

# Propuestas de SUMI para gestionar los recursos en medicina intensiva

## **1. RECURSOS HUMANOS. Disponibilidad, dotación, participación en la asistencia.**

### **a. Disponibilidad de RRHH ya formados en Medicina Intensiva.**

Es claro que existe un déficit de RRHH en Medicina Intensiva (médicos, licenciados en enfermería, auxiliares en enfermería, fisioterapeutas, neumocardiólogos) y ante la situación de emergencia sanitaria se hace necesaria la incorporación de otros profesionales con otra formación, pero con afinidad técnica.

El primer recurso humano a quien se debe apelar son los propios intensivistas en formación (Residentes actuales, postgrados y médicos que cursaron el postgrado, pero no tienen Título de la especialidad). Este grupo tiene como ventaja el conocimiento del terreno y los procesos de áreas críticas, pero como debilidad, es que son recursos que en gran proporción ya se están utilizando, aunque podrían sumar en algún grado.

No obstante, es claro que, si bien el aporte de estos profesionales es importante, resulta cuantitativamente insuficiente.

### **b. Participación de RRHH médicos de Especialidades afines**

En este sentido por afinidad y a su vez, aprovechando la capacidad ociosa que se genera por el feriado quirúrgico, se propone la integración de los anestesiistas (sin cambios en la relación contractual institucional de cada uno). Los mismos se deberían integrar a las guardias de CTI, lo antes posible, a fin de adaptarse al modelo de trabajo de cada unidad y en cada prestador. De acuerdo a información aportada desde la Sociedad de Anestesiología del Uruguay, existen 22 Instituciones en el país que cuentan con Centros con cobertura adecuada de cuidados críticos y cirugía de urgencia y emergencia con excedentes de anestesiistas, con capacidad de ampliación de la capacidad del área crítica extendida a SRPA y/o complementación con CTI. Estos centros cuentan además con excedentes de máquinas de Anestesia que podrían utilizarse para ventilación prolongada de pacientes no COVID en SRPA, con recursos ya cuantificados.

Siguiendo con las especialidades afines, proponemos la participación de cardiólogos. Al día de hoy existen cardiólogos que trabajan en unidades de cuidados intensivos de los IMAES de Cirugía Cardíaca. Por otro lado, existe un grupo de estos profesionales que han bajado su carga de trabajo en policlínicas y pueden colaborar sobre todo en los sectores de Cuidados Intermedios.

Proponemos que estos profesionales (anestesiistas, cardiólogos), propuestos realicen desde ya una rotación de 12 hrs semanales (por ejemplo 8 a 20 hrs) de un anestesiista por día en cada institución. La rotación debe incluir la asistencia tanto de pacientes polivalentes como CoVID + (a la par del Intensivista), dado que en un escenario de saturación es probable que sea necesaria su participación tanto en áreas de aislamiento CoVID, como en áreas críticas generales.

También hay que tener en cuenta en la convocatoria a los especialistas en Medicina Intensiva Pediátrica, tomando en cuenta la baja demanda que han mostrado estos servicios durante toda la pandemia. Los mismos, en los casos en los cuales la ocupación sea muy baja y el número de estos profesionales sea excedente, debería rotar en el área de medicina intensiva de adultos.

Hay que tener en cuenta que, en un escenario de saturación, los CTI pediátricos podrían llegar a recibir pacientes adultos con diferentes patologías.

#### **c. Enfermería (Licenciados y Auxiliares).**

En el caso de enfermería, también se debe recurrir al personal que trabaja en Block Quirúrgico, para que realice tareas en CTI, aprovechando la capacitación que ya tienen, sumado a la mayor disponibilidad de los mismos por el feriado quirúrgico.

En cuanto al personal de cuidados moderados, se debe priorizar aquel que tenga experiencia previa de trabajo en áreas críticas y los cursos realizados en CONAE. No obstante, se debe realizar un monitoreo de la dotación en cuidados moderados, ya que una disminución del personal en esta área repercutirá negativamente en la calidad asistencial de estos pacientes, pudiendo aumentar el flujo a cuidados intensivos. Es previsible que también aumenten significativamente la cantidad de pacientes con COVID en Salas de Moderados y su carga de trabajo.

Independientemente del lugar de donde provengan estos recursos, es necesario que los mismos comiencen a realizar rotaciones en cuidados intensivos lo antes posible, para contar con conocimiento de campo, y a su vez asegurarse del uso apropiado de EPP (equipo de protección personal). El CONAE ha realizado cursos de capacitación, de al menos 542 enfermeros al 21 de diciembre, y 797 lo hacen actualmente (Plan Nacional de Capacitación). No obstante, entendemos fundamental la orientación dentro de las unidades.

#### **d. Licenciados en Fisioterapia**

Los licenciados en fisioterapia cumplen con una función fundamental en la recuperación de los pacientes críticos, más aun teniendo en cuenta los pacientes con enfermedad COVID, los cuales requieren todos de fisioterapia respiratoria y de recuperación funcional. En CTI existe una clara escasez de estos técnicos, incluso hay unidades en las cuales se carece de este valioso recurso humano.

