



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO, A.C.

CUERPO CONSULTIVO DEL GOBIERNO FEDERAL

Presidente

Dra. Teresita Corona Vázquez

Vicepresidente

Dr. José Halabe Cherem

Secretaria General

Dra. Rosalinda Guevara Guzmán

Tesorero

Dr. Gilberto Felipe Vázquez de Anda

Secretaria Adjunta

Dra. Mayela de Jesús Rodríguez Violante

Academia Nacional de Medicina de México

Acta de la Sesión 23 de octubre de 2019

Presentación del trabajo de ingreso a la ANMM a cargo del Dr. Juan Fernando Góngora Rivera y comentado su trabajo por el Dr. Antonio Arauz Góngora.

Dr. Juan Fernando Góngora Rivera, “Mejorando al desenlace funcional en pacientes con Lotus: experiencia de una unidad de cuidados neurovasculares en un hospital mexicano de tercer nivel”

La enfermedad vascular cerebral, es una causa frecuente de discapacidad en adultos y es la segunda causa de muerte en todo el mundo, su forma aguda que es conocida con el nombre de ictus en México tiene una incidencia muy elevada de 230 casos por cada 100 mil personas y el impacto clínico y socio económico es enorme.

Las unidades de cuidados neurovasculares UCN, conocidas como unidades de ictus, son centros en donde están especializados para el cuidado de los pacientes con esta enfermedad, se han asociado ya desenlaces clínicos satisfactorios comparándolos contra salas de cuidados médicos generales o inclusive contra salas generales de neurología, ya que producen una reducción en la discapacidad y la mortalidad intrahospitalaria y es por ello que las guías ya recomiendan la creación de estas unidades de ictus al interior de los hospitales, tanto generales como de alta especialidad.

El objetivo del trabajo fue comparar los desenlaces clínicos en pacientes ingresados antes y después del establecimiento de una UCN y describir las variables de atención médica que fueron mejoradas con dicha unidad, la hipótesis de ésta fue que habría un mejor desenlace funcional al momento del egreso y a los 90 días posterior al egreso hospitalario, así como una reducción en la mortalidad intrahospitalaria y en los días de estancia hospitalaria en el periodo después de la implementación de la UCN.

Fue un estudio observacional y analítico de una cohorte prospectiva que inicio en el año 2008 llamada “Irene”, misma que representa la “i” de ictus y registro vascular, se dividió en dos periodos el 1º del 2008 al 2010 previo a la creación de



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO, A.C.

CUERPO CONSULTIVO DEL GOBIERNO FEDERAL

Presidente

Dra. Teresita Corona Vázquez

Secretaria General

Dra. Rosalinda Guevara Guzmán

Vicepresidente

Dr. José Halabe Cherem

Tesorero

Dr. Gilberto Felipe Vázquez de Anda

Secretaria Adjunta

Dra. Mayela de Jesús Rodríguez Violante

la UCN y el 2º de 2010 al 2014 con los pacientes que fueron ingresados a dicha unidad en forma consecutiva y este estudio contó con todas las aprobaciones de los comités correspondientes.

La UCN está al interior del “Hospital Universitario” en Monterrey, fue inaugurada el 29 de octubre, en forma premeditada se hizo el día mundial del infarto cerebral la inauguración de la UCN y algo importante es que se hizo con presupuesto de investigación clínica, consiste en cuatro camas separadas de la sala general de neurología y se cuenta en la misma con equipo de: monitorio electrocardiográfico continuo y telemetría, con capacitación dirigida para el personal: de enfermería y estudiantes, cuenta con base de datos con registro continuo de pacientes, equipo de diagnóstico neurovascular: ultrasonido Doppler carotideo, ultrasonido Doppler transcraneal y Holter de ritmo cardiaco, así como personal médico de especialidad 24/7.

Las variantes evidentemente fueron sociodemográficas, factores de riesgo cardiovasculares e índice de comorbilidad de Charlson, se evaluaron algunos tiempos, como el tiempo de inicio de los síntomas puerta-hospital como el de puerta-aguja, mismo que representa cuando llega al hospital el paciente hasta la aplicación de un medicamento llamado trombolítico definición de etiología del ictus, las complicaciones intrahospitalarias y los días de estancia.

La evaluación funcional a través de la escala de “Rankin” modificada (mRs) para evaluar la funcionalidad y mortalidad al egreso y a los 3 meses. Los puntajes de la mRs fueron dicotomizados: $mRs \leq 2$ y $mRs \geq 3$ o más en caso de mal pronóstico y también se usó la escala de NIHSS, misma que es la escala de los institutos de EEUU utilizada en forma internacional también para la evaluación clínica.

Se realizó un análisis descriptivo de las características demográficas y clínicas de la población, así también como un análisis de las ji cuadradas para variables categóricas y una prueba U de Mann-Whitney para variables cuantitativas y se hizo un análisis para logística para evaluar las diferencias en los desenlaces primarios entre los periodos analizados, ajustados para edad y sexo, el análisis fue realizado en SPOS v20 (IBM Corporation, Armonk, NY), valor de $p < 0.05$ como estadísticamente significativo.

Se incluyeron un total de 598 pacientes consecutivos, en el 1er periodo 246 y en el 2º periodo ya con la UCN de 352, predominó el género masculino con 57.8% con una edad promedio de 63 años y de primer instancia no se encontraron diferencias



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO, A.C.

