó un Curso de Post-Grado sobre Preoperatorio coordinado por los Prof. G. Canessa y L. Gherzi con participación de Anestesiólogos y Cirujanos. En 1985 creamos un Grupo de Trabajo sobre Aspectos Médicos del Peroperatorio coordinado por los Dres.: J. C. Peirano, C. Goldner y E. García. Dicho Grupo con sus colaboradores realizó el Relato del tema, en base a la experiencia recogida, en el 17º Congreso Nacional de Medicina Interna sumando numerosos trabajos como aportes a la problemática.

Con la apertura del Área de Cuidados Intermedios Quirúrgica y cambios en la formación de Anestesiólogos hubo dificultades en la prosecución del Plan original. Con la disfunción del A.C.I. Quirúrgica se retomó la relación original. En 1993 se realizó nuevo Curso y los temas fueron recogidos en el Libro III sobre Paciente Grave no Crítico: Post-Operatorio.

EXTENSIÓN DEL GRUPO DE TRABAJO DEL A.C.I. INCORPORANDO A G2 Y G3 DE OTRAS CLÍNICAS DEL HOSPITAL DE CLÍNICAS A TRAVÉS DE UN PLAN QUE FORTALECÍA A EMERGENCIA E INCLUÍA A OTROS INTERNISTAS EN UNA FORMACIÓN MÁS AMPLIA (1998)

FUNDAMENTO

- Basados en el concepto de asistencia Médica Progresiva, la Clínica pensó que deberíamos asumir responsabilidad de los pacientes en el Área de Emergencia.
- En lo asistencial, en el H. C. había una brecha entre el período de la consulta y estadía en Emergencia y el ingreso a las Clínicas, en el que se perdían datos clínico-evolutivos, exámenes y planes terapéuticos.
- En lo docente no posibilitaba una formación integral de los Médicos Internistas docentes y no docentes lo que se extendía a Pregrados. Además impedía una visión global de las enfermedades que dificultaba la Investigación Clínica.
- Por otra parte en el H.C. las Clínicas tenían un régimen de guardia Practicantes Internos, Residentes, y los cargos G. 2 y G.3 eran en Medicina ocupados por ex docentes de las Clínicas.
- ¿Por qué no integrar equipos con Pte. Internos, Residentes, Asistentes Clínicos, Prof. Adjuntos de las Clínicas y dado que habían 3 Clínicas fuera cada una responsables de la asistencia en Emergencia 2 días fijos en la semana y domingos rotativos?

ACCIONES

- Propuesta al Consejo conjunta con el Prof. Dr. R. Voelker (Dpto. Emergencia) y Dirección Interina del H.C. (Prof. Dr. W. Alallón) de extensión horaria de G 2 de todas las Clínicas Médicas y Quirúrgicas que cumplí

rían un régimen de trabajo de 1 guardia semanal en Dpto. Emergencia durante 1 año y ½ (la mitad de la duración de su cargo), el restante 1 año ½ de guardias semanales en Área de Cuidados Intermedios y una pasantía de 6 meses durante 4 horas de la mañana en A.C.I., integrados al equipo asistencial habitual.

- Esto pretendía además de lo señalado para Emergencia, la integración de las Clínicas tendiente a una Departamentalización que fortaleciera su trabajo en aquel entonces debilitado, **así como la vieja aspiración de una formación de todos los Internistas más completa, desde que hacía años solamente la recibían los que trabajaban en Cuidados Intermedios y el resto de docentes y postgrados de otras Clínicas no.**

- La concreción del éxito de la propuesta suponía no solo atender a un nuevo Organigrama sino a establecer Programas que involucraran a la totalidad de la Clínica con el trabajo en Emergencia.

- Creo, si bien esto se puso en funcionamiento en las postrimerías de mi cargo, 1998, al no lograrse una adhesión mayor de las clínicas a su responsabilidad en Emergencia, incluso por razones atendibles como imposibilidad material de cubrir otras actividades, se asistió a un fracaso progresivo de la iniciativa. Seguimos pensando que era una buena propuesta.

REFERENTES:



L. Tamborindeguy



A. Belloso



J. Alonso

FUTURO

Reiteramos lo escrito en Introducción:

La historia del A.C.I. es una historia abierta que se desarrolla en contextos históricos cambiantes. De ahí que otros entre ellos los Catedráticos que nos sucedieron Prof. A. Belloso y J. Alonso tienen mucho para agregar.

Subrayo que gran parte de esta historia se hizo en una situación hospitalaria con gravísimas carencias.

No tenemos duda que posibilitó que el paciente mejorara su calidad de vida y su expectativa pronóstica.

¿Hoy plantearíamos la misma solución para los problemas del Paciente Grave no Crítico?

Creo que no existen diferencias en cuanto a la necesidad de una observación permanente de este grupo de pacientes, las 24 hs. diarias, en áreas de internación diferenciadas, por el equipo médico y colaboradores.

Es probable que muchos discutan para el Hospital Universitario cuál es la estructura académica será la responsable. Durante el período analizado Medicina Interna dio respuesta a las problemáticas del Área.

Prof. Emérito Dr. Jorge E. Torres Calvete