En ese sentido, es necesario redistribuir a los licenciados en fisioterapia, aprovechando que por las restricciones de la pandemia se generará una capacidad ociosa de fisioterapeutas que realizan actividad ambulatoria (policlínica y domicilio).

Al igual que con los demás RRHH, es necesario una rotación de los mismos por las UCIs.

#### **e. Licenciados en Neumocardiología.**

Constituyen Licenciados especializados en el manejo tecnológico del soporte respiratorio y cardiovascular de valor central en pacientes COVID. Repetimos el concepto de redistribución de los mismos y eventuales nuevas convocatorias dada su escasez en muchas UCI.

#### **f. Disponibilidad de otros equipos asistenciales.**

Muchos de estos pacientes requieren de terapia de reemplazo renal, hemoderivados, etc. Recurso escaso fundamentalmente fuera de la región metropolitana.

Se debe regionalizar la atención de estos pacientes, en los centros que cuenten con estos recursos, y recurrir a profesionales en formación en estas áreas, los cuales deben adquirir

experiencia en el trabajo en el área de medicina intensiva y en particular con los desafíos que imponen estos pacientes.

## **2. MONITOREO DE RRHH EN TIEMPO REAL.**

Se parte de la base de un concepto fundamental, que no es posible realizar una gestión de una crisis sin tener un conocimiento básico, “en tiempo real”, de algunos indicadores fundamentales.

La gestión de RRHH en áreas cerradas requiere conocer la dotación de personal de cada día en las diferentes unidades, para poder prevenir situaciones de crisis asistencial por bajas de personal debido a contagios o cuarentenas, y por cruzamiento de datos saber dónde estuvo o estará trabajando un profesional que se certifica.

Este monitoreo cobra mayor importancia teniendo en cuenta el multiempleo del sector.

Todas las áreas de medicina intensiva tienen planillas de guardias, las cuales deberían ser ingresadas en una base común, a fin de conocer cual es la situación en cada unidad, identificando y previniendo situaciones de carencia “extrema de personal” que ponga en peligro la asistencia.

El reporte necesariamente debe ser obligatorio para todos los prestadores que tienen unidades de medicina intensiva.

## **3. MONITOREO Y GESTION DE RECURSOS MATERIALES. Disponibilidad de camas de cuidados intensivos.**

Al momento actual se dispone de 758 camas de cuidados críticos polivalentes (según datos del censo diario de camas que realiza SUMI desde el 02/04/2020 hasta la fecha, en forma continua), se incluyen algunas especializadas de los prestadores que tienen ese servicio integrado. Existen en curso planes de expansión de camas de varios prestadores.

### **a. Monitoreo**

Del mismo modo en que es necesario realizar un monitoreo de RRHH, es fundamental realizar un monitoreo de los recursos materiales, a saber: camas de medicina intensiva y el equipamiento que hacen de éstas una unidad.

El país debería realizar un censo diario independientemente de cualquier circunstancia, para conocer su realidad sanitaria en cada época del año. No se cuenta con ese dato, o por lo menos con menos con una continuidad del mismo.

Es por eso que se debe realizar un monitoreo continuo, que se actualice cada 12 hrs de todas las unidades de medicina intensiva, que incluya los siguientes datos:

Número de pacientes ingresados: cuantos en ventilación mecánica invasiva / no invasiva, oxigenoterapia de alto flujo.

Número de pacientes CoVID+: en este grupo es necesario algunos indicadores específicos, ya que a partir de ellos se puede estimar estadía, pronóstico etc. Los datos a declarar son:

- Edad
- Género (masculino / femenino)
- Fecha de ingreso al Hospital

- Fecha de ingreso a áreas críticas (CTI o CI indistintamente)
- Soporte respiratorio: este es un dato que se debe ingresar diariamente, entre las diferentes opciones de soporte ventilatorio o con oxigenoterapia: VEA (ventilación espontánea al aire),
- MFL (máscara de flujo libre), CN (cánula nasal); OAF (oxigenoterapia de alto flujo); VNI (ventilación no invasiva); AVMI (asistencia ventilatoria mecánica invasiva).
- Presencia de shock
- Presencia de insuficiencia renal con requerimiento de hemodiálisis
- Fecha egreso CTI y condición al momento del mismo
- Fecha egreso hospitalario y condición al momento del mismo

Con esta información se obtienen: las tasas de sobrevivencia, de necesidad de AVMI, días de internación en CTI, días de AVM, grupos etarios más afectados y el comportamiento de los mismos.

#### **b. Centros no CoVID**

Se debería realizar una organización tal que se preserve un número mínimo de camas especializadas de Cuidados Críticos, en lo posible en un centro “no CoVID”, concentrando los procedimientos financiados como IMAEs, y liberando algún centro de uso actual de IMAE (para destinar esas camas a pacientes COVID), fundamentalmente en lo referente a procedimientos cardio y cerebrovasculares.

No se propone el CENAQUE ya que se trata de un servicio único.