CUERPO CONSULTIVO DEL GOBIERNO FEDERAL

Presidente

Dra. Teresita Corona Vázquez

Vicepresidente

Dr. José Halabe Cherem

Secretaria General

Dra. Rosalinda Guevara Guzmán

Tesorero

Dr. Gilberto Felipe Vázquez de Anda

Secretaria Adjunta

Dra. Mayela de Jesús Rodríguez Violante

significativas en las características demográficas de ambos grupos, tampoco en el tiempo de hospitalización, hubo una pequeña diferencia en hipertensos, así como en dislipidémicos. (Ver tabla con resultados)

Con respecto a la trombolisis el haber hecho estos dos periodos, no generó una diferencia significativa analizando los porcentajes de 3.8 vs 5.4%, sin embargo, si hubo una tendencia a incrementar el porcentaje trombolisis, en el 2º periodo hubo mayor definición etiológica, también hubo mayor uso de profilaxis para trombosis venosa profunda y los días de hospitalización disminuyeron del 7.8 vs 5.9%: $p < 0.00$, no hubo diferencias en la recuperación al egreso hospitalario pero la diferencia funcional se vio a los 3 meses de seguimiento, como lo hace la mayor parte de investigación que tienen que ver con esta evaluación clínica.

En relación a la etiología, se encontraron mayor número de pacientes identificados como causa cardioembólica, por razón obvia en los pacientes que recibieron monitoreo continuo es mucho más simple la detección en forma rutinaria de la arritmias y es por ello que hubo mayor porcentaje un 20% en el 2º grupo de causa cardioembólica, aunque todavía el porcentaje de causa no determinada descendió de un 29 a un 26%, sin embargo, no fue significativo, el resto de las variables mencionadas incluyendo la profilaxis para trombosis venosa profunda no hubo diferencia en complicaciones intrahospitalarias y lo más importante es que a los 3 meses si se encontró una recuperación funcional a favor del uso sistemático de una UCN.

Al hacer el análisis multivariado ajustando por las variables significativas edad y género, se mantuvo tanto el "Rankin" a los 3 meses, encontrando que el uso de la UCN tuvo mejor pronóstico funcional, la profilaxis para trombosis venosa profunda fue 3 veces más utilizada que en caso previo y la estancia se redujo en forma significativa.

Este estudio demostró que los pacientes que ingresan a una UCN se asocia mejor a un desenlace funcional, lo cual ha sido descrito en meta-análisis de varias unidades de algunos países, principalmente del primer mundo, sin embargo, es muy importante recalcar que en México no se cuentan con UCN en los hospitales públicos de la república y que el impacto funcional se va a ver reflejado en el costo hospitalario, así como en el cuidado del paciente y en el costo indirecto por la familia.

Discusión:



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO, A.C.

CUERPO CONSULTIVO DEL GOBIERNO FEDERAL

Presidente

Dra. Teresita Corona Vázquez

Vicepresidente

Dr. José Halabe Cherem

Secretaria General

Dra. Rosalinda Guevara Guzmán

Tesorero

Dr. Gilberto Felipe Vázquez de Anda

Secretaria Adjunta

Dra. Mayela de Jesús Rodríguez Violante

El estudio tuvo limitaciones, debido a: **1)** El número de sujetos totales incluidos en la UCN es de 598, sin embargo, no representa el total de ingresos a la sala de neurología. En el **2º** periodo hubo pacientes hospitalizados en sala general al haber saturación de camas de la UCN, **2)** El diseño secuencial de los periodos antes y después, permite el sesgo de intervención de los médicos al prestar mayor cuidado a los pacientes, **3)** El seguimiento corto a 90 días; cuando los estudios más significativos aportan información hasta 12 meses y **4)** No es multicéntrico y los resultados pueden tener una aplicación limitada.

Conclusiones:

1) Este es el primer reporte de una UCN en un hospital público – académico en México, **2)** La implementación de una UCN en un hospital público – académico de tercer nivel (HU-UANL) en México, mejoró el desenlace funcional de los pacientes con infarto cerebral a 90 días y disminuyó los días de estancia intrahospitalaria, **3)** Estos resultados sugieren que los beneficios de una UCN pueden ser extendidos a otros hospitales del país con recursos limitados y **4)** Son necesarias estrategias que faciliten la implementación de las UCN en México.

Dr. Antonio Arauz Góngora, “Comentarios”

En los últimos años ha habido un gran avance en el manejo de la enfermedad vascular cerebral, especialmente en la isquemia cerebral y esto se debe a los grandes cambios y los grandes avances que se tienen en la imagen, debido a que ahora se puede de acuerdo a diferentes estudios de imagen evaluar las zonas rescatables que se pueden tener en un paciente que se denomina como zonas de genoma isquémica.

En los últimos años, como se sabe se consideran a los pacientes candidatos a diferentes tratamientos no dependiente del tiempo, sino dependiendo de los estudios de imagen que se utilicen, ya que hay estudios en los que se han llegado a tratar pacientes hasta 24 horas después de los síntomas del inicio de un infarto cerebral, sin duda es un gran avance que no se puede aplicar en México y que difícilmente puede aplicarse en todos los hospitales.

Esto que es tan llamativo a veces opaca lo que puede hacerse en las salas de los hospitales y esto especialmente se refiere a eso que se denomina como unidades de ictus, estas unidades de ictus son parte como las unidades coronarias, en



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO, A.C.

CUERPO CONSULTIVO DEL GOBIERNO FEDERAL

Presidente

Dra. Teresita Corona Vázquez

Secretaria General

Dra. Rosalinda Guevara Guzmán

Vicepresidente

Dr. José Halabe Cherem

Tesorero

Dr. Gilberto Felipe Vázquez de Anda

Secretaria Adjunta

Dra. Mayela de Jesús Rodríguez Violante

donde se dedican al tratamiento específico de pacientes con eventos vasculares cerebrales, no solamente isquémicos y en todos los países como Europa, EEUU y Canadá están implementados desde hace mucho tiempo, debido a que se ha aprobado su beneficio.

En una meta-análisis Cochrane, se demuestra que con una unidad de ictus se reduce la mortalidad a un año, también reduce la dependencia funcional, la estancia hospitalaria y además algo importante es que tiene un costo-beneficio.

En un estudio francés la diferencia entre tratar a un paciente en una sala general y tratarlo en una unidad de ictus fue de – mil 359 euros por año ganado sin discapacidad, lo que quiere decir que desde todos los puntos de vista, tener una unidad de ictus tiene un impacto positivo sobre la funcionalidad del paciente y sobre la economía en los sistemas de salud.

El estudio del Dr. Góngora en el “Hospital Universitario de NL”, es un análisis retrospectivo en donde se comparan dos diferentes escenarios antes de la instalación de la unidad de ictus y los resultados generales es que el desenlace funcional a los 3 meses fue mejor en los pacientes que se trataron en estas unidades, se disminuyó el número de días de estancia hospitalaria y se mejoró la implementación de cuidados generales, específicamente medidas de prevención de trombosis venosa periférica que son las complicaciones frecuentes en este tipo de pacientes, es decir los hallazgos del estudio, confirman los hallazgos de estudios previos, desde luego tiene varias fortalezas y una de ellas es que es la primera unidad de ictus que existe en México y hasta la fecha no existe ninguna otra.

El estudio plantea varios retos, los cuales son: demostrar el costo-beneficio de estas unidades en el país (esto está demostrado en otros países), así como replicar el modelo de unidades de ictus en el resto del país.

Academia Nacional de Medicina de México

Acta de la Sesión

“Urgencias, atención continua y terapia intensiva en hospitales de tercer nivel”

Ciudad de México a 23 de octubre del 2019



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO, A.C.

CUERPO CONSULTIVO DEL GOBIERNO FEDERAL

Presidente

Dra. Teresita Corona Vázquez

Secretaria General

Dra. Rosalinda Guevara Guzmán

Vicepresidente

Dr. José Halabe Cherem

Tesorero

Dr. Gilberto Felipe Vázquez de Anda

Secretaria Adjunta

Dra. Mayela de Jesús Rodríguez Violante

Bajo la coordinación del Dr. José Sifuentes Osornio y como ponentes: Dr. Thierry Hernández Gilsoul, Dr. Carlos A. Rodríguez Osorio, Dr. Guillermo Domínguez Cherit.

Dr. José Sifuentes Osornio “Introducción”.

En urgencias la atención es garantizar el apoyo vital en trauma en estos pacientes, ya que esta es una de las funciones que debe de cubrir una unidad de urgencias.

Otro aspecto importante, es el manejo del dolor y el manejo del choque que pueden tener los pacientes que acuden a una unidad de urgencias, por lo que una vez que se decide atender a estos pacientes, el monitoreo de éste puede tener muchas variables en cuestiones de manejo de: vía aérea, ritmo cardiaco, líquidos, etc., de igual manera el manejo de sangre y sus componentes sanguíneos son otro capítulo importante en las unidades de urgencias, así como los mecanismos oportunos de resucitación.

En el concepto de atención continua, es algo interesante, ya que es un modelo que seguramente va a modificarse en los años por venir, en virtud de que la intención que se tiene hoy en día en la unidad de urgencias, es atender a estos pacientes que suelen ser recurrentes a estos servicios de urgencias y sobre todo entendiendo la dinámica como ocurre en la institución, donde se atienden pacientes con problemas complejos y no necesariamente por trauma o situaciones parecidas.

Algunas disposiciones en cuanto al manejo de este grupo de pacientes, se han vertido ya, en este reglamento de la “*Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicio de Atención Médica*”, así como en el libro de “*Innovaciones de gestión hospitalaria*”, mismo que se refiere al caso de los hospitales regionales de alta especialidad (HRAES), por lo que se ha empezado a trabajar en este sentido, en virtud de que es un asunto de la mayor relevancia.

En el campo de la terapia intensiva, se debe de recordar que en la “Guerra de Crimea” en el siglo XVIV, la enfermera “*Florence Nighthindale*”, empezó esta forma de tratamiento en pacientes con mayor gravedad y buscaban una unidad donde tuvieran un poco más de recursos para atender a esos pacientes graves, de este modo las primeras unidades de cuidados intensivos se crearon gracias a los avances de la medicina y de la técnica en general en los años 50-60.



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO, A.C.

CUERPO CONSULTIVO DEL GOBIERNO FEDERAL

Presidente

Dra. Teresita Corona Vázquez

Secretaria General

Dra. Rosalinda Guevara Guzmán

Vicepresidente

Dr. José Halabe Cherem

Tesorero

Dr. Gilberto Felipe Vázquez de Anda

Secretaria Adjunta

Dra. Mayela de Jesús Rodríguez Violante

Los primeros ventiladores, mismos que eran muy rudimentarios, se empezaron a utilizar en 1954, algunos sistemas de circulación extracorpórea en 1952 y mecanismos de hipotermia en 1953, el primer desfibrilador externo se empezó a utilizar en 1956 y los catéteres de uso intensivo en las unidades de terapia intensiva se empezaron a utilizar también en la misma década, así como un uso extensivo y más cuidadoso de los antibióticos de estas unidades por los problemas complejos que tienen estos pacientes.

Esta evolución se concretó en dos modelos: **1)** La necesidad de ventilación mecánica surgida de todos estos casos con insuficiencia respiratoria aguda secundarios a la epidemia de poliomielitis en dos regiones extensas en el mundo, como son: en el Norte de América y en el Norte de Europa y **2)** Es cuando se identificó la necesidad para atender a pacientes con problemas coronarios agudos, lo que es lo mismo pacientes con infarto, por lo que de ahí se derivaron estas unidades de cuidados intensivos coronarios.

Dr. Thierry Hernández Gilsoul, “Las urgencias médicas en un hospital de referencia”.

Las urgencias como el resto del país en el resto de los servicios de todos los hospitales, ha habido un creciente tendencia de mayor visitas, mayor atención y mayor asistencia, sin embargo, el Instituto no está relegado para esta situación, en virtud de que la creciente visita de pacientes que se está dando en el Instituto, puede llegar a haber alrededor de 50 mil visitas anuales para el año 2020, dicha tendencia pareciera que no va a cambiar, por lo que es algo que se debe de tomar en cuenta si se está gestionando un servicio de urgencias, para poder confrontarlo en los próximos años y estar prevenidos hacia el futuro.