#### **c. Otros centros de Tratamiento Intensivo**

Como se mencionó, un recurso adicional son las camas de cuidados intensivos pediátricos, que durante la pandemia han presentado una capacidad ociosa mayor a la habitual.

Por otro lado, es habitual que en los meses de verano la demanda de camas de esta especialidad siempre disminuye, y por ende la carga de trabajo.

En este sentido, y sumado a la propuesta realizada en los párrafos previos, proponemos que en condiciones de saturación se debe aumentar el umbral superior de edad de admisión a estos centros (menos de 14 años cumplidos), a 21 años.

Utilización de CTI de IMAES cardiológicos. Se mencionó esta posibilidad en el punto b.

### **4. DESARROLLAR Y DAR A CONOCER PROTOCOLOS Y PLANES DE CONTINGENCIA:**

En toda crisis es necesario contar con un plan A, B y C.

Cada prestador debe realizar una Declaración Jurada en la cual se detalle el o los planes de contingencia a aplicar en caso de saturación de UCI o cuidados moderados.

Dicho plan debe contemplar la expansión de camas en otras áreas asistenciales, dentro de la institución o mediante una complementación de recursos con otro prestador.

En este sentido, entendemos que se debe priorizar la realización de convenios de complementación, antes de la formación de nuevas unidades.

En relación a este último punto, la creación de nuevas unidades de medicina intensiva, genera un consumo de recursos, de por sí escasos, que pueden comprometer la asistencia de unidades ya formadas, perdiéndose así no solo recursos, sino también los procesos y experiencias de éstas.

## **5. GESTIÓN DE RECURSOS**

### **a. Asignación de camas.**

Este es un punto de especial importancia y sensibilidad, que preocupa a nuestra sociedad y a la población en general. Se debe garantizar el acceso a una cama de cuidados intensivos a todo paciente crítico, independientemente de su patología.

Las camas de cuidados intensivos representan un recurso muy valioso, y el acceso a las mismas puede hacer la diferencia entre la vida y la muerte.

En condiciones de sobredemanda, entendemos que no se puede seguir la lógica actual, que supone que un paciente crítico pueda demorar varias horas (con el deterioro en su estado de salud que esto implica), hasta ser aceptado en un CTI.

Para evitar esto, o por lo menos mitigarlo, se debería considerar a todas las camas de medicina intensiva como un sistema único, y no fraccionado como actualmente existe. Esto posibilitaría que un paciente cuyo prestador “A” tenga saturado su CTI, pueda acceder a un CTI de un prestador “B”, a través de un proceso que no pase por la voluntad de este prestador, ya que se corre el riesgo de que ese prestador “guarde” camas para sus afiliados. Hay ejemplos en países europeos en los que lamentablemente coexistían unidades saturadas, que no podías recibir pacientes y otras con capacidad ociosa.

### **b. Formación de un grupo de gestión de recursos.**

Como parte operativa de los puntos anteriores, entendemos que es necesario la creación de un grupo específico que se enfoque en la gestión de estos recursos, el cual esté bajo la órbita del Poder Ejecutivo, pero no en una dependencia específica del MSP, a fin de dar mayor libertad de acción al mismo.

Este grupo necesariamente debería estar integrado por expertos en medicina intensiva y gestión, con representantes de prestadores públicos (ASSE y otros), privados, un integrante del grupo de Medicina Intensiva del GACH y al menos 2 integrantes de SUMI.

## **5. CUIDAR AL CUIDADOR**

En este punto hay varios aspectos que entendemos que se deben atender:

### **a. Apoyo psicológico y salud laboral**

El personal de cuidados intensivos en algunas unidades ya muestra signos de sobrecarga y agotamiento. Se genera aumento de ausentismo y de conductas disruptivas. Entendemos que es necesario que el equipo de cuidados intensivos cuente con un apoyo que atienda en este sentido, por profesionales especializados e idóneos, que se pueden incorporar para esta tarea (psicología médica).

La modalidad puede ser preferentemente presencial, lo cual apoyaría además el relacionamiento con los familiares, o al menos contar con una línea en la cual los miembros del equipo puedan realizar consultas: "intervenciones en crisis". Creemos que debe ser un recurso mandatorio disponible en todas las UCI.

#### **b. Realización de hisopados**

Es necesario contar con una vía "exclusiva" o "vía rápida" de test diagnósticos para el personal de salud y en particular para las áreas críticas, ya que la baja de recursos en éstas genera severas distorsiones en su funcionamiento.

En muchos casos, estas bajas son inevitables, pero en otros se pueden evitar al disminuir la demora en la realización de los hisopados y la obtención de sus resultados.

Debe ser obligatorio que cada institución se haga cargo de la realización del hisopado a su personal con obtención del resultado en el día de su realización, no cayendo entre cientos de solicitudes.

#### **c. Vacunación**

Creemos que el Personal de Salud ante su exposición debe ser prioridad en el plan de vacunación. La proporción del total de población objetivo es menos del 5% del total de dosis, pero con un gran impacto cualitativo.