Como se sabe la demografía del instituto ha ido cambiando, ya que si bien es un instituto donde se observan y se ven pacientes primordialmente adultos a partir de los 15 años se empezaron a ver pacientes, pero se tiene una tendencia amplia hacia una demografía mayor hacia pacientes con mayor edad, o sea adultos mayores y adultos mayores a 65 años, inclusive esta demografía ha sido considerablemente mayor en comparación con los servicios de urgencias generales, incluso los reportados en EEUU, en donde habitualmente los pacientes mayores de 65 años giran alrededor del 16%, mientras que en la población del instituto está en un tercio de la población que se atiende, por lo que es una población geriátrica muy importante que está acudiendo al servicio de urgencias y que requiere una atención explícita.



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO, A.C.

CUERPO CONSULTIVO DEL GOBIERNO FEDERAL

Presidente

Dra. Teresita Corona Vázquez

Secretaria General

Dra. Rosalinda Guevara Guzmán

Vicepresidente

Dr. José Halabe Cherem

Tesorero

Dr. Gilberto Felipe Vázquez de Anda

Secretaria Adjunta

Dra. Mayela de Jesús Rodríguez Violante

El tipo de pacientes que normalmente se ven en el instituto, es un tipo de pacientes complejos, ya que son pacientes que habitualmente en el 85% de los casos son conocidos por el instituto y el 12% son pacientes que llegan al instituto por urgencias, en virtud de que son pacientes que manejan una complejidad, ya que habitualmente son pacientes con inmunosupresión, ya sea por medicamentos que se les están proporcionando por sus diferentes enfermedades que pueden tener o pacientes post-trasplantados por el mismo instituto, haciendo hincapié que los pacientes trasplantados por el instituto ha crecido considerablemente, debido a que se están trasplantando 50 hígados por año, también son pacientes que habitualmente requieren no solo la atención urgente, sino que por la complejidad de su enfermedad lleva a tener interacción con muchas especialidades y sub-especialidades, para poder resolver este tipo de casos.

Los pacientes que acudieron al instituto en urgencias durante el 2018 fueron alrededor de 42 mil pacientes, el 70% de estos prácticamente son pacientes que acuden a su consulta, tienen un evento agudo, sin embargo, terminando su consulta no se determina que ese paciente necesariamente necesita internarse, por lo tanto la mayoría de los pacientes que están acudiendo a urgencias son pacientes con padecimientos agudos sin una urgencia como tal de que requieren un internamiento, el 30% de pacientes restantes prácticamente si requieren de un internamiento, de los cuales el 15% tienen indicación clara de hospitalización y de estos un gran número de pacientes pueden ingresar al instituto, no obstante por la limitante de las camas que se tienen, otro porcentaje de pacientes se tienen que referir desafortunadamente.

Con respecto al 70% de los pacientes mencionados, muchos de ellos requieren algunas intervenciones, aun y cuando no requieren intervención y esto se ha logrado debido a que se han hecho ciertos intercambios en el hospital o algunas creaciones diferentes para poder movilizar a los pacientes, es como el caso de la clínica de aplicación de antibióticos donde pacientes que tienen una situación clínica estable pero que requieren una aplicación de un antibiótico ya sea intravenoso, se derivan a la clínica y con esto se evita que haya una hospitalización y se vea una vigilancia ambulatoria, asimismo en la mayoría de estos pacientes se ha observado que llegan más de dos veces a la urgencia, por lo que son pacientes que tienen alguna enfermedad que si bien en la primer visita se logra establecer una consulta y un tratamiento, requieren de múltiples visitas para un seguimiento, lo que ha hecho que urgencias también sea como un lugar donde ellos ambulatoriamente continúen su tratamiento y su seguimiento médico.



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO, A.C.

CUERPO CONSULTIVO DEL GOBIERNO FEDERAL

Presidente

Dra. Teresita Corona Vázquez

Secretaria General

Dra. Rosalinda Guevara Guzmán

Vicepresidente

Dr. José Halabe Cherem

Tesorero

Dr. Gilberto Felipe Vázquez de Anda

Secretaria Adjunta

Dra. Mayela de Jesús Rodríguez Violante

Tomando en cuenta el grupo de pacientes que son los que ingresan a urgencias, el primer grupo importante son los pacientes que entran al cuarto de reanimación, de los que fueron mil pacientes en el 2018 y de estos pacientes una vez que entran al cuarto de resucitación se tiene una baja mortalidad bruta de los mismos, sin embargo, así como ingresan al instituto de una manera estrepitosa a un cuarto de choque y bastante complicados, la sobrevida al egreso hospitalario esta en 70% y la sobrevida a 30 días está en 65%, aun así todavía falta por hacer y es un reto que se tiene en el departamento, en cuanto a tomar y poder definir si existe también una calidad de vida o valor agregado de los pacientes a esa sobrevida que se tiene después de haber ingresado al cuarto de reanimación y estos niveles altos de sobrevida se han logrado prácticamente a que este cuarto de reanimación para las cuestiones en cuanto a urgencias se mantiene bastante dotada, ya que se cuenta con: buenos carros de paro y carros de vía aérea difícil, por lo que cualquier médico que quisiera trabajar en una situación de reanimación cardiopulmonar tiene todo lo que necesita en este cuarto.

Adicionalmente también el instituto ha buscado participar en el “Registro latinoamericano de cuidados críticos en emergencias y reanimación”, por lo que este es un esfuerzo que se va a hacer a través de todo Latinoamérica para poder tener mayores datos de que es lo que pasa con los pacientes que ingresan a los cuartos de choque, a través de todo América.

El cierto grupo de pacientes que van ingresando, también van requiriendo cierto grupo de procedimientos invasivos, el número de procedimientos invasivos que se tienen que realizar en el departamento de urgencias también han sido crecientes, ya que en el instituto se realizan alrededor de 6 mil procedimientos invasivos de pacientes que ingresan a urgencias y de estos la mayoría de dichos procedimientos involucran un tratamiento terapéutica que logre resolver o estabilizar casos y aun así lograr que el paciente se vaya de alta, llama la atención que de un gran número de estos pacientes se pueden manejar ambulatoriamente y esto ha permitido analizar estos datos y lograr estas estrategias para poder diferir a los pacientes y adicionalmente observar que un gran número de procedimientos hoy en día se tienen que realizar a través de procedimientos guiados por ultrasonidos, por lo que hoy en día el Point Of Care UltraSound es algo que se requiere, en virtud de que estudios de meta-análisis han de mostrado que ya sean experimentados o estudiantes, ayuda para tener una mayor especificidad en los diagnósticos que se determinan.



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO, A.C.

CUERPO CONSULTIVO DEL GOBIERNO FEDERAL

Presidente

Dra. Teresita Corona Vázquez

Secretaria General

Dra. Rosalinda Guevara Guzmán

Vicepresidente

Dr. José Halabe Cherem

Tesorero

Dr. Gilberto Felipe Vázquez de Anda

Secretaria Adjunta

Dra. Mayela de Jesús Rodríguez Violante

Una vez que el paciente está ingresado en el área de observaciones, se percibe que este grupo de pacientes puede tener una estancia mucho más prolongada que es algo habitual en todas las urgencias de todo México, en virtud de que los pacientes en vez de estar 8 hrs y poder subir a piso, suelen tener 2 días de estancia en urgencias antes de lograr tener una cama en piso liberada donde se pueda éste subir.

Estos pacientes están teniendo estancias un poco más largas en urgencias y adicionalmente se ha visto esta tendencia, debido a que en el 2002 en el instituto los ingresos a piso eran el 35% y hoy en día la mitad de los ingresos que llegan al piso del instituto llegan a través de urgencias, por lo que esta tendencia es clara y estas se han observado también en *EEUU* en donde el 70% de los pacientes ingresan prácticamente por urgencias, de tal modo que esto seguramente va a seguir pasando en el instituto.

De este grupo de pacientes la línea de investigación que se ha seguido actualmente es utilizar la impedancia eléctrica para poder analizar la composición corporal de los pacientes y así determinar algunas circunstancias que tienen que ver con la sobrecarga de líquidos, lo cual puede aumentar la mortalidad de los pacientes.

Esto se observó a través de un estudio que recientemente se publicó uno se llama "Estudio observacional prospectivo", donde se observó que la impedancia tiene una mayor correlación con la mortalidad de 30 días, cuando está determinado por este método una sobrecarga mucho mejor que el balance de líquidos que normalmente reportan las enfermeras, así que hoy en día se está sobrellevando un estudio que está totalmente en captura de pacientes, donde la hipótesis es determinar el estado de líquidos en el paciente que recién llega de *RCP* y de acuerdo a la reanimación y su estado de choque, ver cuál es su sobre vida.

De este grupo de pacientes que es muy diferente al que llega a consulta, la satisfacción de su atención suele ser bastante buena, en parte por la atención del personal de salud, sin embargo, todavía hay áreas de oportunidad que se han identificado y que se piensan atacar, mismas que tienen que ver con la comodidad, la iluminación y el ruido que se genera en urgencias, así como la información que se le proporciona a los familiares y principalmente otro de los aspectos que han pedido mucho más los pacientes y familiares, es el apoyo emocional y espiritual, por lo que se ha trabajado también en esto para mejorarlo.



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO, A.C.

CUERPO CONSULTIVO DEL GOBIERNO FEDERAL

Presidente

Dra. Teresita Corona Vázquez

Secretaria General

Dra. Rosalinda Guevara Guzmán

Vicepresidente

Dr. José Halabe Cherem

Tesorero

Dr. Gilberto Felipe Vázquez de Anda

Secretaria Adjunta

Dra. Mayela de Jesús Rodríguez Violante

Urgencias viene totalmente de la mano de desastres, ya que al igual que toda la CDMX, debido a la circunstancia que se vivió durante el temblor, se tuvo que evacuar el hospital, el departamento de urgencias en el 2014 fue remodelado y de las 167 camas hospitalarias con las que se contaban, durante el día del temblor prácticamente el hospital estaba lleno, por lo que se tuvo que hacer una evacuación del hospital, debido al daño estructural que en ese momento se determinó, una vez evacuado se tuvo que hacer una reconversión del departamento de urgencias que estaba diseñado y estaba previsto desde el momento que se remodeló, por lo que esto permitió que de una capacidad de 28 camas se pasó a 96 pacientes internados en el departamento de urgencias, sin ninguna muerte asociada a la evacuación y al temblor, esto es algo relevante, por lo que se ha publicado alguna información de qué fue la repercusión en los pacientes en cuanto se les retrasó sus tratamientos debido a todos los cambios que generó el temblor y se tuvo el 6% de los pacientes evacuados que tuvieron un retraso en su tratamiento oncológico y este es un aspecto que también se tendrá que ver como resolverlo.

Todas estas medidas tienen como principal objetivo una solución a la saturación, en la solución de la saturación, está bastante bien determinada y descrita en muchos documentos y tiene que ver con el acceso, flujo y la salida de los pacientes en urgencias y se han remarcado varias estrategias que se han tratado de hacer, entre ellas está la atención institucional continua, el flujo, que son circunstancias que se han ido cambiando y así como los cambios que se han tenido.

Conclusiones:

1) En el departamento de urgencias se ha tenido un patrón demográfico y clínico más complejo, 2) Humanización de la atención de urgencias, 3) Alto porcentaje de sobrevida.... ¿calidad de vida?, 4) Consulta no-urgente confiere un RETO, 5) Flujo de pacientes y saturación requiere de un manejo en urgencias Dual: cuidados críticos-ambulatoria, Competencia en el uso de ultrasonido y 6) Mayor porcentaje de pacientes que ingresan al piso de urgencias.

Dr. Carlos A. Rodríguez Osorio, “La atención continua de los pacientes en un hospital de referencia”.

En todos los hospitales la evaluación inicial en un paciente en urgencias, inicia en el Triaje y el médico de éste tiene la función de decidir si el paciente pasa a



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO, A.C.

CUERPO CONSULTIVO DEL GOBIERNO FEDERAL

Presidente

Dra. Teresita Corona Vázquez

Secretaria General

Dra. Rosalinda Guevara Guzmán

Vicepresidente

Dr. José Halabe Cherem

Tesorero

Dr. Gilberto Felipe Vázquez de Anda

Secretaria Adjunta

Dra. Mayela de Jesús Rodríguez Violante

reanimación cardiopulmonar, a una consulta o si el paciente perdió una consulta y quiere que se re agende en urgencias o si quiere una pre-consulta para ingresar al Instituto, esto hace que la evaluación Triage sea excesiva para los pocos médicos para esta área, por lo que se trata de disecar en ese grupo de pacientes algunos subgrupos.

Se pudo identificar que había un grupo de enfermos que eran los pacientes re-citados de especialidad o re-citados de medicina interna y estos pacientes usualmente son enfermos que fueron evaluados con anterioridad en el servicio de urgencias, mismos que fueron citados por esta área, por lo que estos pacientes algunas veces tardaban muchas horas en ser atendidos y por ello se decidió crear un área para que pudieran ser atendidos en forma más eficiente.

Lo que se planeó fue el establecimiento de la consulta de atención institucional para atender a estos enfermos y se aseguró que los procedimientos que antes se realizaban en esos consultorios tuviera un área específica para la revisión de los procedimientos de urgencias.

Con el fin de los pacientes lleguen con una cita programada, el área puede agendar de forma presencial o por vía telefónica (ya que no es necesario que acudan para hacerlo) y cuando llegan, registran su llegada y posteriormente son evaluados por el departamento de enfermería, quien además de tomar los signos vitales, hace una evaluación rápida de la condición del enfermo, de tal manera que le permite identificar si hay algún enfermo que se encuentre grave e inmediatamente le avise al médico y se pueda tomar la acción correspondiente.

En dicha evaluación además, las enfermeras hacen una reconciliación de medicamentos, pidiéndole al enfermo que enliste todos sus medicamentos para que durante la evaluación se pueda facilitar la detección de potenciales interacciones que puedan afectar la evolución del enfermo, también realizan la toma de muestras de laboratorio que los médicos han solicitado con anterioridad.

Después de esto el paciente pasa a una consulta médica en aproximadamente 2 hrs, que es cuando se tienen los resultados de exámenes de laboratorio y el médico de medicina interna o el especialista toma la decisión sobre qué es lo que va a pasar con este enfermo, usualmente la gran mayoría de estos enfermos continúan su tratamiento en la consulta externa y ya no tienen que regresar a urgencias y el proceso termina cuando el paciente sale del consultorio y se va con



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO, A.C.

CUERPO CONSULTIVO DEL GOBIERNO FEDERAL

Presidente

Dra. Teresita Corona Vázquez

Vicepresidente

Dr. José Halabe Cherem

Secretaria General

Dra. Rosalinda Guevara Guzmán

Tesorero

Dr. Gilberto Felipe Vázquez de Anda

Secretaria Adjunta

Dra. Mayela de Jesús Rodríguez Violante

sus citas programadas, ya sea a una re-cita, ya sea al departamento de atención continua o a la consulta externa, el proceso total es de 3 hrs.

Los enfermos para ser atendidos requieren únicamente que hayan tenido una evaluación inicial en el departamento de urgencias y deben tener un registro definitivo en la institución, el médico lo único que tiene que hacer es una solicitud por escrito y solicitarle al enfermo que agende una cita.

Los resultados del primer año del funcionamiento de esta unidad, misma que empezó a funcionar en mayo del 2018, son: en total se han evaluado 1,867 pacientes, con una mediana de 8 pacientes por día, los diagnósticos más frecuentes de esta consulta de medicina interna son: las enfermedades infecciosas, mismas que incluyen las infecciones de tejidos blandos: las neumonías, las infecciones del tracto respiratorio, seguido de las enfermedades renales, principalmente la insuficiencia renal aguda, asociada al uso de fármacos o hipovolemia, las enfermedades cardiovasculares principalmente la descompensación de la insuficiencia cardiaca, enfermedades hepáticas y digestivas, siendo lo más frecuente en alteraciones y complicaciones de la cirrosis y alteración de las pruebas de funcionamiento hepático, así como las enfermedades metabólicas, como: las alteraciones de la glucemia y los trastornos electrolíticos.

La *Dirección de Planeación* hace una evaluación periódica a los pacientes sobre la calidad y la satisfacción de la atención, por lo que se han tomado esas evaluaciones para hacer las modificaciones a esta área y lo que se observa es que la mayoría de los pacientes consideran que se les brindo durante este periodo un buen servicio y trato por parte del personal médico, de enfermería y administrativo, el 80% considera que el tiempo para pasar a su consulta fue el apropiado, el tiempo que se tardó en programar la próxima consulta fue relativamente breve y la mayoría de enfermos no tuvieron que regresar al departamento de urgencias. La utilidad principal de estas evaluaciones, es que son sensibles a los a los cambios.

Para la consulta de atención continua de subespecialidades se creó un área particular para algunas de ellas, como son: dermatología, infectología, ortopedia y reumatología, esta área se abrió en noviembre del 2018 y gradualmente se han tratado de coordinar con las especialidades correspondientes, para que los enfermos que requieren de estas especialidades sean referidos a esta área y el



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO, A.C.

CUERPO CONSULTIVO DEL GOBIERNO FEDERAL

Presidente

Dra. Teresita Corona Vázquez

Vicepresidente

Dr. José Halabe Cherem

Secretaria General

Dra. Rosalinda Guevara Guzmán

Tesorero

Dr. Gilberto Felipe Vázquez de Anda

Secretaria Adjunta

Dra. Mayela de Jesús Rodríguez Violante

médico especialista pueda darle sin necesidad de alguna interconsulta un tratamiento resolutivo lo más pronto posible.

Conclusiones:

1) En esta fase, el modelo de atención para pacientes re-citados fue implementado y se puso en marcha un sistema de evaluación periódica, 2) La evaluación del primer año sugiere que este modelo de atención ha contribuido a atender al grupo de pacientes re-citados al departamento de urgencias.

¿Qué más puede hacer esta área para atender la saturación de los enfermos en urgencias?, lo que se tiene que hacer es definir en conjunto sobre si esta área puede contribuir a aceptar más pacientes del Triage, sobre todo para que todo ese gran volumen de enfermos en el que no son pacientes de urgencias, pero que requieren alguna consulta de seguimiento, puedan ser atendidos en esta área y tratar de liberar las otras áreas que son más críticas y que requieren reanimación cardiopulmonar o una consulta.

Dr. Guillermo Domínguez Cherit, “Los cuidados intensivos en el siglo XXI”.

El ECMO la oxigenación por una masa extracorpórea, se ha incorporado como una base de lo que sería los cuidados intensivos y si se ve desde el principio de los cuidados con el oxígeno, después ir a las cánulas nasales de alto flujo continuando con la ventilación invasiva y así se va siguiendo hasta que quizás la gran mayoría de los padecimientos pulmonares que se podría decir que es el 90 o 95% se pueden resolver con la ventilación mecánica convencional y con algunas alternativas como sería el de cúbito prono, sin embargo, que existe un grupo de enfermos donde como una terapia de rescate podría funcionar, el ECMO no es una terapéutica nueva, sin embargo, resurgió a raíz de la epidemia de H1N1 a nivel mundial y algunos datos interesantes de los grupos de Agfa Nueva Zelanda, hace pensar que pudiera tener algo en el futuro de este tipo de pacientes.

El ECMO no es más que un par de cánulas, puede ser venoarterial o venovenosa, donde después de salir, sale de un sitio venoso, de la yugular pasa por un filtro a un oxigenador, que también permite la temperatura y regresa con un mejor intercambio o mejorando el contenido de oxígeno en sangre y lo que se visualiza es la venoarterial y la venovenosa, mismas que tienen sus indicaciones precisas y que hasta este momento parecería que solamente un pequeño grupo de pacientes



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO, A.C.

CUERPO CONSULTIVO DEL GOBIERNO FEDERAL

Presidente

Dra. Teresita Corona Vázquez

Secretaria General

Dra. Rosalinda Guevara Guzmán

Vicepresidente

Dr. José Halabe Cherem

Tesorero

Dr. Gilberto Felipe Vázquez de Anda

Secretaria Adjunta

Dra. Mayela de Jesús Rodríguez Violante

que es necesario rescatar en fases tempranas, podría responder de acuerdo a los últimos estudios publicados.

Algo que está instalándose día a día y que ya se veía venir desde hace más de 5 años, es lo que algunos han llamado como new stethoscope, incluso en redes sociales y hasta de personas no médicas, están enviando un video en donde dicen que ha revolucionado el cuidado de los pacientes, no solamente en estado crítico, sino en el paciente de urgencias, en donde el abordaje con el estetoscopio, permite ser mucho más precisos y en mucho menos tiempo de lo que se hacía antes, en cuanto a que se utilizaban ciertas medidas clínicas 100% y que después se iban solicitando los diferentes estudios diariamente como el ultrasonido y que siempre había un tiempo de espera, sin embargo, el ultrasonido llegó para quedarse y ahora que incluso ya se tiene la posibilidad de tenerlo en el propio teléfono, el cual mediante este permite tener una excelente evaluación del paciente en estado crítico, lo que permite una actuación literal de la cabeza a los pies y como ejemplo: se puede medir la presión intracraneana, hacer un ultrasonido para medir 3 mm por atrás del disco óptico ver cómo está el diámetro del nervio óptico y esto es su indicador de la presión intracraneal indirecto, pero que está por validarse.

Por lo que, existen algunos estudios como el Pic y Succión del Tubo y que se refiere cuando en los pacientes se succiona midiendo directamente la presión intracraneal comparándolo con el uso del ultrasonido y como tiene una correlación muy similar en el momento en que los pacientes son succionados a través del tubo endotraqueal.

Para intubación endotraqueal, se sabe que la capnografía también es muy buena, sin embargo, el uso del ultrasonido no está muy por debajo en muchas unidades de cuidados críticos, especialmente en países no ricos, debido a que no se tienen capnografías en todas las unidades y esto parecería incluso sustituir, claro si se está postulando que es necesario en los servicios críticos contar con el ultrasonido se percibe que existe una buena correlación en cuanto al Gold Standard que incluso en un futuro podría ser la visualización directa con broncoscopia, la capnografía y ultrasonido en aquellos pacientes que se van a intubar y esto permite corroborar que el paciente tiene en una forma adecuada la intubación endotraqueal corroborándolo con ultrasonido.

Algunas emergencias pulmonares como sería el neumotórax, donde claramente se ve cómo se desliza en donde existe pulmón sano, donde no hay pulmón y hay



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO, A.C.

CUERPO CONSULTIVO DEL GOBIERNO FEDERAL

Presidente

Dra. Teresita Corona Vázquez

Secretaria General

Dra. Rosalinda Guevara Guzmán

Vicepresidente

Dr. José Halabe Cherem

Tesorero

Dr. Gilberto Felipe Vázquez de Anda

Secretaria Adjunta

Dra. Mayela de Jesús Rodríguez Violante

un punto pulmonar y esto es indicador de que el paciente tiene un neumotórax, lo que permite una intervención mucho más temprana que incluso podrá evitar un desastre en los pacientes.

Del punto de vista de corazón, complicaciones de los infartos agudos se puede acceder rápidamente, como también se mencionó en la plática de urgencias que hay cierto taconamiento cardiaco el TEP e incluso algunas otras cosas como la disección aórtica, mismas que son en los casos de un gran trombo, por lo que el ultrasonido permite tanto la evaluación pulmonar, como las extremidades inferiores, en donde se puede ver cómo está afectada.

En estado de choque, no solamente sirve para ver el llenado venoso de estos pacientes, sino también para ver qué tanta resucitación requieren, también permite diferenciar los diferentes tipos de choque a los que se van a enfrentar en un paciente en estado crítico, ya sea en terapia intensiva o en la unidad de cuidados intensivos.

Hablar de las tecnologías, en donde hay probablemente más o algunas otras que han sido modificadas o se han perfeccionado como sería el uso de la pletismografía para conocer indirectamente el gasto-cardiaco y la respuesta de los pacientes en diferentes estados, sin embargo, algo que se puede cambiar y sin corretear a la tecnología y mientras no se demuestre que puede tener una utilidad en los pacientes críticos, se van a utilizar los recursos actuales, como en el caso de la pletismografía, debido a que ahora ya puede ser utilizada y que hay un software que permite mejorarla.

Y que hablar de los recursos humanos, se habla de cómo mejorar el trabajo o la efectividad de estos pacientes utilizando la tecnología disponible y sobre todo algo importante, que las poblaciones está siendo distintas.

El gasto en salud para todos ha incrementado y una de las cosas que es importante, es que no ha demostrado en los diversos países que a pesar del comportamiento que han tenido las grandes economías desarrolladas, sin embargo, con las economías emergentes se está en un punto más conservador y hablando de los resultados de la esperanza de vida y este sería el punto el punto ideal, en donde se mejora la esperanza de vida, sin gastar tanto, en virtud de que aunque se siga gastando no es garantía de tener mucho más incremento en esto.



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO, A.C.

CUERPO CONSULTIVO DEL GOBIERNO FEDERAL

Presidente

Dra. Teresita Corona Vázquez

Secretaria General

Dra. Rosalinda Guevara Guzmán

Vicepresidente

Dr. José Halabe Cherem

Tesorero

Dr. Gilberto Felipe Vázquez de Anda

Secretaria Adjunta

Dra. Mayela de Jesús Rodríguez Violante

Un ejemplo de cómo se pueden cambiar conductas, es la resistencia a los antimicrobianos, ya que como se sabe, se está en esta crisis continua, sin embargo, se puede modular bien, en virtud de que se ha llegado a un punto en el que a pesar de que no se presta atención a tantos llamados de atención sobre uso de antibióticos, por lo que se ha llegado a un punto en donde se sabe que si se vigila y se cuenta con un programa vigilado, como el que existe en el instituto, con respecto a la indicación y prescripción de antibióticos de amplio espectro, se pueden disminuir.

En el costo anual de acuerdo a lo que se ha reportado en los diferentes países, lo que se percibe es que en esos países donde tienen mucho más resistencia, tienen más gasto en salud, lo cual llevaría a tener una mejoría con tan solo cambiar la conducta de vigilar perfectamente el uso antimicrobiano, así como la vigilancia epidemiológica para disminuir las infecciones nosocomiales.

Algo muy importante en estos nuevos años, es que se está enfrentando al cambio de las patologías que se tenían y esto se debe a que normalmente la incidencia o las enfermedades se enfocaban más a enfermedades infecciosas y hoy en día se está cambiando por enfermedades más de países desarrollados, como: enfermedades cardiovasculares y cáncer, por lo que se tienen poblaciones distintas en las unidades de terapia intensiva, en virtud de que se tienen más donadores de órganos y receptores, pacientes de cuidado de trasplante, lo cual hace que se cambien mucho las conductas, lineamientos, así como los abordajes.

Conclusiones:

Las unidades de terapia intensiva son sitios dinámicos, donde constantemente se está incorporando, no solamente tecnología, sino cambios en lineamientos, una dinámica distinta entre la relación del equipo de la salud y los pacientes, es indispensable la adecuación de los prestadores de servicios usuarios, que expliquen en que consiste esta humanización de la medicina, si consiste en tener un buen contacto con los pacientes críticos, para que puedan entender hacia donde se dirige y entre todos fijar objetivos comunes del paciente, hay cambios profesionales tanto en la patología como en la edad de los pacientes, buscar y basarse en resultado.

El **Dr. José Halabe Cherem** en representación de la **Dra. Teresita Corona Vázquez**, agradece la presencia del Dr. José Sifuentes Osornio, Dr. Thierry



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO, A.C.

CUERPO CONSULTIVO DEL GOBIERNO FEDERAL

Presidente

Dra. Teresita Corona Vázquez

Secretaria General

Dra. Rosalinda Guevara Guzmán

Vicepresidente

Dr. José Halabe Cherem

Tesorero

Dr. Gilberto Felipe Vázquez de Anda

Secretaria Adjunta

Dra. Mayela de Jesús Rodríguez Violante

Hernández Gilsoul, Dr. Carlos A. Rodríguez Osorio, Dr. Guillermo Domínguez Cherit e invita a la próxima sesión del miércoles 30 de Octubre, correspondiente al **simposio**, con el tema “**Factores metabólicos y enfermedad cardiovascular en la mujer**”

Dra. Mayela de Jesús Rodríguez Violante
Secretaria Adjunta

Para visualizar la sesión completa con su discusión favor de acceder al sitio www.anmm.org.mx